

Representaciones sociales y Medicina tradicional

Social representations and Traditional medicine

Dr. Luis Miguel Pavón León¹
Dr. Serafín Flores de la Cruz²
Dr. Carlos Flores Pérez³

Resumen

Introducción.- Gracias al empleo de los significados en la vida cotidiana y de sus experiencias personales, el hombre establece relaciones con su grupo social a la vez que sus experiencias individuales se construyen socialmente. **Objetivo.-** Construir los referentes teóricos mínimos que guíen un posterior análisis empírico sobre las Representaciones Sociales del proceso salud/enfermedad/atención en médicos tradicionales. **Metodología.** Se trata de un artículo de reflexión sobre algunas ideas acerca de la relación entre Representaciones Sociales y prácticas de atención a la salud con Medicina Tradicional. No interesa establecer conceptos definitivos ni definirlos, sino construir categorías analíticas que sirvan de guía heurística y de identificación de los observables en la realidad estudiada. **Conclusiones.-** El escrito plantea que estas Representaciones Sociales son construcciones de significado que guían los comportamientos sociales.

Palabras clave:

Representaciones Sociales, Salud, Enfermedad, Atención, Medicina Tradicional.

Abstract

Introduction.- Thanks to the use of meanings in everyday and personal life experiences, human beings establish relations with their social group while their individual

Doctor en Gobierno y Administración Pública; Facultad de Economía de la Universidad Veracruzana, Xalapa-Veracruz, México. lpavon@uv.mx, lpavon@hotmail.com. Tel.: (228) 8421700 Ext. 14270.

Doctor en Sociología; Facultad de Economía de la Universidad Veracruzana, Xalapa-Veracruz, México. seflores@uv.mx, serafin_flores_cruz@hotmail.com. Tel.: (228) 8421700 Ext. 14270.

Doctor en Educación; Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, Xalapa-Veracruz, México. carlflores@uv.mx, mtrocarlos@hotmail.com. Tel.: (228) 8421700 Ext. 14270.

experiences are socially constructed. **Objective.**- To build the minimum theoretical references to guide further empirical analysis for social representations of health / disease / care on traditional medicine practitioners. **Methodology.**- It is a reflection article with some ideas regarding the relationship between social representations and traditional medicine healthcare practices. It is not interested in reaching definitive concepts, nor defines them, but to build up analytical categories as heuristic and identification guide of observable in the reality studied. **Conclusions.**- The brief argues that these social representations are constructions of meaning that guide social behavior.

Key words:

Social Representations, Health, Illness, Care, Traditional Medicine.

Introducción

Supongamos que somos parte de un clan en una sociedad primitiva. Para esto, tendríamos que remontarnos a la época de los primeros Homo Habilis hasta el Homo Sapiens. Nuestras necesidades para subsistir, a pesar de ser muy básicas, exigirían la construcción de algún tipo de “infraestructura” que nos permita establecer una relación funcional con todo aquello que nos rodea (ya sea otros individuos, una cosa material o inmaterial), y que al mismo tiempo dé soporte al desarrollo y funcionamiento de la sociedad. Siguiendo este ejercicio intelectual, nos daríamos cuenta de que esa “infraestructura” tiene un significado dentro de nuestro grupo social, pues

de alguna manera nos proporciona cierto sentido. Por lo tanto, nos permite comunicarnos, ya que subyace en sí misma cierta información que utilizamos de puente para entender una realidad concreta y de este modo actuar dentro de ella.

A partir de esta breve reflexión salta a la vista que con el empleo de esos significados en la vida cotidiana y las experiencias personales, el hombre establece relaciones con su grupo social a la vez que sus experiencias individuales se construyen socialmente. Desde los tiempos del hombre primitivo hasta la sociedad contemporánea, los procesos de construcción de significados se han desarrollado, pero, ¿cuál es la base de la construcción de esos significados?

Este artículo tiene como objetivo discutir el concepto de Representación Social como una categoría analítica que analice la construcción de estos significados. El objetivo es construir un marco de referencia abstracto sobre la construcción de significados acerca del proceso salud-enfermedad-atención en el contexto del uso de Medicina Tradicional. Se divide en tres partes: la primera introduce el concepto de Representaciones Sociales y Prácticas Sociales; la segunda esboza la relación entre las Representaciones Sociales y la Medicina Tradicional y el tercero y último reflexiona sobre el proceso salud-enfermedad-atención.

Representaciones Sociales y Prácticas Sociales

Para analizar la construcción de significados, las categorías de Representaciones Sociales y Prácticas Sociales son una herramienta fundamental. El concepto de Representaciones Sociales tiene su origen en el de Representaciones Colectivas que Durkheim introdujera en su teoría sociológica en el año 1898 (Mazzitelli y Aparicio, 2010:638). Wagner y Flores (2010:140) señalan a Durkheim como el padre más directo de la teoría de la Representación Social. Para ellos, fue él quien se encargó de debatir la teoría de los sistemas simbólicos, utilizando el ejemplo de la religión. Más tarde, desde la perspectiva de la Psicología Social, Serge Moscovici haría lo propio y sustituiría, en la década de 1960, el concepto de Representaciones Colectivas por el de Representaciones Sociales (Mazzitelli y Aparicio, 2010:638).

