

Beia bu/emferma kumu: salud-enfermedad-atención en una comunidad Emberá en Anserma, Caldas*

Agudelo, V. (2024). Beia bu/emferma kumu: salud-enfermedad-atención en una comunidad Emberá en Anserma, Caldas. *Revista Cultura y Droga*, 29(37), 155-184. <https://doi.org/10.17151/culdr.2024.29.37.8>

Valentina Agudelo-Hurtado**

Recibido: 23 de diciembre de 2022

Aprobado: 25 de mayo de 2023


Resumen

Este escrito tiene como propósito describir y analizar las nociones de salud-enfermedad-atención que manifiestan los miembros de la comunidad indígena Dachi Joma, localizada en el municipio de Anserma, Caldas. La investigación se efectuó a partir del enfoque cualitativo y el método etnográfico, con el cual se logró hacer un acercamiento holístico a la comunidad y que sus miembros, a partir de sus propias palabras y acciones, expresaran la concepción que poseen sobre la salud y la enfermedad e indicaran las formas de dar atención a un padecimiento a través de prácticas curativas, el empleo de recursos terapéuticos como las plantas y sus preferencias a la hora de dar atención a su salud. Los hallazgos muestran que dichas nociones son producto de su constructo sociocultural y hacen parte de su sistema cultural/tradicional de salud.

Palabras clave: atención, comunidad Emberá, cultura, enfermedad, salud.

* El presente artículo deriva de los resultados de la investigación etnográfica titulada: Prácticas culturales de salud en un contexto intercultural: el caso de la comunidad indígena Dachi Joma en el municipio de Anserma, Caldas. Presentada como trabajo de grado para optar por el título de magíster.

** Magíster en Culturas y Droga, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. E-mail: valenagudelo@gmail.com

 orcid.org/0000-0002-7240-6806. **Google Scholar**



Beia bu/emferma kumu: health-disease-care in an Emberá community in Anserma, Caldas

Abstract

The purpose of this paper is to describe and analyze the notions of health-disease-care expressed by the members of the Dachi Joma indigenous community, located in Anserma, Caldas. The research was carried out through the qualitative approach and the ethnographic method, which made possible a holistic approach to the community that allowed to its members to express from their own words and actions, the conception they have about health and disease. In addition, it helped them to indicate the ways to care for a condition through healing practices, the use of therapeutic resources such as plants and their preferences when it comes to caring for their health. The findings show that these notions are the product of their sociocultural construct and are part of their cultural/traditional health system.

Key words: care, Embera community, culture, disease, health.

Introducción

Los procesos salud-enfermedad-atención hacen parte de la vida de todos los seres humanos y están presentes en la historia de todas las sociedades y culturas del mundo, por lo cual, se consideran hechos de carácter universal. No obstante, sus formas de concebirse, entenderse y atenderse son particulares en cada grupo sociocultural (Hasen, 2012).

Desde tiempos prehistóricos, los seres humanos han enfrentado distintos problemas de salud a los que han debido darles respuesta y solución. De modo que, los cuidados a la salud surgieron al mismo tiempo que el ser humano, cuando se hizo indispensable atender la enfermedad para cuidar la vida y poder sobrevivir (Melguizo y Alzate, 2008). Asimismo, dependiendo de su manera de concebir y explicar su existencia, los seres humanos dentro de su grupo social y su respectivo sistema sociocultural han dado sentido y significado al suceso salud-enfermedad, desarrollando y estableciendo a partir de ello, diversos conocimientos, creencias, acciones, técnicas, prácticas, recursos y medios para dar atención al mencionado suceso. Esto ha determinado e integrado lo que se ha denominado sistemas culturales de salud (Zuluaga, 2006).

En Colombia, a lo largo de su territorio, se encuentran diversos grupos sociales con sus propias características culturales. Entre estos se hallan más de 87 pueblos indígenas, quienes pese a los infortunios que desde tiempos de la conquista han sobrellevado y a las mezclas culturales a las que se han visto expuestos, aún conservan parte de sus entramados socioculturales ancestrales-tradicionales, entre los que se incluye su sistema de salud. Dicho sistema se ha construido, establecido y transmitido por generaciones con la finalidad de explicar y atender los procesos de enfermedad. Ello ha conllevado (en parte) a la sobrevivencia y permanencia étnica.

En Anserma, municipio localizado en el bajo-occidente del departamento de Caldas, se encuentra un grupo de personas que se distingue del resto de los residentes del municipio por poseer y manifestar determinados rasgos físicos y particularidades socioculturales, en las que se incluye su sistema cultural/tradicional de salud. Este grupo se identifica como población indígena Emberá Chamí y se han denominado como la comunidad Dachi Joma.

El propósito de este artículo es describir y analizar las nociones y los procesos de salud-enfermedad-atención, concebidos y desarrollados por los miembros de la comunidad indígena Dachi Joma dentro del contexto socio-geográfico de Anserma, Caldas. Esto deriva de un trabajo etnográfico más amplio, planteado a partir de un contacto previo con la comunidad, en donde se apreció cómo algunos de sus miembros al momento de presentar un malestar, padecimiento o enfermedad (dependiendo de su tipo o gravedad) preferían recurrir a su propio sistema de salud y trataban de eludir las vicisitudes del servicio de salud convencional. En efecto, se percibieron algunos desencuentros y brechas interétnicas, principalmente con los profesionales de la salud convencional, lo que mostró una problemática que radicaba en las discrepancias culturales presentadas con respecto a la atención de la salud de los Dachi Joma. La problemática¹ como tal, va de la mano con el desconocimiento del sistema de salud de la comunidad y con el desacuerdo que se contempla entre

¹ La problemática se generó al observarse en la comunidad un alto índice de morbilidad y la vulneración de la salud e integridad de algunos de sus miembros, lo que conllevó a que entidades de la sociedad mayoritaria fijaran su atención en los Dachi Joma e intentaran cubrir sus necesidades en salud, mediante la implementación de los métodos del sistema biomédico convencional. No obstante, y pese a las intenciones, algunos de los miembros de la comunidad empezaron a rechazar y alejarse de los servicios que el sistema biomédico les ofrecía, indicando que dicha medicina no cubre completamente sus necesidades, ya que no concibe o comprende sus enfermedades y sus particularidades culturales, que conoce poco sobre sus prácticas de salud, que en ocasiones la atención es tediosa, que se sienten juzgados por ser diferentes y exteriorizar cosmovisiones ajenas a las de la cultura hegemónica, entre otros.

los sistemas tradicionales de salud y el sistema de salud biomédico convencional, al comprender que ambos sistemas² cuentan con percepciones diferentes de los procesos de salud-enfermedad-atención. En consecuencia, algunos miembros de la comunidad se han alejado y evitan los servicios que el sistema biomédico convencional ofrece, argumentando que en esa atención a su salud no se consideran sus realidades y aspectos socioculturales.

Por consiguiente, la investigación etnográfica efectuada se realizó con la intención de indagar, conocer, tratar de comprender y develar algunos aspectos de la particularidad sociocultural del grupo indígena Dachi Joma, para que en lo posible las intervenciones a la comunidad sean culturalmente congruentes, se realicen bajo un enfoque etnodiferencial y en un contexto de interculturalidad.

Aunque en la etnografía realizada a la comunidad se hace un estudio de gran parte del sistema tradicional/cultural de salud de los Dachi Joma, con relación al objetivo del presente artículo se abordará únicamente las nociones y significados de salud-enfermedad que los Dachi Joma, en general, conciben en su cotidianidad y, que conllevan u orientan el desarrollo de algunas prácticas de atención a la salud.

Salud-enfermedad-atención: un constructo sociocultural

La salud-enfermedad-atención es un proceso comprendido como un hecho o fenómeno bio-sociocultural presente en todas las culturas del mundo, en tanto es un hecho universal común en la vida de todos los seres humanos. Sin embargo, se considera un hecho socialmente interpretado, construido y determinado por cada cultura en particular.

