


2010

# Los caminos del enfermo en una comunidad K'iche' de Guatemala: una contribución del análisis de redes al estudio de los comportamientos de búsqueda de atención en salud

Alejandro Cerón

*University of Denver*, maceron2@gmail.com

Follow this and additional works at: [https://digitalcommons.du.edu/anthropology\\_faculty](https://digitalcommons.du.edu/anthropology_faculty)

 Part of the [Medical Humanities Commons](#), and the [Social and Cultural Anthropology Commons](#)

---

## Recommended Citation

Cerón, A. (2010). Los caminos del enfermo en una comunidad K'iche' de Guatemala: una contribución del análisis de redes al estudio de los comportamientos de búsqueda de atención en salud. *Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18(1).



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 License](#).

This Article is brought to you for free and open access by the Department of Anthropology at Digital Commons @ DU. It has been accepted for inclusion in Anthropology Faculty Scholarship by an authorized administrator of Digital Commons @ DU. For more information, please contact [jennifer.cox@du.edu](mailto:jennifer.cox@du.edu), [dig-commons@du.edu](mailto:dig-commons@du.edu).

## ***Los caminos del enfermo en una comunidad K'iche' de Guatemala: una contribución del análisis de redes al estudio de los comportamientos de búsqueda de atención en salud***

Alejandro Cerón – Universidad de Washington<sup>1</sup>

### **Resumen**

*Introducción:* El objetivo de este estudio fue ampliar la comprensión sobre los comportamientos de búsqueda de atención a través del análisis de las transiciones que las personas hacen entre distintas alternativas terapéuticas. *Metodología:* Una encuesta de prevalencia de enfermedad en 229 unidades domésticas de la comunidad, detectó 92 personas con algún padecimiento agudo, a quienes se entrevistó para establecer las acciones que tomaron respecto a la enfermedad. Las acciones correspondieron a una de las siguientes categorías: esperar, remedios caseros, compra de medicinas, o uso de profesionales (tradicionales, biomedicina o sanación divina). Estas categorías terapéuticas se tabularon en una matriz idéntica unidireccional. Se usó el programa NetDraw para representar gráficamente la red de transiciones entre categorías terapéuticas. Se usó el programa UCINET para calcular la densidad de la red, el grado de centralidad y de intermediación de cada categoría de tratamiento. *Resultados:* La densidad de la red fue de 98%. Para toda la red, el grado de centralidad hacia fuera y hacia dentro fue de 35 y 27%, respectivamente. El grado de intermediación estuvo entre 1% para terapeutas tradicionales y 26% para terapeutas de la biomedicina. *Conclusiones:* Las decisiones de iniciar un nuevo tratamiento se ven influidas por los tratamientos previos. Esperar sin tratamiento y usar tratamientos caseros es frecuente en diferentes momentos del episodio de enfermedad. Usar profesionales de la biomedicina está seguido frecuentemente por la búsqueda de otros tratamientos. Usar terapeutas tradicionales y profesionales de la sanación divina está seguido frecuentemente del final del episodio.

**Palabras clave:** Búsqueda de atención en salud – Pluralismo médico – Cuidados legos en salud – Autoatención en salud – Guatemala – K'iche'

### **Abstract**

*Introduction:* The aim of this study was to broaden understanding about care-seeking behavior through the analysis of the transitions people make between different forms of treatment. *Methodology:* A survey of disease prevalence in 229 households from the community identified 92 people with severe illnesses, who were interviewed to establish the actions they took regarding the enfermedad. The actions correspond to one of the following categories: waiting, home remedies, purchase of medicine, or professional use (traditional, biomedical or divine healing). These therapeutic categories were tabulated in an array the same way. Netdraw program was used to plot the network of transitions between therapeutic categories. UCINET was used to calculate the density of the network, the degree of centrality and brokerage for each treatment category. *Results:* The network density was 98%. For the entire network, the degree of centrality outward and inward was 35 and 27% respectively. The degree of interference was between 1% to traditional

---

<sup>1</sup> Enviar correspondencia a: (Alejandro Cerón, [maceron@u.washington.edu](mailto:maceron@u.washington.edu))

healers and 26% for practitioners of biomedicine. *Conclusions:* The decision to start a new treatment is influenced by previous treatments. To wait without treatment and home treatment is often used at different times of illness episode. Using biomedical professionals is often followed by the search for other treatments. Using traditional healers and practitioners of divine healing is often followed for the end of the episode.

**Keywords:** health care search – Medical Pluralism – Informal Health Care - Self-care - Guatemala – Quiche.

Los comportamientos de búsqueda de atención en salud han sido ampliamente estudiados desde la segunda mitad del siglo XX por distintas disciplinas de las ciencias sociales, ciencias médicas y disciplinas aplicadas como la salud pública (Good 1994, Garrocho 1995, Young 2004). La rica variedad de abordajes teórico-conceptuales que se han usado ha mostrado lo fértil del estudio de este campo, así como su complejidad. De manera esquemática, existen tres tipos principales de modelos que tratan de explicar la utilización de los servicios de salud: los económicos, los de comportamiento y los causales.

Los **modelos económicos** plantean una perspectiva monodisciplinaria. Se basan en la teoría microeconómica, la cual plantea que los servicios de salud pueden ser obtenidos en el mercado con los recursos disponibles de los individuos. Afirma que diferentes bienes y combinaciones de bienes producen diversos niveles de satisfacción individual (utilidad) y que los consumidores evalúan la utilidad que pueden obtener y maximizan libremente sus niveles de satisfacción. Los criterios más importantes que se toman en cuenta son los costos, los beneficios y los recursos del consumidor.

Los **modelos de comportamiento** analizan el proceso de toma de decisiones. Su propósito básico es identificar el proceso cultural y psicológico que lleva a los individuos a reconocer un problema de salud, escoger la estrategia para recobrar la salud, evaluar los tratamientos disponibles y los resultados obtenidos y reevaluar la situación y las fuentes de atención disponibles. Para su análisis incorpora variables psicológicas y socioculturales que intentan responder por qué la gente se comporta de la manera en que lo hace. Entre las desventajas que presentan estos modelos se menciona que es difícil el estudio de factores y motivaciones que afectan a las decisiones individuales, además de que algunas variables son estrictamente subjetivas y las herramientas y técnicas metodológicas están poco desarrolladas.

Existen muchos modelos de comportamiento para el análisis de la utilización de los servicios de salud, a continuación se muestran las características más importantes de cuatro de estos modelos: *Modelo de Rosentock (1959), los determinantes psicológicos y emotivos*: enfatiza en la importancia de los factores emocionales en la explicación de los patrones de utilización. *Modelo de Suchman (1964-1966), los determinantes socioambientales*: considera que la influencia del grupo social es más importante que el estado psicológico de alerta del individuo. *Modelo de Igun (1979), las etapas en la búsqueda de atención*: Intenta ofrecer una descripción de la secuencia de eventos y acciones asociadas a la búsqueda de atención. Sugiere que la percepción de la enfermedad es subjetiva y no requiere de verificación médica. Una persona es considerada enferma si se define a sí misma como enferma y su entorno social (amigos y familiares) aceptan su definición. *Modelo de Young (1981), la utilidad de los modelos de decisiones*: es una aproximación etnográfica al estudio de la utilización de los servicios de salud. Se considera particularmente apropiado para aplicarse en sociedades con varios sistemas de salud.

Este último modelo enfatiza tres preguntas fundamentales: cuáles son las alternativas de tratamiento percibidas, qué información o criterios se consideran en el proceso de selección del tratamiento, además de cómo es el proceso de decisión y qué principios rigen el manejo de la información cuando se realiza la elección del tratamiento. De acuerdo con Young son cuatro los principales criterios involucrados en el proceso de decisión: la seriedad de la enfermedad (objetiva o subjetivamente percibida), si existe y está disponible un remedio casero apropiado para la enfermedad, la evaluación de la eficacia del remedio casero en comparación con la de un tratamiento profesional, así como los costos y medios de transporte requeridos para acceder a los servicios profesionales (Young 1982). Entre las limitaciones del modelo de Young se identifica que no incorpora consideraciones importantes relacionadas con las características específicas de los servicios y sistemas de salud.

Los **modelos causales** intentan hacer una evaluación de los determinantes de la utilización. Estos modelos han resultado atractivos y ampliamente usados por sociólogos, antropólogos, geógrafos y otros analistas sociales. Su perspectiva es tan amplia que permite realizar análisis cualitativos y cuantitativos, considerar variables sociales e individuales y usar diferentes metodologías de investigación, lo que además favorece un enfoque multidisciplinario. Han resultado prácticos y sus resultados se han traducido fácilmente en términos de políticas y acciones de planeación.

