



Significados de salud y enfermedad a la luz de las medicinas tradicionales

Carlos Alberto Obando

Heiman Nupan Criollo

Resumen

La salud desde la OMS (1948) se define “como un estado completo de bienestar físico, mental, espiritual y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” en el individuo. Esto ha supuesto un gran avance, considerando que antes se había definido la salud simplemente como la “ausencia de enfermedad” en una determinada persona. Siendo fundamental esta definición (OMS) en la actualidad, no clarifica el hecho de que la noción de salud depende del contexto donde se origine.

El presente artículo está basado en el estudio que se adelanta en el corregimiento de Cabrera, partiendo de la hipótesis de que existen formas distintas de significar la salud y la enfermedad. Y dichas significaciones, por lo tanto, son dependientes de las particularidades culturales e históricas del contexto.

Cabrera es una población rural que pertenece al Municipio de Pasto (Nariño-Colombia), está ubicado a siete kilómetros de la ciudad de San Juan de Pasto. Tiene una población aproximada de 2152 habitantes (Secretaría de Cultura Municipal de Pasto, 2009).

El objetivo del presente artículo es comprender el significado de salud y enfermedad a la luz de la medicina tradicional.

La investigación está trazada desde el paradigma cualitativo, el enfoque histórico-hermenéutico y corte etnográfico. Las técnicas utilizadas para la recolección de información son: encuesta de ingreso, observación participante, entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

Palabras claves: Medicina tradicional, salud, enfermedad, significado.

Meanings of health and disease in light of traditional medicines

Abstract

Health from WHO (1948) is defined as “a complete state of physical, mental, spiritual and social well-being, not just the absence of disease or illness” in the individual. This has been a breakthrough, considering that health had previously been defined simply as the “absence of disease” in a particular person. Since this definition (WHO) is fundamental today, it does not clarify the fact that the notion of health depends on the context in which it originates.

The present article is based on the study that is advanced in the corregimiento of Cabrera, starting from the hypothesis that there are different ways to signify health and illness. And these meanings, therefore, are dependent on the cultural and historical particularities of the context.

Cabrera is a rural population that belongs to the municipality of Pasto (Nariño-Colombia), is located seven kilometers from the city of San Juan de Pasto. It has an approximate population of 2152 inhabitants (Secretary of Culture Municipal Pasto, 2009).

The aim of this article is to understand the meaning of health and disease in the light of traditional medicine.

The research is traced from the qualitative paradigm, the historical-hermeneutic approach and ethnographic cut. The techniques used for the collection of information are: entrance survey, participant observation, semi-structured interviews and focus groups.

Key words: Traditional medicine, health, disease, meaning.

Significados de saúde e doença, à luz dos medicamentos tradicionais

Resumo

Saúde da OMS (1948) definiu “como um estado de bem-estar físico, mental, espiritual e social completo e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” no indivíduo. Este tem sido um grande avanço, considerando que anteriormente tinha definido saúde como simplesmente a “ausência de doença” em uma determinada pessoa. É fundamental para esta definição (OMS) atualmente não esclarece o fato de que a noção de saúde depende do contexto em que ela se origina.

Este artigo baseia-se no estudo que está em andamento no município de Cabrera, no pressuposto de que existem diferentes formas de significar saúde e doença. E esses significados, portanto, dependem de particularidades culturais e contexto histórico.

Cabrera é uma população rural pertencente ao município de Pasto (Nariño-Colômbia), está localizado a sete quilômetros da cidade de San Juan de Pasto. Tem uma população de 2152 habitantes (Secretaria Municipal de Cultura de Pasto, 2009).

O objetivo deste artigo é o de compreender o significado de saúde e doença à luz da medicina tradicional.

A pesquisa é desenhada a partir do paradigma qualitativo, a abordagem histórico-hermenêutica e etnográfico. As técnicas utilizadas para a coleta de informações são: levantamento de renda, observação participante, entrevistas semi-estruturadas e grupos focais.

Palavras-chave: medicina tradicional, saúde, doença, significado.

Prácticas de Medicina Tradicional

Prácticas Culturales

En el artículo publicado por Yenny Serrano en ABA Colombia, “una introducción a las prácticas culturales y la antropología conductual”(2003), se presenta una aproximación teórica al estudio de las prácticas culturales desde el análisis del comportamiento y el materialismo cultural.

A partir de los trabajos de Skinner, los analistas del comportamiento se han interesado en el estudio de la cultura, para ello se han valido del

Materialismo Cultural de Marvin Harris. Tanto para el Análisis del Comportamiento como para el Materialismo Cultural, cambios en las variables ambientales operan para moldear la conducta en nuevas direcciones o para alterar los reforzadores que mantienen las clases de respuesta por esta razón se dice que los principios de ambas disciplinas son compatibles y complementarios.

Mientras los analistas de la conducta tratan de identificar los principios fundamentales de la conducta de organismos individuales, el materialismo cultural está interesado en



identificar la conducta que es característica de un grupo social para realizar un análisis en términos de costos y beneficios, así como Skinner lo hace en términos de refuerzos y castigos. (Lloyd, 1.985).

El materialismo cultural complementa al conductismo radical en el sentido que provee conceptos y principios de organización y cambio social, los cuales son compatibles con los principios conductuales de la conducta individual, (Malagodi y Jackson, 1.989) mientras que el análisis del comportamiento complementa al materialismo cultural en cuanto que al trabajar la conducta gobernada por la regla permite un soporte en la explicación de la transmisión y mantenimiento de las prácticas culturales. (Malott, 1.988).

Una Práctica cultural involucra la conducta de dos o más individuos interactuando, dicha conducta, entra en relaciones funcionales que forman parte del nivel cultural. las prácticas implican consistencia en la conducta de muchos individuos a través del tiempo y del espacio, (Gienn, 1.988) -1 incluyen patrones de intercambio social, lenguaje, acción política y otras formas complejas de condiciones y eventos sociales. Skinner definió la cultura la como las contingencias de reforzamiento social mantenidas por un grupo. (Skinner, 1.984, 1.987, citado por Mattaini, 1.996).

Una práctica cultural comienza cuando la conducta de una persona se relaciona funcionalmente con la conducta de otra persona. Gienn llama a esas relaciones contingencias entrelazadas. Cuando esas contingencias entrelazadas producen conducta realizada por varios individuos y por varias generaciones, se habla de prácticas culturales. La relación contingente entre prácticas culturales y los resultados de esas prácticas se llaman metacontingencias. Una metacontingencia es la unidad de análisis que abarca una práctica cultural en todas sus variaciones y el resultado agregado de todas las variaciones corrientes.

(Morrow, 1.992). El siguiente diagrama es una representación de la anterior explicación : Las metacontingencias describen relaciones funcionales a nivel cultural, y esas relaciones involucran prácticas culturales y sus resultados. Las prácticas culturales por ellas mismas están compuestas de contingencias entrelazadas. (Gienn, 1.988). La conducta entrelazada de los individuos constituye prácticas culturales, las cuales producen diferentes tipos de resultados.