Desde la antropología se concibe la cultura como una creación humana que influye, guía y moldea la vida de los seres humanos (Melguizo y Alzate, 2008), además como “la totalidad de manifestaciones y formas de vida que caracterizan a un pueblo” (Jaeger 1996, citado en Jáuregui, 2001, p. 10). Igualmente, se entiende como un complejo de entramados que integra todos los aspectos de la vida social, incluyendo conocimientos, creencias, acciones, hábitos, normas, costumbres, estilos

² En diversos estudios sobre medicina convencional y medicina tradicional se indica que, mientras el sistema biomédico convencional guía sus prácticas de salud a partir de la evidencia científica, la medicina tradicional o los sistemas de salud tradicional guían sus prácticas de salud a partir de la experiencia, la evidencia empírica y de las creencias místicas.

de vida, modos pautados y repetitivos de sentir, pensar y actuar, tramas de símbolos y significados, entre otros. Estos se desarrollan, aprenden, adquieren, comparten, reestructuran y transmiten por los individuos miembros de un grupo social, y dichos entramados cumplen una función determinada y se construyen como un medio para entender, adecuar y explicar la existencia (Tylor, 1975; Harris, 1998, 2001; Geertz, 2009; Ortner, 2016).

De acuerdo con Lévi-Strauss (1987), el ser humano a través de la invención de la cultura, intenta dar orden, explicación y sentido al mundo que le rodea (el mundo natural), tratando de comprender fenómenos que escapan de su entendimiento, generando de esta forma, un orden social-simbólico. Por su parte, Malinowski (1984) infiere que la cultura fue desarrollada por los grupos humanos, con la intención de dar respuesta a las necesidades humanas (físicas, psicológicas y sociales), por tanto, los elementos que la componen tienen la función de satisfacer cada necesidad.

Acorde a lo antedicho, actualmente se pueden encontrar diferentes concepciones de salud y enfermedad y, en efecto, formas de dar atención, que dependen principalmente del cómo cada grupo sociocultural le da orden, significado y respuesta a la necesidad en salud. Por tal, se considera que el(los) proceso(s) salud-enfermedad-atención es (son) un constructo sociocultural.

Apoyados en Berger y Luckmann (1968), un constructo sociocultural se puede precisar como un producto creado, establecido y aceptado por un grupo humano a partir de la interacción entre individuos, para dar explicación y sentido a determinados fenómenos o sucesos, a partir de sus estructuras culturales. Así, un fenómeno explicado, fundamentado y legitimado socialmente, se convierte (en el tiempo) en una entidad institucionalizada y una realidad social/cultural objetivada y compartida.

Conforme a lo anterior, y de lo encontrado en la literatura académica sobre los conceptos de salud y enfermedad, se puede señalar que estos se han construido desde diversas perspectivas socioculturales. De esta manera, se encuentran nociones planteadas desde perspectivas biologists o biomédicas, en las cuales se aborda la salud y la enfermedad principalmente como estados de bienestar y desequilibrios de los procesos biológicos o fisiológicos en el cuerpo del individuo, en donde la salud y la enfermedad, dependen de que el organismo/cuerpo se vea afectado o no, por su relación e interacción con el entorno ambiental (Gordis, 2014). Y fundamenta la

enfermedad en la consideración de que el cuerpo humano es una estructura física y bioquímica, que presenta reacciones (signos y síntomas) biológicas ante alguna clase de lesión o traumatismo, desajuste o modificación en las estructuras internas fisiológicas o la intromisión de agentes externos como sustancias químicas, virus, bacterias y parásitos que alteran el ambiente del organismo (Pérez, 2009; Gordis, 2014). Por lo tanto, desde la perspectiva o dimensión biólogo/biomédica se considera que la salud y la enfermedad son aspectos que dependen exclusivamente del cuerpo (organismo biológico/fisiológico) del individuo. También, se encuentran conceptos de salud y enfermedad planteados desde perspectivas basadas en lo social, en las que generalmente se define la salud y la enfermedad desde un factor holístico, que trasciende de lo orgánico para englobar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano, en relación con su entorno natural y su realidad sociocultural (Laurell, 1986).

Según Payán (2006), desde una dimensión social, la salud y la enfermedad son apreciadas no como un estado, sino como un proceso complejo, dinámico, dialéctico y cambiante. En dicho proceso

interactúan prácticamente todos los aspectos de la vida de un ser humano: su funcionamiento biológico, sus ideas, sentimientos y emociones, su interacción social, su historia, sus aspectos económicos y sus necesidades de trascendencia y espiritualidad (...) y constituye el resultado global, dinámico, colectivo y al mismo tiempo individual, de todas las influencias y determinantes sociales que se originan en las estructuras y en el funcionamiento de las formaciones sociales en que vivimos. (Pérez, 2009, p. 709)

Para Kleinman (1981), desde una perspectiva dinámica en la que se combina lo biológico y lo social, la enfermedad se puede entender como

el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos, la cual designa las anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica; (...) se relaciona con las dimensiones sociales de la persona, en donde se insertan los procesos de la patología (...) a sus paradigmas ideológicas, sociopolíticas y económicas y; el padecimiento incluye procesos de atención, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones. (citado en Vergara, 2007, p. 43)

En efecto, Kleinman indica en su interpretación que la enfermedad no solo afecta la normalidad funcional del organismo del ser humano, sino también las demás dimensiones que lo integran, como lo social, lo emocional-racional y lo espiritual, por ende, la salud es la integralidad y el equilibrio entre dichas dimensiones. Además, menciona la influencia de las ideologías y la valoración del proceso de enfermar ante la búsqueda de la salud.

De esta manera, se encuentran conceptos de salud planteados desde las perspectivas de culturas no occidentales, en las cuales (en consenso), se concibe la salud como un proceso holístico, de armonía entre el cuerpo, los factores emocionales, socioculturales, el territorio y el espíritu (Laurell, 1986). Así, la salud para muchos pueblos indígenas, según Cardona (2012), se concibe desde una visión integral, a partir de sus constructos culturales, de sus cosmovisiones (manera de ver, interpretar y concebir el mundo), creencias, conocimientos, experiencias subjetivas, de la interacción con la naturaleza y los espíritus, de las formas de relacionarse, entre otros. De tal modo, la salud de los pueblos indígenas “obedece a una visión holística de la realidad, donde la salud subsume lo individual, lo familiar (...) [lo comunitario, lo espiritual y el medio natural] (...), al equilibrio o buen funcionamiento” (Cardona, 2012, p. 635) de dichos aspectos.

En contraste, la enfermedad se explica habitualmente como la pérdida, la carencia o la perturbación de la salud, como “aquello que origina una alteración o rompe la armonía en un individuo, ya sea a escala molecular, corporal, mental, emocional o espiritual” (Pérez y Gardey, 2008, párr. 3). De hecho, a lo largo de la historia del ser humano, las enfermedades desde las culturas no occidentales se han relacionado con sucesos negativos e infortunados que en cualquier momento de la vida se han experimentado, dando explicación de la etiología o las causas de sus problemas de salud a partir de sucesos naturales procedentes del ambiente (frío-calor), sobrenaturales (castigo divino, desequilibrios espirituales) y conflictos sociales (hechizos o brujería).

En efecto, dada la variabilidad de significados que los seres humanos manifiestan sobre salud y enfermedad, se debe admitir que estos significados pueden variar y depender del individuo, de la cultura, del tiempo o momento histórico y del entorno ambiental y social donde se despliegue. Por ende, la concepción de la salud-enfermedad que tiene cada persona o grupo cultural, depende de sus procesos, experiencias, imaginarios, contexto sociogeográfico y constructos socioculturales.

Entreviendo los diversos significados, sentidos y explicaciones que los seres humanos le dan al proceso de salud-enfermedad, Kleinman (1981) propuso el término *modelos explicativos* para hacer referencia a las “nociones sobre un episodio de enfermedad y su tratamiento, que es empleado por aquellos que se ocupan del proceso clínico, (...) proceso en el que (...) están inmersos distintos actores: el enfermo, la familia y los profesionales de salud (citado en Echevarría, 2008, p.1). De modo que, el modelo explicativo³ se sustenta en las ideas y explicaciones que las personas le dan a la enfermedad, en lo cual se incluye el origen o causalidad, y que, por lo tanto, orientan la elección del terapeuta y el tratamiento a seguir. En este modelo se entiende que generalmente en el suceso de enfermar se encuentran ancladas las interpretaciones y experiencias del enfermo, de la familia y grupo social y los profesionales de salud (Echevarría, 2008). Así, se refiere que las diferentes formas de pensar o concebir el proceso salud-enfermedad dependen del individuo (modos de pensar, sentir, actuar a partir de la aflicción corporal - síntomas y signos), la dinámica sociocultural (explicación social de la enfermedad) y la apreciación (biologista) del especialista en salud. Asimismo, que de acuerdo con la explicación que se le dé a la enfermedad, los seres humanos guían la búsqueda de su salud.

