



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

---

FACULTAD DE ANTROPOLOGÍA

**La medicina tradicional en el envejecimiento:  
autoatención de enfermedades  
crónico-degenerativas**

**Traditional medicine in aging: self-care of chronic-  
degenerative diseases**

**ARTÍCULO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

P R E S E N T A

**CAROLINA PARRALES SANSORES**

DIRECTORA DE TESIS:  
**DRA. LAURA REYES MONTES**

TOLUCA, MÉXICO, AGOSTO 2022



# La medicina tradicional en el envejecimiento: autoatención de enfermedades crónico-degenerativas

## Traditional medicine in aging: self-care of chronic-degenerative diseases

**Carolina Parrales Sansores**

Egresada de la Licenciatura en Antropología Social de la Universidad Autónoma del Estado de México. [carolina.1310630@gmail.com](mailto:carolina.1310630@gmail.com)

**Laura Reyes Montes**

Profesora-investigadora de Tiempo Completo en la Facultad de Antropología de la Universidad Autónoma del Estado de México. [lreyesm@uaemex.mx](mailto:lreyesm@uaemex.mx)

### Resumen

En el presente artículo se dan a conocer los resultados de la investigación etnográfica realizada en una casa de retiro para adultos mayores ubicada en la ciudad de Toluca, Estado de México, con el objetivo de conocer y analizar cómo los adultos mayores enfrentan en su vida diaria los padecimientos crónico-degenerativos.

**Palabras clave:** Adultos mayores; vejez; medicina tradicional; enfermedades crónico-degenerativas; medicina científica.

### Abstract

This article presents the results of the ethnographic research carried out in a retirement home for older adults located in the city of Toluca, State of Mexico; With the objective of knowing and analyzing how older adults face chronic-degenerative ailments in their daily lives.

**Keywords:** Older adults, old age, traditional medicine, chronic degenerative disease, scientific medicine.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los servicios de salud ofrecidos en México para atender las enfermedades crónico-degenerativas que padecen los adultos mayores enfrentan una problemática fundamental, toda vez que estas enfermedades son vistas exclusivamente como padecimientos biológicos e individuales, sin considerar las diversas realidades socioeconómicas, políticas y socioculturales de nuestro país.

Mientras los sistemas de salud están planeados para cubrir las necesidades en cuanto a prevención, diagnóstico y atención de las enfermedades de la población, muchas de ellas aún no cumplen el cometido; por lo tanto, los pacientes buscan cómo obtener salud por cuenta propia. Las personas recurren a clínicas privadas cuando su situación económica se los permite, pero la mayoría de la población no cuenta con los medios económicos para hacerlo. Ante este panorama, es necesario pensar y analizar la salud y la enfermedad desde esta desigualdad, de la cual los adultos mayores<sup>1</sup> conforman una gran parte.

Para el año 2020, el Estado de México registró 16.9 millones de habitantes, de los cuales 13.49% son adultos mayores. Dados los pronósticos del Inegi, se advierte que para el año 2050 habrá un aumento considerable en la población adulta mayor, por lo que se calcula un incremento de 25.51%, y específicamente en el Estado de México de 3.6 millones de adultos mayores, correspondientes a 39% de la población total del país. Con el aumento de la población de adultos mayores habrá un aumento en la demanda en cuanto a servicios, principalmente de vivienda, pensiones y salud.

Las predicciones sobre el crecimiento de la población adulta mayor en México para 2050 han resaltado en particular la necesidad y el interés de realizar un análisis antropológico del proceso de autoatención de padecimientos de los adultos mayores

---

<sup>1</sup> La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años a personas en países en vías de desarrollo.

cuando envejecen y padecen enfermedades que afectan su estado físico y psíquico, como las denominadas crónico-degenerativas. Para la Organización Mundial de la Salud (2014), éstas son las causantes de un desgaste físico o mental que provoca un desequilibrio que afecta tanto a órganos como a tejidos, cuyos factores están relacionados con el estilo de vida y el envejecimiento de la población en general. Las principales enfermedades crónico-degenerativas causantes de muerte son diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón —hipertensión arterial—, así como enfermedades cerebrovasculares y del hígado.

La antropología médica ha sido el campo por excelencia encargado de estudiar la salud y la enfermedad; el desarrollo de esta disciplina también ha permitido entender la atención de los pacientes desde el punto de vista cultural.

El inicio de la investigación antropológica médica se remonta a los estudios de William Rivers (1920), Robert Redfield (1930) y Manuel Gamio (1922), realizados en la década de 1920, en los que el objeto de estudio solían ser principalmente los sistemas de salud, las enfermedades y los métodos de atención que operan en los grupos étnicos o minorías culturales con una alta tasa de mortalidad. En México, los estudios de los antropólogos pioneros en investigaciones acerca de la salud de comunidades indígenas y la medicina tradicional se describen a continuación. En primer lugar, está Manuel Gamio (1922), quien además de realizar “excavaciones arqueológicas en Teotihuacán”, analizó “la alimentación y los efectos nutricionales en los pobladores”; en segundo lugar, Robert Redfield (1930), que a finales de la década de los 20 realizó su investigación en Tepoztlán, Morelos, donde describió las “relaciones entre magia, religión y medicina en los pobladores nahuas”. Finalmente, Gonzalo Aguirre Beltrán (1945), teórico del “relativismo cultural” antropológico, se interesó a principios de la década de los 50 en la “medicina local”; sus obras más relevantes son *Los programas de salud en la situación intercultural* (1955), *Magia y Medicina. El proceso de aculturación en la estructura colonial* (1963) y *Antropología Médica. Sus desarrollos teóricos en México* (1986).

Para 1985, en la Escuela Nacional de Antropología e Historia surge la idea cimentada por Eduardo Menéndez de percibir la cultura desde la salud, la enfermedad y la atención con una orientación fundamentada en la “antropología médica crítica”. Menéndez estableció una categoría de análisis del “proceso salud/enfermedad/atención” y estableció que con un componente culturalista se pueden visibilizar la salud y la enfermedad para introducir modelos explicativos de carácter social.

Otro de los conceptos que he formulado es el de proceso de salud/enfermedad/atención-prevención, tratando de superar las propuestas que sólo focalizaban la salud y la enfermedad. Para mí toda enfermedad, todo padecimiento, implica necesariamente la existencia de formas de atención y de prevención, que debiera buscarlas a través de lo que hacen los sujetos y grupos sociales con sus padecimientos. Pensar sólo en términos de salud/enfermedad es en cierta medida eliminar, o por lo menos poner entre paréntesis, lo que hacen los sujetos, grupos, sociedades para enfrentar sus enfermedades. Es colocar el eje únicamente en los determinantes sociales de la enfermedad, y reducir las acciones a la prevención (de Moura, 2012: 340).

La antropología médica que propone Eduardo Menéndez se encuentra basada en la producción antropológica europea de mediados del siglo XX, específicamente en los trabajos de Claude Levi Strauss y Ernesto Martino. Del primero retoma sus estudios simbólicos aplicados al chamanismo y al mismo psicoanálisis; al incluir el estudio de la eficacia simbólica, se permite ver la utilidad de ésta en cuanto a la cura de las enfermedades o, en su caso, el mantenimiento de la salud. Del segundo autor retoma algo que no se había hecho en las corrientes británicas (éstas describían y analizaban las sociedades por medio de relaciones de competencia, colaboración o reciprocidad), por lo que para la antropología italiana sería una nueva manera de explicar las relaciones sociales; se habla de relaciones basadas en la hegemonía/subalternidad, en donde teóricamente el aporte fundamental es que se reconocen los sectores dominantes en una sociedad y cómo éstos tratan de hegemonizar sus saberes entre las clases subalternas. De aquí deriva la propuesta del autor sobre un Modelo Médico Hegemónico.

Sin embargo, este estudio se basa en el concepto de autoatención de Eduardo Menéndez, definido como:

una estructura permanente que los micro grupos generan en toda sociedad para atender sus padecimientos, se caracteriza por un proceso constante de cambio, al igual que las otras formas de atención, incluida la denominada medicina tradicional. Generalmente es la primera actividad que el sujeto y el micro grupo ejecutan respecto a los padecimientos detectados... Además, “acompaña” todo tratamiento propuesto por curadores profesionales en una trayectoria en la que la mayoría de los sujetos trata de autonomizar los tratamientos (Menéndez, 2018: 107-108).

En esta investigación se analizó si la medicina tradicional es utilizada por los adultos mayores como método complementario a la medicina científica para mejorar su estado físico, psíquico y emocional, así como para obtener un bienestar; por lo tanto, se planteó la siguiente pregunta: ¿Por qué los adultos mayores recurren a la autoatención para enfrentar las enfermedades crónico-degenerativas que padecen durante la etapa de la vejez?<sup>2</sup>

Para dar respuesta a esta pregunta nos planteamos el siguiente objetivo de investigación: analizar las causas por las cuales los adultos mayores recurren a la autoatención.

Como hipótesis proponemos que los adultos mayores recurren a la autoatención para sobrellevar los síntomas de su enfermedad crónico-degenerativa, la cual les brinda bienestar psíquico, emocional y físico.