Medicinas Tradicionales

Una de las Prácticas Culturales son las Medicinas Tradicionales ya que involucra la conducta de dos o más individuos interactuando, dicha conducta, entra en relaciones funcionales que forman parte del nivel cultural. De ésta manera se puede distinguir una variabilidad de prácticas de medicina tradicional en el mundo, que corresponden de igual manera a las particularidades de una sociedad.

De acuerdo con la ONU, la medicina tradicional es la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnosis o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales.

En Pasto como en Colombia hay infinidad de sistemas de curación que son diferentes de los utilizados de los sistemas convencionales o alopáticos. Se hace uso de plantas curativas, rituales, santería etc. Quienes aprecian éste tipo de sistemas en muchos casos son personas no profesionales que han aprendido de manera empírica o por trasmisión oral de sus antepasados.

Psicología cultural

La Psicología Cultural, la “segunda psicología” como la llamó Wundt, en sus inicios, formaba parte de una disciplina que no podía ser estudiada en laboratorios, en la investigación de la experiencia inmediata, sino que esta debía

convertirse en “ciencia interpretativa referida al significado y al yo” (Cole, 1999). De esta manera, la cultura se puede ver desde las prácticas cotidianas de una comunidad y también como ella –la cultura – se encuentra en la vida, en la mente, en la subjetividad de cada uno de sus habitantes. Lo que diría Cole “la cultura (está) en la constitución de nuestra vida mental” (Cole, 1999).

Si la cultura forma parte de nuestra vida, ¿cómo es posible que hayamos pasado tanto tiempo sin reconocer su importancia, sin considerar el vínculo tan estrecho que guarda con lo que somos? Tal parece que, de acuerdo con la historia de la psicología, se prestó mayor interés a la psicología experimental, lo que llevó a dejar a un lado toda intención y esfuerzo por constituir este saber científico, el de la psicología cultural.

En el estudio de la Psicología Cultural se ha hecho necesario un trabajo interdisciplinario (y transdisciplinario) que vincule la participación de otras ciencias de lo humano y lo social: antropología, filosofía, semiótica, psicoanálisis, sociología, historia, entre otras, que han sido las que han brindado un corpus teórico que especifica la importancia de su estudio. Se especifica que hablar de cultura va más allá del significado que se le ha dado popularmente, como creer que hablar de cultura es hablar de la “cultura del silencio”, “cultura del dinero”, “cultura del no pago”, “cultura de análisis de riesgo”, en fin, perdiendo el valor heurístico que ofrece el estudio de la “cultura”. Por otro lado, se han tomado definiciones eminentemente específicas del término (por no decir que universalistas) que da cuenta del estudio de una determinada ciencia, para el caso, la antropología, la cual asume la cultura como objeto de sus estudios e investigaciones. Para el eminente antropólogo inglés Edward B. Tylor la cultura es “*aquel complejo todo que incluye conocimientos, creencia, arte, moral, ley, costumbres y cualquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por cualquier hombre como miembro de la sociedad*”. Si bien, esta definición es una de las más comunes en el nivel científico, también es cierto, como

aclara Sampson, no permite ver la relación que existe entre el individuo y la cultura, “Porque todo lo que caracteriza a las acciones del individuo puede adjudicarse a su formación cultural, pero, al mismo tiempo, esas acciones son susceptibles de un análisis en términos de la psicología del individuo”.

¿Cómo la cultura llega a formar parte esencial de lo que nos hace humanos? De acuerdo con los estudios antropológicos somos dependientes de una “coevolución” cerebro y cultura, cada uno “*dependiente mutuamente el uno del otro – nos dice Geertz - incluso para su misma comprensión (...) Nuestros cerebros no están en una cubeta, sino en nuestro cuerpo. Nuestras mentes no están en nuestros cuerpos sino en el mundo, éste no se halla en nuestros cerebros, nuestros cuerpos o nuestras mentes: éstos están en él junto con dioses, verbos, rocas y política*” (Geertz 2002). Si consideramos esta proposición como verdadera, podemos avanzar diciendo que la cultura está en nuestra mente como lo afirma Cole, y esto implica estimar que al hablar de cultura no se puede dejar a un lado, el hecho es que ésta se constituye con “otros”.

La cultura no se fabrica sola, se construye en la “relación” con los otros, en las necesidades y el surgimiento de capacidades de comprenderse el uno al otro, en el hombre-cultura. Y, aunque esto parece sencillo, no es simple de explicar cuando han pasado cerca de 2.5 millones de años desde que se conoce la producción de las herramientas de piedra. Sin embargo, es de anotar que la filogénesis no es suficiente para responder cómo una especie logra alcanzar el más alto nivel en la escala evolutiva, me refiero al homo sapiens. Es necesario, como lo manifiesta Tomasello cuando se refiere a la cognición humana, que sólo es posible ser entendida en tres tiempos:

“1. en tiempo filogenético, pues el primate humano evolucionó en su manera única de comprender a sus congéneres.

2. en tiempo histórico, en cuanto esta forma distintiva de comprensión social llevó a formas

distintivas de herencia cultural, que involucran artefactos y materiales simbólicos los cuales acumulan transformaciones a lo largo del tiempo.

3. En tiempo ontogenético, en cuanto los niños humanos absorben todo lo que sus culturas tienen para ofrecerles, desarrollando en el proceso modos únicos de representación cognitiva basada en las perspectivas (intencionales y mentales de otros)” (Tomasello, 20010).

Tomasello propone una vinculación entre lo biológico y lo cultural, partiendo precisamente de una diferencia, que sólo es distinguible en el homo sapiens la capacidad de comprender las fuerzas mediadoras que existen en la intencionalidad y causalidad al identificarse con el “otro”. Es decir, el hombre puede “comprender a otros como agentes intencionales”, característica única de los seres humanos. Ahora bien, esta disposición marca una intrincada particularidad, y es el hecho de que los humanos reproducen tradiciones culturales, que son capaces de acumular modificaciones a través del tiempo.

Este tipo de explicaciones evolutivas del aprendizaje cultural acumulativo, la identificación y la intencionalidad que puede entender un ser humano respecto a otro, nos permite comprender cómo lo cultural está más allá de los significados habituales que se está acostumbrado a escuchar hoy en día. La cultura marca precisamente diferencias evolutivas importantes respecto a otras especies, es una creación que nos permite precisamente la condición de humanos. A partir de la herencia cultural, el aprendizaje acumulativo, el lenguaje, se han ido creando unos sistemas culturales complejos, que permiten al hombre diferenciarse unos de otros y llegar a convivir en una pluridiversidad de culturas. Al menos en esta parte lo consideramos así, ya que por otro lado, paradójicamente lo que da sentido a lo humano también provoca distanciamientos, rechazos, luchas y guerras, expresiones que también forman parte de la cultura, de lo que

nos hace humanos. Lo que si podemos asegurar –hasta aquí – es que nuestro comportamiento no tiene nada de instintivo, lo que nos ha llevado a considerar a la cultura como parte constitutiva de lo que somos.