Normalmente, ante un suceso de enfermedad se deriva una serie de respuestas sociales en las cuales se construyen y despliegan diversas acciones, representaciones y prácticas que remiten al cuidado del enfermo, con la intención de tratar el padecimiento, recuperar y mantener la salud (Menéndez, 1994). En relación con ello, según Menéndez (2003), al análisis del proceso salud-enfermedad se le debe incluir el término atención.

Menéndez (2003) refiere que la atención a la salud-enfermedad se comprende como todas aquellas actividades (no sólo de tipo biomédico) que tienen que ver con la atención a una enfermedad “en términos intencionales, es decir, que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento” (p. 186).

³ En el idioma inglés se emplean tres términos para distinguir la enfermedad, los cuales se acercan al modelo explicativo propuesto por Kleinman, estos términos son: *illness*, *disease* y *sickness*. *Illness* hace referencia a la experiencia subjetiva de cómo cada individuo percibe su malestar o enfermedad. *Disease* corresponde a la dimensión biológica de la enfermedad, al diagnóstico objetivo realizado por un trabajador de salud, y está asociado a signos, síntomas y tratamientos, y *sickness* parte de la interpretación o dimensión simbólica-sociocultural de la enfermedad. Cada término refleja una visión, interpretación o posición distinta de la enfermedad, y se emplean dentro del proceso de la comprensión de la enfermedad (Helman, 1981; Escobar, 2003).

Para Tobar (2017), la atención (o asistencia) de la salud “se denomina al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de (...) cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población” (p. 1). Estos procesos se realizan con la intención de recuperar y conservar la salud de las personas, evitar su deterioro, el agravamiento, aliviar el dolor y minimizar el sufrimiento de los enfermos (Tobar, 2017).

En síntesis, la atención a la salud es una respuesta social que se da al suceso de enfermar, es la acción de intervenir o enfrentar un padecer a partir de ideologías, conocimientos, procedimientos y cuidados brindados con el propósito de curar, recuperar y preservar la salud. Es un factor usual construido en todos los sistemas socioculturales existentes en el mundo, y emerge de la experiencia de enfermar y de las necesidades en salud que se presentan.

Menéndez (2003) manifiesta que en distintas culturas se ha observado el desarrollo de diversas formas de atención a los padecimientos, que difieren de las realizadas por el sistema de salud biomédico. En estas formas de atención se suelen emplear “diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación” (p. 186), por lo cual, el autor las ha denominado *modelos de atención*, y sugiere que estos se establecen a partir de “las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas” (p. 186) de cada grupo social con su respectiva cultura.

De forma análoga, Langdon y Wiik (2010) indican que, al conjunto de conocimientos, procedimientos y acciones relacionadas entre sí, para asistir y tratar el suceso de enfermar, se le considera *sistemas de salud*, al comprender que en ese conjunto se engloban todos los componentes presentes en una sociedad concernientes a la salud-enfermedad, incluyendo ideas o conocimientos sobre sus causas y tratamientos, técnicas terapéuticas y agentes en acción para restaurar la salud. Así, la expresión sistema de salud se refiere a todos los aspectos que componen y estructuran la medicina de una cultura/sociedad. Estos aspectos incluyen formas de concebir, entender y atender la salud-enfermedad.

Para Cardona (2012), un sistema de salud/médico se puede determinar como

un entramado de ideas y prácticas relacionadas con las causas y curación de las enfermedades, el cual está determinado por aspectos socioculturales

(...). Subsume la teoría sobre la concepción, causalidad, clasificación y efectos de la enfermedad, el cuidado de la salud, los recursos terapéuticos (...) [y los practicantes] (...), todo ello integrado en un esquema conceptual e ideológico. (p. 631)

Se ha demostrado que cada cultura en particular posee su propio sistema de salud o modelo de atención a la salud, que parte de sus propios sistemas o modelos explicativos, de las percepciones, conocimientos, creencias y prácticas medicinales. Entre los sistemas de salud encontramos el modelo biomédico convencional y la medicina tradicional.

El sistema biomédico convencional⁴ (occidental) se determina como un paradigma de las ciencias de la salud, que tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano, y que aborda la enfermedad desde la cientificidad de la dimensión biológica del individuo; la atención a la enfermedad se brinda mediante la intervención físico-química del cuerpo, a partir de su exploración, de los hallazgos clínicos, de los datos de laboratorio, de diagnósticos y técnicas terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas (Baeta, 2015).

Menéndez (1988) considera que el sistema biomédico de la cultura occidental es un modelo médico hegemónico, dado que predomina en la mayoría de los entornos de atención médica y subalterna a otros tipos de medicinas, y lo entiende como

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 e ideologías (...) 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. (p. 1)

Este modelo presenta un conjunto de características estructurales como el “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al

⁴ Es de destacar los logros que el sistema biomédico ha obtenido para preservar la salud del ser humano, entre estos se destaca: la detección y el control de diversas enfermedades, el desarrollo farmacológico, los métodos de diagnóstico y las técnicas quirúrgicas.

consumo médico” (Menéndez, 1988, p. 2), siendo el biologismo su rasgo dominante, y con el cual constituye el factor que garantiza su cientificidad y la diferenciación y jerarquización frente a otros modelos explicativos. Y por el que se admite que, para la práctica biomédica, la enfermedad constituye un hecho biológico, natural y, no un hecho social (Menéndez, 1988).

En cuanto a la medicina tradicional, Zuluaga (2006) manifiesta que la locución más apropiada para definir la medicina desarrollada por las culturas no occidentales, como la de los pueblos indígenas, es sistemas tradicionales de salud, y explica que

cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas (...) [de salud, creando] (...) categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social –y económica– y el ámbito geográfico –naturaleza– en el que se asienta cada cultura. (p. 5)

Por consiguiente, y siguiendo a Zuluaga, se comprende que un sistema cultural/tradicional de salud es el conjunto de conocimientos, creencias, recursos y prácticas empíricas obtenidas a través de la observación y de la experimentación (ensayo-error-ensayo-acierto), unidas a las estructuras simbólicas de cada cultura, para dar respuesta al hecho de enfermar. Además, tiene ideas concretas sobre la causalidad de las enfermedades, la forma de prevenir y solventar algún malestar y se transmite de una generación a otra por tradición familiar y comunitaria.

Así pues, el proceso salud-enfermedad-atención (s/e/a) según Menéndez (1994) “constituye un universal que opera estructuralmente –en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificado que la integran” (p. 71), es un proceso histórico en que el “se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos” (p. 72), por lo tanto, forma parte integral y holística de la vida (individual-sociocultural) de los seres humanos y establece una relación directa entre los procesos biológicos, las interacciones ser humano-ambiente y las dinámicas socioculturales. Además, son factores que van entrelazados y “sujetos a percepciones históricas, culturales, religiosas, sociales, filosóficas, económicas, políticas” (Feito, 1996, p. 62) y experiencias personales y que, dependen en gran medida del contexto geográfico y sociocultural donde se ha desarrollado el individuo y su comunidad. Por ende, el proceso salud-enfermedad-atención, es un hecho

biopsicosocial, determinante-determinado por el ser humano y su cultura, y que conforma y configura su sistema de salud.

Metodología

La investigación se realizó a partir de la metodología cualitativa, al considerarla una estrategia apta para responder al objetivo de describir y analizar la particularidad sociocultural de la comunidad Dachi Joma. Esto, dado que permite acercarse a la realidad del grupo social en su propio contexto (Galeano, 2004), posibilitando la interacción directa entre el investigador (etic) y los sujetos investigados (emic), logrando con ello obtener información de las acciones observadas y de las palabras dichas por los sujetos, lo cual, el investigador finalmente interpreta (Taylor y Bogdan, 2000; Martínez, 2011).