De acuerdo con Wagner y Flores (2010:140) el paso crucial realizado por Moscovici fue adaptar la conceptualización de Durkheim sobre las Representaciones Colectivas a una expresión más dinámica aplicable a las sociedades modernas y accesibles a la investigación psicosocial. Según estos autores, Moscovici sobrepasó la Psicología Social tradicional con su énfasis en lo individual, considerando lo social y lo cultural con mayor relevancia. Para Moscovici (1988 en: Aguilar, Valencia y Gutiérrez, 2002:93), las Representaciones Sociales son sistemas de ideas, imágenes y explicaciones que tienen la doble función de hacer comprensible al individuo el mundo material y social para orientar su acción dentro de él y permitir la comunicación entre los miembros de la comunidad.

Desde el punto de vista de Ortega (2004 en: Palacios 2009:92), el análisis de las Representaciones Sociales, desde la perspectiva de la Psicología Social, se ha desarrollado desde dos enfoques relevantes: el procesal y el estructural dinámico¹. El enfoque procesal, de acuerdo con el mismo autor, surge en Brasil con los trabajos de Moscovici sobre la Representación Social del Psicoanálisis. Su planteamiento consiste, señala Ortega, en que las Representaciones Sociales se conforman a partir de la interacción de dos procesos o sistemas: el cognitivo y el social.

El concepto expone el proceso de construcción de sentido de la acción y, con ello, se considera una herramienta conceptual que permite observar cómo los sujetos viven y explican su mundo y cómo eso les permite interactuar dentro de éste. Jodelet (1989:31 en: Álvarez, Álvarez y Facuse, 2002:146) afirma que el ser humano necesita identificar y resolver los problemas que le plantea el mundo que lo rodea. Por lo tanto, señala la misma autora, fabricamos representaciones que nos guían en la manera de nombrar y definir diferentes aspectos de nuestra realidad cotidiana y en cómo interpretarlos y enfrentarlos.

Mazzitelli y Aparicio (2010:638) consideran que las Representaciones Sociales son una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Con base

¹ Este último no lo tocamos en este escrito pero a grandes rasgos se afirma que está representado por las posturas de Jean Claude Abric, para quien las Representaciones Sociales tienen un enfoque estructural y dinámico, pues enfatiza los aspectos estructurales de éstas, ahonda en el análisis de su organización y la jerarquía de sus elementos, además plantea la teoría del núcleo central y los elementos periféricos (Ortega, 2004 en: Palacios, 2009:94)

en esto, las Representaciones Sociales permiten conocer y analizar los procesos que determinan la construcción de las Prácticas Sociales, observables en las relaciones sociales de los sujetos para la satisfacción de necesidades, en un contexto determinado espacial y temporalmente.

Es importante advertir, sin embargo, que para analizarlas se requiere un acercamiento desde lo cualitativo, pues, como lo señala De la Garza (2006:14), la interpretación de sentido no se logra en forma hipotético-deductiva, sino a través de la reconstrucción de los sentidos, en articulación con estructuras y acciones. Es decir, lo que De la Garza señala es que los sentidos que confieren las personas a las cosas y a sus acciones deben reconstruirse en el contexto de los procesos que dan lugar a ese sentido.

Ahora bien, la construcción de estas Representaciones Sociales sucede en el proceso de producción y reproducción de lo social. Esteva (1980:15) señala que “para producir y reproducir su vida, el hombre ha de apropiarse de los objetos que satisfacen sus necesidades”. Este punto de vista sugiere que los sujetos sociales reformulan, reconstruyen, interpretan y utilizan estos objetos a partir de su apropiación, como referentes para interrelacionarse dentro de su espacio social.

De esta forma, el sujeto establece una relación con el objeto (que puede ser una persona o una cosa material o inmaterial). En torno de este objeto se construyen comunicaciones e informaciones que juegan un papel explicativo de las situaciones definidas por la interrelación del

sujeto con el objeto. Éstas son importantes porque en las Representaciones Sociales no se debe evaluar si éstas son verdaderas o falsas, lo que debe analizarse es la forma en la cual los sujetos las construyen y para qué fines las construyen. Es decir, el sentido de su apropiación.

En el proceso de construcción de Representaciones Sociales, el sujeto se apropia del objeto, es decir, se realiza un proceso de objetivación. La forma en la cual tiene lugar dicha apropiación está, al mismo tiempo, determinada por una diversidad de procesos complejamente imbricados y vinculados a la construcción de creencias, experiencias personales, intereses particulares y sociales, necesidades de subsistencia material para la reproducción biológica y social, mitos y rituales de la vida cotidiana y su entendimiento y comprensión del presente y visión de futuro.

Así, surge la idea de que la relación sujeto-objeto está mediada por formas de sentir físicamente, formas de pensar la realidad, formas emocionales y de creencias propias del mismo sujeto. Pero, ¿cómo se construye este proceso de Representación Social?, ¿de dónde se obtiene la materia prima para su construcción?

Las Representaciones Sociales son apropiaciones que el sujeto tiene de los objetos y que le dan un sentido a su vida. Desde este punto de vista, las Representaciones Sociales son observables en las Prácticas Sociales y éstas, a su vez, en las relaciones sociales. No sólo explican la conducta, son descripciones al mismo tiempo, del conocimiento y del comportamiento (Wagner y Flores, 2010:147).