La investigación de campo para este estudio se realizó de manera intensiva durante febrero a junio de 2020 (con antecedentes de acercamientos desde 2017), en la Casa

---

<sup>2</sup> Para el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de México constituye una etapa que comienza a los 60 años; es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento.

de Retiro Azul,<sup>3</sup> ubicada en la ciudad de Toluca, Estado de México, lugar que cuenta con una capacidad para atender a 20 adultos mayores. En el estudio se trabajó con 50% de la población de adultos mayores que habitan el lugar, ya que el resto padece enfermedades como demencia senil o problemas auditivos, lo cual limitaba la realización de las entrevistas correspondientes. Los adultos mayores se encuentran en el programa de estancia de día, por lo cual tienen la posibilidad de regresar a sus casas por las tardes. Según la muestra de trabajo —que comprendió 10 adultos mayores—, todos padecen enfermedades crónicas como diabetes, párkinson, osteoartritis y enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial e hipertensión arterial pulmonar), que para los mismos adultos mayores representan un impedimento para “continuar con su vida de manera normal”. Durante la investigación de campo se aplicaron 10 cuestionarios, 10 entrevistas generales y 3 entrevistas para la obtención de las historias de vida que permitieran un análisis cualitativo a profundidad.

El presente artículo se divide en cuatro apartados: en el primero, “Envejecimiento poblacional: enfermedades crónico-degenerativas”, se dan a conocer datos estadísticos que demuestran la problemática de las enfermedades crónico-degenerativas de los adultos mayores, así como la definición de medicina tanto científica como tradicional y la importancia de la misma en la sociedad. En el segundo apartado, denominado “Etnografía de la casa de retiro”, se describen las características de la institución, las instalaciones y los servicios que ofrece para el cuidado de los adultos mayores. En el tercer apartado, “El antes y el después: Causas y consecuencias de las enfermedades crónico degenerativas y las prácticas curativas alternativas”, se dan a conocer los datos obtenidos de las entrevistas y la observación durante la investigación de campo (cuestionarios y fragmentos de historia de vida). El cuarto apartado, “Autoatención: hacia una modificación de la cultura de la salud en México”, se analizó desde el concepto de la autoatención. Finalmente, se presentan

---

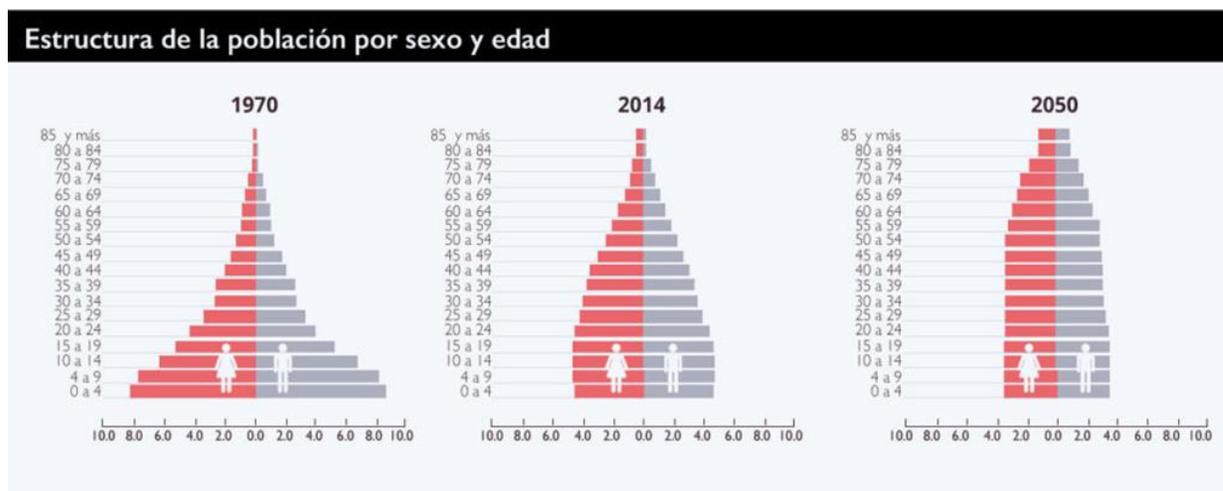
<sup>3</sup> Por motivos de confidencialidad, el nombre de la casa de retiro fue cambiado y no se mencionará a lo largo del documento.

las conclusiones acerca de cómo opera y qué beneficios encontramos en el caso de estudio.

## 1. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL: ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y LA MEDICINA EN MÉXICO

Según el Censo de Población y Vivienda 2020 del Inegi, en la república mexicana hay más personas mayores de 60 años que menores de 4 años (11.7 millones y 8.8 millones, respectivamente). Las proyecciones indican que el fenómeno de envejecimiento demográfico es irreversible, debido principalmente a la disminución de la fecundidad y al aumento de la esperanza de vida. En México, la población adulta mayor está creciendo de manera acelerada. Se prevé que para 2050 las mujeres de 60 años y más representen 23.3% del total de población femenina y los hombres constituyan 19.5% del total de la masculina (Gráfico 1).

Gráfico 1. Estructura de la población por sexo y edad



Fuente: Inegi, Censo General de Población y Vivienda, 1970; Inmujeres, con base en Conapo, Proyecciones de la población 1990-2009 y 2010-2050.

El aumento de población de adultos mayores también se refleja a nivel estatal, municipal y local. En el Estado de México, según el Censo de Población y Vivienda 2020 (Inegi, 2020), la población adulta mayor asciende a 1 919.454 millones, lo que representa 30% de la población del estado mexiquense. En cuanto al municipio de Toluca, los adultos mayores representan 10% de su población total, mientras que en la capital mexiquense esta población asciende a 223 918 habitantes, es decir, 24.59% de la población total.

Como consecuencia de los altos índices de población adulta mayor, hay un incremento en los padecimientos de enfermedades crónico-degenerativas. Para la OMS, las enfermedades congénitas suelen ser de larga duración y con una progresión generalmente lenta. Aún no se conoce una cura definitiva para estos padecimientos y el mantenimiento terapéutico consiste en tratamientos paliativos para conservar a la persona en un estado funcional gracias al consumo constante de fármacos. Hoy por hoy, estas enfermedades son las causantes de muerte y discapacidades mundiales.

Según la OMS:

En 2008, el 80% de las defunciones (29 millones) por enfermedades no transmisibles se produjeron en países de ingresos bajos y medios, y en estos últimos países la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años) es mayor (48%) que en los países de ingresos altos (26%). Según las previsiones de la OMS, si todo sigue igual, la cifra anual de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará a 55 millones en 2030 (OMS, 2013).

Para el año 2021, el Inegi reporta que en México 92.4% (1 003.645) de las defunciones de la población en general se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud, lo que representa un aumento de 3.6% respecto a 2019, y 7.6% (82 449) por causas externas.

En cuanto a las defunciones por problemas relacionados con la salud, en 2020 se registraron 1 003.645 casos, de los cuales 433 201 (43.16%) fueron mujeres, 570 273

(56.82%), hombres, y en 171 casos el sexo no fue especificado. La mayor parte de estas defunciones se concentraron en personas de 65 años y más, con un total de 596 600 casos (59.44%). Las tres principales causas de muerte por problemas de salud a nivel nacional son por enfermedades del corazón (218 885) (20.2%), por la covid-19 (201 163) (18.5%) y por diabetes mellitus (151 214) (13.9%) (Tabla 1).

Tabla 1. Principales causas de muerte por sexo

	Total		Hombres		Mujeres	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Enfermedades del corazón	156 041	218 704	83 258	121 556	72 768	97 133
Covid-19	201 163	200 256	129 329	128 793	71 829	71 458
Diabetes mellitus	104 354	151 019	51 711	78 922	52 643	72 094
Tumores malignos	88 680	90 603	43 296	44 476	45 384	46 125
Influenza y neumonía	31 081	58 038	17 034	35 657	14 046	22 376
Enfermedades del hígado	40 578	41 492	29 692	30 300	10 879	11 189
Enfermedades cerebrovasculares	35 303	37 021	17 644	18 946	17 659	18 073
Accidentes	33 524	32 356	25 758	25 343	7 730	6 992
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	23 768	21 949	12 499	11 894	11 269	10 055

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Inegi (2021).

Las estadísticas nos muestran la problemática que representan las enfermedades crónico-degenerativas a nivel poblacional en la actual generación de adultos, por lo

tanto, se incrementará por el denominado envejecimiento poblacional. Es decir, “En la etapa de envejecimiento ocurre el debut de varias enfermedades, es la época del climaterio con la caída de las hormonas tanto femeninas, como masculinas, la osteoartritis, la osteoporosis, trastornos de ánimo, trastornos del sueño, inmovilidad con encamamiento, inestabilidad, caídas y el declinar de los órganos por el envejecimiento” (Roque *et al.*, 2012: 105).