De la investigación cualitativa se empleó la etnografía en su totalidad, en tanto enfoque, método y texto (Guber, 2001), como enfoque, permitió observar y comprender los fenómenos socioculturales desde la perspectiva y significado de los propios actores sociales. Como método, establecer estrategias y técnicas que permitieron un contacto directo con la comunidad de estudio. Y como texto, el documento escrito que presenta de manera descriptiva los resultados finales de la investigación.

De este modo, con la investigación cualitativa de tipo etnográfico se logró hacer un acercamiento a la comunidad, en su entorno y contexto socioespacial, dando la oportunidad de aproximarse a la realidad del grupo social y al fenómeno de interés investigativo. Esta aproximación se realizó entre 2016 y 2018, a través de métodos y técnicas como la observación directa y participativa y las entrevistas semiestructuradas, abiertas y conversacionales, las cuales se ajustaron al propósito conocer y describir desde la perspectiva de los miembros de la comunidad, su forma de concebir los procesos de salud-enfermedad-atención.

La mayoría de las entrevistas se realizaron a modo de diálogo informal/conversacional pero dirigido, esto, con la intención de dar flexibilidad al momento de preguntar, para obtener de forma óptima la información requerida por parte de los actores sociales (Martínez, 2011). Los datos obtenidos durante las entrevistas y las visitas a los hogares de los Dachi Joma se registraron en un cuaderno empleado como diario de campo y en audios grabados en un celular.

Para el análisis de la información, se realizaron transcripciones de las entrevistas registradas en audios y la revisión de los datos escritos en el cuaderno. Posteriormente, los datos se organizaron en categorías de análisis como: significado de salud-enfermedad, prácticas de salud, proceso de atención a la enfermedad, preferencias ante la atención en salud, entre otros.

Igualmente, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura académica relacionada al interés investigativo, lo cual, permitió triangular y confrontar la información encontrada con los datos obtenidos en el trabajo de campo. La población de estudio fue 39 mujeres y 10 hombres, identificados como indígenas Emberá Chamí de la comunidad Dachi Joma. Para la investigación en general, se realizó el correspondiente consentimiento informado, tanto de manera oral como escrita.

Resultados

Dachi Joma, en Êbêrà Bedea, son las palabras que escogió un grupo de indígenas Emberá Chamí, para dar nombre a la comunidad que establecieron en el municipio de Anserma, Caldas. Su significado en español es *todos juntos/unidos*. Los emberas que conformaron la comunidad migraron de territorios ancestrales/tradicionales, localizados en zonas rurales del departamento de Risaralda, para establecerse en el contexto socio-geográfico urbano y periférico de Anserma, aproximadamente desde 1991. El éxodo de sus territorios fue producto, generalmente, del desplazamiento forzado y de la necesidad de mejorar sus condiciones de vida.

Los Dachi Joma (principalmente los adultos), arribaron a Anserma, con el entramado cultural tradicional/ancestral que los distingue como Emberás Chamí y, allí, han conseguido conservarlo desplegarlo y transmitirlo a sus descendientes. No obstante, se debe señalar que algunos aspectos culturales y modos de vida tradicional se han modificado y adecuados al contexto. Dentro de los elementos culturales que manifiesta el grupo sociocultural, se destaca su lengua nativa Êbêrà Bedea⁵, su vestimenta tradicional (especialmente en las mujeres), sus artesanías en mostacilla, su organización social liderada por el gobernador indígena, su cosmovisión, algunas costumbres y su sistema cultural de salud o medicina tradicional, la cual se ha

⁵ En el entorno urbano, algunos Dachi Joma han ido aprendiendo el idioma español.

construido a partir de los significados que los indígenas le han dado al proceso salud-enfermedad-atención.

Salud-enfermedad-atención en la comunidad Dachi Joma

Durante la investigación etnográfica realizada a la comunidad Dachi Joma, se comprendió que la apreciación que poseen sus miembros, sobre la salud, la enfermedad y la atención, hacen parte de su sistema sociocultural, puesto que, la mayoría comparten entre sí, nociones afines y despliegan acciones similares para dar atención a su salud.

Para los Dachi Joma la salud es:

Lo más importante... es estar aliviado, no tener necesidades, tristeza, estar tranquila... tener el cuerpo limpio, sin dolor-malestar, tener bien el espíritu. (Entrevista, 2016)

Para nosotros la salud no es tener el cuerpo sano y ya, es todo, el cuerpo, la mente, el espíritu. No tener envidias, ni rabias, estar tranquilos, tener trabajo para comprar comida, pagar arriendo. (Entrevista, 2017)

Es estar bien, no tener enfermedad, ni jai kachirua (espíritu malo), ni hechizos, estar aliviados del cuerpo y de acá (señala la cabeza-mente), estar tranquilos con todo. (Entrevista, 2016)

Si tengo trabajo y comida, con mi familia estamos bien- sanos. Estar bien con la comunidad, con los espíritus, no tener enemigos... si está todo tranquilo, el cuerpo está sano. (Entrevista, 2016)

Es bienestar en el cuerpo y espíritu, la podemos gozar con buena alimentación, sin sufrimiento ni envidias, aceptarnos nosotros mismos y tener buena convivencia con los otros. (Entrevista, 2017)

De esta manera se encontró que, para la mayoría de los integrantes de la comunidad, la palabra salud significa estar bien, no tener enfermedad ni malestares en el cuerpo, tener el cuerpo sano, sin hechizos, estar tranquilos, bien con la familia, con los vecinos, con la comunidad, que los espíritus estén en equilibrio, no tener problemas, angustias ni enemigos.

El significado de salud que proporcionaron los Dachi Joma en general, se ajusta a la perspectiva sociocultural de la salud, manifestada comúnmente por las culturas

no occidentales. Para esta, la salud es un todo holístico en el que se integran todos los aspectos de la vida del ser humano. Y coincide en parte, con la concepción de salud que encontró Cardona (2012), en su estudio con las comunidades Emberás localizadas en Riosucio, Caldas, que indica que la salud es la armonía y el equilibrio entre las dimensiones físico-biológica, histórico-cultural, natural y espiritual.

Al considerar lo anterior, se puede decir que los Emberás Dachí Joma, como miembros de un grupo social y una cultura determinada, han configurado su propio significado de salud a partir de su sistema cultural, su legado ancestral, su cosmovisión, vivencias, formas de relacionarse con los otros y con el contexto donde residen. En síntesis, para los Dachí Joma estar sanos es estar bien consigo mismos, no tener dolencias o malestares en el cuerpo, que haya armonía con su familia y comunidad y un equilibrio entre el cosmos, la madre naturaleza y los espíritus.

Siguiendo esta lógica y de acuerdo con lo que se observó en la comunidad en su contexto socioespacial, se puede decir que muchos de los Dachí Joma no gozan de un buen estado de salud, puesto que, manifestaron constantemente padecimientos con diversas sintomatologías físicas. Asimismo, sentimientos de angustia, inconformidad, cansancio y desdicha, debido generalmente, a la inestabilidad alimentaria, a las carencias, a los conflictos comunitarios y familiares, a los desequilibrios espirituales consecuencia de las malas energías, envidias y hechizos. Además, viven en condiciones precarias, en un contexto que los margina y en el que se presentan problemáticas sociales. Por ende, al comprender el significado holístico que los Dachí Joma le dan a su salud se puede indicar que la comunidad fluctúa constantemente entre la salud y la enfermedad, pero la balanza se inclina más hacia la enfermedad. Ya que como indica Briceño (1993), “una población sana es aquella que logra armonizar su vida con otros iguales y con su medio ambiente natural y construido” (p. 92).

