

SALUD-ENFERMEDAD: DIVERSOS ENFOQUES TEORICOS METODOLOGICOS

Elba Villatoro

El abordaje de los diferentes procesos de salud-enfermedad, se nutre esencialmente de dos amplias y valiosas fuentes, por un lado, un ejercicio médico, cuyo producto en gran medida es de una sola evolución histórica. Es un sistema unitario, razonable, coherente y comprensible para todas aquellas poblaciones de cultura occidental, de cualquier lugar del mundo. Esto obedece a que los elementos que la integran, se fundamentan en conceptos comunes basados en los avances técnico-científicos nacidos de los países occidentales. Se trata de la medicina académica, científica, institucional, moderna u occidental.

La otra fuente, es la que nos refiere la historia de la humanidad, como es la presencia de tantos sistemas médicos, como sociedades culturales definidas existen en los diferentes pueblos del mundo. Esto indica que en torno a la etiología, diagnóstico-pronóstico, tratamiento y medidas preventivas, de las diferentes enfermedades, cada grupo social resuelve sus situaciones de acuerdo a su particular desarrollo histórico, económico, político, social y cultural.

Desde esta perspectiva, la actitud de la sociedad hacia el individuo y la interpretación de la enfermedad, discrepa de una cultura a otra. Es conocido que, en la mayoría de las sociedades el enfermo reclama o es sujeto de una atención especial; en otras, la situación es diferente, ejemplo de ello es en las tribus KUBU de Sumatra, para estos pueblos mientras la enfermedad no imposibilite, o impida el desarrollo de las actividades cotidianas, el individuo, es bien aceptado por su grupo social. La situación cambia cuando la enfermedad lo imposibilita en el desempeño de su trabajo, en estos casos se desencadena una reacción de actitudes de desagrado y violentas contra el enfermo, de tal manera que lo aislan, lo evaden, lo abandonan completamente, aún por su propia familia, es decir que la persona fallece socialmente antes de que le llegue la muerte física.¹

Se puede apreciar que su existencia fundamentalmente es social y económica y no física ni afectiva.

1. Sigerest E., Henry. *Civilization and Disease*. The University of Chicazgo Press. Chicago and London. 1970, pag. 68

Esto es un ejemplo de que existen diversas concepciones en cuanto a salud-enfermedad y lógicamente responden a sistemas médicos particulares, de trayectorias diferentes, cuyos elementos que le dieron origen se pierden en la historia de la humanidad, pero que aún hoy terminando siglo XX, están vigentes en muchos pueblos del mundo.

A estos sistemas médicos comúnmente se les ha denominado medicina indígena, aborígen, nativa, folklórica, etc., recientemente más conocidas como medicina tradicional. Esta es una práctica, que históricamente se ha fundamentado en concepciones de tipo mítico-religioso.

Los pueblos que han dado origen a estas alternativas terapéuticas, generalmente, son pueblos poseedores y portadores de un mosaico de tradiciones, inmersas en especiales y particulares formas de interpretación del cosmos. Al mismo tiempo constituyen una expresión cultural, vigente, dinámica, cambiante que conforma sistemas médicos que dan respuestas a problemas físicos, mentales, sociales y espirituales. No obstante a su raigambre histórica, poco o ningún crédito o valoración se les ha dado. Con frecuencia y *a priori*, se les califica como sistemas caducos, obsoletos producto de la ignorancia y de superstición, y que su utilidad esta en enriquecer la literatura de interés antropológico.

El menosprecio a los sistemas médicos tradicionales, no se aísla del espectacular desarrollo que experimentó la ciencia médica debido a descubrimientos de grandes e inmortales científicos entre ellos, Louis Pasteur (1822-1895), Robert Koch (1843-1910), Joseph Lister (1872-1912)² y al avance técnico-científico en los diversos campos del saber, que vienen de países occidentales, auge principalmente de mediados del presente siglo.

Desde luego, los aportes que a la humanidad han brindado los descubrimientos de grandes estudiosos, son invaluable e innegables. Sin embargo, y como una nueva corriente del pensamiento del desarrollo del hombre, esto constituyó el inicio para interpretar que la enfermedad parte principalmente de la responsabilidad de un microorganismo externo y específico. Dicho enfoque inmerso en el modelo occidental de salud, se constituye como el sistema hegemónico, de carácter oficial precisamente por su validez científica.