Anthony Sampson (2000) respecto al concepto de cultura nos dice: “por “cultura” hay que entender un andamiaje de sistemas semióticos articulados entre sí que cubre la totalidad de la existencia de los seres humanos: sistemas alimenticios, vestimentarios, de género, de creencias, de sentimientos, de narraciones canónicas, etc., etc. Toda cultura es así un formidable aparato interpretativo que cumple la función de proporcionar significaciones, de volver inteligible y controlable –al grado al cual la finitud humana lo permite – el espacio natural y humano”.

De esta manera, se puede vivir en cualquier geografía del mundo, el ser humano ha creado modos y sistemas de adaptación que no responden a una necesidad biológica, es precisamente la cultura la que ha recreado modos particulares de vivir, diferencias considerables que permiten crear sociedades con características diferenciadas unas de otras en sus modos de vivir, de acuerdo exclusivamente, con las tradiciones culturales que se han construido en el tiempo. Por ello, se puede ver diferencias lingüísticas, formas específicas de organización, incorporación de órganos exsomáticos que le hacen la vida más fácil, dispositivos específicos para buscar la cura, que sólo son posible de entender desde los significados de salud y enfermedad que se construyen en cada cultura; en fin, podría decir que sin el desarrollo de la cultura sería imposible concebir el salto evolutivo del homo sapiens en el orden de los primates.

La cultura forja maneras particulares de conformar sociedades, a ella se debe la identificación que asume una persona cuando dice de dónde es, y esto, no sólo es un dato

geográfico, sino que devela en esencia todo el marco cultural del cual no se puede librar. El lenguaje mismo ha configurado gran parte, por no decir que todo, lo que somos y el mundo en el que habitamos como seres humanos. Clifford Geertz, citado por Anthony Sampson, precisa: “En suma somos animales incompletos o inconclusos que nos completamos o terminamos por obra de la cultura, y no por obra de la cultura en general sino por obra en alto grado particulares de ella: la forma dobuana y la forma javanea, la forma jopi y la forma italiana, la forma de las clases superiores y la de las clases inferiores, la forma académica y comercial” (Sampson, 2000) Anthony Sampson, en el mismo texto nos dice: “es el grado de funcionalidad y de vitalidad de una cultura la que, al asegurar la homeostasis psíquica de la persona, también preserva la salud mental. En esto radica su importancia psicológica, que manifiestamente es imposible exagerar” (Sampson, 2000).

Tobie Nathan explica: “la cultura es un sistema psicosociológico, no biológico pero funcionalmente muy comparable a una especie biológica. La existencia de estos sistemas parece íntimamente vinculada a la especie humana (no se conocen hombres sin cultura, *a fortiori* sin lengua) aunque la forma de estos sistemas sea contingente y su cantidad (se conocen más de tres mil lenguas muertas y vivas) muestra la capacidad de los humanos de adaptarse a ambientes físicos y sociales extremadamente variados (...) –y continua- Después de más de quince años de trabajo clínico intensivo y de investigaciones sistemáticas, hemos concluido que la cultura es el sistema que no sólo da coherencia al espacio social, sino también, y principalmente, al sistema interior de los individuos, que les permite operar un cierre en su espacio psíquico; de allí su importancia clínica. (Nathan, 1997)

De esta manera la psicología cultural busca desde sus estudios “cómo se forma el psiquismo de manera particular según los diversos sistemas

culturales regidos por diferentes prácticas sociales y que se ha podido determinar que no sólo cambia el contenido de la mente, sino que también las emociones se constituyen de manera distinta según la cultura y la época en particular” (Poveda 2002). Esta articulación de la práctica imperante de la salud mental desde la teoría hasta los modelos de atención en salud y la psicología cultural es la que nos permitirá adentrarnos en la comunidad de Jongovito, para investigar no sólo la presencia o ausencia de enfermedades mentales, sino que permite profundizar en sus contenidos culturales, para encontrar los significados particulares que en términos de salud mental esta población maneja. Toda cultura así –nos dice Sampson – es un formidable aparato interpretativo que cumple la función de proporcionar significaciones, de volver inteligible y controlable – al grado al cual la finitud humana lo permite – el espacio natural y humano.” (Sampson, 2000)

Dispositivos Curativos Tradicionales para restablecer el bienestar

La “cura” como una búsqueda por restablecer el orden de normalidad adquirido por la cultura que, bien puede ser físico, mental o espiritual, y que a su vez no se puede asumir, apresuradamente, una distinción fragmentada, depende de los significados adquiridos por el individuo en su proceso de socialización. En el caso de los saberes tradicionales, como parte del restablecimiento de estados de enfermedad, Sampson nos dice: “el curandero de las sociedades tradicionales no pretende en absoluto cobijarse bajo el manto de la respetabilidad científica y no invoca la racionalidad - en su versión occidental al menos - para fundar en ella su credibilidad. Por eso no tiene ningún sentido calificarlo a él y a sus prácticas como irracionales, como suele ser la tentación. “Sólo, a priori, podrían llamarse ‘irracionales’ razonamientos o decisiones que afirman inscribirse en el marco de un procedimiento racional determinado y que ignoran o contradicen las exigencias de

este procedimiento”, como lo dice Isabelle Stengers. Pero justamente la práctica, la acción de las etnoterapias, psíquicas o somáticas de acuerdo con nuestra dicotomía milenaria, no pretenden inscribirse en semejante marco; más bien están regidas por sistemas que sólo podrían llamarse racionalidades divergentes. En ellas, el curandero es experto; quiero decir que se trata de la implementación de técnicas específicas y no meramente de una difusa, vaga y mal definida capacidad de sugestión” (Sampson, 2001)

En el sistema de salud colombiano, el restablecimiento (la cura) de la salud mental, donde ha sido vulnerada por la aparición de síntomas, donde la persona dice encontrarse enferma, es atendido por especialistas en el área, que puede ser el psiquiatra o/y el psicólogo. Usualmente, tanto el sistema de salud como el profesional se rigen por un modelo de clasificación psicopatológico, bien sea el DSM-IV o el CIE-10, para establecer el diagnóstico y tratamiento. Se pregunta al profesional, si su modo de ver la enfermedad es igual al modo como la ve su paciente, o por el contrario lo que busca es encuadrarlo bajo la dirección de un modelo clasificatorio e instar al paciente para que interiorice dicha descripción; si el lugar de origen del paciente, bien sea, urbano, rural o étnico (indígena, afro-descendiente), tiene o no incidencia en el comportamiento del individuo, en últimas, si la cultura, por la cual responde su individuación, tiene o no que ver con su estado de enfermedad.

Consideremos los estudios de Bastide y Thomas en poblaciones de África, quienes dedican su trabajo a la individuación y a la noción de persona respectivamente. La intención de traer estos estudios en este apartado, es conectar la relación existente entre la persona y su lugar de procedencia. No hay manera de negar la influencia que existe entre la cultura y la conformación de persona. No es extraño, entonces, preguntarse por la incidencia que el lugar de procedencia puede tener sobre el paciente que llega a consulta. Y es que, claro

está, la procedencia, más que como dato de información en la anamnesis, tiene sentido, si se consideran la particularidades culturales que ello conlleva.