El aumento de malos hábitos alimenticios dañinos para la salud (como el alto consumo de alimentos con sal, azúcares y grasas), tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y otros cambios del modo de vida en nuestra sociedad están relacionados con la industrialización y el consumo de alimentos procesados, hecho que ha dado lugar al incremento progresivo de las enfermedades crónico-degenerativas, particularmente las cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

De acuerdo con el estudio sobre el envejecimiento global y la salud de adultos (SAGE por sus siglas en inglés), en México se estima que alrededor del 67% de las personas de 60 y más años presenta diferentes enfermedades crónicas como lo son la angina de pecho, osteoartritis, asma, cataratas, diabetes, enfermedad cerebrovascular, neumopatía crónica, hipertensión arterial y depresión, lumbalgia crónica, déficit auditivo y obesidad (Instituto Nacional de Geriátrica, 2019: 15).

En este sentido, los adultos de 45 a 50 años son los más propensos a desarrollar y padecer enfermedades con un avance significativo cuando llegan a la vejez. Al respecto conviene decir que es importante generar estrategias de prevención y promover tratamientos diversos para las personas que ya las padecen.

### **1.1 LA MEDICINA TRADICIONAL Y CLÍNICA EN MÉXICO**

El ser humano siempre se ha enfrentado a problemas de salud; por tanto, a lo largo de la historia todas las sociedades se han desarrollado diferentes maneras para atender, prevenir y reducir las enfermedades que aquejan al hombre, desde la medicina tradicional, hasta la científica o hegemónica actual. “La medicina científica (también

conocida como alopática u occidental) es la medicina convencional, considerada oficial en nuestro sistema de salud” (Pereyra y Fuentes, 2012: 62).

Esta definición se compara con la teoría de la existencia de un Modelo Médico Hegemónico (MMH), desarrollada por Eduardo Menéndez:

El MMH es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes o ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (1988: 451).

Como su nombre lo indica, el modelo está registrado como “legal” o “legítimo” en nuestras sociedades; por lo tanto, es un sistema burocrático, monopolizado e internacional. Este modelo no admite otras medicinas que no se encuentren probadas por la ciencia, tal es el caso de la medicina tradicional: “conjunto de prácticas, creencias y conocimientos sanitarios basados en el uso de recursos naturales (plantas, animales o minerales), terapias espirituales y técnicas manuales que buscan mantener la salud individual y comunitaria” (Pereyra y Fuentes, 2012: 62).

Para la OMS, la medicina tradicional —en adelante MT— es “todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales” (OMS, 2013).

En este sentido, la OMS reporta que 80% de la población mundial recurre de alguna manera a la MT, ya que los cuidados sanitarios primarios son de gran importancia en algunos países. Por ejemplo, en Etiopía, 90% de su población recurre a ella; en África y la India, 70%; en Canadá, 70% la ha usado al menos una vez; en Australia, 48%; en EE. UU, 42%; en Bélgica, 38%, y en Francia, 75% (OMS, 2002). Mientras tanto, en

Asia y Latinoamérica las poblaciones utilizan la MT como resultado de circunstancias históricas y creencias culturales, y en China, la medicina tradicional contabiliza alrededor de 40% de la atención sanitaria (Biblioteca virtual de los pueblos indígenas, s/f).

Como lo señala Jiménez, la MT se relaciona únicamente con el uso de plantas para combatir una enfermedad (2017: 31-34); sin embargo, es mucho más que eso: comprende desde las plantas y su uso, hasta diferentes rituales que conllevan simbolismos y creencias de las diversas cosmovisiones de las culturas. Quienes realizan los tratamientos son llamados curanderos, yerberos, sobadores, rezadores, hechiceros, parteras, etc.; por lo tanto, la medicina tradicional constituye un factor de identidad cultural y un recurso curativo de amplio reconocimiento social.

Como toda institución social, la medicina tradicional mexicana ha cambiado con el curso de los siglos, por lo que ha tenido que interactuar con otros modelos terapéuticos para subsistir y adecuarse a las nuevas necesidades y estrategias de salud:

En la práctica existe al interior de las comunidades indígenas un sistema mixto de atención a la salud, en el que coexiste la medicina académica, la medicina tradicional y la medicina doméstica o casera. Es un hecho que aún hoy en día para la población indígena la medicina tradicional constituye el principal, y en ocasiones el único recurso para la atención a la salud; en el peor de los casos es una alternativa complementaria a la medicina académica (Jiménez, 2017: 31-34).

Para muchos, la medicina científica y la tradicional son prácticas aparentemente incompatibles, pero complementarias. Constituyen una muy buena opción para el tratamiento y el mantenimiento de enfermedades.

Actualmente la MT puede responder a las necesidades de salud de la gran mayoría de la población en los países en desarrollo como México, en donde el acceso a la atención médica y a la medicina moderna está determinado por los factores económicos y políticos. Así mismo es una realidad que la MT también desempeña un papel importante en los países desarrollados ya que muchos fármacos que se producen y utilizan en estos

países se basan en materiales biológicos como las plantas y animales obtenidos a partir de la MT (Jiménez, 2017: 31-34).

Derivado de lo anterior, la OMS efectuó un análisis general de la situación actual de la medicina tradicional mundial; en colaboración con expertos, se definió una estrategia sobre la medicina tradicional, de 2014 a 2023, enfocada en ayudar a los países a determinar la mejor manera de promover la salud y proteger a las personas que desean recurrir a este tipo de prácticas médicas, para lo cual se establecen dos medidas fundamentales:

La primera es definir y comprender las medicinas tradicionales, compararlas con la situación en salud actual en cada país, identificar la utilidad en los usuarios, así como las necesidades presentes y futuras. La segunda medida va enfocada en los papeles de los países que deberán desarrollar políticas, reglamentos y directrices sobre las medicinas alternativas, para satisfacer las necesidades y preferencias de salud en las poblaciones. Todo esto enfocado y apoyado en las creencias y sabidurías culturales sobre las medicinas tradicionales, estructurado para la supervisión de los productos, prácticas y sobre todo sujeto a los marcos jurídicos correspondientes (OMS, 2013).

## **2. ETNOGRAFÍA DE LA CASA DE RETIRO**

La Casa de Retiro se encuentra en la ciudad de Toluca de Lerdo, Estado de México. La institución asegura contar con más de 12 años de tradición y experiencia en el cuidado del adulto mayor. Dentro de su personal se encuentran 2 geriatras, 4 fisioterapeutas y 13 enfermeras/cuidadoras con capacitación y estudios adecuados para brindar la atención que todos sus residentes merecen.<sup>4</sup>

Los servicios van desde programas de cuidado diario, hasta atención médica ofrecida por geriatras y enfermeras especializados, durante las 24 horas, los 365 días del año.

A diferencia de otros asilos y casas de retiro, esta institución recibe residentes con alzhéimer, demencia senil y párkinson. La atención se brinda de lunes a viernes, en

---

<sup>4</sup> Trabajo de campo, Toluca, México, 20 febrero de 2020.

un horario de 9:00 a 18:00 horas, y sábados de 9:00 a 14:00 horas, mientras que los domingos permanece cerrado, sin acceso a visitas; no obstante, los especialistas continúan con el cuidado de los adultos mayores.

El centro cuenta con tres distintos programas diseñados y adecuados a las necesidades de cada adulto mayor y sus familias: programa de estancia permanente, programa de casa de día y programa de cuidados postoperatorios.<sup>5</sup>

En el programa de estancia permanente, los adultos mayores cuentan con alimentación balanceada tres veces al día, terapias física y ocupacional, atención psicológica, toma de signos vitales y supervisión de toma de medicamentos. Por su parte, el programa de casa de día ofrece todas las ventajas de la estancia permanente, con la comodidad de regresar a su casa al finalizar el día para compartir la tarde y noche con su familia; los adultos mayores asisten a la casa en un horario de 8:00 a 13:00 horas. Asimismo, el programa de cuidados postoperatorios ofrece una estancia temporal con cuidado permanente al paciente, hasta su recuperación, por parte del personal capacitado.

Las instalaciones cuentan con 6 habitaciones, 4 individuales (que pueden convertirse en habitaciones compartidas) y 2 compartidas, las cuales albergan 3 adultos mayores; están equipadas con cama, closet y otros muebles para pertenencias personales. Hay 2 amplios jardines, sala de televisión, comedor y, por supuesto, clínica gerontogeriatrica. Además, posee un salón de usos múltiples ubicado en la primera planta, en donde se imparten talleres de manualidades, que les permiten mantener la salud de los miembros superiores (brazos y manos), juegos cognitivos para la memoria, y clases para mejorar su motricidad y promover el autocuidado de la salud.

---

<sup>5</sup> Trabajo de campo, Toluca, México, 22 febrero de 2020.

Las instalaciones de la casa de retiro tienen capacidad para 20 adultos mayores en el plan de estancia permanente y de cuidados postoperatorios. Durante la investigación de campo, en el programa de estancia de día sólo se encontraban 9 adultos mayores; el resto pertenece al programa de estancia permanente, ya que padecen enfermedades crónico-degenerativas que los han deteriorado mucho físicamente, por lo que algunos ya no poseen las mismas capacidades de habla, movimiento, escucha y memoria.