En lo concerniente a la enfermedad, los Dachí Joma entrevistados manifestaron:

Es estar mal, sentir en cuerpo dolor, como pereza-desgano, tener maleficio y eso causa intranquilidad-desespero. (Entrevista, 2017)

Si estoy mal del espíritu, estoy enfermo y eso es por tener envidia o rabia a otra persona, cuando hago cosas para el mal daño mi espíritu... no lo veo, pero lo tengo y llevo en mí, entonces ya no me va a funcionar la mente, ni el cuerpo y eso sale de alguna manera- como un dolor de cabeza, malestar en el cuerpo, eso daña. (Entrevista, 2017)

Cuando enfermos es porque estamos mal de la mente, cuerpo y espíritu. (Entrevista, 2017)

No sé, ¿estar mal? Hay enfermedades propias de la cultura y hay enfermedades postizas de kajumas... no propias como cáncer- diabetes. Ahora hay enfermedad de la mente -el estrés, pero no sé, digo eso es del espíritu, porque da tristeza y ganas de hacer nada, pero también se siente en el cuerpo en la espalda, la barriga y la cabeza, puede ser por hechizo- envidias o por lo que se vive ahora con los celulares y la televisión. (Entrevista, 2017)

Es algo malo que da dolor y uno sufre, mantiene maluco-cansado. Acá (en la comunidad) hay mucha pelea nada les gusta, son muy envidiosos, uno enferma de pensar y está triste. (Entrevista, 2016)

Es estar mal, uno enferma de varias cosas- todo da tristeza, siente dolor, si uno enferma siente mal... siente triste también cuando alguien enferma -da pesar, uno se angustia. (Entrevista, 2017)

En general, la enfermedad es vista por los Dachi Joma, como un suceso negativo, algo que produce dolor, infelicidad y sufrimiento y que no sólo afecta a la persona enferma sino a la familia y a las personas más allegadas. Es estar mal consigo mismo y con los demás, tener malestares y dolores en el cuerpo, no tener fuerzas, sentirse triste y cansado, tener maleficio/hechizo, descontrolado el espíritu, sentir angustia y pereza. En las explicaciones brindadas por algunos Dachi Joma se puede percibir la integralidad del ser humano en cuanto a la interacción e interrelación de los factores biológicos, psicológicos/emocionales, espirituales y sociales en el proceso de enfermar.

De este modo, el significado que algunos Dachi Joma le dan a la enfermedad se puede acoplar a la perspectiva dinámica planteada por Kleinman (1981), en la cual se argumenta que la enfermedad no sólo afecta la normalidad funcional del organismo del ser humano, sino que afecta lo emocional, lo espiritual y lo social.

Los Dachi Joma entrevistados indicaron que a ellos los afectan dos tipos de enfermedades: por un lado, se encuentran las enfermedades ajenas a su cultura, llamadas enfermedades de blancos o kajumas y, por el otro, enfermedades propias de su cultura Emberá. Se apreció que la concepción que se tiene sobre ellas depende principalmente de las creencias, de los signos y síntomas que se manifiesten, del diagnóstico o la interpretación que se les dé y del significado que se les otorgue culturalmente.

Los Dachí Joma explican que las enfermedades ajenas a su cultura afectan generalmente el cuerpo (organismo fisiológico) y su causalidad se debe al contacto con personas de la sociedad mayoritaria, al reproducir sus costumbres y al habitar en el contexto urbano. De este modo, cuando se considera o diagnostica (de acuerdo con signos-síntomas y exámenes médicos) que una enfermedad o padecimiento es de kajuma (tipo biologista), debe ser atendida por o con base en el sistema biomédico convencional.

Muchos Dachí Joma, en relación con las enfermedades de tipo biologista, en especial con aquellas cuyo origen se atribuye a microorganismos patógenos, expresan que esas enfermedades son invento de los blancos para tener control sobre el cuerpo de los demás. En este aspecto, se encontró que la opinión y creencias de los miembros de la comunidad discrepan, dado que, unos han admitido y consideran la existencia e invasión del cuerpo por parte de virus y bacterias, mientras que otros se niegan a aceptar esa explicación sobre la causa de una enfermedad, argumentando que estas son castigo o voluntad del Dios católico, del cual la mayoría son creyentes. Asimismo, insisten en que gran parte de las enfermedades que presentan son causadas por maleficios, envidias, hechizos u ojeadas; siendo ello, lo que los Dachí Joma denominan enfermedades propias de su cultura.

Algunos fragmentos de entrevistas lo confirman:

El bebé está enfermito, tiene diarrea y está decaído-desganado. No llevar al hospital, eso es que está ojeado o vio arcoíris. (Entrevista, 2018)

El primo está muy mal, está enfermo, no come, no habla, está como muerto, en el hospital no saben qué es, se le hizo trabajo (canto jai) y nada... dicen no, ya se comieron el espíritu, el muere, le echaron maleficio- un jai malo. (Entrevista, 2016)

Muy maluca, me hace así (palpita) la cabeza, tengo dolor en el pecho, dormí y soñé que (nombre de persona) se pone encima y presiona pecho, me está haciendo hechizo, tiene envidia y me quiere matar. (Entrevista, 2018)

Las enfermedades propias son descritas por los Dachí Joma, como aquellas provocadas por fuerzas-energías negativas y sobrenaturales que afectan el cuerpo y el espíritu. Este tipo de padecimientos ha sido denominado por Canguilhem (1966) desde una perspectiva social, como enfermedades ontológicas. En este paradigma las enfermedades se describen como un desequilibrio de las energías, resultado de

fuerzas negativas y “considera al enfermo como un hombre al que le ha penetrado o se le ha quitado algo (...) [así] (...), la pérdida de la salud se ha atribuido a razones de índole mágica” (Citado en Moreno, 2007, p. 64).

Regularmente, este paradigma ontológico es concebido por diversas culturas alrededor del mundo, quienes interpretan la enfermedad como un hecho sobrenatural, de mala suerte, “una especie de desgracia causada por fuerzas míticas” (Moreno, 2007, p. 65). De tal modo, en muchas culturas indígenas se le atribuye el origen de la enfermedad a distintas causas como: envidias, falta de armonía con el orden cósmico y la naturaleza, castigo divino, brujería, entre otros (Moreno, 2007). En muchos casos, estas enfermedades se interpretan, diagnostican y explican a través de mitos, creencias y cosmovisiones. Por tanto, su forma de curar depende de rituales limpiadores.

Así, desde la cosmovisión indígena Dachi Joma, se explica el origen de muchas de sus enfermedades, a través de mitos como: el arcoíris, el duende, el mohán, mal de ojo, hechizo/maleficio o enfermedad de jai.

En fragmentos de algunas entrevistas se explican:

El arcoíris sale cuando un jaibaná está realizando trabajos con espíritus malos que se liberan y salen como arcoíris. Cuando sale arcoíris toca correr y cubrir los niños o meterlos en la casa, para que no vean arcoíris, para que los jais kachirua (espíritus malos) no los ataquen... cuando los niños tienen enfermedad de arcoíris, les da diarrea y vómito. (Entrevista, 2016)

Mohán trata que cuando un hombre fallece, un jaibaná muy poderoso, lo revive a los 3 o 4 días después y lo convierte en un ser malo mitad hombre mitad animal-jaguar, que persigue a las personas para apoderarse del espíritu. Los mohanes se esconden en lugares solos y oscuros. Cuando a un hombre se le pega un Mohán, siente temor-intranquilidad, como volviéndose loco, cura con trabajo de jaibaná o se muere. (Entrevista, 2017)

Cuando una persona que tiene envidia mira los hijos de uno, deseando el mal, los ojea, eso para causar tristeza a los padres. La mala energía cae a los niños y les da fiebre, diarrea muy fuerte, vómito, se decaen, lloran mucho, se ponen cansoncitos, no reciben alimento. Si no se cura rápido los niños pueden morir. (Entrevista, 2017)

La enfermedad de jai es una de las más temidas por los Dachi Joma dado que genera un gran malestar físico, mental y espiritual, que incluso puede provocar la muerte. Esta se produce cuando un jaibaná⁶ manda un jai kachirua para hacerle daño a una persona. Los Dachi Joma indican que cuando están hechizados sienten constante decaimiento, sufrimiento e intranquilidad, fuertes dolores (físicos), que los persiguen y un desequilibrio espiritual enloquecedor. Este padecimiento es el resultado de envidias, la rivalidad y las venganzas y, como tal, sólo pueden causarlo y sanarlo los jaibanás mediante el ritual de canto jai.