Roger Bastide realiza un estudio filosófico de la individuación africana tomando como referente datos de la etnología africana. Considerando la influencia que ha ejercido el cristianismo o el occidentalismo en las sociedades en mutación, el autor ve necesario avanzar en su estudio yendo a las sociedades más tradicionales, dejando las explicaciones que la escolástica cristiana dio a la individuación (por la materia y por la forma) para pasar precisamente a ser uso de la etnología.

La geomancia, aunque ha tenido transformaciones por incidencia de otras culturas, es para las poblaciones del Oeste africano y de Madagascar una tradición, desde la cual se pueden distinguir elementos característicos propios, que inicialmente permiten, dar cuenta del principio de individuación. En este artefacto, en la adivinación, existen datos que son relevantes al momento de realizar su operación: primero, los acontecimientos que le suceden al individuo constituyen una categoría general. “Diríamos en términos platónicos –nos dice Bastide – que cada uno de nuestros “accidentes” existe primero como una Idea de Dios”; segundo, lo anterior nos lleva a particularizar que todo aquello que le sucede al individuo es dado por una ley de secuencias, una “ley biográfica”, que constituye para esta persona, el principio de individuación” (Bastide, 1973) y tercero, el conjunto de signos aplicados en la geomancia se organizan y se particularizan, por el adivino, de acuerdo con los acontecimientos del individuo a quien se le aplica. Pero, entonces, cuestionándonos desde Bastide, ¿Qué sucede con los dos primeros datos? ¿Los acontecimientos constituyen el principio de individuación o la biografía del sujeto individual es anterior a los acontecimientos? Como especifica Bastide, “La biografía de un hombre sería entonces el signo de su

personalidad “diferente”, pero solamente su signo - de ninguna manera su principio”.

Ante la falta de consistencia teórica, por la ambigüedad resultante que ofrece la geomancia al momento de responder por el principio de individuación, Bastide decide recurrir a la etnología tradicional “que hace de la sociedad africana un “orden” de inter-relaciones entre *personajes* y no entre individuos” (Bastide, 1973). En este orden prevalece el personaje y las posiciones que este ocupa en su comunidad, es como si la persona en su individuación particular no existiera, contrario a como se está acostumbrado a denotar en occidente con el “sí mismo”, con lo que uno cree ser ese yo, único y diferente de todos los demás que le rodean [lo cual también es un equívoco que evidencia una falta de interpretación, si se lo toma apresuradamente]. Para el africano, la individuación depende de las relaciones que mantiene con el orden social en el que nace y permanece. Esto quiere decir que para los africanos las “posiciones” que ocupen en la comunidad son relevantes y se transforman según el papel que ellos cumplan. “En resumen –nos dice Bastide - se cambia de personaje. Lo que no cambia es el orden mismo, en tanto que constituye una cierta estructura global de la sociedad. Lo que implica que si nosotros quisiéramos hallar el principio de individuación a partir de los papeles desempeñados, o de los personajes, la única unidad que obtendríamos sería la de la sociedad global. Captar al africano como personaje, es captarlo en tanto que máscara. Pero tras las máscaras, es preciso que esté el rostro. El hecho de que los individuos se organicen en un mismo universo prueba que al lado de la individualidad de la persona hay, en otro nivel, la unidad última de las cosas. Lo que no puede, por el contrario, destruir este otro hecho, que los individuos, al cambiar de posiciones, a medida de sus promociones, constituyen así “unidades””.

En páginas anteriores mencionamos el equívoco ingenuo que se está acostumbrado a interpre-

tar del solipsismo de la individuación, como si existiera una esencia que permanece inmanente en nosotros desde que nacemos, que nos hace pensar que somos únicos y diferentes. Al contrario, nos parecemos en demasía a lo que sucede con los africanos estudiados por Bastide: dependemos de las relaciones que se construyen en nuestro medio social y de la reciprocidad que establecemos como individuos en las diferentes posiciones o papeles que ocupamos a medida que “maduramos” (adolescentes, jóvenes, adultos). Pero, entonces, cabría preguntarnos cuál es el lugar de lo particular en un individuo. Bastide en su texto responde: “si es cierto que es imposible capturar un individuo por fuera de su relación con los demás, eso no quiere decir que él sea ese conjunto de relaciones, sino que en tanto que sujeto individual, él está implicado en un orden de dependencias recíprocas que lo sobrepasa” (p. 5).

Considerando, hasta ahora, las semejanzas respecto a la individuación que se presenta entre africanos y occidentales, aún no es suficientemente claro cómo sería posible concebir una individualidad singular que no signifique la preponderancia de las relaciones con el orden social o por el contrario una unidad intrínseca y autónoma. Por ello, más adelante Bastide, reconociendo las diferencias de pensamiento, por correspondencias místicas entre los africanos y por “encajamiento” en los occidentales, busca la clave de una realidad individual. [Es] “La etnología contemporánea –nos dice Bastide - a partir de los trabajos de Griaule, [donde se] encuentra la clave de una unidad estructural en el orden de lo simbólico. Claro está, esta unidad estructural variará según los pueblos, es decir, siguiendo las diversas lógicas de la correspondencia entre los elementos del cosmos (o de lo social) y los elementos de la persona (o del individuo)”. Esta unidad estructural se especifica “en lo que se refiere a la persona, se trata de una estructura de relaciones entre principios vitales exteriores e interiores, y en cuanto a sus vidas en el

interior, de sus relaciones dialécticas. En lo que se refiere al individuo, se trata de una estructura de clasificaciones” que en ningún momento puede ser homogénea ni por encajamiento, sino más bien “clases independientes, que pertenecen a diversos sistemas de clasificación, ecológicos, sociales, cosmológicos, metafísicos, lo que hace que la singularidad resulte de la fórmula de sus pertenencias, la cual cambia de persona a persona”.

De esta manera, la constitución de la persona se particulariza dentro de un marco socio-cultural específico. En el caso de los samo, Hérietier concluye: “Lo único que realmente existe, que constituye la identidad del individuo, es pues la regla social: lo social está totalmente encarnado en el individuo. En este sistema de representación totalitaria, lo que tiene prioridad no es el individuo, es el grupo (...) todo prueba que el individuo no tiene otra identidad que la dictada por la voluntad colectiva del grupo que le asigna su lugar” (Hérietier 1975, 74).

Ahora bien, dando continuidad a las preguntas anteriores, podríamos agregar otra: ¿Qué tipo de tratamiento sugeriría el profesional si por un azar de la vida llegase hasta su consultorio un africano de una población como las citadas por Bastide? Precisando, en nuestro medio social, ¿Es posible que existan diferencias en la personalidad de quienes llegan al consultorio, que justifican auscultar por la procedencia de este, antes que disponer de un orden clasificatorio universalista? Tal parece que la mirada del psicólogo, por lo menos la que se rige desde modelos que generalizan las conductas atípicas, necesita distinguir las particularidades que se subyacen a los comportamientos de los individuos, considerando que su procedencia no es un dato más en la anamnesis. La procedencia es el vínculo con la una historia cultural de un determinado contexto, que tiene relevancia como telón de fondo en la construcción de la persona, en la forma como se constituye la individuación del paciente. Lo cual es complejo y exige la atención del profesional.