Bajo esta perspectiva, observamos dos dimensiones en las cuales se agrupan los procesos que determinan la construcción de estas Representaciones y Prácticas sociales: los internos o planos de existencia del sujeto y los externos o dinámicas contextuales, considerados ambos como productos de la historia personal y social.

Para reflexionar sobre los internos, partiremos de la idea de Wagner y Flores (2010:144), quienes sostienen que las Representaciones Sociales son un concepto dinámico que desempeña un papel explicativo en las teorías que se refieren a comportamientos sociales, ya sean del tipo individual o colectivo. De esta manera, se parte del supuesto de que las experiencias de vida del sujeto son individuales, son vividas por el sujeto, pero la construcción de esas experiencias es social. Es decir, se construyen en la relación con otros sujetos y del sujeto con su ambiente (Figura 1).

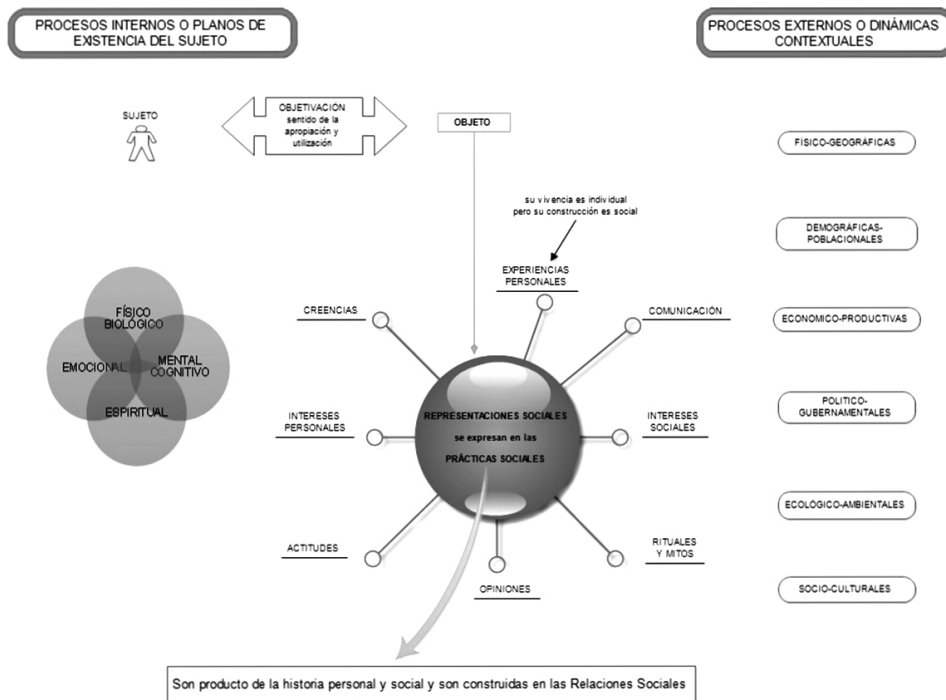


Figura 1: Elementos del proceso de construcción de una Representación Social. Fuente: Elaboración propia.

Los procesos internos también son aquellos planos de la existencia del sujeto en los cuales vive su experiencia de vida y la explica. En éstos identificamos los planos físico-biológico, mental-cognitivo, emocional y espiritual. El plano físico es en el que el individuo toma conciencia a partir de las sensaciones de dolor o placer corporal. El plano mental-cognitivo se refiere a la necesidad y capacidad de aprender (consciente o no) para subsistir y le permite racionalizar su situación y diseñar estrategias para satisfacer sus necesidades. El plano emocional es el ámbito de las sensaciones subjetivas, de las necesidades de aprecio, autoestima, amor y reconocimiento como persona; y, por último, el plano espiritual se refiere a las creencias en un ser superior en quien el sujeto tiene fe o en la búsqueda de la realización personal en las diferentes facetas de su vida.

Las explicaciones del sujeto sobre sus experiencias de vida estarán vinculadas también a procesos externos o dinámicas contextuales. En este punto identificamos las físico-geográficas, las demográfico-poblacionales, las económico-productivas, las político-gubernamentales, las ecológico-ambientales y las socio-culturales. Las físico-geográficas tienen que ver con ubicaciones espaciales donde viven los sujetos. Las demográfico-poblacionales se refieren a movimientos migratorios, crecimiento de las poblaciones o decrecimiento de las mismas. En las económico-productivas se ubican determinantes objetivas tales como niveles socioeconómicos, acceso a los servicios públicos, empleo, fuerzas productivas y formas de subsistencia. Las político-gubernamentales son aquellas que

describen escenarios de relaciones de poder, formas de organización social para la gestión de sus necesidades y sus formas de gobierno. Las ecológico-ambientales dan cuenta de recursos naturales que caracterizan el paisaje natural y las socio-culturales se refieren a pertenencias étnicas, formas de comportamiento social e identidades colectivas.