A continuación se presentan someramente los aspectos fundamentales de siete de estos modelos: *Modelo de Andersen (1968), los determinantes relacionados al ciclo familiar*: la utilización depende de tres factores (de predisposición, de capacidad y la necesidad). *Modelo de Andersen y Newman (1973), los determinantes sociales e individuales*: intentan integrar determinantes individuales y sociales, resultando tres principales grupos de variables: las determinantes sociales, las características del sistema de salud y las determinantes individuales. *Modelo de Wan y Soifer (1974), los valores sociales, culturales y económicos*: este modelo intenta incorporar los valores sociales, culturales y económicos como factores que afectan los patrones de utilización. Reconoce que aun cuando los factores de predisposición, de capacidad y de necesidad sean similares entre diferentes grupos o individuos, los patrones de utilización resultantes pueden ser distintos debido a sus diferencias socioculturales. *Modelo de Wolinsky (1978), la interrelación de factores*: plantea que existe una serie jerárquica de influencias entre los componentes de predisposición, capacidad y necesidad. *Modelo de Stock (1987), avances adicionales hacia los determinantes culturales*: Considera que la evaluación cultural de la enfermedad es el primer determinante del proceso de búsqueda de atención.

Desde la década de 1990 ha habido una tendencia a buscar modelos integrales que consideren aspectos macro y microsociológicos. Uno de ellos, el abordaje de la Estrategia de Organización Social (Pescosolido 1992), propone que las redes sociales son el elemento integrador entre las macro estructuras que condicionan la toma de decisiones y los micro procesos que hacen que la acción social se lleve a cabo. Aunque este abordaje es un importante aporte teórico conceptual para la aplicación del análisis de redes sociales al estudio de los comportamientos de búsqueda de atención en salud, el presente trabajo no profundiza en su aplicación. La mayoría de aplicaciones que se ha hecho de este modelo es la integración de indicadores de tamaño y tipo de red social como parte de las variables independientes en modelos multivariados de asociación estadística (Ryan 1998, Young 2004; Galdas, Cheater y Marshall 2005; Snowden y Yamada 2005; Clarke 2007). El aporte del presente trabajo no está entonces en el terreno de la aplicación de la teoría sociológica del análisis de redes sociales al estudio de los comportamientos de búsqueda de atención en salud, sino en el de la aplicación de sus métodos a la caracterización de dichos comportamientos. Antes de entrar en detalle, presento en la siguiente sección el contexto de atención sanitaria en el que se hizo este estudio.

## La atención en salud en *Utzwachil*<sup>2</sup>

*Utzwachil* es un caserío ubicado en Guatemala. En el sistema de salud guatemalteco conviven diversos sistemas médicos, entendidos como conjuntos organizados y diferenciados de elementos sociales y culturales con que cuenta un grupo poblacional para enfrentarse a los procesos de salud, enfermedad y muerte (Barfield 1997). Algunos ejemplos de sistemas médicos que coexisten dentro del sistema de salud guatemalteco son la medicina ayurvédica, biológica, biomédica, China, homeopática, homotoxicológica, Maya, naturopática, entre otras. A esta situación, que se da en prácticamente todas las sociedades contemporáneas, se le llama pluralismo médico (Barfield 1997) y puede afirmarse que “el sistema médico de una sociedad consiste en la totalidad de los subsistemas médicos que coexisten en relaciones cooperativas o competitivas” (Baer, Singer y Susser 1997).

En la mayoría de países los diferentes subsistemas médicos se presentan en desigualdad de condiciones, y en los de tradición judeocristiana, como Guatemala, el subsistema dominante es el biomédico (Haro 2000). Este subsistema está basado en la atención que brindan proveedores reconocidos por la comunidad científica convencional y por el Estado, que han recibido entrenamiento y acreditación en instituciones académicas con cierto reconocimiento legal, y en cuyas prácticas incluye a los profesionales médicos, de enfermería y demás personal “paramédico” (farmacéuticos, laboratoristas, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, promotores de diversa índole, técnicos diversos) y administrativo (estadísticos, archivistas, de mantenimiento, oficinistas, de cocina, contadores, pilotos). La atención que brindan puede estar organizada en la práctica privada (individual o corporativa) o en la práctica pública (Menéndez 1984).

El caserío *Utzwachil* está ubicado en la Bocacosta del Departamento de Sololá, la cual pertenece a los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá. El **Departamento de Sololá** tiene una extensión aproximada de 1,060 km<sup>2</sup> y una población de 344,663 habitantes. Su cabecera departamental es Sololá y cuenta con 19 municipios. El 94% de la población es indígena (*tz’utujil*, *kaqchikel* y *k’iche’*). Su clima es frío y templado. Las principales actividades económicas son la agricultura, el turismo y las artesanías. Los principales productos agrícolas son maíz, frijol, trigo, cebada, habas, papa y legumbres. Entre las artesanías que se fabrican se cuentan las piedras de moler, tejidos de lana e hilo, objetos de tul,

---

<sup>2</sup> “Utzwachil” es un pseudónimo usado para proteger la identidad de la población estudiada.

productos de madera tallada. Se cuenta entre los cuatro departamentos de Guatemala con peor índice de desarrollo humano, mayor porcentaje de pobreza, mayores tasas de analfabetismo, menor ingreso per cápita, mayor mortalidad materna e infantil.

La **Bocacosta de Sololá** abarca 250 km<sup>2</sup> con una población de 75,573 habitantes. La población es *k'iche'* y mayoritariamente originaria de Nahualá y Santa Catarina Ixtahuacán, aunque hay algunos ladinos que viven en la aldea Guineales. Hay un total de 89 comunidades. Administrativamente no están definidos los límites entre los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá en la Bocacosta, por lo que en toda la región se distribuyen más o menos arbitrariamente poblados pertenecientes a uno y otro municipio y en algunos casos dentro de un mismo poblado hay miembros pertenecientes a ambos municipios. Hasta cerca de 1870 toda la población pertenecía a Santa Catarina Ixtahuacán, pero por diferentes razones un grupo se independizó en Nahualá. Esta división se manifiesta en la actualidad a través de diferentes conflictos cotidianos y esporádicos estallidos mayores.

El terreno de la Bocacosta asciende desde los 2,600 pies de Santo Tomás La Unión, hasta los 7,600 pies en Pakaman. Esto marca las dificultades en el acceso a las comunidades más altas (en tierra caliente el acceso está abierto todo el año, mientras en tierra fría se entorpece en tiempo de lluvia), así como múltiples diferencias en cuanto a cultivos (en tierra caliente hay dos cosechas de maíz, además de café y banano, mientras en tierra fría hay maxán y sólo una cosecha de maíz). Hay energía eléctrica en prácticamente todas las comunidades. El agua es abundante y casi todos los caseríos cuentan con agua suficiente. La disposición de excretas y basura es desordenada. Existen escuelas en todas las comunidades y hay presencia del Ministerio de Salud a través de 2 distritos de salud.

El contexto de las comunidades de la Bocacosta de Sololá se caracteriza por la situación de pobreza de la mayoría de habitantes. Dicha situación se matiza también por una intensa segregación entre vecinos, no obstante la existencia de coincidencias culturales como el idioma, el traje y la actividad productiva, entre otras.

El fenómeno de la segregación religiosa adquiere en estas localidades una diversidad de manifestaciones, entre evangélicos y católicos y al interior de estos, entre conservadores y carismáticos, así como entre las diferentes denominaciones de la iglesia protestante, en su mayoría de inspiración pentecostal.

La mayoría de viviendas reflejan la situación de pobreza predominante en el municipio, con construcciones hechas de un tipo de bambú denominado "tarro", techos de lámina galvanizada y pisos de tierra, las cuales al carecer de cielo falso y revestimientos son muy vulnerables al clima, con sus efectos negativos sobre la salud. Todas las casas utilizan leña para la cocción de los alimentos, en tanto la oferta de gas propano es inaccesible por precio y disponibilidad. La recolección de leña se ha convertido, de manera progresiva, en una actividad complicada y peligrosa para los pobladores del municipio.

El **caserío Utzwachil** pertenece formalmente a la aldea Xejuyup, del municipio de Nahualá. Según la tradición oral, la comunidad fue fundada alrededor de 1,880. El centro del caserío se encuentra a 1,170 msnm, el clima es templado y la temperatura es estable con valores promedio de 20° C (mínima de 14 y máxima de 30). La precipitación pluvial anual es de 3,500 a 4,000 mm, siendo agosto y septiembre los meses más lluviosos, mientras febrero y marzo son los más secos. La humedad relativa es de 75% (45 mínima y 96 máxima). Los vientos provienen principalmente del norte, son moderados en los primeros meses del año, incrementándose en mayo.

Se cuenta con 3 fuentes de agua entubada para la población. Cuenta también con un bosque comunal que se encuentra en las faldas del volcán Santo Tomás (Pek'ul). La comunidad cuenta con múltiples plantas medicinales, ornamentales y frutales. Asimismo, hay abundancia de mamíferos y aves silvestres.

El relieve es diverso, desde muy escarpado u ondulado hasta ligeramente inclinado, con pendientes que van desde 0 a 30%. El suelo es de textura franco limoso, de buen drenaje con coloración café oscuro. Los suelos del declive del pacífico son profundos de 1.5 metros, con buen contenido de materia orgánica.