De esta forma, los mitos narrados por algunos Dachi Joma son un constructo sociocultural empleados como un medio para justificar el cómo y el porqué de un padecimiento o enfermedad, por lo tanto, cumplen la función (cultural) de dar sentido y explicación lógica al origen o causalidad de un suceso, proporcionando, de igual modo, una forma de respuesta para una posible cura y prevención. Estos mitos poseen un gran significado colectivo para los indígenas, han sido transmitidos por generaciones a través de la tradición oral, siendo una herencia sociocultural que se encuentra muy arraigada en el imaginario social e individual de los miembros de la comunidad. Están ligados tanto a su sistema simbólico, a sus creencias y cosmovisiones como a sus prácticas para dar atención a la salud.

Aunque, los mitos manifestados por los Dachi Joma para dar explicación y orden a los procesos de salud-enfermedad son para las personas de la sociedad mayoritaria fantasías, falacias o excusas, para los Dachi Joma son su realidad, su verdad. Así, se observa que el significado de salud y enfermedad manifestado por los Dachi Joma difiere de la noción determinada en el sistema médico de la cultura occidental, desde la perspectiva biomédica-biologicista en donde la salud-enfermedad se entiende y trata desde el ámbito físico-biológico del individuo. Desde esta perspectiva, se determina que los padecimientos que más afectan a los miembros de la comunidad indígena, son: enfermedades respiratorias, problemas digestivos, fiebre, enfermedades cutáneas, desnutrición, diversas dolencias y problemas dentales.

⁶ Figura central de la etnomedicina tradicional de la cultura Emberá, considerado un médico- brujo-chaman, que posee el poder (dual) tanto de enfermar como de sanar, a través del contacto y dominio de espíritus (jais). Mediante el ritual conocido como poner banco y canto jai (Vasco,1985). Su práctica se le conoce como jaibanismo, siendo una práctica fundamental en la medicina tradicional/ancestral y cosmovisión Emberá, es reconocido como un caso particular de chamanismo. Se describe como un conjunto de creencias, rituales y ceremonias mágico-médicas, en las cuales, se entra en contacto con el mundo sobrenatural y espiritual (Pardo, 2020).

Basados en lo descrito, se podría considerar que las nociones, significados y modelos explicativos de salud (*beia bu*) y enfermedad (*emferma kumu*, en Embera Bedea) brindadas por los Dachi Joma son categorías construidas socialmente por los indígenas Chamí, a partir de su herencia cultural, sus experiencias subjetivas, cosmovisión, vivencias compartidas y sistema de creencias, para entender, dan significado y explicación al porqué de una enfermedad y, que asimismo conllevan u orientan la respuesta ante una condición de salud que así lo amerite.

Cabe recordar que las respuestas sociales a la enfermedad han sido determinadas como formas de atención, siendo denominadas por Menéndez (2003) modelos de atención y por Langdon y Wiik (2011) sistemas de atención a la salud. En el presente escrito se nombrarán prácticas culturales de (cuidado a la) salud, al tener en cuenta que estas formas de atención son procedimientos habituales en la cotidianidad de la comunidad y hacen parte de sus particularidades socioculturales. Estas prácticas se pueden estimar como el conjunto de acciones, actividades, costumbres, recursos, conocimientos y destrezas establecidas, compartidas, aprendidas y desarrolladas por los miembros de una comunidad con la intención de prevenir, atender y solventar una necesidad en salud (Melguizo y Alzate 2008). Se recalca que, por lo general estas prácticas de salud “son basadas en sistemas de creencias, conocimientos y tradiciones culturales (...) que dan lugar a hábitos y (...) responden al medio de vida que les rodea (...) y a la realidad que viven las personas” (Melguizo y Alzate 2008, p. 118).

De este modo, con respecto a la atención en salud, se observó en la comunidad que cuando una persona presenta algún padecimiento o malestar se emprenden acciones para enfrentarlo, entendiendo que éste debe ser tratado para obtener de nuevo la salud.

En la comunidad Dachi Joma regularmente las primeras personas en proporcionar algún tipo de atención en salud a alguien que presenta una enfermedad o padecimiento son los miembros de la familia, en especial las madres y las abuelas. Ellas, generalmente a partir de los signos y síntomas que manifieste e indique el enfermo, generan el primer diagnóstico (explicación) y consideran el tratamiento. De esta forma, dependiendo del tipo de enfermedad y gravedad, deciden la remisión del enfermo al centro de salud convencional, a un médico tradicional de su comunidad o brindar atención en casa con remedios caseros o comprados en farmacias. Cabe

mencionar que es usual dejar al enfermo en casa sin proveer atención alguna, esperando que la enfermedad/malestar siga su proceso natural y pase por sí sola.

Habitualmente, la mayoría de los padecimientos que manifiestan los Dachí Joma son atendidos en casa, sin mediación de los especialistas de la medicina tradicional o la medicina convencional. Este modo de atención se considera como una práctica de autoatención, la cual según Menéndez (2003) es la acción de entender y atender la salud por los propios individuos o su grupo social/familiar, sin intervención de curadores profesionales (biomédicos y tradicionales). Entre estas acciones se encuentran el diagnosticar, medicar, controlar, cuidar, intentar dar solución al problema de salud, curar, la toma de decisiones en torno a la forma en la que será atendida la enfermedad, entre otros.

Por ejemplo, en la comunidad muchas enfermedades comunes como diversos dolores, fiebre, gripe o diarrea, dependiendo de su gravedad y causalidad son atendidas en casa:

El niño tiene diarrea, acá en la casa le doy remedio, con hojas de guayaba en agüita caliente y eso alivia... si no, toca llevar al hospital o hacer trabajo (canto jai). (Entrevista, 2017)

Cuando enferma no se va al hospital, acá (casa) hacemos remedio con ramas... si hay platica se compra jarabe en la droguería. (Entrevista, 2017)

Cuando los niños se enferman mi mamá hace remedio, ella tiene maticas... no al hospital no, si toca sí, de resto no... si le da gripa uno hace bebida de limón. (Entrevista, 2017)

Si tiene dolor de cabeza se compra pasta allí... droguería. (Entrevista, 2016)

Vea ahora en el hospital dan pastas y eso no cura, y compran en droguería, pero yo no, a mí las mayores me enseñaron muchas cosas con ramas, hago bebidas para tos, gripa, baños para la fiebre... entonces uno enferma y sabe remedio. (Entrevista, 2017)

Los hijos o uno enferma y dice hágase tal cosa y uno mismo va y compra (medicamentos), pero yo pienso esas pastas puras químicos, no sé, a mí me enseñaron muchas cosas propias con ramas-la propia droga original es la natural. (Entrevista, 2017)

La niña le da asfisia (asfixia), puso mal, pensamos que tenía ojo y no, en hospital dijeron que asma, y le dieron esto (inhalador) yo hago con eso y compro si hay plata. Mi tía dijo que no, que con eucalipto (*eucalyptus*) se hace remedio para respirar. (Entrevista, 2018)

De este modo, es común escuchar a las madres y abuelas Dachi Joma decir que cuando sus hijos o nietos se enferman, prefieren (evitando la ida al hospital o pagar un médico tradicional) atenderlo en casa con remedios hechos por ellas con plantas consideradas medicinales o medicamentos comprados en farmacias, y así, esperan que pase la enfermedad y se cure la persona.

Al consumir y proporcionar dichos remedios de forma habitual, los Dachi Joma están realizando la práctica denominada automedicación, definida por Menéndez (2003) como la decisión autónoma de emplear medicinas, ya sea químico-farmacéuticas o naturales, para tratar un padecimiento sin fórmulas o recomendaciones médicas profesionales. Cabe resaltar que, algunos Dachi Joma en el contexto urbano han adquirido la costumbre de comprar y consumir medicamentos farmacéuticos sin tener un diagnóstico exacto de la enfermedad y fórmula médica y, que ellos consideran adecuados para disminuir los síntomas y curar un padecimiento o enfermedad, basados principalmente en experiencias/vivencias propias o de otros miembros de la comunidad. La automedicación con fármacos sintéticos puede contemplarse como una práctica adquirida en el contexto urbano, dada la cercanía y accesibilidad a las farmacias, donde pueden obtener con facilidad medicamentos producidos por la cientificidad de la cultura occidental.