Esto permite, en primer lugar, definir la Representación Social como una visión del mundo que permite al individuo o al grupo social conferir sentido a sus prácticas y entender la realidad mediante su propio sistema de referencia y, en segundo, pensar que estas Representaciones Sociales tienen una doble tarea: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible resulte perceptible (Farr, 1986 en: Mazzitelli y Aparicio, 2010:639). Con base en lo anterior, los sujetos toman decisiones sobre sí mismos, explican sus situaciones, construyen escenarios futuros posibles y actúan en consecuencia. A partir de estas ideas, se identifican tres funciones de las Representaciones Sociales: a) función cognitiva de integración de la novedad, b) función de interpretación de la realidad y c) función de orientación de las conductas y de las relaciones sociales (Mazzitelli y Aparicio, 2010:640). Es decir, se conoce, se interpreta y se realiza la acción social en consecuencia.

Las Prácticas Sociales y las Representaciones Sociales son construidas en las relaciones sociales, por lo tanto es ahí donde deben ser observadas para fines de análisis. Como lo señala Palacios (2004:94), las Representaciones Sociales están escritas en el lenguaje y las prácticas, y funcionan como un lenguaje en razón de su función simbó-

lica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar lo que compone el universo de la vida.

Las Representaciones Sociales son construcciones simbólicas de la realidad y son sociales en tanto esos símbolos son compartidos por los sujetos sociales. Borgucci (2005:166-171) afirma que las Representaciones Sociales contienen una expresión simbólica, que incide sobre las opiniones de los interlocutores y que permite a los autores realizar prácticas sociales dentro de los límites de su elaboración simbólica en los procesos de objetivación. La función del símbolo es, en este caso, revelar una realidad y hacerla accesible para actuar dentro de ella. Así, la función de las Representaciones Sociales es la de transformar algo que no es conocido en algo conocido (Borgucci, 2005:166).

Representaciones Sociales y Medicina Tradicional

Las prácticas de atención del proceso salud-enfermedad son tan remotas como la historia de la humanidad (Rojas, 2013:623 y Chifa, 2010:242). El surgimiento de los grupos humanos y de las grandes civilizaciones tiene sus raíces en saberes derivados de la utilización de plantas (Pérez, 2001:27), por lo tanto, el conocimiento de las propiedades curativas de las plantas es tan antiguo como la especie humana (Hernández, 2001:33)¹.

¹ Algunos autores como Hersch y Fierro (2001:56), desde la perspectiva de la etnobotánica, señalan que la medicina practicada en Mesoamérica tenía en la vegetación su fuente básica de recursos terapéuticos.

Estas prácticas de atención se construyeron, al igual que todo conocimiento, por ensayo y error a partir, como lo indica Caballero y Cortés (2001:81), de complejas formas de interacción entre las comunidades locales y su entorno vegetal, vinculadas también al pensamiento mágico-religioso.

Conforme el conocimiento científico avanzaba y se racionalizaba estas formas de pensamiento fueron alejándose de las formas de atención a los problemas de salud por medio de plantas. El constante desarrollo, la creciente racionalización científico-positivista y la tecnologización de las prácticas de atención de la enfermedad dieron lugar a disciplinas científicas que reclamaron para sí su conocimiento y excluyeron al pensamiento mágico-religioso. Como parte de esta separación surgió la medicina alópata que ha desarrollado, en su interior, especializaciones y subespecializaciones que atienden las diversas patologías humanas.

La fuente de conocimiento tradicional, base de las actuales Ciencias de la Salud, incluyendo su pensamiento mágico-religioso, se constituyó en una práctica deslegitimada institucionalmente y se le ha adjetivado de diversas maneras: Medicina Tradicional, terapias alternativas, naturismo, herbolaria y terapias complementarias, siempre cuestionadas y despojadas de toda categoría de verdad. Es decir, mientras los practicantes de la medicina alópata, basada en el conocimiento científico-positivista, están legitimados por los años de estancia recibiendo instrucción en las universidades reconocidas por el Estado, quienes practican la Medicina Tradicional reciben

instrucción de practicantes anteriores o ancianas o ancianos, cuyo conocimiento está basado en la transmisión oral, sin el aval de un título universitario y, en consecuencia, carente de legitimidad institucional.

De esta forma, se constituye una división entre la medicina alópata y la tradicional (Urióstegui, 2008 y Pereyra y Fuentes, 2012). Esta última, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante) como la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de diferentes culturas, sean explicables o no, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como la prevención, el diagnóstico, la mejora y el tratamiento de enfermedades físicas y mentales (Rojas, 2009 en: Muñoz *et al*, 2013:87-88). Tal definición, suponemos, no es suficiente en términos de la implicación de la Medicina Tradicional, pues el significado de salud-enfermedad-atención para los médicos tradicionales no se reduce a las dimensiones mentales y físicas; abarcan también las emocionales y las espirituales. De hecho, estas dos últimas dimensiones son sumamente importantes para el hecho de la “curación” o “sanación” del sujeto.

Esto, por supuesto, no quiere decir que un sector social no le dé categoría de verdad a la práctica de la Medicina Tradicional. Socialmente hay una aceptación de ésta. Sin embargo, la decisión de atenderse con uno u otro tipo de medicina dependerá de una diversidad de factores. Desde cuestiones objetivas como las condiciones socioeconómicas, hasta cuestiones subjetivas como la compartición de significados (y su cons-

trucción social) acerca de la dicotomía salud/enfermedad. Así, por ejemplo, respecto de las cuestiones objetivas, Feinholz y Ávila (2001:18) afirman que la gente perteneciente a las clases media y alta tienen la facultad de elegir el medio donde están situados sus hogares, la calidad y el tipo de alimentos que consumen y la clase de atención médica que reciben. Sin embargo, continúan los autores, las opciones de los que viven en la pobreza, inclusive la educación recibida, están fuertemente restringidas por la limitación de sus recursos.