La principal vía de acceso es vía Santo Tomás La Unión, Suchitepéquez, ubicado a 4 kilómetros de distancia. Esta vía es de terracería y es transitable todo el año, aunque en ocasiones durante la época lluviosa queda inhabilitada por algunos días. Existe un servicio de microbuses y pick up que transportan regularmente a la población, por un pago de Q1.50. La mayoría de gente adquiere los productos de consumo en Santo Tomás, en especial los días de mercado (jueves y domingo), aunque algunas acuden al mercado de la vecina Xejuyup (sábado). Hay vías de comunicación con las comunidades vecinas a través de veredas y de caminos de terracería transitables, pero no existe servicio de transporte.



La mayoría de familias tienen televisor y radios en las que escuchan emisoras locales y de Nahualá. La emisora con cobertura nacional que se escucha es radio Sonora. Para adquirir periódicos escritos deben viajar a Santo Tomás La Unión.

La principal actividad productiva es la agricultura (maíz, maxán, banano, café). La mayor parte de las cosechas las venden en la cooperativa de la comunidad, o con compradores de Santo Tomás La Unión. Muchas mujeres se dedican a tejer y bordar, aunque la mayoría de las veces es para utilizar dentro de la familia. Hay algunas personas con nivel medio (especialmente maestros) que están empleados en comunidades vecinas. En la comunidad existe una tienda de granos básicos de la cooperativa, además de 9 tiendas particulares y 3 molinos de nixtamal. La cooperativa Nahualá facilita créditos a sus miembros, los cuales pagan en especie (café). La cooperativa exporta el café a Estados Unidos.

Hay 1,151 habitantes, con una razón de masculinidad de 0.98. El 41% de la población es menor de 15 años y el 5% es mayor de 50. La población en edad productiva representa el 54%. Hay 4 mujeres y 32 hombres que viven fuera de la comunidad (3% de la población total), la mayoría por razones laborales (trabajan en municipios cercanos, en la capital y muy pocos en los Estados Unidos). 43% de los mayores de 6 años hablan sólo *k'iche'* y 57% hablan *k'iche'* y castellano.

Hay 229 familias, de las cuales el 15% tienen una mujer como jefa de familia. El 92% de las viviendas tienen chorro propio, el 93% tienen letrina, el 84% tienen energía eléctrica. El 77% de viviendas tiene sólo una habitación, el 17% tiene 2 habitaciones.

Existe una escuela oficial rural mixta (de preprimaria y primaria completa). El edificio fue fundado aproximadamente en 1974. En ella laboran 6 maestros y 3 maestras y se atiende a una población de 33 niñas y niños de preprimaria y 219 de primaria. La razón de masculinidad entre la población estudiantil es de 0.88 en preprimaria, de 1.00 de 1° a 4° primaria y de 1.29 en 5° y 6° grados. Un número creciente de jóvenes continúan sus estudios de básico y diversificado, lo cual hacen la mayoría en una aldea cercana. Algunos estudian en colegios privados de Santo Tomás La Unión.

En la comunidad existen varios grupos organizados y autoridades, la mayoría relacionados con instituciones gubernamentales o no gubernamentales. Hay un alguacil, un comité comunitario de desarrollo, un comité promejoramiento, un comité de salud, una junta directiva de una cooperativa agrícola, tres comités de

mujeres, una junta escolar y múltiples grupos relacionados con las diferentes iglesias (grupos de oración, de jóvenes, de catequesis, pastoral social, etcétera).

El 55% de la población se define como católica. El resto pertenece a una de 15 iglesias evangélicas neopentecostales, al movimiento carismático, a la "costumbre Maya" o a ninguna.

### **Alternativas terapéuticas**

Existen varias opciones terapéuticas que la gente de Utzwachil usa cuando se enferma. Explicarlas y clasificarlas puede ser un tema complejo (y ameritaría un estudio en sí mismo), por lo que aquí sólo se presentan clasificadas de acuerdo a los criterios usados en este estudio.

Los *remedios caseros* incluyen una serie de tratamientos que son decididos y administrados por personas que no se dedican a curar, es decir que no son "terapeutas" o "profesionales". Pueden incluir el uso de plantas medicinales (comerlas, tomarlas, olerlas, frotarlas), medicinas "químicas" (principalmente pastillas e inyecciones), aceites, bálsamos, pomadas, agua bendita, tabaco, puros, huevos, gas, alcohol, o "guaro". Las maneras de aplicarlos puede ser a través de su ingesta, masajes, frotadas, sobadas, aplicación de cataplasmas, sopladas, baños medicinales, o como parte de alguna ceremonia o ritual. Además de estos remedios pueden incluir el uso del temascal u otros baños, aumentar o evitar alguna actividad o movimiento, ingerir o evitar algunas comidas, rezos, penitencias, etcétera. La accesibilidad a los remedios caseros puede presumirse que es casi universal, aunque es razonable pensar que los recursos económicos y los conocimientos necesarios para usarlos no estén al mismo alcance en todas las familias.

La *compra de productos medicinales* puede incluir medicinas "químicas", plantas medicinales, o algún otro producto. En la mayoría de los casos los productos que la gente compra son productos químicos. Estos pueden adquirirlos en tiendas o en farmacias. Existen cinco tiendas que venden medicinas en Utzwachil. Aunque en los caseríos y aldeas vecinas también existen tiendas, la mayoría de las veces la gente que compra medicinas en una tienda lo hace en Utzwachil. En estas tiendas no se espera que el dependiente sepa hacer un diagnóstico o prescribir un tratamiento. Muchas veces las personas llegan con un medicamento específico en mente, pero también hay muchos casos en los que la gente sólo llega y pide, por ejemplo, "una medicina para la fiebre" y es el dependiente quien decide qué darle. Normalmente

se usan sólo los nombres comerciales y la mayoría de personas no tienen noción de que diferentes nombres comerciales pueden corresponder al mismo ingrediente activo. Las medicinas que comúnmente se pueden obtener en las tiendas de Utzwachil son analgésicos como dipirona o acetaminofén (Comel, Maná, Ganol, Acetaminofén, Bebetina), medicamentos para malestares estomacales (Alka Seltzer, Sal Andrews), amebicidas (diyodohidroxiquinoleina) y antibióticos (Santemicina, un sobre con 3 gramos de un polvo que contiene 500mg de clorhidrato de tetraciclina). El precio de una tableta o un sobre oscila entre los 50 centavos y 2 quetzales.

Las expectativas cuando se visita una farmacia son diferentes. Ahí sí se espera que el dependiente sepa "recetar", por lo que generalmente se le cuenta el problema que uno tiene para ver qué receta. No existen farmacias en Utzwachil, existen 2 en la aldea vecina (a unos 15 minutos caminando para la mayoría de personas) y 11 en el pueblo más cercano (a unos 20 minutos en bus, Q1.50 el pasaje). En las farmacias se puede obtener casi cualquier medicina. En algunas incluso pueden obtenerse antibióticos como la ciprofloxacina o cefalosporinas de tercera generación, anticonvulsivantes, antidepresivos tricíclicos, hipoglucemiantes, antihipertensivos, etcétera. Son expendidos sin receta y su costo puede variar desde los cincuenta centavos hasta varios cientos de quetzales. Las personas que atienden las farmacias deben tener autorización del Estado para hacerlo.

Esporádicamente llegan vendedores de medicinas a Utzwachil, que generalmente son promotores de salud de caseríos o aldeas de la Bocacosta, que van haciendo giras por todas las comunidades. Además hay ventas de plantas medicinales o de productos preparados con plantas medicinales en el pueblo cercano.

Los días de mercado en la aldea y pueblo cercanos llega una variedad de vendedores de remedios, medicinas y plantas que pueden ir desde vitaminas para la memoria, hasta polvo de cascabel para los calambres, o pócimas para el amor, la felicidad o la suerte.

Los *terapeutas tradicionales*<sup>3</sup> son la categoría más difícil de aprehender por varias razones. Por un lado no existen definiciones convencionales. Además los terapeutas

---

<sup>3</sup> Se usa el término "terapeutas tradicionales" por considerarlo de una difusión y comprensión relativamente amplia y a falta de un mejor término. Sin embargo se está consciente de que el calificativo de "tradicional" es inexacto y puede reflejar una visión desde lo hegemónico. Para una discusión sobre la dicotomía "tradicional-moderno" puede consultarse los trabajos de Eduardo Menéndez.

tradicionales han sido muchas veces perseguidos o censurados por la cultura y el poder hegemónicos, lo cual puede crear cierto recelo de abrir estas prácticas a personas externas a la comunidad. También influye que actualmente son prácticas que no son parte de un sistema de regulación gremial que acredite a dichos terapeutas, lo cual está relacionado con el hecho de que no existe un proceso de formación estándar que permita saber en qué momento alguien ya debe ser considerado como un terapeuta tradicional. En la práctica hay mucha diversidad de personas que se dedican a esto, pero con diferentes niveles de profesionalización y de especialización, lo cual hace difícil clasificarlos. Estas razones no pretenden hacer juicios de valor positivos o negativos acerca de los terapeutas tradicionales, su práctica o su eficacia, sino simplemente señalar algunas dificultades para hacer una aproximación a su estudio. Debido a ello, se recurrió a los conocimientos empíricos de personas de Utzwachil y de personas que han trabajado con los terapeutas tradicionales de Utzwachil y se usó como marco de referencia los estudios disponibles acerca de los terapeutas tradicionales en Guatemala.