2. Herrera Xoxhiti y Miguel Lobo-Guerrero. *La Antropología Médica en el Contexto Internacional. En: Antropología Médica y Medicina Tradicional en Colombia*. Ed. Fundación Etnolano, Bogotá, Colombia. 1988. pp 9-15

Sin embargo, las alternativas de solución a los diferentes problemas de salud-enfermedad sustentado en el modelo occidental, no ha sido del todo satisfactorio, debido a que en el control de muchas enfermedades, se ha subvalorado el carácter multicausal de las mismas.

Al abordar las condiciones de vida de los diferentes pueblos del mundo, se tienen que es en los grandes conglomerados de culturas indígenas, nativas y demás pueblos subordinados, donde se encuentran niveles más altos: de pobreza, pobreza extrema e indigencia. La pobreza como síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción en el aparato productivo o dentro de los aparatos primitivos del mismo, actitudes de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social, y quizá la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna medida de la del resto de la sociedad. Lo que a su vez dificulta el desarrollo económico-social de los pueblos.

Es a partir de los años cincuenta que se manifiestan, diferentes enfoques y tendencias de interpretar los procesos de salud-enfermedad, dando lugar a las primeras participaciones de científicos sociales, quienes concluyen que la salud de los pueblos nativos, indígenas o de culturas no occidentales, no puede abordarse bajo la óptica de un modelo biomédico, occidental ni mucho menos universal de salud.

Esto hace formalizar los primeros ensayos de colaboración entre antropólogos y administradores de programas o proyectos de salud y desarrollo social. Es importante resaltar que lo fundamental en esta oportunidad era explicar las causas, por las que fracasaron o tuvieron poca aceptación programas de **salud pública**, desarrollo y cambio social.

El enfoque antropológico adoptado en estos momentos fue predominantemente culturalista, lo que evidenció el énfasis en las creencias, prácticas y recursos médicos de sociedades tradicionales indígenas o nativas, además, demostró la relación de conflicto entre los programas occidentales y tradicionales de salud.³

3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Grupo de Trabajo sobre Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe*. Wash. D.C. Julio, 1985. Informe p.8

Esta concepción dio lugar a lo que se le denominó **modelo de barreras socio-culturales**, y bajo esta óptica se explicó el fracaso de los programas occidentales de salud. Pero en esta oportunidad, se responsabilizó a los pueblos nativos o indígenas de no percibir **las ventajas ni beneficios que el modelo occidental de salud ofrecía**, por lo que la tendencia fue eliminar o modificar las creencias y valores culturales vigentes.

No puede pasar desapercibido que en este período se dan las estrategias impositivas de latinización como alternativa de desarrollo social. Aunque éstas, en los programas de salud, sus repercusiones no fueron significativas.

En los años cincuenta y sesenta se buscó darle seguimiento al modelo de barreras socio-culturales; conformando equipos multidisciplinarios con la participación de médicos, enfermeras, epidemiólogos, antropólogos, sociólogos y psicólogos, para implementar en diferentes países del mundo, lo que se llamó **Programas de Intervención Directa**. Estos, perseguían conocer hábitos, creencias locales a fin de reducir los componentes socioculturales responsables del rechazo de los programas occidentales de salud.⁴

Es en estos años, que cobra interés el estudio de las medicinas tradicionales de diferentes países del mundo, pero principalmente de México y área andina, fundamentalmente lo que a plantas medicinales se refiere. Sin embargo, los diferentes elementos socioculturales presentes en la medicina tradicional, son nuevamente considerados como un vestigio en vías de extinción, por la carencia de cientificidad y el carácter hegemónico que adopta la medicina moderna.

En estas décadas, siempre con la participación de científicos sociales, surge una nueva tendencia como es la de superar el concepto individualista de la medicina, por el colectivo y social, así como diferenciar el enfoque de lo urbano y lo rural, priorizando acciones hacia el sector rural. A partir de esto surgen los primeros intentos en aplicar el concepto de la **Ecología Médica**, en esto se fundamenta el éxito o fracaso de la adaptación de la población a determinados ambientes. Se estima que esto fue una contribución positiva particularmente en los casos de enfermedades transmisibles. A manera de ejemplo se mencionan las alteraciones ecológicas inducidas por la expansión de las fronteras agrícolas y el desarrollo de proyectos de infraestructura y explotación de los recursos naturales, los que están asociadas a la aparición de enfermedades endémicas, infecciosas y parasitarias.⁵

