

Medicina tradicional, migración e identidad

Gustavo López Castro
Centro de Estudios Rurales¹
El Colegio de Michoacán

Ponencia preparada para
el XXI Congreso Internacional de Latin American Studies Association (LASA98)
Chicago, septiembre 24-26 de 1998

Una noche, estando hospedado con una familia mexicana en Chicago, se presentó un caso de dolor agudo en uno de los hijos de la familia; cerca de la medianoche se suscitó una discusión acerca del curso que había que darle al dolor del hijo: por una parte, el padre decía que era necesario llevarlo al hospital para prevenir algo grave; la madre se inclinaba por hacerle un té, ponerle unos fomentos de manzanilla y esperar. La discusión se volvió un poco agitada pero no pasó a mayores. Ganó la parte materna. Para mí, desde una perspectiva sociológica, se trataba de una lucha simbólica entre la tradición (tés, yerbas, etc.) y la modernidad (hospital), entre dos maneras de concebir la enfermedad y las formas de tratarla, era una lucha por la hegemonía en materia de salud que probablemente respondía a una lucha por el poder en el seno familiar. Además me parecía que era la representación de la lucha por la supervivencia de una tradición médica que pone en manos de la mujer la atención de las dolencias de la familia, en lo que algunos antropólogos llaman medicina doméstica (Zolla y Mellado, 1995). Era al mismo tiempo expresión de una cierta identidad ligada a prácticas médicas traídas desde las zonas rurales mexicanas a los barrios mexicanos de Chicago, se trataba de la

¹ El Colegio de Michoacán, Av. Martínez de Navarrete 505, Fracc. Las Fuentes, Zamora, Michoacán, 59690 México; correo electrónico: **Error! Bookmark not defined.**

hermandad por el dolor de un pueblo sin clínica ni médico con una ciudad sede de uno de los principales centros hospitalarios de los Estados Unidos.

Sin embargo, como bien apunta Bourdieu se trataba de una diferencia falsa, donde yo estaba haciendo una “lectura sustancialista e ingenuamente realista” (Bourdieu, 1997:14) que consideraba la práctica en sí y para sí. Es decir, estaba viendo una diferencia falsa que “oculta una diferencia verdadera: la posición de clase.” Andando los días pude entender que la discusión acerca de la naturaleza del tratamiento a seguir provenía de los papeles que en esta familia de mexicanos desempeñan los padres y de las posibilidades económicas familiares. A pesar de seguir los roles que estaban marcados por la sociedad rural de la que proviene la familia (todos los miembros de la misma nacieron en México) se habían interiorizado otros papeles que provienen de un cierto estrato social de inmigrantes en Estados Unidos. Los inmigrantes mexicanos en este país no forman un estrato homogéneo en términos de niveles económicos y adaptación cultural a la sociedad norteamericana y sus instituciones. Obviamente no es mi intención (ni tengo la capacidad para ello) hacer una clasificación de las diversas maneras de integración, adaptación y diferenciación social y económica de los inmigrantes mexicanos, sólo señalo que existe una cierta heterogeneidad. No obstante, me parece que en general un rasgo que recorre a todos los estratos es una cierta manera de relacionarse con las instituciones de toda índole en los Estados Unidos. Ya sea que se trate de una escuela, de una iglesia, de una clínica, de la policía o de los ordenamientos municipales, el mexicano los ve como una representación inmediata del poder de la sociedad sobre ellos específicamente; es decir, aunque es

obvio que las leyes son de observancia general, los mexicanos sienten que son precisamente ellos los que más están en la mira de la autoridad para hacerles cumplir las leyes, reglamentos y ordenanzas: creen que este cumplimiento es laxo para blancos y morenos. Por ello, procura no tirar basura desde el carro, busca esconderse cuando hace una modificación a la casa, encuentra maneras de tomar cerveza sin ser visto o de aplicar la disciplina familiar sin ser demasiado obvio; en cualquier caso, intenta no toparse con el sistema. Pero como en todo hay diferencias, en esta generalización también hay sus asegunes: me parece que hay diferencias de género cuando se trata de las relaciones con la autoridad: la mujer es quien tiende a aprovechar mejor los recursos que la propia estructura social pone a disposición de la gente. Pero también conoce los costos de ello. Por ejemplo, si se queja a la autoridad judicial de ser maltratada por su esposo (caso no infrecuente) está dispuesta a perder algunas de sus relaciones familiares, a ser marginada y juzgada socialmente. Habrá aprovechado un recurso social para salir de una situación tolerada en su entorno social, pero habrá perdido legitimidad ante los familiares del esposo aunque no necesariamente frente a otras mujeres. Poner una denuncia es una decisión que pondera los costos y los beneficios.