Las implicaciones de esta complejidad tienen mucha incidencia en la psicopatología, ya que las particularidades culturales de la individuación son, precisamente, puntos de vulnerabilidad, “lo que el curandero va a tratar –nos dice A. Sampson – cuando el enfermo solicita su intervención, es hallar dónde está la perturbación en esa relaciones, de qué modo por ejemplo, el espíritu del antepasado ha sido ofendido, que es lo que se le ha hecho; porque hay que buscar como volver a hallar el equilibrio entre todas las fuerzas que constituyen la organización –digámoslo así – de la persona. Esos son los puntos débiles donde justamente las perturbaciones se pueden dar y la restitución del equilibrio justamente es encontrar qué es lo que ha sido perturbado”. Allí es, precisamente, donde hay que encontrar el dispositivo terapéutico adecuado que restituya el equilibrio del individuo. Por ello, retomando a Thomas en su texto (El pluralismo coherente de la noción de persona en el África Negra Tradicional) y reconociendo la ligereza con la que se apresura a diagnosticar por parte de las instituciones del sistema de salud, es pertinente considerar, como lo hace la etno-psicología, la organización de la personalidad, y las costumbres y patrones socio-culturales que están inmersos en una determinada conducta, que por un momento puede ser “atípica”, mas no patológica, como lo prescribe el modelo clasificatorio del DSM. Se hace necesario distinguir estas diferencias para evitar atender, o disponer agresivamente métodos terapéuticos que no sólo empeoran los “síntomas”, sino que vulneran el equilibrio de la persona y el medio social en el que está inscrito.

Landrine considera un “modelo de selección cultural” (1995), que permite al terapeuta modificar sus métodos de estudio y atención a las minorías, evitando ir en contra de las apropiaciones culturales que estas personas han adquirido de sus lugares de procedencia. Esto implicaría que el terapeuta realice transformaciones ontológicas sobre sí mismo, de tal manera que exista apertura desde su

compresión cultural de quién es, antes de tomar prototipos apresurados en la intervención clínica. Estas comprensiones permiten hacer uso de otras disciplinas y personas (etnoterapeutas) que faciliten el manejo de determinadas sintomatologías propias de cada cultura.

Para Richard A. Shweder, la intervención, en los casos de enfermedad, puede vincular la coexistencia de diferentes tipos de dispositivos, así como es visto en la India, donde la medicina alopática (occidental) no guarda ningún tipo de privilegio. Todo depende de la confluencia de causas que determinen un estado de desequilibrio: puede ser producto de una infección, la alteración humoral del cuerpo, el resultado de una deuda kármica, la influencia de los planetas, la envidia de un vecino o hasta el ataque de un espíritu maligno (Shweder 2008). El caso es que se puede hacer uso de cualquiera de los dispositivos existentes, desde antibióticos, sacrificio de animales, ejercicios de pranayana, hasta uso de talismanes. Ninguno de los “médicos” o curadores se oponen a sus mecanismos, se es consciente culturalmente de los valores y los límites de cada dispositivo.

Lo dicho por Shweder, no vincula la adherencia a un sistema de curación como el de la India, insta más bien a considerar los sentidos que cada cultura ofrece en la construcción de los significados de salud, enfermedad y cura. Esto quiere decir, que cada sociedad guarda artefactos culturales propios, los cuales tienen significado por la reciprocidad existente entre los individuos y la cultura. De allí la necesidad de observar las diferencias que pueden existir respecto al significado de enfermedad y salud, incluso entre las personas de una misma sociedad, ya que en un mismo contexto puede coexistir una variabilidad de sub-culturas.

Salud y Enfermedad

Salud mental

Respecto a la “salud mental”, que pareciese ser uno de los de los objetos propios de los

análisis psicológicos y psiquiátricos, y que había considerado importantes en la investigación, en este momento, son cuestionados por los aportes de ciencias como la psicología cultural, el psicoanálisis, la psiquiatría. El concepto de salud mental se relativiza frente a los universales creados por los estudios biologicistas del comportamiento humano. Así, la salud mental no tiene el mismo significado y no es entendida de la misma forma en todas las culturas, hay particularidades que obedecen a procesos socio-culturales e históricos específicos.

La salud mental, entonces, tiene que verse, primero desde las nociones de normalidad y anormalidad que se han construido en la comunidad de Jongovito, para de allí, dar cuenta de qué significa estar enfermos, que para estas personas bien puede ser de carácter psicológico o físico, esto depende del sentido que merece el hecho de estar bien o no estar bien.

El intento de buscar que la salud mental se conceptualice con un significado de carácter universal, como “Un medio para promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades cognitivas, afectivas, y de relación, para lograr metas individuales y colectivas y para promover condiciones y calidad de vida de las personas y comunidades” (Diseño, Implementación, Seguimiento y Evaluación de un modelo de Atención en Salud Mental para el Departamento de Nariño. Dirección de Salud Pública. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2006), no permite considerar el marco cultural a los que obedece un individuo al momento de entrar en un proceso de socialización, al igual que las características histórico-culturales a las que obedece un determinado grupo humano.

Es necesario, entonces, preguntarse por el significado que tiene la salud mental en cada cultura, en este caso, por la construcción que se ha elaborado respecto al “estar bien” entre las personas del corregimiento de Jongovito; qué tipos de alternativas, cuando se padece una

enfermedad, surgen frente a la búsqueda de la “cura”. Por ello la necesidad de preguntarse, ante un caso clínico, de la procedencia del paciente, del “otro”, de su componente cultural.

Especificar el estudio de la salud mental desde la cultura es pensar que quizás hemos sido violentos desde el sistema de salud, desde las universidades buscando tratar “pacientes” con las teorías aprendidas, con conceptos y técnicas que, si bien reportan éxito en otros escenarios, su aplicación nos exigiría investigar sobre el requerimiento del paciente. Pero, más que por su sintomatología deberíamos preguntarnos sobre la “influencia” que la esfera cultural ha ejercido sobre él, para luego con él especificar la terapéutica. En palabras de Nathan: “Pues curar es siempre un acto de violencia pura contra el orden del universo. Y ninguna terapéutica es más violenta que la que intenta curar el alma (...) El curar consiste en expulsar de sus elecciones, prohibirle sus estrategias de existencia, las que eligió en un momento crucial de su vida y que aplicó sistemáticamente después. Curar consistiría entonces en ejercer una “influencia demiúrgica” y en considerarse por ende igual al dios monoteísta: todopoderoso y trascendente. Pero ¿en nombre de qué y a partir de qué certeza?”

Reflexiones sobre la Psicopatología

En el sistema de salud colombiano es usual encontrarse el modelo biomédico de intervención ante los problemas de salud mental, como se puede apreciar desde los estudios en detección de la prevalencia de las enfermedades mentales hasta modelos y manuales de la atención primaria en los casos de trastornos mentales. Si bien los datos y las alternativas, sugeridos para la promoción y prevención de las enfermedades mentales, tienen como objetivo principal la disminución de casos y la debida atención requerida, también es cierto que desconocer las condiciones socio-culturales específicas, las cuales son vistas, como meros datos estadísticos.