4. OMS/OPS. Grupo de Trabajo sobre Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe. Op. Cit. pp. 10-11

5. Idem

En la aplicación del modelo ecológico de salud-enfermedad, a la antropología se le concede un lugar importante, en esta oportunidad se afirma que la cultura es el elemento mediador entre el hombre y el ecosistema y por ende se estima que la investigación antropológica ofrece elementos fundamentales entre ellos: porque ofrece información cualitativa y muy valiosa hacia creencias, costumbres y conocimientos populares en torno a las diferentes patologías y las razones fundamentales de la aceptación o rechazo de los programas oficiales de salud.

No debe pasar desapercibido que en estos años predominó la concepción biológica de la salud.

En la década de los setentas, se inicia un proceso en el que se confiere especial atención a la salud, desde un enfoque **político-económico**. A diferencia de la década anterior, las interrelaciones entre las variables sociales, económicas, ecológicas y culturales se encuentran mejor definidas. Lo socio-cultural se percibe como un sistema y adopta el modelo epidemiológico, por lo que el interés se encamina en explicar los mecanismos de producción de las enfermedades, así como en lo que la población dice y hace respecto a la prevención de las enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud. Es aquí donde el foco de atención se desplaza hacia la comunidad y el comunitario, se analizan las relaciones entre la población con el Estado y sus instituciones. Esto se traduce en un conjunto de nuevas proposiciones y estrategias que aparecieron en esta misma década como son:

- Promoción de la medicina comunitaria.
- La demografía aplicada a las ciencias de la salud.
- La evaluación investigativa y participante.
- La participación comunitaria en la atención primaria de salud.
- Revaloración de la medicina tradicional y sector informal.

Esta etapa, se particulariza por la reafirmación de las declaraciones suscritas por los gobiernos en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata a fines de 1978. Es en este informe que los problemas de salud se definen en el marco **político-económico**.⁶

Se establece, que la salud es indisoluble del nivel de desarrollo socio-económico, político y social de cada país: de tal manera que la entrega de servicios de salud para la población necesitada, es responsabilidad de los

6. OMS/OPS. Grupo de Trabajo sobre Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe. Op. Cit. p. 11

Estados. Es, en estos momentos que se recomienda profundizar y valorar los contextos socio-culturales de los diferentes pueblos del mundo.

Es este sentido y con este enfoque que las políticas de salud, marcan un hito sustancial, además, porque en la Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980...⁷ se percibe que los esfuerzos realizados por los diferentes gobiernos de los países latinoamericanos y del Caribe, hacia la solución de los problemas de salud son deficientes e insuficientes, situación que en ese entonces afectaba aproximadamente a 30 millones de habitantes.

Esta evaluación constituye un aporte valioso, en la Reunión efectuada en Alma Ata en el año 1978, por lo que las políticas de salud dan un giro sustancial, considerando puntualizar el concepto de coberturas y trazar definiciones de trabajo en términos de Atención Primaria de Salud y Participación Comunitaria.⁸

Se enfatiza que es obligación de los diferentes gobiernos satisfacer las necesidades básicas referidas como el conjunto de requerimientos psicofísicos y culturales cuya satisfacción constituye una condición mínima necesaria para el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos. Así mismo garantizar el pleno ejercicio de **DERECHO A LA SALUD**, "entendiendo esto como la prerrogativa de todo ser humano de disfrutar de oportunidades y recursos para lograr su bienestar físico, mental, social, en un ambiente saludable, seguro y culturalmente satisfactorio".⁹ Entre las recomendaciones están, apoyarse en el conocimiento de raigambre ancestral de los diferentes pueblos, en donde su propio sistema sociocultural contribuye al alivio o solución de sus diferentes problemas, en este caso lo que a salud-enfermedad se refiere.

Pese a los esfuerzos por interpretar lo que dolencias, enfermedades, desequilibrios, etc., significan en las diferentes sociedades, un grupo de profesionales médicos sostienen: "que la simple aplicación del conocimiento biomédico a los problemas de salud a través de una sana y eficiente administración de la tecnología médica disponible es suficiente para reducir o eliminar las enfermedades en cualquier población. Este grupo parte del supuesto que la medicina tiene una base científica inmutable que no esta sujeta a variaciones culturales, por lo cual el modelo biomédico

7. OPS. Evaluación del Plan Decenal de Salud para la Américas 1971-1980. Vigésima Cuarta Reunión del Consejo Directivo. Wash., D. C. 1976 p. 7.