La muestra de estudio se obtuvo a partir de una selección de adultos mayores que aún se encuentran en condiciones físicas y mentales idóneas para aplicar las entrevistas semiestructuradas y cuestionarios, siendo un total de 10 adultos mayores en condiciones: 9 del programa de estancia de día y 1 del programa de estancia permanente.

### **3. EL ANTES Y EL DESPUÉS: CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS Y LAS PRÁCTICAS CURATIVAS ALTERNATIVAS**

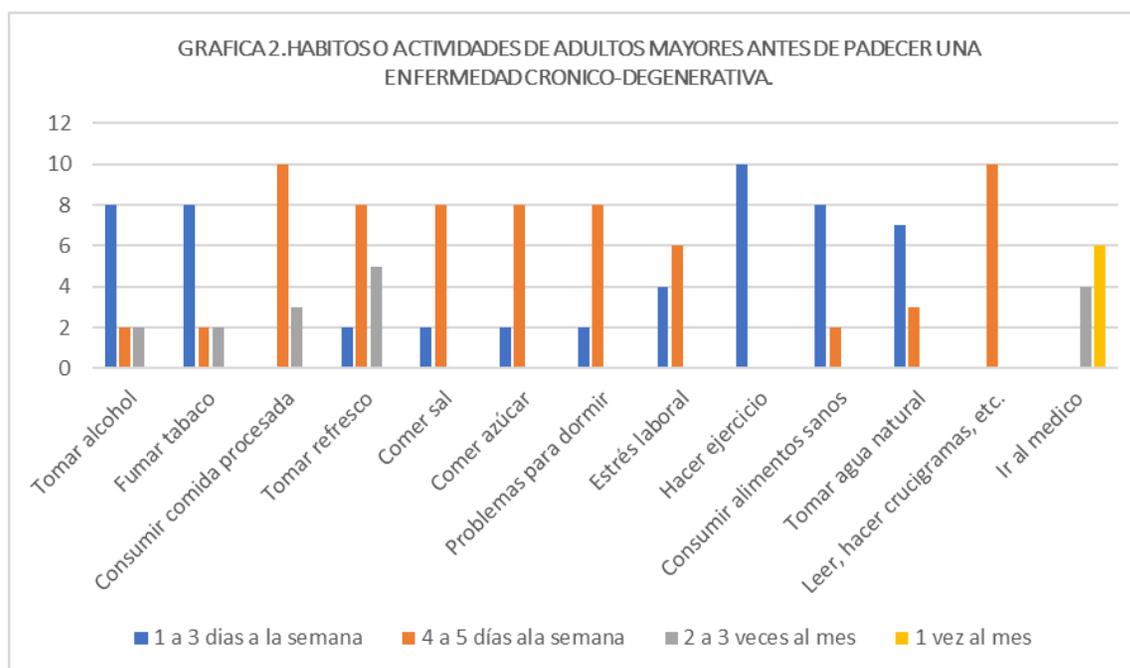
La investigación etnográfica arrojó diversos resultados que nos ayudan a comprender los problemas de salud y las necesidades de los adultos mayores, además de cómo las prácticas curativas alternativas son para ellos de mucha ayuda para mitigar los padecimientos que presentan. Todos los adultos mayores entrevistados afirman padecer una enfermedad crónico-degenerativa desde, en promedio, los 48 años de edad. Entre estas enfermedades se encuentran: hipertensión arterial, diabetes y osteoartritis, mientras que las menos frecuentes son párkinson, hipertensión arterial pulmonar y cardiopatías isquémicas.

Según la Organización Panamericana de la Salud (s/f), muchas de las enfermedades crónico-degenerativas se pueden prevenir mediante la reducción de factores de riesgo

comunes en la población, como el consumo del tabaco y alcohol, y la inactividad física, así como generar cambios en los malos hábitos alimenticios.

La siguiente gráfica muestra la frecuencia con la que los adultos mayores llevaban a cabo actividades o hábitos (sanos o malos) al menos 5 años antes de padecer una enfermedad crónico-degenerativa (Gráfica 2).

Gráfica 2. Hábitos o actividades de adultos mayores antes de padecer una enfermedad crónico-degenerativa



Fuente: Elaborada a partir de los cuestionarios aplicados durante el trabajo de campo en Casa de Retiro (febrero-junio de 2020).

De acuerdo con la muestra seleccionada y los factores de riesgo planteados por la OPS, 100% de los entrevistados consumía comida procesada de 4 a 5 días a la semana; 80% consumía refresco, sal y azúcar de 4 a 5 días a la semana; 80% presentaba problemas para dormir durante 4 a 5 días a la semana, y 60% sentía estrés laboral de 4 a 5 días a la semana.

En cuanto a las actividades y hábitos que reducen el riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, 100% practicaba ejercicio de 1 a 3 días a la semana; 80% consumía comida saludable de 1 a 3 días a la semana; 70% tomaba agua natural de 1 a 3 días a la semana y 100% realizaba actividades relacionadas con la memoria, como leer, resolver crucigramas, entre otras. Por otro lado, 60% de los adultos mayores únicamente recurría 1 vez al mes a consulta médica, mientras 40% restante acudía sólo de 2 a 3 veces al mes.

En cuanto a sus ocupaciones, antes de padecer su enfermedad, 7 de ellos (un obrero, un abogado, dos secretarías y tres profesoras) laboraron durante 15 a 20 años en oficinas y empresas, mientras que las 3 adultas restantes se dedicaron al hogar; durante sus años laborales, los adultos mayores trabajaban en promedio 60 horas a la semana.

Los 7 adultos mayores que laboraron para una institución se encuentran afiliados al sistema de salud pública —como ISSSTE, IMSS e ISSEMYM—, por lo que reciben una pensión. Sin embargo, 3 de ellos refieren que los servicios brindados por el sistema de salud pública al que se encuentran afiliados no son lo suficientemente buenos para atender sus padecimientos, hecho por el que asisten a la casa de retiro.

### **3.1 LAS PRÁCTICAS CURATIVAS ALTERNATIVAS Y SUS BENEFICIOS EN LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES**

Además de la atención médica que se les da a los 10 adultos mayores en la casa de retiro, éstos recurren a tratamientos de medicina tradicional, entre ellos homeopatía, taichí, yoga, acupuntura, fitoterapia y algunas infusiones de plantas —flores de bach, insulina, zaragoza, ajenojo, valeriana, moringa, cola de caballo— para disminuir algunos síntomas.

El yoga es un estilo de vida que sana, cuida y fortalece el cuerpo, la mente y el espíritu mediante posturas corporales, respiración y meditación; suele ser el preferido por los adultos mayores que padecen enfermedades de los huesos o los que necesitan reducir el estrés.

El objetivo principal del yoga es liberar la mente de la confusión y la angustia permitiéndonos estar en paz, y desde ese estado ser más conscientes de nuestros pensamientos, palabras y acciones. Al unir nuestra respiración con el movimiento físico desarrollamos mayor fortaleza y concentración mental. Al identificar las sensaciones físicas que nos provocan determinadas emociones, podemos organizar mejor nuestros pensamientos y controlar nuestras acciones. Poco a poco, con la práctica, aprendemos a responder en lugar de reaccionar frente a las diversas situaciones de la vida, sobre todo las más difíciles (Pérez y Dakini, 2019: 6).

Los beneficios que obtienen los adultos mayores que practican yoga son: reducción de los niveles de estrés, mejoramiento de la memoria, alivio de dolores de espalda y articulares, aumento de la flexibilidad, ayuda para mantener el equilibrio, mejora del sueño, además de que contribuye a mantener la masa muscular y a mejorar la respiración.

En cuanto al taichi, es considerado, principalmente, como un arte marcial; sin embargo, la combinación de movimientos lentos y técnicas de respiración aporta diferentes beneficios a la salud mental y física. Suele ser preferido por adultos que padecen una enfermedad de los huesos e hipertensión. “El Taijiquan (Thai Chi Chuan) es un arte marcial y curativo que combina movimientos de artes marciales con la circulación del Qi (energía), la respiración y técnicas de estiramiento, es una gimnasia china lenta, suave y de bajas demandas fisiológicas” (Roque Odalys *et al.* 2012: 105).

Los beneficios que obtienen los adultos mayores del taichi son: mejora de la respiración, fuerza muscular, coordinación, equilibrio, baja la presión arterial, y mejora del sueño y la circulación sanguínea.

Por otro lado, la fitoterapia ocupa las propiedades medicinales de las plantas para curar afecciones leves; en los adultos mayores se suelen ocupar a través de infusiones y esencias por goteo, lo que les ayuda a controlar síntomas derivados de la enfermedad. “La fitoterapia es un término acuñado por el médico francés Henri Leclerc a principios de siglo XX, un neologismo formado a partir de dos vocablos griegos: *phytón* (planta) y *therapeía* (tratamiento). Etimológicamente, por tanto, fitoterapia se refiere al tratamiento de las enfermedades con plantas” (Sefit, s/f).