Estas cuestiones objetivas se observan en la reconstrucción de los procesos contextuales en los cuales viven los sujetos. Para Feinholz y Ávila (2001:13) es necesario, para los estudios sobre salud, identificar y delimitar el contexto en el que se definen, tanto la salud como la enfermedad. Esto se vuelve más complejo cuando involucramos la construcción de significados sobre el proceso salud-enfermedad-atención.

Visto así, surgen las siguientes preguntas: ¿cómo estudiar estas subjetividades?, ¿cómo indagar acerca de los significados y su construcción? y, específicamente, ¿cómo abordar la construcción de los significados del proceso salud/enfermedad y las prácticas de atención con Medicina Tradicional?

Para responder en un nivel abstracto estas preguntas se parte de los siguientes puntos teóricos:

a) El conocimiento y la práctica de la Medicina Tradicional para fines de atención del proceso salud-enfermedad, es indisociable del pensa-

miento mágico-religioso que lo fundamenta. Estos conocimientos y prácticas, como lo afirma Spinky (1993:300 en: Duarte 2010:16), al ser socialmente elaboradas y compartidas, contribuyen a la construcción de una realidad común, que posibilita la comunicación entre los sujetos;

b) Este pensamiento mágico-religioso forma parte de la legitimación del mismo conocimiento y de su práctica tanto en médicos tradicionales como en usuarios. Por lo tanto, entre quien recomienda un tratamiento y quien lo acepta, existen Representaciones Sociales compartidas. En los estudios sobre Medicina Tradicional predomina la recuperación del conocimiento sobre usos de las plantas, pero no la recuperación y el análisis de la forma en la cual se construye la idea de enfermedad y salud, mismas que orientan las prácticas de atención;

c) Para conocer cómo se definen las prácticas de atención con Medicina Tradicional, es necesario explorar la forma en la cual se construyen los significados acerca del proceso salud-enfermedad en los sujetos sociales y sus condiciones objetivas. Para ello se parte de la idea de Feinholz y Ávila (2001:19), quienes consideran que la capacidad de la gente para decidir qué hacer para proteger su salud y afrontar la enfermedad está limitada por los recursos sociales a su disposición. Entre esos recursos están, según los mismos autores, los conocimientos locales, las redes de comunicación y los modos de actuar aprobados culturalmente; lo mismo que el ingreso disponible, la educación y los servicios existentes;

d) Las Prácticas Sociales y los significados se construyen en una relación de interdetermi-

nación. Es decir, no hay una relación de subordinación entre variables, como lo plantearía el método hipotético-deductivo, sino una relación compleja entre procesos, determinándose mutuamente;

e) En los contextos locales, regionales y globales, estas prácticas y significados también están experimentando cambios en sus construcciones;

f) Para el análisis de la construcción de estos significados y de las prácticas, se propone utilizar como lente conceptual las categorías analíticas de Representaciones Sociales y Prácticas Sociales, que requieren un abordaje cualitativo y;

g) Es necesario ubicar las Representaciones Sociales y las Prácticas Sociales en una perspectiva relacional e histórica (Roseberry:1989, 2002a y 2002b; Gómez, 2005; Flores, 2009; Mallon, 2002), como producto de una relación compleja entre procesos (Zemelman, 1987) y de la interrelación entre historias personales y sociales. En este sentido, se considera que las realidades sociales son aprehendidas como construcciones históricas y cotidianas de los actores individuales y colectivos (Corcuff, 2011:11 en: Duarte, 2010:17).

Desde la perspectiva de las Ciencias Sociales, la tricotomía, salud-enfermedad-atención, es una construcción social que involucra, como lo señala Bejarano (2004:15), creencias, cogniciones y percepciones culturales. Como tal, lo que los sujetos van a entender por cada una de éstas lo determinarán sus experiencias de vida y visiones del mundo, las cuales no están limitadas por las-

fronteras geográficas donde vive el sujeto. Éste no solo construye sus relaciones en el ámbito de lo local, sino también en los ámbitos de lo regional, lo nacional y, como parte de los cambios actuales, lo global.

Es en esa construcción, de significados y prácticas, donde el sujeto busca y encuentra (o descubre) el sentido (o sinsentido) de sus experiencias de vida. Estas Prácticas Sociales son observables en las formas en las cuales los sujetos establecen relaciones sociales para proveer y satisfacer sus necesidades de salud.

Proceso salud-enfermedad-atención y Medicina Tradicional

Engels (1991:7) menciona, desde la perspectiva de la teoría materialista, que el factor decisivo en la historia es, en fin de cuentas, la producción y reproducción de la vida inmediata. Para él, esta producción y reproducción son de dos clases: por una parte, la producción de medios de existencia, de productos alimenticios, de ropa, de vivienda y de los instrumentos que para producir todo eso se necesitan. Por otra, la producción del hombre mismo, la continuación de la especie.