Si bien el uso de fármacos sintéticos no se determina como una práctica heredada de su cultura Emberá, el comprarlos y consumirlos se ha vuelto una acción usual que se realiza con normalidad al momento de presentarse un malestar y al considerarse que éste puede ser tratado con remedios de farmacia. Esta acción se puede vislumbrar como un modo de reinvenición, respuesta y adaptación sociocultural al contexto urbano, dado que es hecho replicado y aceptado por la mayoría de los miembros de la comunidad. Entre los fármacos más empleados por los Dachi Joma se encuentran pastillas para diversos dolores, pomadas/cremas y jarabes para la tos.

El empleo de dichos fármacos por algunos Dachi Joma puede interpretarse (aunque tal vez no forma consciente) como un reconocimiento que hacen a la eficacia de las medicinas de la cultura occidental para atender sus dolencias y malestares. Sin embargo, no obtener las medicinas por medio del sistema biomédico convencional podría indicar también el desagrado a la atención de la enfermedad en los centros de salud convencional, evitando la interacción con los profesionales de salud y con los procedimientos que se deben realizar, como obtener citas médicas, ir a urgencias, el

papeleo, la espera para ser atendido, que extraños miren y toquen sus cuerpos, entre otros.

Con respecto al empleo de plantas, se debe destacar que ellas son la base y el principal recurso terapéutico del sistema tradicional de salud indígena. Lo usan tanto los especialistas en salud indígena (yerbatero/as, médicos tradicionales, parteras y jaibanás), como los demás miembros de la comunidad.

Algunos Dachi Joma manifestaron usar constantemente plantas para hacer sus remedios, no obstante, el vivir en un territorio no tradicional al de su cultura Emberá son pocas las plantas que pueden emplear, por ende, en el contexto sociogeográfico de Anserma, no han logrado desarrollar su etnobotánica medicinal tradicional/ancestral a cabalidad. Sin embargo, con las plantas que adquieren y tienen en sus hogares realizan diversos remedios para dar tratamiento a enfermedades tanto de su cultura como de blancos, enfermedades tales como: diarrea, vómito, fiebre, distintos dolores, enfermedades respiratorias, enfermedades cutáneas, entre otras.

En los siguientes fragmentos de entrevista se puede apreciar lo descrito:

El tabaco (*Nicotiana tabacum*) mascado en alcohol es bueno para el carranchis (carranchil), para cuando pica la piel. (Entrevista, 2017)

Para el dolor de barriga es bueno la hierbabuena (*Mentha spicata*), pongo a calentar agua meto la ramita y la tomo, esas ramas están en los pastos, uno busca. (Entrevista, 2017)

Cuando tengo asfisia (asfixia), uno hace bebida de pino (*pinus*)- respira eucalipto (*Eucalyptus*) quemado o en agua, ¿cómo se dice? Para respirar, hacer inhalaciones. (Entrevista, 2017)

Con esta (ortiga-urtica) se hace bebida para limpiar el cuerpo... con ruda (ruta) se hace baños para sacar malas energías y bebida para daño de barriga. (Entrevista, 2017)

Cuando el niño tiene diarrea y vómito, uno acá (casa) le puede hacer bebida con hierbas, si no alivia- empeora, entonces está ojeado o tiene jai, entonces toca hacer trabajo (canto jai) y si tampoco cura toca llevar al hospital. (Entrevista, 2016)

Las formas más comunes de preparación de los remedios para obtener las propiedades curativas de las plantas son: infusiones/bebidas, baños, inhalaciones, tinturas y cataplasmas/emplastos. Las dosis por tomar y vía de suministro dependen de la

enfermedad y del enfermo. También, con las plantas efectúan cantos, rezos y limpiezas para purificar y quitar las malas energías que causan las enfermedades del espíritu-enfermedades culturales.

Igualmente, se señala que no hay un tiempo estimado para realizar el tratamiento con las plantas, puesto que, éste se debe realizar hasta que cese el padecimiento. Los Dachí Joma indican que antes de usar las plantas como medicina, toca pedirles permiso y tener mucha fe en ellas. Así, entre las prácticas culturales de (cuidado a la) salud⁷, desplegadas por los Dachí Joma generalmente en sus hogares, se resalta el empleo de plantas y el uso de fármacos sintéticos.

La decisión de atender la enfermedad de forma autónoma y automedicarse depende no sólo del tipo de enfermedad que presente la persona y de su gravedad, sino también de la preferencia en la atención, de los gustos, las necesidades de salud, las decisiones familiares e individuales, los conocimientos, las creencias y los recursos de cada familia indígena. De esta forma, los miembros de la comunidad deciden de acuerdo con sus parámetros socioculturales, estados anímicos, recursos económicos y la enfermedad, dónde y cómo será atendida. En este sentido, se observó que los Dachí Joma cuentan con la posibilidad de escoger la forma de responder a un problema de salud, dado que en el municipio se les presenta los tres sectores en los que Kleinman (1981) divide el sistema de salud: el popular, el *folk* y el profesional (Echavarría, 2008). Así, en el sector popular se brinda la atención y el cuidado a la salud, principalmente en el hogar a nivel individual, familiar y redes sociales/comunitarias a partir de creencias, saberes populares y actividades de cuidado donde se incluye el uso de plantas y de fármacos sintéticos, mostrándose así una mezcla o pluralismo médico⁸ en cuanto al uso de remedios o medicinas, y no se incluyen en la atención al profesional de salud biomédico, ni a los especialistas de la medicina indígena. Esto sería lo que mostramos en párrafos anteriores como autoatención.

En el sector *folk*, encontramos a los especialistas de la medicina tradicional indígena, identificados en la comunidad como parteras, jaibanás y yerbateros, quienes prestan

⁷ Entre otras prácticas se encuentra la partería y el jaibanismo, las cuales son de gran relevancia en el sistema de salud tradicional/cultural Emberá. No obstante, para la elaboración del presente artículo se decidió no abordarlas, dado que la intención fue resaltar otros aspectos del proceso s/e/a de los Dachí Joma, puesto que dichas prácticas son tratadas con recurrencia en intervenciones realizadas a la comunidad.

⁸ Se ha denominado pluralismo médico o nomadismo terapéutico al empleo/uso combinado de saberes, procedimientos, medicinas, entre otros, procedentes de diferentes sistemas de salud, por parte de la población para dar atención a los problemas de salud, incluso al mismo problema (Menéndez, 2009; Muñoz, 2019).

su servicio de atención a la salud a través de rituales y el empleo de las plantas. Por último, el sector profesional, el cual comprende el servicio de salud del sistema biomédico.

Igualmente, y teniendo en cuenta los tres sectores que indica Kleinman (1981) los Dachi Joma han establecido una especie de ruta de atención a la enfermedad, en la cual, se da la primera atención en el hogar. Si el enfermo no muestra mejoría o empeora, se lleva al servicio de salud convencional, si allí tampoco hay una recuperación significativa, se considera que la enfermedad es propia de su cultura y, por tal, debe ser tratada por un médico tradicional o jaibaná, generando así, un ciclo de atención que sólo termina hasta que el enfermo recupera su salud. Esta acción se reconoce como el proceso de búsqueda de la salud o trayectoria del enfermo.

Consideraciones finales

Teniendo en cuenta el tema desarrollado en este artículo, en otros estudios y de lo observado en la cotidianidad de la comunidad indígena Emberá Chamí Dachi Joma, se podría corroborar que todos los seres humanos por medio de su cultura y medio social, interpretan y dan significado a su propia existencia y al mundo que les rodea, por ello, organizan y reorganizan la realidad de una forma determinada, lo cual se aplica a todos los eventos de la vida. Entre estos se enmarcan las formas de concebir y explicar la salud y la enfermedad, y asimismo la forma en la cual tratan de mitigar sus dolencias, estableciendo medios para atender la enfermedad, recuperar y conservar la salud.