Una de las principales ventajas de su uso es que se considera una terapia más suave. En cuanto a los beneficios que se obtienen está la disminución del insomnio, ligado a la ansiedad y depresión, reducción de dermatitis atópicas y de infecciones, tratamientos contra gastritis, diabetes colitis e infecciones pulmonares y migrañas.

La fitoterapia y la homeopatía tienen en común que una de las fuentes de los productos homeopáticos es el reino vegetal; en estos casos, las tinturas que sirven de base para la elaboración de medicamentos homeopáticos pueden considerarse fitoterápicas. No sucede lo mismo con las sucesivas diluciones, ya que puede llegar a ser indetectable la presencia de principios activos. Además, debido a la filosofía propia de la homeopatía, las indicaciones para un producto homeopático de origen vegetal pueden ser muy diferentes (incluso contrapuestas) a las de la fitoterapia (Sefit, s/f).

Otro de los tratamientos usados por los adultos mayores es la homeopatía, método terapéutico que se basa en la ley de la similitud o de los semejantes, la cual afirma que una sustancia que provoca determinados síntomas en una persona sana, en pequeñas cantidades, es capaz de curar los mismos síntomas o semejantes en una persona enferma.

Homeopatía, etimológicamente viene del griego *omais* =igual y *pathos* =sentimiento, es un método terapéutico de base científica que persigue la curación de las personas a través de determinadas sustancias de origen natural. Éstas, llamadas “remedios”, se prescriben conforme a la ley de la similitud. Consiste en administrar al paciente sustancias en dosis infinitesimales y que, en un sujeto sano, en dosis ponderables producirán los mismos síntomas que en enfermedad tratada (efecto paradójal) (Avello Marcia *et al.*, 2009: 116).

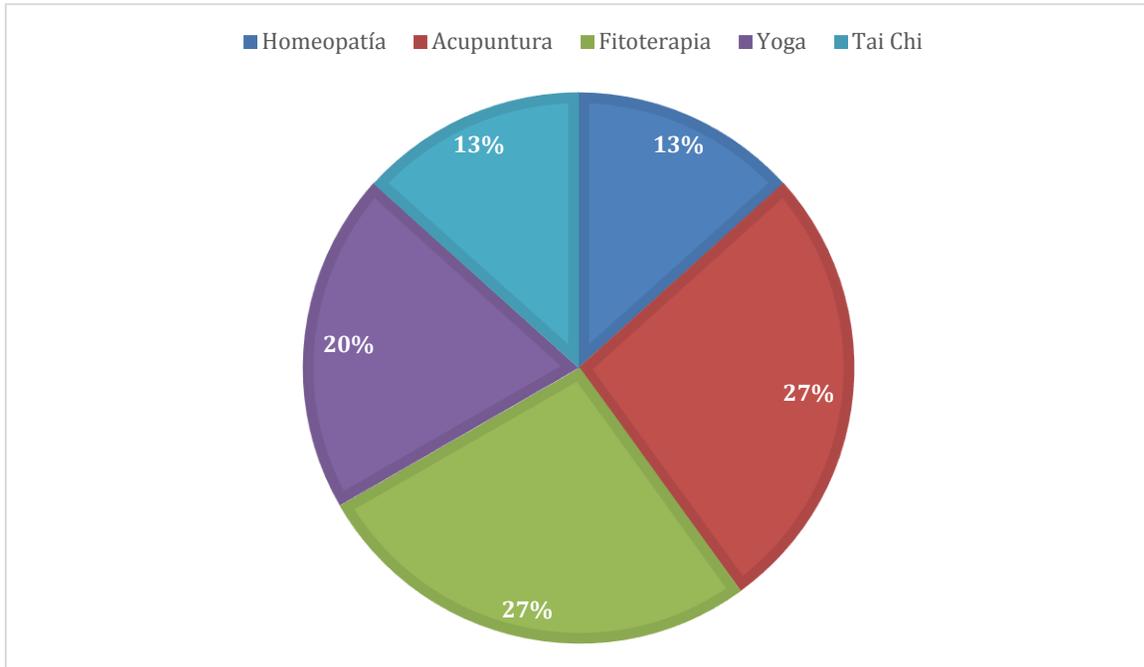
Los beneficios de la homeopatía son la disminución de dolores de garganta, alivio de resfriados, disminución de flatulencias y estreñimiento, reducción de infecciones, tratamiento para la sinusitis, acidez, mala digestión y control de artritis y diabetes, en conjunto con un tratamiento farmacéutico.

De igual modo, la acupuntura es una práctica china que implica la estimulación de partes específicas del cuerpo a través de la inserción de agujas muy finas, gracias a lo cual crea un cambio en las funciones físicas del cuerpo.

La acupuntura es un procedimiento terapéutico de la medicina tradicional china (MTC) desarrollado hace más de tres mil años. Consiste en la inserción con fines terapéuticos de agujas en puntos precisos de la piel denominados puntos de acupuntura; de ahí el término 'acu' (aguja), 'puntura' (punción). Estos puntos se encuentran situados en una serie de canales o meridianos, a través de los cuales fluye y se distribuye por todo el cuerpo el *Qi* o energía vital, formando una red totalmente comunicada. Cada meridiano principal se correlaciona con un órgano interno, del que recibe el nombre. Existen más de 365 puntos, cada uno con determinadas características y aplicaciones (Ospina, 2009: 381).

Los beneficios que obtienen los adultos mayores de la acupuntura son impedir náuseas, vómitos, dolor en los dientes, dolores de cabeza (tensión o migrañas), dolores de osteoartritis, mejora del sueño, aumento del apetito, trata del párkinson, la ansiedad, la depresión y el insomnio (Gráfica 3).

Gráfica 3. Adultos mayores beneficiados en su salud por las terapias alternativas



Fuente: Elaborada a partir de las entrevistas aplicadas durante el trabajo de campo en Casa de Retiro (febrero-junio de 2020).

La gráfica destaca el porcentaje de adultos mayores que recurre a las terapias alternativas y que ha notado beneficios en su salud. Por tanto, se puede afirmar que logran sentirse con más energía y disminuir los síntomas cuando utilizan las terapias mencionadas. Aunado a ello, estos métodos son más económicos, dado el gasto que representa para ellos o para sus familias pagar la casa de retiro; asimismo, los tratamientos han sido funcionales para disminuir algunos síntomas derivados de la enfermedad o de la medicación para contrarrestarla.

### 3.2 TRES HISTORIAS DE VIDA

#### Primer caso

La señora Lidia<sup>6</sup> tiene 85 años y padece párkinson, una enfermedad progresiva del sistema nervioso que afecta de manera crónica y progresiva el movimiento. En su caso, la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada, debido a que la ha padecido por 6 años, y no ha visto una mejoría, pero tampoco ha avanzado. Ella asevera: “tengo aumento de temblores en las extremidades y hay momentos en los cuales suelto las cosas repentinamente”. A partir de su diagnóstico como paciente que padece párkinson, sufre depresión, por lo que fue canalizada al área de psicología.

“Cuando me enteré del diagnóstico no podía creerlo, me puse a pensar en mis hijos, en mi familia y en las cosas que ya no podría hacer con el paso de tiempo. El médico me indicó cómo iría avanzando la enfermedad y que no se sabía si en un momento pudiese avanzar más la enfermedad o mantenerse como estaba inicialmente. En el momento en el que me lo dijo, me derrumbé, pensé en que ya no podría seguir mi vida normal y que sería incluso una carga para las demás personas, porque llegaría un momento en el que me costaría mucho moverme, además se juntó con que unos meses antes mi hijo más chico me dio la noticia de que se casaría, pensaba en mis nietos que tengo y en los que posiblemente tendría y decía en mi mente: ‘no creo que quieran a una abuela defectuosa y que sólo este de adorno sin poder jugar con ellos’” (Entrevista núm. 2, 2020).

Los médicos le recomendaron que además de asistir a terapias psicológicas, realizara actividades deportivas y manuales con el fin de distraerse, activarse y mantener su

---

<sup>6</sup> Por cuestiones de confidencialidad, los nombres reales de los adultos mayores fueron cambiados.

cuerpo en movimiento para evitar un avance notable de la enfermedad. Por consiguiente, dos años a partir de su diagnóstico asistió a terapias de acupuntura y clases de yoga: “Un día mi hija llegó a decirme que le había recomendado una amiga que yo probara con clases de yoga para mantenerme más activa y en movimiento, y desde el momento en el que fui me sentí mucho mejor, a pesar de tener temblores, mis músculos se hicieron un poco más fuertes y desaparecieron los temblores repentinos y el que yo soltara las cosas repentinamente. Durante las clase de yoga una de mis compañeras me recomendó una doctora con la que ella iba para tratar su diabetes y decía que se había sentido mucho mejor y que incluso dejó de tomar tantísimo medicamento con esta terapia, así que decidí probarla, pero siendo sincera, el primer mes no noté ningún cambio; sin embargo, seguí yendo a mis consultas y en el segundo mes fue que empecé a notar cambios; por ejemplo, dormía mucho mejor, se aliviaron mis dolores de migraña, se aliviaron mis problemas del estómago, lo que hizo que cambiara mi estado de ánimo y me sentí con mucha más energía ” (Entrevista núm. 2, 2020).