Es más, para adelantar los estudios respectivos (indicados más arriba, en los antecedentes del

proyecto) se hace acopio del DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorder) el cual, si bien representa un manual de carácter científico, también es cierto que existen inconsistencias. “Como lo indica uno de los pocos psicólogos que participó en su elaboración (DSM III), Theodoro Millon (1983, pag. 813), ‘falta todavía un reconocimiento más pleno del carácter interdependiente entre comportamiento y medio ambiente y, sobre todo, se echa de menos la dimensión interpersonal como eje articulador de la existencia humana’” (Martín-Baró 1984).

Históricamente la labor del cuidado del bienestar humano estaba concedida a la filosofía, fue precisamente “desde la Grecia clásica prácticamente hasta los albores de la modernidad - en que la filosofía era mucho más que una especulación teórica. Era un modo de vida, un estilo de vida, un arte de vivir. Dicho en otros términos, su vocación era irrecusablemente práctica. Se proponía enseñar a los hombres cómo vivir, cómo conducir sus vidas para alcanzar la serenidad y el sosiego en todos los ámbitos, en una palabra: cómo obtener la salud *mental*. Pues la filosofía, por encima de todo, era terapia: *psicoterapia*” (Sampson, 2000). Sin embargo, hay que distinguir que en la época de la antigua Grecia, los filósofos habían gestado una cosmovisión que era propia de su cultura. La labor de los filósofos estaba dirigida a una psicopatología dedicada a curar la “la enfermedad del alma”. Y este tratamiento tuvo que llevarse a cabo en la búsqueda del cuerpo, que era donde se albergaba el alma. Esto significó una labor que entre la filosofía y la medicina permitió especificar que la enfermedad del alma está en estrecha relación con la enfermedad del cuerpo, porque es precisamente el cuerpo la sede del alma. De esta manera entre la filosofía moral y la medicina se definió lo que hoy conocemos como psicopatología.

La psicopatología, entonces, no puede versar sus estudios en “las causas y naturaleza de las enfermedades mentales” (DRAE, 2009)

consignadas en el DSM. Se puede notar que existe una irrelevancia en esta clasificación en lo concerniente a los aspectos históricos que se encuentran, que no sólo corresponden a la laxitud de sus estudios, sino a la falta de reconocimiento de la cultura, que es necesario distinguir, toda vez que la variabilidad de poblaciones en el mundo permite reconocer particularidades en sus modos de determinar la enfermedad.

Los estudios de “Benjamín Lee Whorf, personaje que fue un estudioso de muchas culturas indígenas en Estados Unidos, en particular los indios Hopi, de Puebla, los Navajo y otros, porque en ese periodo había mucho más proximidad, cercanía, entre las poblaciones indígenas y los pueblos de agricultores estadounidenses. Entonces, se topaban con los indígenas con mucho más frecuencia. Hoy en día existe un aislamiento absoluto y total, todos están en reservas, en reservas que tienen muros, cercos, y completamente cortado todo contacto espontáneo y directo. Antes no era así, una finca, por ejemplo, podría colindar con los terrenos de los indígenas y bueno, pues, como todo el mundo se encontraba con cierta facilidad. Por ello, Whorf, encontró cierta facilidad en el encuentro con estos indígenas. Realizó estudios a partir de la antropología lingüística, en la que había que forzosamente aprender los idiomas. Entonces, se puso en ese trabajo de estudiar muy concienzudamente esos idiomas, establecer la gramática, hacer léxico, hacer todo el trabajo del lingüista. Lo que encuentra es que efectivamente, y esa son las tesis fuertes, es que el lenguaje, la forma sintáctica, gramatical de la lengua inciden sobre lo que uno puede pensar. De esta manera, Whorf en conjunto con Edward Sapir (antropólogo estadounidense), en observancia del relativismo lingüístico encontrado, establecen lo que se conoce como la tesis de Sapir-Whorf.

Los estudios de antropología lingüística de Whorf permiten comprender que no existe una mente universal, al igual que no existe una sola lengua y por lo tanto considerar, en

el caso, del uso de un Manual de detección de trastornos mentales (DSM), las particularidades que una cultura alberga en sus significados de salud y enfermedad. Pensar que, en una categorización y clasificación se encuentren todos los significados que se atribuyen a lo que es “normal” y “anormal”, es una completa falacia. La existencia de más de seis mil quinientas lenguas en el planeta (Sampson, 2000) pueden llevar a comprender desde la diversidad en la que habitamos, significados particulares como cada cultura ve la enfermedad, al igual que el uso de una variabilidad de dispositivos para buscar la cura. Entonces, ¿el significado de enfermedad y salud mental es igual en todas las culturas? ¿Qué tipo de mecanismos culturales permiten que existan distinciones de significados de enfermedad y salud?

Retomando, existe una necesidad de volver a la cultura, que permita captar las particularidades propias de su acontecer socio-histórico. En el caso de la psicopatología, que se reconozcan en la actividad práctica de las personas los significados tejidos en la cultura, en lo concerniente a la enfermedad y a la búsqueda de la cura. En palabras de Tobie Nathan, “la cultura es un sistema psico-sociológico, no biológico pero funcionalmente muy comparable a una especie biológica” (Es) “el sistema que no sólo vuelve coherente el espacio social, sino también, y sobre todo, el sistema interior de los individuos que les permite circunscribirse en el espacio psíquico...” (Nathan, 1999)

Discusión

Para comprender las prácticas tradicionales que son usadas por los pobladores de Cabrera, para restablecer la salud, ante los episodios de enfermedad, es necesario preguntarse por el contexto sociocultural, los dispositivos tradicionales y populares, y los significados de salud y enfermedad que los pobladores comparten.

Teniendo en cuenta que la OMS insta a las instituciones universitarias y a los gobiernos a

adelantar investigaciones en los conocimientos ancestrales, la presente investigación busca comprender las prácticas de medicina tradicional asociadas a los procesos de salud y enfermedad presentes en la comunidad de Cabrera. Dicha comprensión implica reconocer el contexto sociocultural como un espacio activo e histórico capaz de producir un indeterminado número de prácticas, entre ellas las prácticas tradicionales de curación que usan las personas para restablecer su bienestar. Pero, para ello se hace necesario también distinguir e interpretar los significados de salud y enfermedad que definen las trayectorias para buscar la cura. En últimas, entendiendo el contexto “como aquello que entrelaza” (Cole, 1999), no es posible comprender las prácticas de curación por fuera del contexto donde se suceden.

Cabrera tiene condiciones culturales que le hacen distinto y próximo a otros corregimientos. La cultura se constituye así, en “el telón de fondo” sobre el cual se puede encontrar sentido a aquellas prácticas cotidianas que en otros sitios son totalmente extrañas. La cultura se puede ver desde las prácticas cotidianas de una comunidad y también como ella –la cultura– se encuentra en la vida, en la mente, en la subjetividad de cada uno de sus habitantes.