En el caso de la familia que acabo de relatar, me encontré a los días, con que la situación que a mis ojos aparecía como bastante clara, en realidad era una representación (ciertamente no actuada para mi consumo sino para fijar las posiciones en la familia) que tenía que ver con las posibilidades económicas de la familia. Tanto el padre como la madre sabían que en la familia no contaban con un seguro médico que cubriera los gastos de atención en una clínica y también sabían

que probablemente el caso de dolor no era demasiado grave como para requerir asistencia de emergencia. Pero el padre insistía en que era necesaria la intervención de un médico para no aparecer como alguien que negligentemente ponía en un sufrimiento innecesario a un hijo, aunque en el fondo, según me dijo después, esperaba que no se le tomara en cuenta su sugerencia por los altos costos de la atención médica en Estados Unidos. De hecho lo sabía por propia experiencia pues aun estaba pagando abonos de una hospitalización similar de otro de sus hijos. Pero no podía en ese momento decir no al hospital pues consideraba que de hacerlo así estaría violentando uno de los “derechos que tienen los niños en este país”. Me dijo, “tienen más derechos que uno, aquí uno no los puede ni corregir porque luego se hecha a la autoridad encima”. Así, ante la familia aparecía como el más preocupado por el bienestar del hijo, pero al mismo tiempo decía que se hiciera lo que la esposa decía, con lo que tácitamente estaba aceptando la vía de la curación tradicional. No se trataba de una falta de confianza en la efectividad de la medicina tradicional, sino de una representación del principio de autoridad familiar. De hecho, de toda la familia, él era quien más frecuentemente visitaba a una sobadora y a otro curandero que le ponía cataplasmas de diversas yerbas y ventosas para aliviar su crónico dolor de espalda.

Por su parte, la esposa proponía el método de curación tradicional precisamente por la misma razón económica relacionada con el seguro médico, aunque ese no fue el argumento que se esgrimió esa noche, sino sólo el de la gravedad del dolor y el procedimiento que se debería de seguir. Finalmente lo que se hizo fue lo que la esposa sugería. Se le puso un cataplasma caliente de manzanilla con alcohol, se

le dio un té de yerbabuena con anís y una cucharada de aceite de oliva. Al día siguiente se le llevó con una curandera mexicana para que la sobara de empacho.

Al parecer el conflicto se resolvió por la capitulación del esposo respecto a la insistencia de la esposa, pero en realidad, ya había un acuerdo tácito respecto a lo que se debía hacer y eso se hizo. Desde la perspectiva del estructuralismo genético (Bourdieu, *Outline of a Theory of Practice*, 1977, p. 157, Oxford) lo que busco es poner de manifiesto como la realidad social supra-individual, “objetiva” (o sea la estructural social cultural e institucional) y los mundos mentales “subjetivos” internalizados por los individuos en tanto seres culturales y actores sociales, se unen inextricablemente, cada uno siendo parte contribuyente de, y al mismo tiempo un aspecto del otro. Esta es una, y solo una, de las maneras de explicar la construcción de la identidad en cualquier sociedad. En particular en un grupo de inmigrantes, esa noción de identidad se conforma no sólo de los referentes del lugar de origen, sino de los del lugar de llegada, en un proceso que está continuamente negociando las internalidades traídas del pueblo, las internalidades de la estructura social que los acoge y las construcciones de pertenencia a uno o varios grupos al mismo tiempo.

Esa identidad social, entendida como “autopercepción de un ‘nosotros’ relativamente homogéneo en contraposición con los ‘otros’” (Giménez, 1994:170) se basa en características y atributos distintivos, mas o menos subjetivamente seleccionados y valorizados por quienes comparten esa “mismidad identitaria”. Pero ese “nosotros” no es, nuevamente, homogéneo ya que dentro de él pueden existir, de hecho existen, subjugos de características compartidas por pequeños