Si bien la necesidad es el punto de partida de todas las acciones humanas, la necesidad principal del ser humano ha sido y sigue siendo la subsistencia material para la reproducción biológica y social y ambas confluyen en la construcción de las identidades sociales.

Marx y Engels (2005:12) establecen una diferencia entre el ser humano y los animales, precisa-

mente a partir del concepto de satisfacción de sus necesidades. Para ellos, se distingue al hombre de los animales por la conciencia, por la religión o por lo que se quiera, pero el hombre mismo se diferencia de los animales a partir del momento en que comienza a producir sus medios de vida, paso éste que se haya condicionado por su organización corporal.

Para satisfacer sus necesidades de subsistencia, el ser humano establecerá una serie de relaciones complejas, definidas de forma específica en cada etapa histórica. Así, por ejemplo, en las sociedades primitivas, la recolección, la pesca y la caza, fueron las formas en las cuales, desde el Homo Habilis hasta el Homo Sapiens satisfacen sus necesidades para sobrevivir (algunas especies, sin lograrlo). En las sociedades modernas, por su parte, es el trabajo remunerado (en su mayoría por vía del comercio o el salario), por el cual el ser humano subsiste. En la satisfacción de estas necesidades se crearán otras de suma importancia y para la misma finalidad, tales como vivienda, educación y salud, entre otras.

Respecto de la salud, es en el inicio del sedentarismo cuando el ser humano tiene sus primeras experiencias con las diversas afecciones del cuerpo humano, como parte de un proceso de adaptación a los ambientes y como producto de las migraciones. Las primeras experiencias de afectación del cuerpo son inexplicables para los primeros seres humanos, pero representaron el germen de una racionalización de la situación en busca de respuestas. El primer recurso fue la creación de seres, simbolizados en los astros y en entidades no visibles.

Con el establecimiento del ser humano en un solo espacio, es decir, con el sedentarismo, se genera un nuevo proceso de adaptación. La convivencia cotidiana y con mayor cercanía entre los humanos y entre humanos y animales domesticados, hace surgir lo que se conceptualizará como *enfermedad*. Al convivir en un mismo espacio, los desechos fisiológicos de los humanos y los de los animales domesticados, generaron focos de infección que provocaron patologías en el ser humano.

Los procesos de racionalización de las situaciones de enfermedad, buscando explicaciones y soluciones, llevaron a la construcción de conocimientos y tecnologías para atenderlas. Estas Prácticas de Atención no sólo estaban basadas en conocimientos de la reacción biológica humana a ciertas plantas, también se vinculaban vinculadas al frío y al calor (Ocegueda, Moreno y Koleff, 2005:12); a las estrategias, los tiempos y los lugares de recolección¹; a los astros y sus posiciones (astrología médica); a los elementos básicos (agua, aire, tierra y fuego); y a seres sobrenaturales no visibles (mitologías), pero con los que se podía estar en contacto a través de un humano elegido y entrenado para ello (Chamán, brujo, guía, sacerdote, médium, médico tradicional, partera, curandero, etcétera)².

¹ Por ejemplo, se ha demostrado que algunas plantas por sí solas no producen la sustancia activa, sino que la producen por la relación que mantiene con las otras existentes en su ecosistema.

² Ejemplo de esto es el estudio de Gómez (2007:22), quien señala que el Chamán se constituye como un intermediario entre los hombres y los dioses o los espíritus.

Todo ello empezó a ser acompañado de complejos rituales, indisolubles de las Prácticas de Atención del proceso salud-enfermedad, hasta el desarrollo y la separación de la medicina alópata, que rechazó este tipo de rituales en el acompañamiento del proceso de atención y siguió un camino de racionalización más científico-positivista, como ya se mencionó.

De la misma forma, en este complejo entramado de relaciones para la satisfacción de las necesidades de salud con Medicina Tradicional, las prácticas de atención se diferenciaron por ambientes, regiones, formas y estilos de vida, niveles socioeconómicos y formaciones culturales, entre otras determinantes. Es decir, que en la práctica de Medicina Tradicional, los nombres de las plantas, las formas de conceptualizar a la salud y la enfermedad, las estrategias, los rituales y los significados, variarán entre regiones (Ocegueda, Moreno y Koleff, 2005:12).

Para la observación de las Representaciones Sociales y de las Prácticas Sociales, se considera que el sujeto se mueve en diversos ámbitos de su vida cotidiana, que será necesario observar y reconstruir. Es en los diversos planos de la existencia humana donde se construyen las visiones del mundo de los sujetos sociales. Es ahí donde el sujeto construye una explicación de su realidad y, aunque la experiencia de vida sea individual, siempre, la construcción de esa experiencia es social e histórica. No surge de la nada, es producto de la historia.

Canelón (2001:61) afirma que la teoría de las Representaciones Sociales nos ofrece la posibi-

lidad de integrar, por primera vez, lo cognitivo, lo afectivo y las prácticas de los individuos y grupos sociales, con relación en el conocimiento de la realidad. Reformulando esta idea, se puede decir que el ser humano siente en el cuerpo la manifestación de la enfermedad (plano físico), la explica (plano mental), le afecta en sus sentimientos y en sus relaciones de afectividad con los demás (plano emocional) y mantiene su fe en que puede superarla con la ayuda de un ser o seres no tangibles, tomando el hecho como una realización personal y, en otros casos, como milagrosa (plano espiritual). (Figura 2).