Entonces, ¿cómo la cultura llega a formar parte esencial de lo que nos hace humanos? De acuerdo con los estudios antropológicos somos dependientes de una “coevolución” cerebro y cultura, cada uno “dependiente mutuamente el uno del otro – nos dice Geertz - incluso para su misma comprensión (...) Nuestros cerebros no están en una cubeta, sino en nuestro cuerpo. Nuestras mentes no están en nuestros cuerpos sino en el mundo, éste no se halla en nuestros cerebros, nuestros cuerpos o nuestras mentes: éstos están en él junto con dioses, verbos, rocas y política” (Gertz 2002).

Establecer el lugar de la cultura en la presente investigación es importante, pero entendida no como “algo que rodea”, al contrario, ella forma

parte de lo que hacemos en nuestra vida. Y en el caso de las prácticas de medicina tradicional en Cabrera ha sido importante para lograr ir comprendiendo como su cultura es capaz de generar, conservar, y transmitir prácticas tradicionales de curación para restablecer estados de enfermedad.

Una práctica cultural involucra la conducta de dos o más individuos interactuando, dicha conducta, entra en relaciones funcionales que forman parte del nivel cultural. Las prácticas implican consistencia en la conducta de muchos individuos a través del tiempo y del espacio (GIenn, 1.988). Incluyen patrones de intercambio social, lenguaje, acción política y otras formas complejas de condiciones y eventos sociales.

Una de las prácticas culturales son las medicinas tradicionales ya que involucra la conducta de dos o más individuos interactuando, dicha conducta, entra en relaciones funcionales que forman parte del nivel cultural. De ésta manera se puede distinguir una variabilidad de prácticas de medicina tradicional en el mundo, que corresponden de igual manera a las particularidades de una sociedad.

De acuerdo con la OMS, la medicina tradicional es la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales.

En Pasto como en Colombia hay infinidad de sistemas de curación que son diferentes de los utilizados de los sistemas convencionales o alopáticos. Se hace uso de plantas curativas, rituales, santería etc. (Cortes H. y Recalde E., 2010). Quienes aprecian éste tipo de sistemas en muchos casos son personas no profesionales que han aprendido de manera empírica o por trasmisión oral de sus antepasados.

En el caso de los saberes tradicionales, como parte del restablecimiento de estados de enfermedad, Sampson nos dice: “el curandero de las sociedades tradicionales no pretende en absoluto cobijarse bajo el manto de la respetabilidad científica y no invoca la racionalidad - en su versión occidental al menos - para fundar en ella su credibilidad. Por eso no tiene ningún sentido calificarlo a él y a sus prácticas como irracionales, como suele ser la tentación. “Sólo, a priori, podrían llamarse ‘irracionales’ razonamientos o decisiones que afirman inscribirse en el marco de un procedimiento racional determinado y que ignoran o contradicen las exigencias de este procedimiento”, como lo dice Isabelle Stengers. Pero justamente la práctica, la acción de las etnoterapias, psíquicas o somáticas de acuerdo con nuestra dicotomía milenaria, no pretenden inscribirse en semejante marco; más bien están regidas por sistemas que sólo podrían llamarse racionalidades divergentes. En ellas, el curandero es experto; quiero decir que se trata de la implementación de técnicas específicas y no meramente de una difusa, vaga y mal definida capacidad de sugestión” (Sampson, 2001)

Para identificar los dispositivos curativos tradicionales que son usados por los habitantes de Cabrera ha sido necesario tener en cuenta los significados de salud y enfermedad que comparten. Significados adquiridos por el individuo en su proceso de socialización.

Respecto a la “salud mental”, que pareciese ser uno de los de los objetos propios de los análisis psicológicos y psiquiátricos, y que se había considerado importantes en la investigación, en este momento, son cuestionados por los aportes de ciencias como la psicología cultural, el psicoanálisis, la psiquiatría. El concepto de salud mental se relativiza frente a los universales creados por los estudios biologicistas del comportamiento humano. Así, la salud mental no tiene el mismo significado y no es entendida de la misma forma en todas las culturas: hay

particularidades que obedecen a procesos socio-culturales e históricos específicos.

La salud mental, entonces, tiene que verse primero desde las nociones de “normalidad” y “anormalidad” que se han construido en la comunidad de Cabrera, para de allí, dar cuenta qué significa estar enfermos, que para estas personas bien puede ser de carácter psicológico o físico, esto depende del sentido que merece el hecho de estar bien o no estar bien.

El intento de buscar que la salud mental se conceptualice con un significado de carácter universal, como “Un medio para promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades cognitivas, afectivas, y de relación, para lograr metas individuales y colectivas y para promover condiciones y calidad de vida de las personas y comunidades” (Diseño, Implementación, Seguimiento y Evaluación de un modelo de Atención en Salud Mental para el Departamento de Nariño. Dirección de Salud Pública. Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2006), no permite considerar el marco cultural al que obedece un individuo al momento de entrar en un proceso de socialización, al igual que las características histórico-culturales a las que sigue un determinado grupo humano.

Es necesario, entonces, preguntarse por el significado que tiene la salud mental en cada cultura, en este caso, por la construcción que se ha elaborado respecto al “estar bien” entre las personas del corregimiento de Cabrera; qué tipos de alternativas, cuando se padece una enfermedad, surgen frente a la búsqueda de la “cura”. Por ello la necesidad de preguntarse, ante un caso clínico, por la procedencia del paciente, del “otro”, de su componente cultural.

Especificar el estudio de la salud mental desde la cultura es pensar que quizás hemos sido violentos desde el sistema de salud, desde las universidades (también) buscando tratar “pacientes” con las teorías aprendidas, con conceptos y técnicas que, si bien reportan éxito

en otros escenarios, su aplicación nos exigiría investigar sobre los requerimientos de los pacientes. Pero, más que por su sintomatología deberíamos preguntarnos sobre la “influencia” que la cultural ha ejercido sobre él, para luego con él especificar la terapéutica. En palabras de Nathan: “Pues curar es siempre un acto de violencia pura contra el orden del universo. Y ninguna terapéutica es más violenta que la que intenta curar el alma (...) El curar consiste en expulsar de sus elecciones, prohibirle sus estrategias de existencia, las que eligió en un momento crucial de su vida y que aplicó sistemáticamente después. Curar consistiría entonces en ejercer una “influencia demiúrgica” y en considerarse por ende igual al dios monoteísta: todopoderoso y trascendente. Pero ¿en nombre de qué y a partir de qué certeza?”

Los objetivos planteados para la presente investigación son producto de una revisión previa de otros estudios realizados sobre el tema y la perspectiva teórica escogida. Los objetivos específicos: Describir las prácticas de medicina tradicional en relación al contexto socio-cultural de Cabrera; identificar los dispositivos curativos tradicionales que son usados por los pobladores de Cabrera para mantener su salud mental; y finalmente, interpretar los significados de salud y enfermedad que se construyen en la comunidad de Cabrera.