8. Organización Mundial de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana. Informe del Director de la Oficina Regional. 1 mayo de 1978. pp. 3-4

9. OPS. Plan Decenal de Salud. Op. Cit. p. 19

occidental puede trasplantarse sin alteraciones a otros países o culturas sin distinción de étnias o clases sociales".¹⁰

Se reconoce que este modelo de salud esta orientado hacia programas curativos, lo que implica el manejo de instalaciones y equipos especiales, así como personal de salud muchas veces altamente especializado. Esto hace que sus costos de operación y mantenimiento sean muy elevados. Igualmente se reconoce que, la crisis económica-social se agudiza aceleradamente lo que hace elevar el número víctimas tanto en la ciudad como en el campo.

En el terreno social, las consecuencias de este modelo son nocivas precisamente por sus costos de alta especialización y comercialización, lo que a acarreado consigo la pérdida o sustitución de valores éticos a la deshumanización de una práctica eminentemente humana. Esto ha transformado un **Derecho Fundamental del Hombre, como es de gozar de salud satisfactoria; en una prerrogativa, mercancía o artículo de lujo que esta al alcance de una minoría.**

Esta misma situación por un lado, y con un modelo de salud de países desarrollados por el otro, sumerge a sus propios programas en una evidente incapacidad de ofrecer las coberturas mínimas, ni siquiera para aquella población que cree y confía en este sistema oficial de salud, mucho menos para aquella que por razones históricas, económicas y socioculturales no aceptan o no tienen acceso a la medicina oficial.

Los fracasos en cuanto a estas teorías no son difíciles de demostrar, ejemplo de ello se tiene en las enfermedades infecciosas, la experiencia señala que, son tratadas de acuerdo a su etiología específica, aislando la causalidad, principalmente las referidas al contexto económico y sociocultural.

En cuanto a la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, OMS/OPS., es importante resaltar que entre sus componentes esta el de Medicina Tradicional. Lógicamente, por tratarse de un modelo proveniente del organismo que a nivel mundial orienta, recomienda o rige las políticas a seguir oficialmente en el campo de la salud, es que en estos momentos se ha puesto un poco de atención en cuanto a las bondades de la medicina tradicional de los diferentes pueblos del mundo. Aunque el énfasis se ha dado al amplio campo de las plantas medicinales.

10. OMS/OPS. Grupo de Trabajo sobre Culturas... p.14

Es innegable la importancia en valorar los recursos terapéuticos de la medicina tradicional de los diferentes pueblos del mundo, sin embargo su abordaje igualmente debe integrar y no solo encaminado a la fitoterapia. La valoración debe contextualizarse en lo económico, social y con políticas acordes a los diferencias culturales.

En esto último, y su relación con los diferentes componentes que integran la Estrategia de Atención Primaria en Salud, igualmente es importante conocer y valorar los múltiples **elementos socioculturales inmersos en la aceptación o rechazo** a los programas estipulados y muchas veces rígidos del sistema oficial de salud, ejemplo de ello de a los programas de:

- a) Letrinización
- b) Inmunización
- c) Educación en salud tanto a nivel técnico: promotores, comadronas, técnicos en salud, como a nivel profesional: enfermería profesional, médicos, psicólogos, odontólogos, etc.)
- d) Alimentos y nutrición.
- e) Atención materno infantil
- f) Atención hospitalaria
- g) Participación comunitaria.

Esto contribuiría en primer lugar a establecer una buena o mejor comunicación médico-paciente elemento esencial en la entrega de servicios de salud, pues por parte del personal institucional se comprendería las razones del concepto fresco-frío-caliente; susto, mollera caída, preferencia por colores, días especiales para diversos tratamientos, influencias de los astros en el período menstrual, embarazo-parto- puerperio y recién nacido.

Por parte de los pacientes, se lograría la confianza en el personal e instituciones de salud y evitaría la búsqueda de los servicios oficiales en última instancia. Esto es sumamente frecuente, por lo que cuando los pacientes llegan a la institución, solo llegan a morir, tornando esta situación en círculo viciosos, por lo que a los Centros Oficiales de Salud no se les reconoce como tal, sino como **centros de muerte**.