La entrevistada menciona que el hecho de que su padecimiento haya avanzado significativamente en cuestión de 2 años ha sido duro, más aún porque sus hijos están ocupados en sus trabajos, con sus esposas y con sus hijos, por lo que no les es posible brindarle la atención necesaria que requiere su enfermedad. Ante eso, se le recomendó ingresar a la estancia de día que ofrece la casa de retiro para adultos mayores; sus hijos la dejan en la mañana, por la tarde la recogen para llevarla a su sesión de acupuntura y posteriormente se dirige a dormir en su casa nuevamente. “Desde que inició todo esto, he tenido el apoyo de mi familia y amigas que hice tanto en las clases de yoga como aquí en la casa y también claro gracias a Dios que a pesar de tener esta enfermedad aun puedo moverme sin mucha dificultad y no necesito mucha ayuda como otros de mis compañeros de la casa de retiro” (Entrevista núm. 2, 2019).

Actualmente, continúa con sus sesiones de acupuntura una vez al mes y asegura que han desaparecido problemas como el insomnio, las migrañas y la gastritis provocada por el consumo de tantos medicamentos.

## Segundo caso

La señora Pilar, de 78 años, padece diabetes e hipertensión desde hace 10 años. Recuerda el día que le diagnosticaron diabetes: presentaba dolores de cabeza y mareos intensos, síntomas por los que decidió acudir con su doctora para revisar los análisis de laboratorio que le habían hecho días antes, los cuales indicaron que, efectivamente, padecía diabetes. Debido a la hipertensión que sufría, tuvo que ser ingresada al hospital para colocarle insulina y monitorearla durante ocho días. Al respecto, menciona: “el que te den una noticia de que tienes diabetes y estás a punto de entrar en coma diabético, te hace cambiar completamente la vida”.

“Las primeras semanas fueron duras, tienes que pasar el duelo, aceptarlo, ir comunicándolo a todo el mundo, ir adaptándote a todo, cambiar tu vida, hacerla girar en torno a la diabetes, y cuando todo eso pasa, y crees que ya nunca más volverás a ser la que eras, poco a poco te vas dando cuenta de que no era tanto como creías, que con facilidad y sin tanto pensar, te levantas y no te acuerdas de que eres diabética, que ponerte la insulina te quita sólo 10 segundos y no 5 minutos, que haces el mismo deporte que antes, que viajas, que te comes el dulce que quieres y cuando quieres, y que si no te lo recuerdan, nada te hace recordar que tienes menos insulina, porque sigues siendo fuerte, sana y enérgica” (Entrevista núm. 1, 2020).

Claro está que ella no dejó que sus familiares ni sus amistades la vieran derrumbarse. Durante esas semanas tomó terapia psicológica para poder aceptar su padecimiento; recuerda que esta enfermedad empezó a manifestársele justo cuando estaba en trámites para su jubilación y cuando uno de sus hijos se mudaría a vivir a Chihuahua.

Sin embargo, ella afirma que “era de esperarse”, puesto que al interior de su familia paterna, la mayoría ha padecido “problemas de diabetes” o “problemas del azúcar”. Asegura también que con el pasar del tiempo las enfermedades van “desgastándote” tanto física como emocionalmente; por ello, decidió probar terapias alternativas.

“Decidí probar la fitoterapia y la homeopatía una vez que comenté con una de mis amigas que ya me estaba sintiendo muy cansada por la diabetes y me recomendó el probar la homeopatía, que ella iba a una farmacia de homeopatía ‘Lexer’, en donde daban consulta y además te daban tu tratamiento, en donde me comentaron que el problema principalmente era el cómo mi hígado procesa las cosas, así que me dieron tratamiento para el hígado, así mismo, para tratar la hipertensión que tengo, pero también el mismo doctor me recomendó además de seguir mi tratamiento el incluir a mi tratamiento infusiones de plantas como la cola de caballo, insulina, valeriana, etc.” (Entrevista núm. 1, 2020).

Según la señora Pilar, algunos de los síntomas que le provocaban tanto la diabetes como la hipertensión comenzaron a disminuir: “Antes de iniciar el tratamiento era común que me sintiera fatigada todo el día y si hacía actividad física, podía llegar a tener la visión borrosa, además de tener siempre mis manos entumecidas y con una sensación de hormigueo, además de que si me cortaba o me lastimaba, la herida tardaba mucho en sanar o se infectaba fácilmente, pero estando en el tratamiento pude olvidarme de esos síntomas molestos y hacer un poco más normal mi vida” (Entrevista, núm. 1, 2020).

Actualmente, a sus hijos les preocupa el bienestar de su mamá; dadas sus ocupaciones laborales, no tienen mucho tiempo durante el día para cuidarla como ellos quisieran, por ese motivo decidieron recurrir a los servicios de estancia de día de la casa de retiro. “Mis hijos me dijeron que estaría mejor vigilada aquí por si llego a necesitar atención médica en lo que ellos no pueden cuidarme por estar en su trabajo,

y además tendría más amigas con las que hacer actividades durante el día y estaría más acompañada que sola en mi casa, y sí me gusta porque en el día hago aquí actividades con mis compañeros y después regreso a la casa de mi hija para ver a mis nietos y convivir con ellos, aunque ocasionalmente también sigo yendo a consultas de homeopatía” (Entrevista núm. 1, 2020).

Todo el proceso de aceptación dependió de su actitud y de creer en que lo que hacía le iba a ayudar con la enfermedad; ella reconoce que si hubiese caído en depresión y dejado de atenderse e intentar con otro tipo de tratamiento no hubiera salido adelante con la enfermedad. “Desde el primer momento, yo dije y supe que la diabetes no me iba a cambiar la forma que tenía de entender la vida ni de vivirla, y así lo he hecho, además de que también le doy gracias a Dios por haberme dado la fortaleza” (Entrevista núm. 1, 2020).

### Tercer caso

La señora Andrea tiene 80 años y se encuentra en estancia permanente en la casa de retiro, puesto que padece hipertensión arterial pulmonar, condición que afecta mucho su salud, pero no sus capacidades mentales. La hipertensión pulmonar es un tipo de presión arterial alta que afecta a las arterias de los pulmones y el lado derecho del corazón. En una forma de hipertensión pulmonar, las pequeñas arterias de los pulmones —denominadas arteriolas pulmonares— y los capilares se estrechan, se bloquean o se destruyen, lo que puede llevar a las personas que la padecen a morir por paros respiratorios, circunstancia por la que fue ingresada a la casa de retiro para atención médica las 24 horas del día, los 365 días del año.

Ella tenía 65 años cuando comenzaron sus síntomas; recuerda que durante el funeral de su hermana empezó a marearse y a tener vértigos; cuando se realizó el entierro, tuvo el primer desmayo, “los doctores lo asociaron al duelo y a la ansiedad. Pero no tenía ansiedad, estaban equivocados, era la fase final de la enfermedad” (Entrevista

núm. 3, 2020). Tras sufrir otro desmayo un mes después, fue ingresada a un hospital particular en el que permaneció tres meses; su sistema circulatorio no funcionaba, por lo que estuvo a punto de morir.

"En esta situación lo primero que me vino a la cabeza fue que era el final de todo. Me vino a la cabeza cuánto había vivido y amado, también me di cuenta de que no había llenado toda mi vida, que no había vivido al completo, no había sabido vivir bien. Fue una cosa que me pregunté. ¿Si intento vivir y ser mejor persona y disfrutar todo lo que no he sabido valorar? Empecé a luchar y a pedir ayuda a Dios. Estando en el hospital día a día fui mejorando y el líquido que tenía en mis pulmones y corazón fue disminuyendo. Pude recuperarme y regresar a casa, gracias a que Dios escuchó todas las oraciones y promesas que le realicé" (Entrevista núm. 3, 2020).

Sin embargo, debido al avance de la enfermedad, en cuestión de 6 años y a la edad de 71 años, su familia se vio obligada a internarla permanentemente en la casa de retiro para que le brindaran la atención médica necesaria; sin embargo, ella menciona que durante esos 6 años probó las flores de bach. "Mi hija me las recomendó, ella es muy afecta desde que su psicóloga le recomendó el tomarlas para su problema de ansiedad que tenía, me platicaba que cada que las tomaba se sentía relajada y con la capacidad de pensar bien las cosas, con ellas fue que pudo quitarse la ansiedad, y además como es una de las únicas terapias alternativas que se pueden ocupar a la par con tratamiento médico, opté por ellas, me recomendaron el tomar 4 gotas, 4 veces al día, debajo de la lengua" (Entrevista núm. 3, 2020).

Ella asevera que continuar consumiendo las flores de bach le ha ayudado a estar más "relajada" y a olvidarse de ciertas emociones —como la soledad, la desesperación, el estrés y la depresión— derivadas del diagnóstico de su enfermedad. Al llegar la noche, gracias a las gotas puede dejar de "darle vueltas" a lo que había pasado en su vida y dormir sin ninguna preocupación o miedos, lo que ha mejorado bastante su salud física. Afirma que es difícil tener salud y que de "un momento a otro puedes estar en

una cama de hospital a punto de morir, pero todo depende de la manera en la que tomes la enfermedad”.