grupos entre sí que ofrecen, al combinarse, especificidades identitarias. Es decir, aún como inmigrantes mexicanos indocumentados, lo que parece ya bastante restringido como parte de la población mexicana en Estados Unidos, podemos encontrar diferencias por estado de origen en México (no es lo mismo ser migrante indocumentado de Guanajuato que serlo de Veracruz) y aún por pequeñas regiones dentro de los estados (no es lo mismo ser un indocumentado de la ciudad de Apatzingán que del pueblo de Chavinda, los dos en Michoacán): los recursos (redes sociales, empleos, ayudas, apoyos) a los que se tiene acceso son diferentes y por ello la percepción (basada en vivencias) sobre la migración es también distinta. Estas especificaciones de la identidad social basadas en atributos particulares conduce a una cierta *identidad étnica ponderada*: somos mexicanos pero no somos exactamente iguales, es decir, andamos juntos pero no revueltos. Eso sí, se compartiría una “matriz cultural² portadora de los emblemas de contraste que marcarían sus límites” según Giménez (1994:172). Pero esa matriz estaría subjetivada en forma de *habitus* por interiorización (Bourdieu, 1994:166) o internalización selectiva de algunos elementos de la cultura institucionalmente preconstruida (Giménez, 1994:172). De allí que la identidad en realidad estaría dada por las diferencias y no por el contenido cultural que marca simbólicamente esas diferencias, o sea, “... pueden transformarse con el tiempo las características culturales de un grupo sin que se altere su identidad o, dicho en los términos de

² Preliminarmente vamos a entender como matriz cultural lo siguiente: “Llamaremos matriz cultural a los elementos y configuraciones *básicos* internalizados por los individuos durante su infancia y adolescencia, los cuales constituyen el *principio de su identidad*, un acervo de saberes, unas pautas de respuestas actitudinales y conductuales, un abanico de alternativas de acción, emoción y pensamiento, en fin, una *lógica* específica

George de Vos: pueden variar los 'emblemas de contraste' de un grupo sin que se altere su identidad" (Giménez, 1994:174).

Así, la lucha entre la medicina tradicional y la medicina hospitalaria que se dio en mi familia huésped en Chicago, era en realidad la manifestación de cambios en los emblemas de contraste de cómo funcionan las familias y cuales son las conductas plausibles respecto a los hijos que estaban cambiando en algo en esa familia en particular; si así son las cosas aquí así deberán ser. Obviamente, tampoco se trata de algo consciente en su totalidad, de prácticas que racionalmente sean tomadas después de sopesar que cambios introducir en la vida para estar de acuerdo con el entorno social. De hecho, se trata de procesos adaptativos que tienen lugar en un plazo relativamente largo y que se da principalmente cuando al tener a la familia completa en Estados Unidos se deben cuidar mas las formas y se incrementa el contacto con las instituciones de la sociedad de recepción. "Es un proceso adaptativo gradual que se da en la continuidad, sin afectar significativamente la estructura de un sistema" (Giménez, 1994:173). Se trata de respuestas adaptativas a las nuevas situaciones tomadas desde su internalización cultural. Obviamente, esto no está exento de tensiones y de fricciones al interior de la familia y aún en las relaciones con otros miembros de o de los grupos con que se interactúa, pero estas tensiones frecuentemente se resuelven en la lucha simbólica de los chistes a costa de otros, en las relaciones formales de compromiso (compadrazgos) o en otras formas de control social de la agresividad, pero eso sería motivo de otra ponencia.

materializada en un *idioma*." (Enrique Santos Jara, "Migraciones internas e identidad cultural, ALAS,1991, La Habana; citado en Giménez, 1994:175)

Quedémonos con que la identidad no es inmutable, pese a su relativa consistencia, sino que es un proceso dinámico, "... activo y complejo, históricamente situado y resultante de conflictos y luchas" (Giménez, 1994:172)

Esta *transformación adaptativa* de la identidad particular no tiene como objeto, propiamente, la *modificación radical* de la identidad, su reemplazo por otra en un proceso de asimilación, la transformación cualitativa del sistema, el paso de una estructura a otra. Pero si se trata de responder a las nuevas situaciones que le plantea la sociedad de recepción. Formando parte de la cultura internalizada (el *habitus*) está la manera en que la gente se cura las enfermedades y padecimientos. Esas maneras están en concordancia con las maneras en que se concibe la enfermedad, la salud, el estar enfermo y las causas de todo ello. Para la cultura popular mexicana, una enfermedad puede ser causada por un bicho que no se puede ver o también por un frío que le entra a uno por salir de lugares calientes a otro que está frío. Por eso, según las consejas populares en Michoacán, muchos migrantes se la pasan enfermos cuando vienen a Chicago. Para cualquiera de los dos casos (enfermedades estomacales o respiratorias) se puede tomar un antibiótico, o si eso falla, se puede poner un fomento o cataplasma de hojasa macerada en aceite; desde luego el proceso puede ser al revés, es decir, primero los remedios tradicionales y en caso de no cura, la medicina de farmacia. Este tipo de conocimiento está disperso en la cultura popular y se expresa en la vida cotidiana, pero se conserva de mejor manera en lo que Teresita Ruíz llama "el

acervo de conocimiento de los curanderos urbanos y rurales en México” (Ruíz, 1997).