Se tomó en cuenta en esta categoría a las comadronas (*iyom*), curanderas (*kunanel*, término que en ocasiones también se usa para designar a los promotores de salud e incluso otro personal sanitario), sacerdotes mayas o guías de la espiritualidad maya (*ajq'ij*, término que también puede ser usado para referirse a los llamados "profetas" o "profecías" de los que se habla más abajo), hueseros (*wiqol b'aq'*), llamador de espíritu, soplador, chayero y rezador. Respecto al llamador de espíritu, el soplador y el chayero, los informantes clave no identificaron a este tipo de terapeuta, sólo recordaron a un chayero que falleció hace algunos años y que vivía en la aldea vecina. Respecto al rezador, todos los informantes clave coincidieron en que se refiere al *b'anal chawem*, pero no lograron hacer una distinción con los catequistas o servidores de las iglesias que hacen visitas para orar. Coincidieron en que lo más apropiado era agruparlos según la iglesia a la que pertenecen.

En Utzwachil viven varios terapeutas tradicionales. Se puede afirmar con certeza que hay 6 comadronas (3 antiguas y 3 nuevas), que son quienes atienden a la casi totalidad de las mujeres embarazadas y partos. Además ellas tienen un rango variable de competencias para tratar enfermedades de los niños y las mujeres. En ocasiones particulares (por ser casos complicados o por tener una relación estrecha con otra comadrona) se recurre a comadronas de las comunidades vecinas. Además hay una mujer que es huesera, aunque todos los informantes coinciden en que está en una etapa de aprendizaje y que se le consulta para golpes relativamente

pequeños, pero para fracturas o golpes grandes se prefiere buscar a hueseros con más experiencia (la mayoría de los cuales viven en la región del altiplano).

Existe un número difícil de determinar de curanderas. Hay por lo menos 6 ó 7 que son ampliamente reconocidas y nombradas en la comunidad. En esto coincidieron los informantes. Pero cuando se define como curandera a toda persona que sabe curar y que la buscan con este fin personas que no son de su familia ni de su vivienda, hay informantes que nombran 10 y otros que nombran hasta 37. Sus rangos de especialidad varían, desde quienes saben curar sólo una enfermedad (por ejemplo, el mal de ojo o el susto o la mollera caída), hasta las que saben curar una amplia gama de enfermedades. Además hay curanderas de mucho prestigio que viven en otros poblados y son consultadas con frecuencia por personas de Utzwachil.

Respecto a los *ajq'ijab'* o guías de la espiritualidad maya, los informantes coincidieron en que no hay ninguno en Utzwachil. Sin embargo hay 4 en poblados cercanos, a unos 20 minutos en microbús. Existen otros ubicados en poblados más lejanos que pueden ser consultados en casos especiales.

Todos los terapeutas tradicionales reciben retribución por sus servicios, la cual puede ser monetaria o en especie. Los terapeutas visitan a los enfermos en sus casas si es necesario y las veces que sea necesario y el monto de la retribución está en dependencia de la severidad percibida acerca de la enfermedad, del tiempo que dure el tratamiento y de las posibilidades de la familia del enfermo.

Los *profesionales de la biomedicina* abarcan en este estudio a las personas que dan atención a enfermos y que son reconocidas por tener alguna formación dentro del modelo médico hegemónico, así como las instituciones que ofrecen servicios dentro de este modelo. En el caso de Utzwachil incluyen a promotores de salud, enfermeros, técnicos de salud rural y varias instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en las poblaciones cercanas. Muchos de estos profesionales utilizan prácticas y conocimientos de otros modelos, como la medicina maya o la medicina popular tradicional. Por ejemplo, hay una promotora que tiene conocimientos amplios sobre enfermedades popular-tradicionales, hay otro promotor que niega tener dichos conocimientos, hay un médico que recurre mucho a estos conocimientos con los pacientes y una enfermera que tiene mucha sabiduría relacionada con las concepciones popular-tradicionales y sus tratamientos. Sin embargo se clasificaron como profesionales de la biomedicina debido a que en su

autoidentificación y en la identificación que las personas entrevistadas hacen de ellos lo que pesa es su título como promotor, o enfermero o médico.

Los promotores de salud que viven en el Caserío son 6, de los cuales por lo menos 3 están activos desde hace más de 10 años (2 hombres y una mujer). Los 3 son bilingües (k'iche' y castellano), gozan de prestigio y las personas del Caserío recurren a ellos especialmente en horas de la noche o cuando tienen enfermedades que no logran resolver o para que les administren medicamentos inyectados o sueros intravenosos. Estos promotores trabajan muy estrechamente con una Comisión de Salud del Caserío, que se encarga de administrar una pequeña casa de salud propia de la comunidad. En esta casa de salud se cuenta con medicamentos básicos que son propiedad de la comunidad. La idea es que estos medicamentos se usen cuando sea necesario y que la persona beneficiada haga un pago mínimo de acuerdo a sus posibilidades económicas. Si la persona no puede pagar nada de todas maneras se le administra el medicamento. Normalmente los promotores son retribuidos por sus servicios, no siempre con dinero en efectivo, pero esto no limita que den atención a alguien. Muchas veces los promotores sirven como enlace con instituciones u otros profesionales de la biomedicina.

El Ministerio de Salud Pública tiene presencia a través del centro de salud ubicado en la aldea más cercana (a unos 15 minutos de camino para la mayoría de personas). Ofrecen servicios a la población con un importante enfoque preventivo pero también asistencial. Cuentan con un médico, una enfermera profesional y una técnica en salud rural, además de un número variable de personal técnico de campo. La mayoría del personal técnico es bilingüe. La técnica de salud rural y su hermana (que trabaja como técnica de campo) son originarias y residentes de Utzwachil. No se cobra por los servicios ni por los medicamentos. Además, hay otros centros de salud ubicados en un poblado y una aldea cercanos, que en ocasiones son usados por las personas del Caserío. El hospital de referencia oficial está en la ciudad de Sololá, pero por su difícil acceso desde la Bocacosta de Sololá, en la práctica el hospital que se usa con mayor frecuencia es el que se ubica en la ciudad de Mazatenango, a unos 40 minutos en camioneta desde el poblado más cercano. Tienen servicio de consulta externa y atención de emergencias, además de salas de pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna y cirugía. No hay una política para asegurar que el personal hable *k'iche'*, pero informaron que llevan 2 años de estar intentando que el nuevo personal de enfermería hable este idioma.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) tiene una clínica periférica en San Antonio Suchitepéquez (a medio camino entre Santo Tomás La Unión y

Mazatenango), además de contar con un servicio especializado de consulta externa, emergencias y encamamiento en Mazatenango. Hay pocas personas afiliadas al IGSS en Utzwachil.

Hay una ONG que tiene su sede en el poblado cercano y que hace jornadas de salud periódicas en el Caserío, además de ofrecer todos los días en su sede servicios de atención médica, laboratorio clínico y referencia para tratamiento especializado. El personal médico y de enfermería no habla *k'iche'* pero cuentan con personal bilingüe que sirve como intérprete. Además, la institución ofrece cursos de *k'iche'* a su personal. Entrevista no cobra por los servicios ni por los medicamentos.

Hay una Clínica Parroquial que ofrece servicios de atención médica, laboratorio clínico y referencia para tratamiento especializado. Su sede está también en el poblado cercano. Ahí ofrece atención por parte de un médico o por parte de promotores de salud y enfermeros auxiliares. Más del 95% del personal es bilingüe. En esta clínica se cobra entre 3 y 10 quetzales por la consulta y se cobran precios módicos por los servicios de laboratorio y por los medicamentos. Además, cuenta con una Casa de Salud Comunitaria en el caserío vecino, ubicado a unos 15 minutos a pie de Utzwachil. En esta Casa de Salud se ofrecen servicios de atención clínica diaria, por parte de agentes de salud comunitaria (personal con un grado de formación clínica similar al de un auxiliar de enfermería) que son bilingües, además de atención por un médico o una enfermera profesional (ambos también bilingües) cuando el caso lo amerita. En esta casa de salud no se cobra por la atención ni por los medicamentos. Además hacen visitas familiares preventivas y de seguimiento a casos.

En el poblado cercano hay algunos enfermeros, técnicos de salud rural y médicos que ofrecen servicios privados. Cobran distintas tarifas por sus servicios. La mayoría del personal técnico habla bastante *k'iche'*. Hay un médico que es bilingüe. Además, en Mazatenango, la ciudad más cercana, hay una oferta de servicios privados de atención, que van desde consultorios de médicos generales o especialistas, hasta sanatorios y hospitales. Algunas personas de Utzwachil recurren a estos servicios.