Es decir, comprender la cultura tradicional como el cúmulo de conocimientos que articulados con la naturaleza rodean al hombre y que este -como ser social- la ha transformado a lo largo de su desarrollo histórico. Comprender que la cultura no puede ser entendida sin la comprensión de la estructura socioeconómica; ambas forman una unidad. Que cultura y sociedad expresa

una relación entre forma y contenido de los fenómenos humanos. La cultura es el conjunto de los productos de la actividad social del hombre (desde alimentos e instrumentos, hasta piezas de arte y obras filosóficas), que demuestra la especificidad de un grupo humano.¹¹

Por eso no tiene sentido separar a las ciencias médicas de la cultura, ni la antropología de las demás ciencias que involucran a la sociedad.

Un ejemplo de las incomprensiones hacia las culturas tradicionales hace cuestionar, ¿cómo terminando el siglo veinte, en Guatemala, país con población mayoritariamente indígena multiétnica, pluricultural y en condiciones de pobreza o pobreza extrema, el sistema oficial de salud y los sistemas oficiales de enseñanza-aprendizaje, aún están sustentados en teorías, que responden específicamente al modelo biomédico o biológico de la enfermedad?.

Para países como los nuestros se buscan alternativas viables, entre ellas la interrelación de ambos sistemas médicos, pero una interrelación auténtica no disfrazada, lo que redundaría en aprovechar al máximo los recursos de los diferentes sistemas de salud.

Igualmente importante es señalar los últimos enfoques hacia la interpretación del hombre, como un ente integral, no como la suma de las partes, es decir una concepción **holística** del ser humano. En la actualidad, ha constituido una fuente de reflexión, para los diferentes campos de la salud, y han contribuido a una más justa interpretación de una práctica vigente en grandes poblaciones y sin embargo olvidadas, marginadas o subvaloradas por los sectores oficiales. Para el caso de Guatemala, y para los pueblos mayas, esta es la concepción milenaria, vigente y muy arraigada.

El Nuevo Paradigma en la Salud Holística

Un paradigma, según lo definió el epistemólogo Thomas Khun, es una forma de percibir la realidad que en un momento determinado se impone en la mayor parte de la comunidad científica. Es una especie de "mapa mental" del universo con valores, métodos y teorías.

Pero en cada momento histórico existen conviviendo (y por eso hay cambios en las ciencias), un paradigma "dominante", bien establecido, y

11. Breve Diccionario de Sociología. Colección 70. Ed. Grijalbo, México, 1973. pp. 36

otros "alternativo", más joven, que se va haciendo lugar paso a paso hasta desplazar al anterior.

Fritjof Capra, en su libro "El Punto de Inflexión" dice que en nuestro siglo XX, el viejo paradigma mecanicista reduccionista, y cartesiano, hijo del cientifismo del siglo XIX, no consiguió albergar los descubrimientos de la Física a partir de las teorías Cuántica y de la Relatividad. En la exploración del universo atómico y sub-atómico, los nuevos físicos descubren verdades novedosísimas e impensables hasta ese momento. Por ejemplo que la materia y la energía son intercambiables y se interpenetran, o que los opuestos son complementarios.

Estas declaraciones revolucionan al mundo y a todas las demás ciencias. También descubren que el observador y lo observado se influyen mutuamente y que los átomos a veces son partículas y otras veces son ondas, dependiendo de la posición del observador...

A partir de la década del '30, investigadores como Einstein, Heisenberg y Niels Bohn, el arquitecto de la Física Cuántica, se desesperan porque no pueden entender qué ha pasado. Una vez más se esta en tiempos de pasaje, como el cambio del universo de Copérnico al de Newton. Se necesita otro "mapa mental", más abarcador para entender la realidad.

En este sentido se busca la interrelación de la medicina tradicional con el sistema oficial de salud a fin de encontrar los diferentes recursos para ofrecer mejores coberturas de salud.

A la nueva visión del mundo de los físicos arriban paralelamente otras ciencias y muchas de las fuerzas culturales y sociales que surgen a partir de los años 60. Ellas constituyen el nuevo Paradigma que es holístico, ecológico y sistémico. Holístico viene de "holos", en griego, que quiere decir: "entero, que no puede reducirse a las sumas de las partes".