Es preciso señalar que los adultos de la comunidad Dachi Joma llegaron a Anserma con unas nociones de salud-enfermedad y unas prácticas culturales muy arraigadas, las cuales en el contexto urbano y periurbano siguen efectuando, aunque con algunas modificaciones, adaptaciones al entorno y la inclusión (en algunos casos) de tratamientos provenientes del sistema biomédico. Esto confirma que, si bien la mayoría de los aspectos culturales se transmiten y desarrollan por un grupo social de una generación a otra, la reconstrucción cultural depende del contexto y momento situacional, por lo cual la cultura es dinámica y cambiante al transformarse, reconstruirse y adaptarse.

Se considera que el hecho de que los Dachi Joma aún manifiesten su percepción sobre el proceso salud-enfermedad y desarrollen sus propias prácticas de atención, demuestra la importancia, el simbolismo y el significado que tienen para los miembros de la comunidad, comprendiendo que su realización cumple la función de cubrir sus necesidades de salud, bajo sus propios términos y parámetros socioculturales. Asimismo, que los Dachi Joma recurran al empleo de otros tipos de procedimientos para atender sus padecimientos, entre ellos el uso de fármacos sintéticos, podría dejar en evidencia que la discrepancia o desencuentros entre la medicina tradicional y el sistema biomédico va más allá de aspectos culturales (creencias-cosmovisiones-modos de pensar-actuar) y, por ende, va de la mano con el reconocimiento, el respeto y la comprensión de la otredad.

Las nociones de salud-enfermedad, junto con las prácticas culturales de atención a la salud manifestadas por los Dachi Joma, en conjunto configuran su propio sistema cultural/tradicional de salud, el cual, a su vez, es un componente (esencial) de su acervo cultural. Dicho sistema concuerda con lo planteado por Zuluaga (2006) y Cardona (2012) sobre el sistema de salud o etnomedicina tradicional de los pueblos indígenas estudiados, en tanto que, muchas de las prácticas desplegadas por los Dachi Joma son propias de la cultura Emberá Chamí. Este sistema se ha desarrollado dentro de sus procesos etnohistóricos para responder a los procesos de salud-enfermedad y ha sido transmitido de generación en generación. Es también un entramado y cúmulo de ideas, conocimientos y prácticas; que posee teorías sobre la causalidad, clasificación, efectos (síntomas) y tratamiento de la enfermedad y el cuidado a la salud; cuenta con diversos procedimientos y recursos terapéuticos (plantas-rituales). Asimismo, es congruente con su sistema de creencias, mitos, cosmovisión, historia social y espiritualidad, siendo de gran importancia para los miembros de la comunidad, ya que, según ellos, garantiza su bienestar y su supervivencia tanto individual como cultural.

Igualmente, los procesos de salud-enfermedad-atención concebidos en la comunidad Emberá Chamí Dachi Joma son constructos socioculturales, determinantes-determinados por los miembros de la comunidad y su cultura particular, para dar explicación, orden y sentido al proceso de enfermar, y con lo cual, en concordancia a su cultura y, en esta, a su cosmovisión, simbologías y creencias, han determinado las formas de atender y dar solución a una necesidad en salud, siendo ello, su realidad.

La salud-enfermedad-atención es un proceso que forma parte integral y holística de la vida (individual-sociocultural) de la comunidad Dachi Joma, ya que, establece una relación entre los procesos biológicos, las interacciones ser humano-ambiente y las dinámicas socioculturales. Por ende, estudiar, analizar y comprender este proceso implica apoyarse tanto en las perspectivas biologicistas biomédicas como en las ciencias sociales, para no quedarse en el plano de analizar el fenómeno de la salud-enfermedad-atención sólo desde el lado físico-biológico del individuo, sino llevarlas (también) al plano holístico que articula a la realidad cultural con sus determinantes individuales-sociales y ambientales.

Referencias

- Baeta, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84. <http://ve.scielo.org/pdf/cs/v13n2/art11.pdf>
- Belloch, A. y Olabarria, B. (1993). El modelo bio-psico-social: Un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, 4(2). <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/812b4ba287f5ee0bc9d43bbf5bbe87fb>
- Berger, P. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores.
- Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica (Barc)*. 119(5), 175-179. https://altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf
- Briceño, R. (1993). Población, Salud y Medio Ambiente en el desarrollo Latinoamericano. *FERMENTUM. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 3(6 y 7), 90-109. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/35015/articulo6>.
- Cardona, J. (2012). Sistema Médico Tradicional de Comunidades Indígenas Emberas Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 4(4), 630-643. <https://scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n4/630-643/es>
- Echevarría, P. (2008). Análisis antropológico de los patrones de uso y el perfil del usuario de terapias complementarias orientales. *Gazeta de Antropología*, 24(2). <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=2133>

- Escobar, C. (2003). Antropología médica: una visión cultural de la salud. *Hacia la promoción de la salud*, 8. <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1871/1787>
- Feito, L. (1996). La definición de la salud. *Diálogo Filosófico*, (34), 34-64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=104381>
- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Universidad Eafit.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Gedisa Editorial
- Gordis, L. (2014). *Epidemiología*. Elsevier
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Grupo editorial Norma.
- Harris, M. (1998). *Antropología Cultural*. Alianza Editorial.
- Harris, M. (2000). *Teorías sobre la cultura en la era posmoderna*. Editorial Crítica.
- Hasen, F. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería*, 18(3), 17-24.
- Helman, C. (1981). Disease versus illness ingeneral practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31(230), 548-552. <https://europepmc.org/article/med/7328537>
- Jáuregui, I. (2001). Cuestiones epistemológicas en antropología. *Gazeta de Antropología*. 17, 16, 1-16. https://www.ugr.es/~pwlac/G17_16Inmaculada_Jauregui_Balenciaga.html
- Langdon, E. y Wiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 177-185. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf
- Laurell, A. (1986). Salud y enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, (19), 1-11. <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
- Lévi-Strauss, C. (1987). *Antropología Estructural*. Ediciones Paidós.
- Malinowski, B. (1984). *Una Teoría Científica de la cultura*. R. B. A. Proyectos Editoriales, S. A.
- Martínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista de la Corporación Internacional para el desarrollo educativo*, (8), 1-34. <https://acortar.link/WGM3C2>
- Melguizo, E. y Alzate, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Artículo de revisión. av. enferm.*, XXVI (1), 112-123. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a12>

- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Ponencia Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 451- 464.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4(7), 71-83. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro*, 8(1), 185-207. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2003.v8n1/185-207/es>
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Edit. Lugar.
- Moreno, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6738/8428>>.
- Muñoz, R. (2019). Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (85), 88-110. <https://www.redalyc.org/journal/4959/495965265005/html/>
- Ortner, S. (2016). *Antropología y teoría social: cultura, poder y agencia*. UNSAM EDITA de Universidad Nacional de General San Martín
- Pardo, M. (2020). *Permanencia, intercambio y chamanismo entre los Embera del Chocó, Colombia*. Universidad del Cauca.
- Payán, J. (2006, 27 de abril). Aproximaciones al concepto de salud desde una mirada alternativa. *TerapiaNeural.com*. <https://acortar.link/151MGv>
- Pérez, J. (2009). Consideraciones para el estudio del binomio salud-enfermedad en la cultura popular. *Revista de Ciencias Sociales*, 15(4), 708-715. <http://www.redalyc.org/pdf/280/28012285011.pdf>
- Pérez, J. y Gardey, A. (2008). “Definición de enfermedad”. *Definición de* <https://definicion.de/enfermedad/>
- Taylor, J. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Ediciones Paidós.
- Tobar, F. (2017). *La atención de la salud*. <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
- Tylor, E. (1975). La Ciencia de la Cultura. En J. S. Kahn (comp.), *El concepto de cultura. Textos fundamentales*. Biblioteca Anagrama de Antropología.
- Vasco, L. (1985). *Jaibanás. Los verdaderos hombres*. Fondo de Promoción de la Cultura del Banco Popular, colección textos universitarios.

- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, (12), 41-50. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>
- Zuluaga, G. (2006). *Reflexiones para un diálogo entre sistemas tradicionales de salud y medicina occidental*. Universidad del Rosario. http://www.forosalud.org.pe/iiicns/Reflexiones_para_un_dialogo.pdf