Finalmente, los *profesionales de la sanación divina* es un término con el que se ha designado en este estudio a personas que asisten a enfermos con oración y rituales religiosos o espirituales y que creen que con éstos se puede alcanzar la curación o la sanación. Se incluyen en esta categoría los catequistas de iglesias católicas, los pastores de iglesias evangélicas y los llamados "servidores" de ambas iglesias, que

son personas que sin ser catequistas o pastores, tienen dones que les permiten dar este tipo de servicios (don de lenguas, don de invocación, don de oración). Se contabilizaron 13 catequistas y 8 pastores evangélicos que viven en Utzwachil. No fue posible contabilizar los servidores. Se sabe que todos estos profesionales basan sus prácticas terapéuticas en los dones del espíritu santo y en su capacidad para servir como guía o puente entre la persona enferma y dios. Sus prácticas se basan en la oración individual y colectiva, las visitas a los enfermos, la consejería, las penitencias y las ceremonias de acción de gracias.

Un párrafo aparte merecen los llamados “profetas” o “profecías”. Son personas que normalmente no son catequistas o pastores, ni necesariamente juegan un papel relevante en la organización de una iglesia, pero que tienen dones especiales (don de lenguas, don de invocación, don de adivinación, don de clarividencia) que los comunican con dios y que les permiten saber cuál es la causa más profunda de la enfermedad de una persona, así como su pasado y su futuro. Son personas de mucho prestigio y son recurridas especialmente cuando hay enfermedades que se perciben como muy graves ya sea por su larga duración, por las pérdidas que le representan a la familia o por su letalidad. Muchas personas no distinguen entre la idea de “profeta” y la idea de “*ajq’ij*” (guía de la espiritualidad maya). En Utzwachil hay al menos 11 de ellos. Además hay algunos de renombre en las aldeas y caseríos cercanos.

## **Métodos**

El trabajo de campo se llevó a cabo entre 2003 y 2006, tomando como base las 229 unidades domésticas existentes en el Caserío. Los resultados que se presentan en este estudio provienen de un trabajo más amplio que sirvió de base para mi tesis de salud pública.

Durante la mayor parte de la investigación se trabajó con el total de la población de las unidades domésticas del Caserío. Se hizo una entrevista estructurada que permitió obtener datos sobre los comportamientos de búsqueda de atención en salud en caso de enfermedad que inició en los últimos quince días. De las 229 unidades domésticas visitadas hubo 92 en las que se reportó que hubo alguien enfermo en los últimos quince días. Con estas 92 unidades domésticas se hizo la entrevista estructurada.

En la mayoría de estas unidades domésticas sólo se identificó un enfermo, pero en algunos casos se reportaron 2, 3, 4 y hasta 5 enfermos en una sola unidad



doméstica (se detectó un total de 131 episodios de enfermedad que iniciaron en los últimos 15 días). Sólo se seleccionó un enfermo de cada unidad doméstica para evitar la duplicación de casos que fueran interdependientes. Dentro de cada una de las unidades domésticas que reportaron más de un enfermo se seleccionó un solo caso de manera aleatoria.

Para la caracterización de los comportamientos de búsqueda de atención en salud se trabajó con tres unidades de análisis: categorías de tratamiento, secuencias de las categorías de tratamiento y transiciones entre las categorías de tratamiento.

Esquemáticamente, la recolección de información se dividió en dos etapas. En la primera etapa se recopiló información sociodemográfica. La segunda etapa consistió en la recopilación de información referente a los comportamientos de búsqueda de atención en salud de las unidades domésticas.

Además de estas dos etapas de la recolección de la información que formaron parte propiamente de este trabajo de investigación, hubo otra información complementaria que el autor recopiló previo al diseño de los instrumentos de recolección. La información complementaria incluyó: mapa del caserío, listado de miembros de las unidades domésticas, características de las unidades domésticas, historia del caserío, inventario de recursos terapéuticos del caserío, inventario de enfermedades frecuentes y sus causas.

El análisis de los comportamientos de búsqueda de atención en salud se llevó a cabo de la siguiente manera. Con la información obtenida sobre auto-atención (camino del enfermo) se hizo una descripción y un análisis basado en las técnicas de análisis secuencial (Ryan 1998). El análisis secuencial aplicado al análisis de los patrones de auto-atención se basa en el reconocimiento de que las decisiones terapéuticas de las personas pueden ser representadas como series ordenadas de tratamientos usados (secuencias). Hacer un análisis sistemático de estos datos secuenciales puede ayudar a caracterizar los patrones de auto-atención usados por las personas. Cada secuencia está compuesta de una serie ordenada de tratamientos. En este estudio la cantidad de tratamientos en una secuencia puede variar desde uno hasta ocho tratamientos, es decir que cada secuencia puede tener hasta ocho posiciones.

Se usaron tres unidades de análisis para describir las secuencias de tratamientos. En *primer lugar* se analizó los datos a nivel de las *categorías de tratamiento*. Aquí interesó saber qué categorías de tratamiento fueron más frecuentes, si algunas categorías de tratamiento fueron más frecuentes en ciertas posiciones dentro de la

secuencia, si las categorías de tratamiento se repetían dentro de una misma secuencia. Para ello se hizo descripciones de frecuencias y proporciones sobre el uso de las categorías de tratamiento por episodio de enfermedad y como proporción del total de tratamientos usados en el conjunto de los 84 episodios de enfermedad. También se describió la repetición de tratamientos dentro de una misma secuencia o camino del enfermo. Esto se trabajó a través de cuadros y gráficos con el programa Microsoft Excel.

En *segundo lugar* se analizó los datos viendo a *cada secuencia como una unidad*. Aquí interesó buscar qué secuencias ocurren y con qué frecuencia, así como cuán largas son las secuencias que se observaron. Para ello se describieron frecuencias y proporciones del tamaño de las secuencias (es decir, cuántas posiciones o tratamientos se presentaron en cada secuencia), de las categorías de tratamiento que se presentaron en cada posición dentro de la secuencia y de las secuencias de tratamiento que se presentaron. Para esto se usaron cuadros y gráficas elaboradas con el programa Microsoft Excel.

En *tercer lugar* se analizaron las relaciones entre tratamientos adyacentes en una secuencia, es decir, las transiciones entre tratamientos. Para esto se adoptó técnicas del análisis de redes. El análisis de redes sociales es una "herramienta que permite conocer las interacciones entre cualquier clase de individuos partiendo de datos de tipo cualitativo más que cuantitativo" (Hardy y Porras, s/f). La unidad de análisis que se emplea es la red, no los individuos y se presta particular atención a las interacciones entre los individuos más que a los individuos mismos. Una red está constituida por varios elementos: los "nodos" son los individuos que están en interacción, los "vínculos" son los lazos que existen entre los nodos y el "flujo" es la dirección en que se establece un vínculo. Existen peculiaridades del análisis de redes que hacen que se hayan desarrollado herramientas específicas para su descripción y análisis.

En este estudio se hizo un uso muy básico de algunas técnicas del análisis de redes. Se concibió a cada categoría de tratamiento como un nodo y a las transiciones entre un tratamiento y otro como un vínculo con flujo definido. En primer lugar, las categorías se usaron para construir una "matriz idéntica unidireccional", que es un grupo de filas y columnas en las que los encabezados de las filas y las columnas son idénticas y el contenido de las celdas expresa la cantidad de transiciones que hubo de una categoría de tratamiento a otra. La construcción de esta matriz es el elemento básico a partir del cual se puede hacer otros cálculos y representaciones de la red. En este estudio se usó para hacer una

representación gráfica de la red de transiciones entre las categorías de tratamiento, la cual se hizo con el programa NetDraw (Borgatty, Everett y Freeman 2002). Además se usó el programa UCINET (Borgatty, Everett y Freeman 2002) para calcular la densidad de la red (cantidad de transiciones que se dieron como proporción de la cantidad total teórica posible de transiciones), el grado de centralidad de cada categoría de tratamiento (que muestra para cada categoría la cantidad de transiciones en que estuvo involucrada como proporción de la cantidad de transiciones en que pudo estar involucrada) y el grado de intermediación de las categorías de tratamiento (la cantidad de veces que una categoría de tratamiento ocupa una posición intermedia entre otras dos categorías de tratamiento).

Se visitó las 229 unidades familiares del Caserío para hacer la encuesta de prevalencia de enfermedades. Se obtuvo una tasa de respuesta de 90% (206 unidades familiares). De éstas, 163 (79%) respondieron que sí había habido al menos una persona enferma en los últimos quince días sin importar cuándo inició con los síntomas.

En cada una de estas 163 unidades familiares se reportaron entre 1 y 6 enfermos. El total de personas enfermas detectadas fue de 313, de quienes el 61% eran mujeres. El 55% de los enfermos detectados era menor de 20 años.