A partir de entonces dejamos de pensar la realidad del hombre y su mundo en términos de bloques compartimentados, como en la visión mecanicista. Empezamos a pensar en términos de relaciones interconectadas donde cada parte afecta a cada otra parte.

En este marco, la vieja medicina mecanicista está puesta en cuestión por la nueva medicina holística que responde a la visión y los valores del Nuevo Paradigma.

El Organismo Humano: Un Sistema de Relaciones

En la actualidad sabemos que un ser humano es un sistema de relaciones vivientes, interconectado lo físico, lo psicológico, lo biológico, lo espiritual, lo social y el medio ambiente.

Ya no podemos reducirnos a pesarnos compartimentados. La vieja medicina mecanicista creía que el cuerpo era una máquina compuesta de piezas que cuando no funcionan bien, se reparaban con la ayuda de especialistas en esas piezas.

Con la visión holística sabemos que la célula, los tejidos, el cerebro o la mente, con sus recuerdos en serie de experiencias condensadas, son sistemas que se relacionan entre sí y con el medio ambiente intercambiando energías. De esta interacción resulta el estado de salud o enfermedad.

Pero no sólo el organismo y sus partes son sistemas. Existen también sistemas sociales como la familia. Un cambio en una parte afecta a todas las demás. Esto es característico de los sistemas.

Están también los ecosistemas que son la variedad de organismos y materia inanimada en mutua interacción. Por ejemplo: lo que preservamos con sentido ecológico en una reserva de bosques no son los árboles ni los organismos sino la relación, la red de relaciones que dan a la región ciertas características. Todo sistema ya sea la mente, el cuerpo, la familia o la región boscosa, es de naturaleza dinámica, sus estructuras en estado de salud no son rígidas sino flexibles. Son las manifestaciones de un proceso constante, siempre en movimiento.

Salud y Enfermedad en el Nuevo Paradigma

Cuando hablamos de Salud Holística, nos estamos refiriendo a un delicado equilibrio cambiante entre el cuerpo, la mente, el espíritu y las emociones, pero también el medio ambiente.

La enfermedad, en cambio, es un desequilibrio y un aviso muchas veces de gran utilidad para transformar situaciones personales negativas en otras más sanas. Por ejemplo, una enfermedad del corazón puede ser una oportunidad para cambiar un estilo de vida estresante y sin satisfacciones verdaderas. Puede servir para tomar conciencia de hábitos y comportamientos negativos así como de estructuras demasiado rígidas o perfeccionistas.

En este enfoque de la salud, la mente de la persona es un factor tan determinante como su auto-responsabilidad. Tendrá que crear, ella misma, condiciones para que su organismo pueda volver a autoregularse y recuperar el equilibrio perdido. Por lo tanto pierde sentido la idea de someterse a tratamientos autoritarios con escasa o ninguna información por parte de los médicos.

Esto no quiere decir que la medicina tradicional de cirugía y fármacos no sea indispensable en casos extremos. ¿Qué podía hacer, por ejemplo, un homeópata o un acupunturista en el caso de un accidente de aviación con heridas graves? Poco, o casi nada. En cambio, un buen cirujano y algunos antibióticos son indispensables.¹²

12. Miguens Marcela **GESTALT TREANSPERSONAL. Un viaje hacia la unidad.** Editoria Era Naciente, SRL. Argentina, 1994

BIBLIOGRAFIA

1. **Breve Diccionario de Sociología.** Colección 70, Ed. Grijalvo México, 1973, p. 56.
2. Herrera, Xoxhitl y Miguel Lobo-Guerrero. **La Antropología Médica en el Contexto Internacional.** En: Antropología Médica y Medicina Tradicional en Colombia. Ed. Fundación Etnolano, Bogotá, Colombia. 1988. pp. 9-15.
3. Miguens, Marcela. **GESTALT TREANSPERSONAL.** Un viaje hacia la unidad. Editorial Era Naciente, SRL. Argentina, 1993.
4. Oficina Panamericana de la Salud. **Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980.** Vigésima Cuarta Reunión del Consejo Directivo Washington, D. C. 1976, p. 7.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. **Grupo de Trabajo sobre Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe.** Wash., D. C. Julio, 1985. INFORME.
6. Organización Mundial de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana. **Informe del Director de la Oficina Regional.** 1 de mayo de 1978. INFORME.
7. Sigerest, E. Henry. **Civilization and Disease.** The University of Chicago Press. Chicago and London. 1970.