La migración entre México y Estados Unidos implica no solamente el movimiento de personas a través de las fronteras, si no también el movimiento de información, ideas, costumbres, tradiciones y visiones de mundo que circulan en un sentido bidireccional. Esto es, que la gente migra con una cierta cultura internalizada, y a partir de ella tiene que hacer ajustes, adaptaciones a esa cultura, que le permitan manejarse en la sociedad que lo recibe, con lo cual redefine adaptativamente su identidad. Como parte de esa cultura que lo acompaña el migrante mexicano conserva una cierta manera de concebir la enfermedad, sus causas y las posibles maneras de curarla. Esto es, aún viviendo en una urbe como Chicago es posible que el migrante mexicano prefiera utilizar un remedio a partir de hierbas el cual tradicionalmente se ha usado en su familia para aliviar un padecimiento específico. Incluso puede ser que no resulte infrecuente que opte por acudir con un curandero mexicano a quien conoce bien, en lugar de ir a una clínica en donde encuentra médicos que hablan poco español.

Por otra parte, los curanderos mexicanos que ejercen su oficio entre la comunidad mexicana migrante de Chicago, tienen que adaptarse ellos mismos como migrantes, pero también su acervo de conocimientos como curanderos, a su situación de extranjeros en una sociedad que, en general, no los valora positivamente como sí les sucede en su terruño.

Nos preguntamos si la actividad de los curanderos entre la comunidad mexicana establecida en Chicago, ha sido utilizada por una parte como alternativa para solucionar los problemas de salud de los migrantes mexicanos y por otra parte como una forma de redefinir la identidad. Al mismo tiempo nos parece que el acervo de conocimientos de estos curanderos ha venido “sufriendo” transformaciones y en algunos casos, se ha venido perdiendo porque no es transmitido a nuevas generaciones de curanderos. Aunque apenas hemos hecho un período de trabajo de campo preliminar en la ciudad, nos parece que la comunidad migrante mexicana valora positivamente ese rasgo de la cultura popular mexicana, que tiene que ver con la atención tradicional a ciertos problemas de salud; pero es evidente que se trata de un proceso en el cual, también, las familias tienen que hacer ajustes. Es decir, el uso de medicina tradicional por parte de los migrantes mexicanos, como parte de la cultura internalizada se encuentra en un proceso de adaptación a las formas de concebir la enfermedad en una sociedad que ofrece recursos médicos de primer mundo, aunque el acceso a ellos no sea seguro para todos, y también se adapta a las funciones y roles concebidos como nuevos para la familia y cada uno de sus miembros.

Pensamos que en este proceso de acercamiento de ideas y economías que es actualmente el transnacionalismo, la identidad juega un papel importante, aunque algunos rasgos pueden ser modificados, como ya vimos. Creemos que, al formar parte el uso de medicina tradicional (y las negociaciones que ese uso implica) de

esa identidad que se recrea en las relaciones con los “otros”, sean esos otros mexicanos o “güeros”, latinos o “morenos”, la comunidad mexicana puede tener un referente en el uso de la medicina tradicional y el servicio de los curanderos. Obviamente no son la única ni la principal variable que interviene en la formación de la identidad, por lo menos de la identidad con sentido práctico, es decir, que permite moverse y vivir en el mundo, pero creemos que es indiscutiblemente valioso seguirlo estudiando.

Referencias:

- BOURDIEU, Pierre (1997) **Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción**, Barcelona: Editorial Anagrama.
- GEVITS, Norman (Editor) (1990) **Other Healers: Unorthodox Medicine in America**, Londres: The Johns Hopkins University Press.
- GIMENÉNEZ, Gilberto y Ricardo Pozas (coordinadores) (1994) **Modernización e identidades sociales**, México D.F.: IIS-UNAM/IFAL
- GONZÁ LES MONTES, Soledad (1995) **Las mujeres y la salud**, México D.F.: El Colegio de México.
- GUNN ALLEN, Paula (1991) **Grand Mothers of the Light: A Medicine Woman's Source Book**, Boston: Bacon Press.
- HOLLI, Melvin G. y Peter d'A. Jones (1995) **Ethnic Chicago: A Multicultural Portrait**, Michigan: Wm. B. Eedermans Publishing Co.
- JENKINS, Richard (1992) **Key Sociologist: Pierre Bourdieu**, Nueva York: Editorial Routledge.
- RUIZ, Teresita (1996) **Práctica empírica y rutinera: saber y terapias del curanderismo en Uruapan**, tesis de maestría en estudios rurales, El Colegio de Michoacán.
- ZOLLA, Carlos y Virginia Mellado, (1995) "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano", en: Soledad González Montes **Las mujeres y la salud**, México D.F.: El Colegio de México.