Las enfermedades fueron clasificadas de acuerdo con el tiempo de evolución que fue reportado. El 42 % de las enfermedades detectadas tenía una evolución de 15 días o menos, proporción que se mantiene al dividir por sexo. El 28 % de las enfermedades ha tenido una duración de un año o más. La población con la que se trabajó el resto de la investigación es la de las unidades domésticas en las que se detectó enfermos con 15 días o menos de evolución. Los 131 enfermos que caben dentro de esta categoría se detectaron en 90 unidades domésticas, debido a lo cual se seleccionó aleatoriamente a uno de los enfermos de cada una de estas 90 unidades domésticas.

Estas 90 unidades domésticas fueron visitadas nuevamente para investigar con detalle sus comportamientos de búsqueda de atención en salud. De estas 90 unidades domésticas hubo 1 que rehusó la segunda entrevista, 3 que no fueron localizadas nuevamente y 2 que al ser entrevistadas se determinó que sus enfermedades tenían una duración mayor a 15 días. Por ello se trabajó finalmente con una población de 84 unidades domésticas.

## **Los caminos del enfermo en *Utzwachil***

Las decisiones terapéuticas tomadas en cada uno de los 84 episodios de enfermedad estudiados se trabajaron como una secuencia de decisiones la cual se describe y se analiza como datos secuenciales. Se utilizaron tres unidades de análisis para describir los patrones de autoatención. En primer lugar se examinan los datos al nivel de las categorías de tratamiento, en segundo lugar se examina cada secuencia como una unidad en sí misma y finalmente se examinan las relaciones entre los tratamientos adyacentes en una secuencia, es decir las transiciones de un tratamiento a otro en la secuencia.

### **Resultados por categorías de tratamiento**

Existen varias formas de describir los resultados atendiendo a las categorías de tratamiento. En primer lugar se describen las proporciones por episodio de enfermedad, para poder aproximarse a la probabilidad con que un tratamiento se presentó en una secuencia de tratamientos específica. En este momento no interesa saber cuántas veces ocurrió un tratamiento dentro de una secuencia, sino simplemente si ocurrió o no. Tampoco interesa en qué posición dentro de la secuencia ocurrió. En segundo lugar se describen las proporciones para el total de tratamientos, para examinar la probabilidad de que un tratamiento se haya utilizado por la población de estudio. En este momento sí se le da peso a las repeticiones de tratamientos dentro de una misma secuencia. En tercer lugar se describen las repeticiones de tratamientos dentro de una secuencia, para examinar qué tanto las personas tienden a repetir o no tratamientos de una misma categoría y para conocer la probabilidad de que un tratamiento sea usado más de una vez.

*Proporciones por episodio de enfermedad:* En el Cuadro 1 se observa que la única categoría de tratamiento que fue reportada en más de la mitad de los episodios de enfermedad estudiados fue el esperar, que se presentó en el 54% de los episodios. Los remedios caseros y la consulta con profesionales de la biomedicina fueron reportadas cada una en el 44% de los episodios.

En el 29% de casos se reportó haber acudido a algún vendedor de productos medicinales. Sólo se reportó haber acudido a profesionales de la sanación divina en el 8% de los episodios y a terapeutas tradicionales en el 5% de los casos.

Categorías de tratamiento	F	%
Esperar	45	54
Remedios caseros	37	44
Comprar productos medicinales	24	29
Terapeutas tradicionales	4	5
Profesionales de la biomedicina	37	44
Profesionales de sanación divina	7	8

Fuente: elaboración propia.

**Cuadro 1.** Categorías de tratamiento usados por episodio de enfermedad (N=84)

El cuadro 1 *no* permite responder algunas preguntas, como ¿en qué proporción de los episodios se resolvió sin acudir a profesionales?, ¿en qué proporción de episodios sólo se esperó? Para responder este tipo de preguntas se hizo algunas nuevas categorías que agruparan más de una de las originales categorías de tratamiento, por ejemplo, una categoría que incluyera a todos los terapeutas profesionales, o una que incluya a los tratamientos que se hicieron sin acudir a profesionales. En los siguientes párrafos se presentan algunas proporciones, cuyos datos no pueden extraerse del cuadro VI.10.

En 50 casos (60%) se recurrió a tratamientos caseros o comprados sin la intervención de un profesional, lo cual implica que 34 casos (40%) se resolvieron sólo con la espera o con algún profesional (terapeuta tradicional, de la biomedicina o de la sanación divina), sin tratamientos caseros o comprados.

En 42 casos (50%) se reportó haber acudido por lo menos a un profesional (terapeuta tradicional, de la biomedicina o de la sanación divina), lo cual significa que el 50% de episodios se resolvieron sólo con la espera, los remedios caseros o los remedios comprados, sin profesionales.

En 9 casos (11%) sólo se esperó, es decir, no se usó ningún tratamiento casero, ni comprado, ni se acudió a ningún profesional. En 18 casos (21%) sólo se recurrió a tratamientos caseros y comprados (sin espera y sin profesionales). En 10 casos (12%) sólo se acudió a profesionales (sin espera, sin tratamientos caseros ni comprados).

*Proporciones del total de tratamientos:* El promedio de tratamientos que se usaron por episodio de enfermedad fue de 2.1 (desviación estándar de 1.2), por lo que la suma total de tratamientos usados fue de 181. En el cuadro 2 puede verse que casi las tres cuartas partes de tratamientos se distribuyen equitativamente entre las categorías de esperar (27%), remedios caseros (27%) y profesionales de la biomedicina (25%).

Categorías de tratamiento	F	% (n=181)
Esperar	48	27
Remedios Caseros	48	27
Compra de productos medicinales	27	15
Terapeutas tradicionales	4	2
Profesionales de la biomedicina	45	25
Profesionales de la sanación divina	9	5
Total	181	100

Fuente: elaboración propia.

**Cuadro 2.** Tratamientos reportados.

Cuando se excluye la categoría de esperar, la suma total de tratamientos es de 133. En este caso el 70% de los tratamientos se distribuyen equitativamente entre los remedios caseros y los profesionales de la biomedicina. La quinta parte corresponde a la compra de productos medicinales y el 10% restante a los terapeutas tradicionales y de la sanación divina.

*Repeticiones de tratamientos dentro de una secuencia:* Debido a que en algunos episodios de enfermedad se reportó una categoría de tratamiento más de una vez, se calculó unas "tasas de repetición" para cada categoría de tratamiento. Para esto se contó los episodios en que cada categoría se repitió más de una vez y se dividió entre la cantidad de episodios que usaron esa modalidad. Los resultados se presentan en el cuadro 3.

Categorías de tratamiento	A. # de episodios en que se reportó	B. # de episodios en que se usó más de una vez	Tasa de repetición (B/A) %
Esperar	45	3	7
Remedios Caseros	37	11	30
Compra de productos medicinales	24	3	13
Terapeutas tradicionales	4	0	0
Profesionales de la biomedicina	37	8	22
Profesionales de la sanación divina	7	2	29
Todas las categorías	84	20	24

Fuente: elaboración propia.

**Cuadro 3.** Repeticiones de tratamientos dentro de las secuencias.

En el 24% de los episodios se repitió por lo menos un tratamiento. La mayoría de tasas de repetición se ubicaron entre 20 y 30%, es decir que si una persona usó un tratamiento para un episodio de enfermedad, la probabilidad de que lo vuelva a usar es aproximadamente de una en cuatro.

La repetición de los tratamientos se relacionó con el tamaño de la secuencia de tratamientos. Hubo 20 episodios en los que se repitió al menos un tratamiento. De estos la mitad sucedieron en secuencias de tratamientos menores de 4. La probabilidad de que en un episodio se hayan repetido tratamientos fue de 90% (10 de 11) cuando la secuencia de tratamientos fue de 4 ó más. La probabilidad en secuencias menores que 4 fue de 14% (10 de 73).

### Resultados por secuencias de tratamiento

Se describirán el tamaño de las secuencias, las categorías de tratamiento por posición dentro de la secuencia y las secuencias únicas.

*Número de tratamientos en las secuencias de tratamiento:* El promedio de tratamientos reportados por episodio de enfermedad fue de 2.15. El rango osciló entre 1 y 8 tratamientos por episodio de enfermedad. Hubo sólo 1 episodio de enfermedad en el que se usó 8 tratamientos. No hubo ningún episodio en que se usaran 6 ó 7 tratamientos. En la figura 1 se muestra el decremento en la cantidad de episodios. En esta figura se muestran las posiciones de tratamiento dentro de cada secuencia (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) y para cada una se muestra la cantidad de episodios en los que estuvo "llena" dicha posición. Casi el 70% de los episodios de enfermedad fueron tratados con 2 tratamientos o menos y sólo el 5% tuvo más de 4 tratamientos.