Figura 2: Manifestación de la enfermedad en los planos de existencia del sujeto, desde la Teoría de las Representaciones Sociales. Fuente: Elaboración propia.

Wagner y Flores (2010:141) fortalecen esa idea al considerar que toda investigación que pretenda analizar los sistemas de Representaciones Sociales deberá considerar el capital afectivo que orienta esa Representación Social y hace surgir una interacción evaluativa entre sujeto y objeto que va mucho más allá de una mera cognición. Por lo tanto, en estas experiencias, suponemos, confluyen dolencias, conocimientos, sentimientos y creencias. Sin embargo, es necesario considerar que el “estar sano” es relativo y sus Prácticas de Atención dependerán de sus construcciones simbólicas sobre la dicotomía salud-enfermedad y sus interdeterminaciones complejas, con las condiciones objetivas de vida, los procesos contextuales y los planos de existencia de los sujetos.

Conclusiones

A partir de este breve recorrido teórico se consideran las Representaciones Sociales y Prácticas Sociales como construidas en las relaciones sociales y, por lo tanto, es en éstas últimas donde deben ser observadas para fines de análisis.

Llegamos a la conclusión que los sujetos sociales construyen diversidad de significados acerca de todo lo existente en sus espacios sociales. Esta construcción, que puede ser estudiada utilizando como lente la categoría de Representaciones Sociales, guía las formas de comportamiento social.

Así, desde la perspectiva de las ciencias sociales, la tricotomía, salud-enfermedad-atención es una construcción social. Como tal, lo que los sujetos van a entender por cada una de éstas se determinará por sus experiencias de vida y visiones del mundo. De tal forma, la práctica de la Medicina Tradicional estará imbricada en esta construcción de significados.

Por ello, es importante conocer la base de la construcción de los significados y, por lo tanto, de las Representaciones y Prácticas Sociales de médicos tradicionales. La base de la construcción de estos significados constituye la forma en la cual los sujetos producen y reproducen sus explicaciones sobre el proceso salud-enfermedad-atención.

Referencias bibliográficas

1. Aguilar Villalobos, J.; Valencia Cruz, A. y Gutiérrez Larotta, D. (Enero-junio 2002). Representaciones Sociales de los grupos indígenas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Xalapa, Veracruz: Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana.. Vol. 7. No. 1, 93-101.
2. Álvarez G.; Álvarez, A. y Facuse, M. (2002). La construcción discursiva de los imaginarios sociales: el caso de la medicina popular chilena. *ONOMAZIEN*. Chile. No. 7, 145-160.
3. Bejarano, I. (Julio 2004). Lo culto y lo popular. Medicina letrada/medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*. Jujuy, Argentina: Universidad Nacional de Jujuy. . No. 24, 13-22.
4. Borgucci, E. (Agosto 2005). Las representaciones sociales y el realismo. *Opción*. Maracaibo, Venezuela: Universidad del Zulia.. Año/Vol. 21. No. 47, 158-178.
5. Caballero, J. y Cortés, L. (2001). Percepción, uso y manejo tradicional de los recursos vegetales en México. En Rendón Aguilar, B.; Rebollar Domínguez, S.; Caballero Nieto, J. y Martínez Alfaro, M. A. (Editores). *Plantas, cultura y sociedad. Estudio sobre la relación entre seres humanos y plantas en los albores del siglo XXI* (pp. 79-100). México, DF: UAM-Iztapalapa. Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca. Canelón, J. y García, M. (Enero-abril 2001). Representaciones sociales en Venezuela: Una experiencia en el área de la salud. *FERMENTUM. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*. Venezuela: Universidad de los Andes. Vol. 11. No. 30, 59-68.