La salud va más allá de un único significado, está supeditada en su definición, a la forma como cada cultura la asume. En la enfermedad sucede lo mismo, ésta se constituye un estado contrario a estar saludable. Pero, esta polaridad no es asumida en todas las culturas de la misma forma. La etiología, pronóstico y tratamiento son particularmente definidos de acuerdo al lugar de origen donde se aplican dichas nociones.

El tomar contextos rurales abre un espacio entre dos discursos, el modelo biomédico y el de la “psicología cotidiana” (Brune, Actos de significado). Hay estudios como los que se elaboran para determinar acciones en “pro” de

la salud mental (Estudio Colombiano de Salud Mental, 2003) que desconocen la “naturaleza” de las particularidades que anteceden a los estados de enfermedad y las alternativas que cada cultura establece para buscar la “cura”.

Bibliografía

- Argotty, P. y Bravo, J. (2005). *Diagnóstico General del Corregimiento de Jongovito*. Facultad de Ciencias Humanas. Programa de Sociología. Universidad de Nariño. San Juan de Pasto.
- Bastide, R. (1973). El principio de individuación. Contribución a una filosofía africana. Tomado de *La Notion de Personne en Afrique Noire*, Colloques Internationaux du Centre National de la Recherche Scientifique N° 544. París, octubre 11-17 de 1971. Editions du CNRS. París, 1973 (p.33-43). Fragmentos traducidos por María Cristina Tenorio
- Berrios, G. (1999). Classifications in psychiatry: a conceptual history. *Journal de Psychiatry* 33. Australian y New Zealand, (p. 145-160).
- Broome, M. (2007). Taxonomy and ontology in psychiatry. Project Muse. *Scholarly journals online* 13 (4).
- Cooper, R. (2004). What is wrong whit the DSM? *History of Psychiatry* 15 (1), (p. 5-25).
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. 1ª edición en español. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Echeverri, G. y Otálora, N. (2005). *Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud*. Imprenta Nacional de Colombia. Bogota DC.
- Foucault, M. (1998). *Enfermedad mental y personalidad*. 2ª reimpresión en España: Paidós.
- Geertz, C. (2000). *La interpretación de las culturas*. 10ª ed. España: gedisa editorial.
- Halguin, R. (2004). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos*. 4ª ed. Mexico DF: McGraw-Hill Interamericana.

- Harris, M. (1985). *Introducción a la Antropología General*. 5 ed. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- Héritier, F. (1975). La identidad Samo. En *La identidad*. Seminario interdisciplinario dirigido por Claude Lévi-Strauss profesor del Collège de France 1974-1975, 53-84. Ediciones Petrel.
- Landrine, H. (1995). Implicaciones Clínicas de las Diferencias Culturales: el sí mismo referencial versus el sí mismo indexical. Tomado de: Nancy Rule Goldberger y Jody Bennet Veroff, *The Culture and Psychology Reader*, New York University Press. Traducido por María Cristina Tenorio y Ximena Sampson.
- Lévi-Strauss, C. (1977). *Antropología Estructural*. 8ª ed. Argentina: Universitaria de Buenos Aires.
- Margree, V. (2002). Normal and abnormal: George Canguilhem and the question of mental pathology. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 9 (4).
- Martin-Baro, Ignacio. (2000). *Psicología Social de la Guerra*. 3ª ed. El Salvador: UCA editores.
- _____. 1984. Guerra y salud mental, Conferencia pronunciada en San Salvador el 22 de junio de 1984, en la inauguración de la I Jornada de Profesionales de la Salud Mental, y publicada en *Estudios Centroamericanos*, n° 429/430: 503-514.
- Martinez, M. (1999). *La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación*. México D.F.: Editorial Trillas.
- Mauss, M. (2006). *Manual de etnografía*. 1ª ed. Español. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Muñoz, Lidia. (2007). *Memorias de Espejos y de Juegos*. 2ª edición. Pasto: Ediciones Editar.
- Nathan, T. (1997). *La Influencia que Cura*. Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Poveda, M. (2002). *Los Aportes etnopsicoanalíticos de Tobie Nathan para la psicología cultural*. Monografía para optar el título de Psicólogo. Programa académico de Psicología. Escuela de Psicología. Universidad del Valle. Santiago de Cali.
- Pinzon, C. y otros. (1992). *Cultura y salud en la construcción de las Américas*. Compilación Primer simposio internacional de cultura y salud, La cultura de la salud en la construcción de las Américas. VI Congreso de Antropología en Colombia (V. 1). Instituto Colombiano de Antropología. Bogota.
- Rosen, G. (1974). *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sampson, A. (2000). Funciones y Sentido de una Cultura. Pautas y Practicas de crianza en Familias. Serie Documentos de Investigación del Ministerio de Educación y la OEA. Editora, María Cristina Tenorio, Bogotá, (pp. 259 a 268)
- _____. (2000). “Del alma al sujeto: episteme antigua y ciencia moderna en psiquiatría”, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXIX, N° 3, sept.
- _____. (1998). *Mente Universal y Particularidad Cultural*. Ponencia para el Encuentro Internacional de Estudios Culturales en América Latina “Globalización y Cultura” Santafé de Bogotá, Septiembre 16-19.
- _____. (2000). Del alma al sujeto: Episteme antigua y ciencia moderna en. *Revista Colombiana de psiquiatría*.
- _____. (2000). La Psicoterapia como Artefacto Cultural, Ponencia presentada en el XXXIX Congreso Nacional de Psiquiatría, Bucaramanga, octubre 12-16.
- _____. (2000). *Reflexiones sobre la violencia, la guerra y la paz*.
- Shweder, R. (2008). The Cultural Psychology of Suffering: The Many Meanings of Health in Orissa, India (and Elsewhere). *ETHOS*, 36. (p. 60-77)
- Tenorio, M. (2005). Ver La observación como parte del diagnóstico social. Texto elaborado por retomando elementos de su propia experiencia educativa, cultural y clínica, así, como dos fragmentos de Terre Humaine. Des récits et des hommes. Un autre regard sur les sciences de l’homme de Pierre Aurégan, Paris: Ediciones Ágora, Nathan/HER, 2001. Cali, septiembre 23 del 2005.
- Tesanos, de A. (1998). *Una etnografía de la etnografía*. 1ª ed. Bogota: Antropos.

Thomas, L. (1973). El pluralismo coherente de la noción de persona en el África Negra tradicional. Tomado de *La Notion de Personne en Afrique Noire*, Colloques Internationaux du Centre National de la Recherche Scientifique N° 544. París, octubre 11-17 de 1971. Editions du CNRS. París. Fragmentos traducidos por María Cristina Tenorio.

Torres, C. (1996). *Aprender a Investigar en Comunidad II. Enfoques cualitativos y participativos en investigación social*. Santa Fe de Bogota: Unisur.

Whorf, L. (1971). *Lenguaje, pensamiento y realidad*. 1ª ed. Barcelona: Barral Editores.

Ministerio de Protección Social. Fundación FES Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Bogotá.

Dirección de Salud Pública. Instituto Departamental de Salud de Nariño. (2006). *Diseño, Implementación, Seguimiento y Evaluación de un Modelo de Atención en Salud Mental para el departamento de Nariño*. San Juan de Pasto.