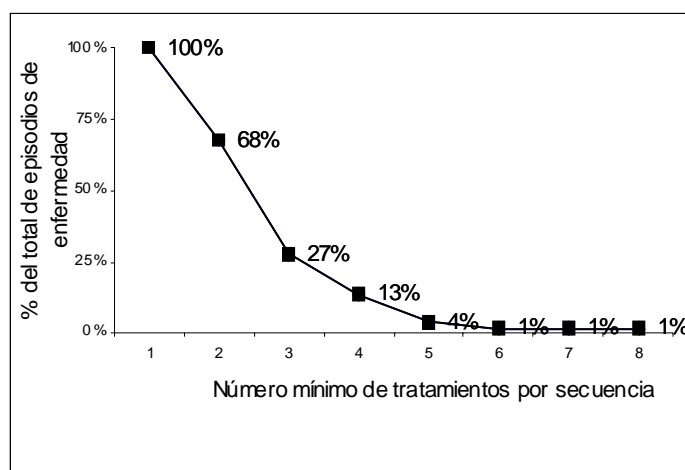
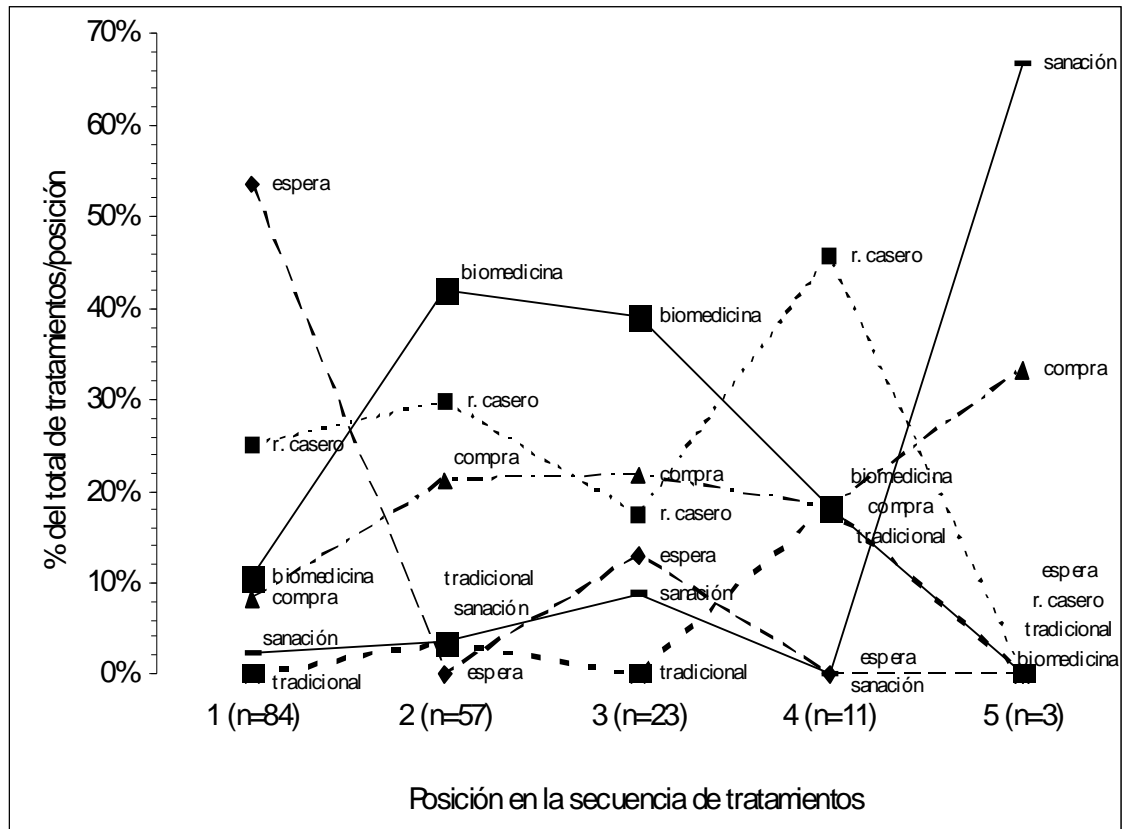


Figura 1. Número de tratamientos por secuencia (n=84).

*Categorías de tratamiento por posición dentro de la secuencia:* La Figura 2 muestra que en la primera posición de las secuencias de tratamientos en la mayoría de los episodios se esperó sin aplicar algún tratamiento (54%), en la cuarta parte de episodios se usó remedios caseros. El 11% de los episodios iniciaron acudiendo a

un profesional de la biomedicina, 8% compraron productos medicinales, 2% acudieron a profesionales de la sanación divina y ninguno reportó haber acudido a un terapeuta tradicional.



**Figura 2.** Proporción de categorías de tratamiento usadas por posición de tratamiento.  
Fuente: elaboración propia.

Conforme se avanza en posiciones de tratamiento las proporciones van cambiando. La espera, por ejemplo sólo fue mencionada otra vez en el 13% de la tercera posición de tratamientos y no fue mencionada en ninguna otra posición. Acudir a profesionales de la sanación divina, aunque siempre se mantuvo con frecuencias absolutas bajas, va aumentando constantemente su proporción dentro de los tratamientos usados. Los remedios caseros representan entre una quinta parte y la mitad de los tratamientos en las primeras cuatro posiciones de tratamiento. Acudir a profesionales de la biomedicina sólo ocupa entre el 10 y 15% en las posiciones 1 y 4, pero es el tratamiento con mayor proporción en las posiciones 2 y 3 (cerca del 40% de los tratamientos). La compra de productos medicinales se mantiene entre el 10 y el 20% en las primeras cuatro posiciones, describiendo una curva similar a la de la consulta con profesionales de la biomedicina. La consulta con terapeutas tradicionales mantiene porcentajes bajos o ausentes en todas las posiciones.



A partir de la posición 6 sólo se tiene 1 episodio, por lo que no se incluye en la gráfica. En la posición 6 acudió a profesionales de la biomedicina, en la posición 7 utilizó remedios caseros y en la posición 8 acudió a profesionales de la sanación divina.

*Secuencias de tratamiento seguidas por los pacientes:* Si las secuencias ocurrieran de manera aleatoria, existirían 1.679.616 combinaciones diferentes (8 posibles posiciones en cada secuencia y en cada una de las posiciones había 6 opciones de tratamiento).

Sin embargo se observaron sólo 37 diferentes secuencias. Esto es el 0.0022% de las posibilidades teóricas. La secuencia que se presentó con mayor frecuencia ("2,6" = esperar, profesional de la biomedicina) sólo se presentó en el 12% de los episodios de enfermedad. La siguiente secuencia más frecuente ("2" = esperar) se presentó en el 11% de episodios. Todas las demás se presentaron en menos del 10% de los episodios. Por otro lado, un número relativamente pequeño de secuencias da cuenta de los tratamientos utilizados en la mayoría de episodios. Las seis secuencias más frecuentes (6 de 37, 16% de las secuencias) describen los tratamientos usados por la mitad de la población. De igual forma, el 67% de los episodios de enfermedad son descritos por únicamente 10 secuencias de tratamientos.

En el cuadro 3 se muestra un listado de secuencias simplificadas. Esto se hizo como un intento de reducir la cantidad de secuencias con frecuencia 1, para aumentar la utilidad de estas secuencias para la parte analítica de este estudio (análisis bivariado y multivariado). El mecanismo empleado fue anular la categoría "2=esperar" en todos los casos en que aparecía, salvo en el que esta categoría era la única presente en una secuencia. También se simplificó a través de eliminar las categorías repetidas en posiciones adyacentes dentro de la misma secuencia (por ejemplo, "3, 7, 7" fue simplificada a "3, 7"). En total se simplificaron 42 secuencias (la mitad del total). Seis de las 42 secuencias simplificadas perdieron 2 de sus posiciones. El resto de secuencias simplificadas perdieron 1 posición. El promedio de pérdida por secuencia es de 0.57.

<b>No.</b>	<b>Secuencias de</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
1	6	19	23%	23%
2	3	15	18%	40%
3	2	9	11%	51%
4	4	9	11%	62%
5	36	7	8%	70%
6	34	3	4%	74%
7	5	2	2%	76%
8	43	2	2%	79%
9	7	1	1%	80%
10	33	1	1%	81%
11	46	1	1%	82%
12	47	1	1%	83%
13	65	1	1%	85%
14	76	1	1%	86%
15	334	1	1%	87%
16	343	1	1%	88%
17	363	1	1%	89%
18	463	1	1%	90%
19	464	1	1%	92%
20	636	1	1%	93%
21	674	1	1%	94%
22	676	1	1%	95%
23	3434	1	1%	96%
24	3463	1	1%	98%
25	343578	1	1%	99%
26	637637	1	1%	100%

Clave: 2=esperar; 3=remedios caseros; 4=compra de productos medicinales; 5=terapeuta tradicional; 6=profesional de la biomedicina; 7=profesional de la sanación divina.

**Cuadro 3.** Secuencias simplificadas de tratamiento seguidas por los pacientes.

Fuente: elaboración propia.