4. Chifa, C. (2010). La perspectiva social de la medicina tradicional. En *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*. Argentina: BLACPMA, 242-245.
5. De la Garza Toledo, E. (2006). Introducción: ¿Cuál puede ser el campo de la sociología a inicios del siglo XXI?" En De la Garza Toledo, E. (Coord.). *Tratado Latinoamericano de Sociología* (pp. 9-18). México, D.F: Anthropos-UAM. 1ª Edición.
6. Duarte Nunes, E. (Enero-abril 2010). Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. *Salud Colectiva*. Argentina: Universidad Nacional de Lanús. Vol. 6. No. 1, 11-19.
7. Engels, F. (1991). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. México: Ebrolibros. 1ª Edición.
8. Esteva, G. (1980). *Economía y enajenación*. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana. 1ª Edición.
9. Feinholz Klip, D. y Ávila Rosas, H. (Mayo-junio 2001). Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud. *El Cotidiano*. México, DF: UAM -Azcapotzalco. Año/Vol. 17. No. 107, 13-20.
10. Flores de la Cruz, S. (2009). *Formación del Estado, sujetos y relaciones clientelares en el contexto de la industrialización y urbanización posrevolucionaria*. Tesis de Doctorado en Sociología no publicada, ICSyH-BUAP, Puebla, Puebla.
11. Gómez Carpinteiro, F. (2005). La modernidad contenida. Estado, comunidades rurales y capitalismo en la posrevolución. *Mexican Studies*. California, Estados Unidos: University of California. Vol. 21, 97-139.
12. Gómez Gallegos, J. J. (Enero-junio 2007). La medicina tradicional y el problema de la salud: inicio de un recorrido en el estudio de la salud mental. *Revista Científica Guillermo de Ockham*. Cali, Colombia: Universidad de San Buenaventura. Vol. 5. No. 1, 13-28.
- Hernández Rodríguez, A. (2001). "Efecto tóxico de sustancias presentes en plantas alimenticias". En Rendón Aguilar, B.; Rebollar Domínguez, S.; Caballero Nieto, J. y Martínez Alfaro, M. A. (Editores). *Plantas, cultura y sociedad. Estudio sobre la relación entre seres humanos y plantas en los albores del siglo XXI* (pp. 31-52). México, DF: UAM-Iztapalapa. Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca.
13. Hersch Martínez, P. y Fierro, A. (2001). "El comercio de plantas medicinales: algunos rasgos significativos en el centro de México". En Rendón Aguilar, B.; Rebollar Domínguez, S.; Caballero Nieto, J. y Martínez Alfaro, M. A. (Editores). *Plantas, cultura y sociedad. Estudio sobre la relación entre seres humanos y plantas en los albores del siglo XXI* (pp. 53-78). México, DF: UAM-Iztapalapa. Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca.
14. Mallon, Florencia E. (2002). Reflexiones sobre las ruinas: formas cotidianas de formación del Estado en el México decimonónico. En Gilbert M. J. y Nugent, D. (Comps.). *Aspectos cotidianos de la formación del Estado. La Revolución y la negociación del mando en el México moderno* (pp. 105-142). México: Ediciones Era.
15. Marx, K. y Engels, F. (2005). *La ideología alemana*. México: Colofón S.A. 8ª Edición.
16. Mazzitelli, C. A. y Aparicio, M. (Septiembre 2010). El abordaje cotidiano desde la teoría de las representaciones sociales. *Revista Eureka sobre enseñanza y divulgación de las ciencias*. Cádiz, España: Asociación de Profesores Amigos de la Ciencia: EUREKA. Vol. 7. No. 3, 636-652.
17. Muñoz Muñiz, O. D.; Vázquez Hernández, M.; Trejo Aguilar, D.; Bañuelos Trejo, J. y Cruz Sánchez, J. S. (2013). Establecimiento de un vivero productor de plantas medicinales. En Pineda Campos, D.; Sánchez Velásquez, L. R.; Travieso Bello, A. C.; Valencia Castillo, R.; Vázquez Honorato, L. A. y Welsh Rodríguez, C. (Editores). *Teocelo y su compromiso con la sustentabilidad. Bases de un modelo entre sociedad, gobierno municipal y universidad*. México: Gobierno del Estado de Veracruz. Municipio de Teocelo, Veracruz. Universidad Veracruzana. 1ª Edición.
18. Ocegueda, S. E. Moreno y P. Koleff (2005). Plantas utilizadas en la medicina tradicional y su identificación científ-

- fica. Biodiversitas 62. Boletín bimestral de la CONABIO, 12-15.
19. Palacios Gámaz, A. V. (Junio 2009). Los estudios de representaciones en las Ciencias Sociales en México: 1994-2007. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. México: Universidad de Colima. Vol. XV. No. 29, 91-109.
 20. Pereyra Elías, R. y Fuentes Delgado, D. (Abril-junio 2012). Medicina tradicional versus Medicina Científica. ¿En verdad somos tan diferentes en lo esencial? *Acta Médica Peruana*. Lima, Perú: Colegio Médico del Perú. Vol. 29. No. 2, 62-63.
 21. Pérez Hernández, M. A. (2001). "Prólogo". En Rendón Aguilar, B.; Rebollar Domínguez, S.; Caballero Nieto, J. y Martínez Alfaro, M. A. (Editores). *Plantas, cultura y sociedad. Estudio sobre la relación entre seres humanos y plantas en los albores del siglo XXI* (pp. 23-30). México, DF: UAM-Iztapalapa. Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca.
 22. Rojas Ochoa, F. (Septiembre-diciembre 2013). En defensa de una medicina natural y tradicional avalada por la ciencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. La Habana, Cuba: Sociedad Cubana de Administración de Salud. Vol. 39. No. 4, 623-626.
 23. Roseberry, W. (1989). *Antropologies and Histories: Essays in Culture, History and Political Economy*. New Brunswick and London: Rutgers University Press.
 24. Roseberry, W. (2002a). Hegemonía y lenguaje contencioso. En Gilbert M. J. y Nugent, D. (Comps.). *Aspectos cotidianos de la formación del Estado. La Revolución y la negociación del mando en el México moderno* (p.p. 213-226). México: Ediciones Era. Roseberry, W. (2002b). Understanding Capitalism –Historically, Structurally, Spatially. En Nugent, D. (Editor). *Locating Capitalism in Time and Space. Global Restructurings, Politics and Identity*. Palo Alto, CA.: Stanford University Press.
 25. Urióstegui Flores, A. (Septiembre-diciembre 2008). Conflictos en el empleo de medicina tradicional. *Región y Sociedad*. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora. Vol. XX. No. 43, 213-234.
 26. Wagner, W. y Flores Palacios, F. (Agosto 2010). Apuntes sobre la epistemología de las representaciones sociales.