“Se termina una etapa de tu vida y llega una en la que hay que luchar buscando ser mejor. Una persona con una enfermedad crónico-degenerativa tiene que decidir si quiere seguir viviendo o dejarse ir o hundirse. Es una decisión personal” (Entrevista, número 3, 2020). Andrea menciona que aún no acepta del todo que padece esa enfermedad, pero a pesar de ello realiza más actividades durante su estancia en la casa de retiro que logran distraerla. "Por ejemplo, cuando me vienen pensamientos de por qué he decidido luchar y vivir si no puedo estar sola en mi casa y vivo con una máquina, me pongo a pintar, a escuchar música, a escribir. Estoy en fase de reaceptación, yo siento que nunca llegas a aceptarlo del todo, y aún me cuesta aceptarlo que no soy como antes, pero hay que aceptar poco a poco la situación" (Entrevista núm. 3, 2019).

#### **4. AUTOATENCIÓN: HACIA UNA MODIFICACIÓN DE LA CULTURA DE LA SALUD EN MÉXICO**

El conjunto de conocimientos y tradiciones que caracterizan a un pueblo o sociedad se denomina cultura. En 1871, el antropólogo británico Edward B. Tylor la definió como “esa totalidad que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere como miembro de la sociedad” (Lévi-Strauss, 1992: 368).

Basándose en esta definición clásica de la antropología, podemos asegurar que en el mundo hay gran variedad de culturas médicas, toda vez que desde que el ser humano ha estado en la Tierra se ha enfrentado a problemas de salud; por lo tanto, a lo largo de estos años, todas las sociedades han desarrollado maneras para atender, prevenir y reducir las enfermedades que le aquejan, desde la medicina tradicional en la antigüedad, hasta la medicina científica del siglo XXI.

Debido a las diferencias culturales, económicas, políticas, entre otras, cada sociedad ha adaptado un modelo de salud/enfermedad/atención-prevención que ha sido estudiado por la antropología médica. Como subdisciplina de la antropología, la antropología médica pretende satisfacer las demandas humanitarias y científicas del campo de la medicina que investiga el origen social de las enfermedades, ya que la enfermedad, como la conoce el médico, puede ser concebida de manera diferente por el paciente.

Por ello, autores como Kleinman (1980), Hahn (1984) y Young (1982) manifiestan que la antropología médica ha necesitado establecer una terminología que permita expresar la enfermedad como algo sociobiológico y no netamente biológico. Al respecto, en la antropología médica con Kleinman se reconocen tres dimensiones en la enfermedad: *disease* (patología o enfermedad), *illness* (sufrimiento, padecimiento o aflicción) y *sickness* (dimensión social y malestar).

Asimismo, Kleinman presenta la patología (*disease*) como biológica, dada por una alteración de los órganos o sistemas biológicos del individuo, mientras que el padecimiento (*illness*) incorpora la experiencia y percepción del individuo, para finalmente integrar ambas al malestar (*sickness*), estas concebidas a partir de un discurso médico profesional; por lo tanto, se puede afirmar que enfermedad y padecimiento son socialmente construidos.

En la década de los 80 empieza a consolidarse una antropología que permite el análisis de la salud humana a partir de la cultura. El modelo médico hegemónico y el concepto de la autoatención de Eduardo Menéndez permiten—a nuestro parecer—visibilizar las oportunidades de articular las diferentes formas de atención que pudiesen ser incompatibles, como en el caso de la medicina científica y la medicina tradicional.

Sobre el modelo de autoatención, lo que he propuesto constituye una especie de rescate del sentido común, que en gran medida se pierde a través de las especializaciones disciplinarias, del dominio de ciertos teoricismos y de los intereses profesionales. Lo que propongo es la presencia en toda sociedad actual de una variedad de formas de atención que la población utiliza en forma simultánea o secuencial a lo largo del tiempo, y cuyo eje articulador está en la autoatención. Y este es un hecho de sentido común que cualquiera de nosotros puede observar en la vida cotidiana, pero que sin embargo se pierde de vista en las investigaciones sobre atención y prevención de las enfermedades y padecimientos (de Moura, 2012: 340).

Por muchos años se ha creído que la práctica de la medicina tradicional o las prácticas curativas alternativas no son válidas para el tratamiento de algún síntoma o padecimiento, debido a que para ello existe la llamada medicina científica o biomedicina; no obstante, la teoría de la autoatención justamente permite, como se muestra en los casos de estudio, la articulación de diferentes formas de atención que podrían considerarse complementarias y no incompatibles para algunos.

La autoatención refiere a los saberes, es decir, a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y micro grupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención (Menéndez, 2018: 106).

Las entrevistas muestran cómo los pacientes optan, a partir de una recomendación familiar o de amistad, por las prácticas curativas alternativas; esto indica un conocimiento y práctica de autoatención, que implica que el paciente decida, antes del diagnóstico de su enfermedad por parte de un especialista, si desea ser tratado por un médico científico, un médico tradicional, o bien combinar ambas, por lo que queda a elección de los individuos.

La autoatención implica decidir la auto prescripción y el uso de tratamientos de manera total o relativamente autónoma, incluso si ya han sido indicados por curadores de las distintas formas de atención. Estas auto prescripciones, en función de cada padecimiento y de las condiciones socioeconómicas y situación de los sujetos y micro

grupos, conducen a que una parte del proceso de prescripción y uso de terapéuticas adquiera autonomía, por lo menos en términos relativos (Menéndez, 2018: 106).

Tal es el caso de los adultos mayores con los que se realizó la investigación, quienes, además de recibir un tratamiento médico alópata, también deciden recurrir a prácticas curativas de la medicina tradicional, lo que nos da a entender que poseen autonomía para elegir un tratamiento.

La autoatención puede ser vista desde dos niveles: en el primero están todas aquellas acciones individuales o del grupo familiar; juntos encuentran acciones como preparación, elección y consumo de alimentos; aseo personal o higiene, etc. Mientras que en el segundo nivel se consideran las decisiones individuales, aunado a las decisiones referentes a los procesos de s/e/a-p que poseen los microgrupos o grupos sociales a los que pertenece el individuo, como familiares, amigos, trabajo, escuela, etc.

La autoatención opera por medio de las relaciones que se establecen —por supuesto, entre sujetos y micro grupos— de manera directa e indirecta con las otras formas de atención, y trata de apropiarse de sus aspectos más accesibles, para convertirlos en partes de la autoatención. Esta apropiación se concentra en los saberes y productos más eficaces y de efectos más inmediatos, por lo cual la mayoría de las apropiaciones en la actualidad suceden respecto a los fármacos biomédicos (Menéndez, 2018: 108).

Los dos niveles de autoatención están presentes en el caso de estudio: las dinámicas de los adultos mayores de los cuidados individuales y del grupo familiar. En este sentido, encontramos que los adultos mayores pertenecen a una institución en la que se les dan cuidados médico-científicos, y reciben consultas, medicaciones y talleres, además de una dieta específica, mientras que la preocupación de las familias por la salud de los adultos se hace patente al recurrir a la institución en busca de asistencia. En cuanto a las decisiones individuales —sumadas a las decisiones de los grupos sociales a los que pertenecen— los adultos mayores deciden probar la medicina tradicional por recomendación de amistades (tanto de la casa de retiro como externos)

que han probado las prácticas curativas, incluso como una alternativa a la medicina científica que su familia les ha brindado.

Como señala Menéndez, la autoatención es casi siempre la primera actividad que el sujeto y el microgrupo ejecutan respecto a los padecimientos detectados (2018: 104-113). Esa actividad, en principio, no incluye ningún curador profesional; incluso se consulta a vecinos, compañeros de trabajo o amigos, que no se desempeñan como curadores profesionales. Aunado a ello, la autoatención “acompaña” todo tratamiento propuesto por curadores profesionales en una trayectoria en la que la mayoría de los sujetos considera autonomizar los tratamientos. Cabe señalar que algunos sujetos y microgrupos deciden no atender —al menos— una parte de sus padecimientos, debido a causas diversas, lo que también es parte de la autoatención.

Por lo anterior, es importante poner en práctica la autoatención como un sistema o estructura entre personas o microgrupos, que puede ayudar a tratar una enfermedad en sus distintas etapas: la información, la prevención, la detección, la atención y el tratamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior y a manera de propuesta, es necesario que las instituciones de salud lleven a cabo una adecuada y vasta distribución de información y de proyectos de prevención, aunado a que el paciente desarrolle interés por investigar sobre su padecimiento y lo aplique tanto a su salud como a la del grupo social al que pertenece. Sólo así podremos hablar de una disminución en la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas en las próximas generaciones, que se traduciría en una modificación de la cultura de salud en México.

Lo dicho hasta aquí supone la necesidad de una modificación de la conceptualización de la medicina científica como única “legítima y legal”, modelo hegemónico que cierra la posibilidad de integrar o implementar tratamientos de la medicina tradicional que ayuden a los pacientes a sobrellevar su enfermedad y sus síntomas para aumentar su

calidad de vida, así como dotarlos de autonomía para elegir un tratamiento adecuado para sus padecimientos. “La autoatención es una estructura permanente que los micro grupos generan en toda sociedad para atender sus padecimientos, que se caracteriza por un proceso constante de cambio, al igual que las otras formas de atención, incluida la denominada medicina tradicional” (Menéndez, 2018: 107).

Todo lo anterior confirma la idea de que en México necesitamos más profesionales dedicados a la investigación en temas de salud, así como trabajo interdisciplinario entre médicos y otros profesionistas para el desarrollo de proyectos con los que se pretende aumentar la calidad de vida de los pacientes en edad avanzada.

## **CONCLUSIONES**

Los datos obtenidos de esta investigación permiten concluir que, a pesar de los avances médico-científicos, aún no se ha encontrado la manera de solucionar los padecimientos humanos de manera holística, dadas las desigualdades del sistema médico mexicano. La autoatención también está sujeta a las condiciones de cada padecimiento, las condiciones socioeconómicas, la situación de los sujetos y los microgrupos, tal como se presenta en el apartado 1 del presente documento, en el que se muestran los datos estadísticos del contexto actual en cuanto a las enfermedades crónico-degenerativas en México, que permiten entender por qué cada vez más individuos forman parte de nuestra realidad y normalizarla.

Una de estas condiciones es la económica; los adultos mayores que se encuentran en la casa de retiro afortunadamente pueden pagar —con el apoyo de su familia— la atención que esta institución privada brinda. Sin embargo, muchos adultos mayores en México no tienen los ingresos necesarios para costear la atención privada, por lo

que se ven obligados a recibir atención médica pública, que actualmente no cubre las necesidades de la población, puesto que se ha visto rebasada y afectada en cuanto a la disponibilidad de insumos y medicamentos para los derechohabientes. “Los sujetos y sus microgrupos de todas las clases y sectores sociales necesitan realizar acciones inmediatas y permanentes para solucionar de manera radical o provisional los problemas de salud que los aquejan o amenazan. Lo hacen desde la detección y durante todo el lapso que dure el padecimiento mediante la autoatención” (Menéndez, 2018: 107).

Los adultos mayores de nuestro caso de estudio que practican la autoatención consideran que la atención brindada por las instituciones de salud no logra satisfacer sus necesidades por ser insuficiente; por ello, deciden utilizar terapias alternativas, decisión que se ve influenciada por el grupo social o familiar al que pertenecen, cuyos miembros ayudan al paciente a asistir a las terapias.

La autoatención de los adultos mayores se da por medio de las relaciones sociales entre conocidos y familiares, quienes brindan recomendaciones sobre terapias curativas alternativas, a partir de lo cual el paciente genera una idea, un imaginario o una simbolización; finalmente, el individuo decide ocuparlas para calmar síntomas o controlar el padecimiento. Además, si el adulto mayor siente que no tiene el respaldo de su familia al ser diagnosticado y si la enfermedad crónico-degenerativa es tratada fácilmente, puede conducir a problemas psicológicos como ansiedad o depresión, que derivarán en un declive de su salud; por el contrario, si el adulto mayor siente que es apoyado por su familia, tendrá la disposición necesaria para continuar con su día a día y probar alternativas de curación.

La totalidad de los casos estudiados reafirma que el combinar un tratamiento médico científico con prácticas curativas alternativas disminuye tanto los síntomas causados por la enfermedad crónico-degenerativa como los efectos secundarios de la medicación, lo cual ayuda a mejorar su estado psíquico, emocional y físico, por ende,

su calidad de vida. Consideramos que “la mejoría de la calidad de vida en los pacientes puede lograrse ya sea curando la enfermedad o mejorando los peores síntomas por un período largo o evitando daños ya sea por errores de los profesionales de la salud o por la presencia de efectos secundarios a los fármacos. Esto último de gran relevancia en las poblaciones vulnerables como son, por ejemplo, la de los adultos mayores” (INCMNSZ, 2017).

La conjunción de la medicina científica con la tradicional ha traído beneficios a los adultos mayores de la casa de retiro, los cuales se han reflejado en su salud y su estado de ánimo y, por tanto, en una mejor calidad de vida.

Finalmente, queremos concluir con una cita de Ángel Martínez Hernández, quien visibiliza la hegemonía y las desigualdades de la biomedicina:

Cuanto mayores son los avances médicos y cuanto más destacado es el desarrollo biotecnológico, más necesitados estamos de teorías sociales que nos inviten a repensar la salud y la enfermedad en nuestro mundo desigual y diverso. Estamos demasiado inclinados a percibir la realidad como un fenómeno exclusivamente biológico e individual y a omitir la manera en que las desigualdades sociales, las estructuras de poder y los modelos culturales afectan y determinan la salud (Martínez, 2011: 7).

## REFERENCIAS

Avello, L. Marcia, Avendaño, O. Cristian y Mennickent, C. Sigrid (2009). “Aspectos generales de la homeopatía”, *Revista médica de Chile*, 137(1), pp. 115-120.

Biblioteca Virtual de los Pueblos Indígenas (s/f). “Medicina tradicional”. Estado plurinacional de Bolivia. Disponible en: <http://pueblosindigenas.bvsp.org.bo/php/level.php?lang=es&component=50&item=3> [consultado el 15 diciembre de 2021].

De Moura Pontes, Ana Lúcia (2012). "Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina", *Trabalho, Educação e Saúde*, vol. 10, núm. 2, pp. 335-345.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) (2017). "¿Qué es la calidad de vida?". EE. UU. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html> [consultado el 14 de noviembre de 2021].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2020) "Censo de población y vivienda 2020". Presentación de resultados. pp 1-52. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/censo2020\\_principales\\_resultados\\_ejecutiva\\_eum.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/censo2020_principales_resultados_ejecutiva_eum.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2021). "Características de las defunciones registradas en México durante 2021". Comunicado de prensa número 592/21, pp. 1-92. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/DefuncionesRegistradas2020preliminar.pdf> [consultado el 20 de enero de 2022].

Instituto Nacional de Geriátría (2019). "Enfermedades crónicas, principal motivo de pérdida de años de vida saludable en personas mayores", *Boletín* vol. 2, núm. 3. México. Disponible en: [https://anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin\\_Abril2019.pdf](https://anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Abril2019.pdf) [consultado el 7 diciembre de 2021].

Jiménez, Ángel A. (2017). "Medicina tradicional". *Boletín* CONamed-OPS, pp. 31-34.

Kleinman, A. M. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Lévi-Strauss, C. (1992). *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós, 2ª edición.

Martínez, Ángel H. (2011). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial, 1ª reimpresión.

- Menéndez L., Eduardo (1988). "Modelo médico hegemónico y atención primaria". Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30 de abril al 07 de mayo. Buenos Aires, pp. 451-464.
- Menéndez L., Eduardo (2017). "Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional", *Salud Colectiva* 14(3) pp. 461-481. Disponible en: doi: 10.18294/sc.2018.1838.
- Menéndez L., Eduardo (2018), "Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos", *Revista Desacatos* núm. 58, pp.104-113.
- National Cancer Institute (s/f). "Medicina alópata". Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/allopathic-medicine> [consultado el 1 de diciembre de 2021].
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). "Medicina Tradicional. Necesidades crecientes y potencial". Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67296> [consultado el 04 febrero de 2022].
- Organización Mundial de la Salud (2013). "Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023". Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008> [consultado el 12 de enero de 2022].
- Organización Mundial de la Salud (2014) "Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014" Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf) [consultado el 06 febrero de 2022]
- Organización Panamericana de Salud (OPS) (2015). "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020".. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf> [consultado el 4 de febrero de 2022].
- Ospina-Díaz, N. (2009) "Introducción a la acupuntura. Fundamentos e interés para el médico de Atención Primaria", SEMERGEN, vol. 35, núm. 8, pp. 367-422.

- Pereyra-Elias, Reneé y Fuentes Delgado, Duilio (2012). "Medicina Tradicional versus Medicina Científica ¿En verdad somos tan diferentes en lo esencial?", *Acta méd. Peruana* vol.29, núm. 2, pp.62-63.
- Pérez E., Luisa y Dakini, Jñana (2019). "Yoga y meditación para personas privadas de la libertad en México. Proyecto Yoga en Prisiones", México. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/publications/JusticiaPenal/UNODC - Yoga y Meditacion.pdf](https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/publications/JusticiaPenal/UNODC_-_Yoga_y_Meditacion.pdf) [consultado el 19 de febrero de 2022].
- Roque A., Odalys, Tura Díaz, Mariela, Torres Marin, Juan y Medina Martínez, Lázara. (2012). "Práctica de Tai Chi en ancianos, alternativa para mejorar su longevidad", *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16(3), pp. 95-108.
- Sociedad Española de Fitoterapia (s/f). "¿Qué es la fitoterapia?". Disponible en: <https://www.sefit.es/que-es-fitoterapia/faq-preguntas-frecuentes/> [consultado el 8 de enero de 2022].