## Una contribución del análisis de redes: resultados por transiciones entre tratamientos

De esta categoría de tratamiento ...	A esta categoría de tratamiento ...								
	Inicio	Esperar	Remedios Caseros	Compra De Medicinas	Terapeutas tradicionales	Profesionales biomedicina	Profesionales sanación divina	Fin	Total
Inicio	0	45	20	8	0	9	2	0	84
Esperar	0	0	12	9	3	17	0	9	50
Remedios Caseros	0	1	5	8	0	7	2	22	45
Compra de medicinas	0	0	4	1	0	4	1	17	27
Terapeutas Tradicionales	0	0	0	0	0	0	1	3	4
Profesionales Biomedicina	0	1	6	1	0	5	2	29	44
Profesionales sanación divina	0	0	0	1	0	2	1	2	8
Fin	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	47	47	28	3	44	9	84	262

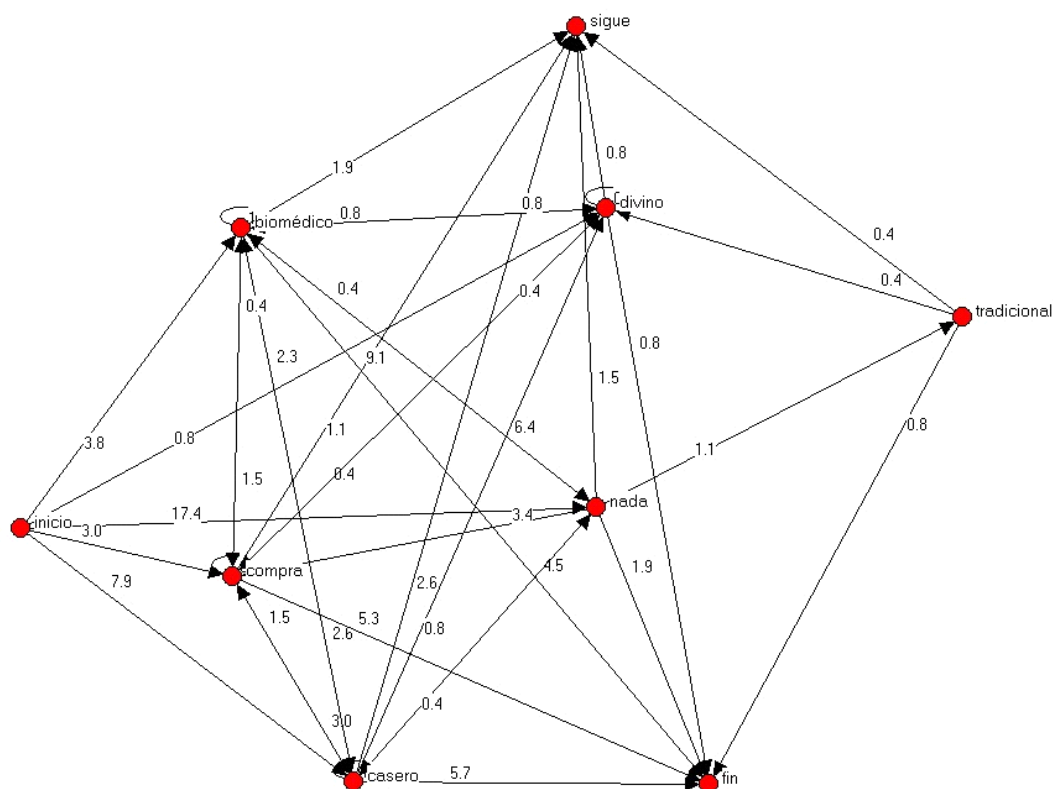
**Cuadro 4.** Frecuencia de transiciones de una categoría de tratamiento a otra para episodios de enfermedad (N=84).

### Resultados por transiciones entre tratamientos

El Cuadro 4 muestra las frecuencias con que se dieron las transiciones entre un tratamiento y otro.

En el cuadro se representa la cantidad de veces que las personas que brindaron cuidados se movieron de una categoría de tratamiento ubicada en filas a una categoría de tratamiento ubicada en columnas. Por ejemplo, la celda que aparece sombreada debe interpretarse de la siguiente forma: hubo 8 veces en que luego de estar administrando remedios caseros se pasó a comprar productos medicinales.

La Figura 3 es una representación gráfica del cuadro 4, hecha con el programa el programa Net Draw, sólo que en esta figura los números representan porcentajes en que se pasó de una categoría de tratamiento a otra (porcentajes con base a las 262 transiciones que se registraron en total entre todos los episodios de enfermedad).



**Figura 3.** Transiciones entre modalidades de tratamiento. Los números representan porcentajes en que sucedió dicha transición (N=262).

Fuente: elaboración propia

Por ejemplo, se observa el nodo en la parte inferior izquierda marcado como “inicio”. Éste tiene sólo flechas de salida porque representa el inicio del episodio de la enfermedad. Las conexiones que se muestran para este nodo son las siguientes: hacia biomédico (profesional de la biomedicina, 3.8% de todas las transiciones), hacia divino (profesional de la sanación divina, 0.8% de todas las transiciones), hacia nada (esperar, 17.4% de todas las transiciones), hacia compra (compra de productos medicinales, 3.0% de todas las transiciones) y hacia casero (remedios caseros, 7.9% de todas las transiciones). De aquí podemos interpretar varios hechos. En primer lugar, no hubo nadie que acudiera inmediatamente después del inicio de la enfermedad a un terapeuta tradicional. Además, la mayoría de las veces la gente lo que hizo fue esperar o recurrir a tratamientos caseros.

En la Figura 3 el nodo que está hacia la derecha, marcado como “terapeuta”, puede advertirse que tiene cuatro conexiones, todas ellas unidireccionales. Hay sólo una flecha que llega hasta el nodo “terapeuta” y viene desde el nodo “nada”. Hay tres flechas que salen del nodo “terapeuta” y van respectivamente a los nodos “divino”, “sigue” y “fin”. Esto puede interpretarse como que en este estudio las personas que acudieron a los terapeutas tradicionales lo hicieron después de estar esperando y

nunca inmediatamente después de estar usando otro tratamiento. Algunos de los episodios de enfermedad llegaron a su fin luego de acudir al terapeuta tradicional, otros continuaban cuando se hizo la entrevista y otros continuaron después acudiendo a un profesional de la sanación divina. También se puede ver que el nodo de los terapeutas tradicionales es el único de los nodos de tratamientos que no tiene una conexión con forma de asa (una flecha que sale y regresa al mismo nodo). Es decir que es el único tratamiento que no se repite a sí mismo.

Tanto en el cuadro 4 como en la figura 3 se observa que existen 48 posibles transiciones, pero no todas ocurren. De hecho sólo ocurren 39 transiciones, o sea el 80% de las que en teoría podrían ocurrir. Esto puede indicar que las decisiones precedentes pueden influir en las subsecuentes y que las personas escogen ciertas transiciones o evitan algunas en particular. Por ejemplo, puede verse que el nodo de profesional de la sanación divina, aunque muestra frecuencias bajas, es el único que recibe conexiones de todas las demás categorías de tratamiento y también que sólo tiene dos flechas que salen hacia otras categorías de tratamiento.

Si se concibe estas transiciones como una red de relaciones entre las diferentes categorías de tratamiento (como se está haciendo en esta sección), es posible calcular algunos indicadores que describan la red de relaciones.

La densidad de la red es la proporción de las relaciones observadas entre el total de relaciones posibles. En el caso de este estudio la densidad es de 98% (desviación estándar de 1.4).

El grado de centralidad de cada uno de los nodos (categorías de tratamiento) está dado por el número de relaciones que posee con otros nodos de la red. En el caso de la red que se está describiendo se habla de la centralidad hacia fuera y centralidad hacia dentro, por el hecho de tener conexiones dirigidas (no interesa únicamente que hay una conexión entre una categoría de tratamiento y otra, sino desde qué categoría y hacia cuál). En la centralidad hacia fuera el nodo "nada" tiene un grado de centralidad de 40%, es decir que utilizó 4 de cada 10 de la totalidad de posibles nexos hacia fuera. Le siguen "casero", con 22%, "biomédico" con 15%, "compra" con 10%, "divino" con 4% y "tradicional" con 1%. Si se ve la totalidad de la red de relaciones, el grado de centralidad hacia fuera fue de 35%. Esto puede interpretarse como que el esperar o los remedios caseros con mucha frecuencia fueron seguidos del uso de otros tratamientos, mientras que los demás generalmente fueron seguidos relativamente menos por otros tratamientos (bien por nos ser usados mucho, o porque fueron los últimos usados en el episodio de enfermedad). Respecto a la centralidad hacia dentro, "biomédico" usó el 34% de

sus posibles conexiones, "casero" usó 26%, "compra" usó 20%, "divino" usó 7%, tradicional usó 3% y "nada" el 2%. El grado de centralidad hacia dentro de toda la red fue de 27%. Esto puede interpretarse como que muchas veces de otros tratamientos se pasó a profesionales de la biomedicina o a remedios caseros, o a comprar productos medicinales. Pocas veces se pasó a profesionales de la sanación divina o a terapeutas tradicionales, o a esperar.

El grado de intermediación es la suma de nodos por el que un nodo tiene que pasar para llegar a otro. Observando la figura VI.3 puede notarse que entre el nodo "inicio" y el nodo "casero" hay una conexión directa, mientras que entre el nodo "inicio" y el nodo "terapeuta" no hay una conexión directa sino a través del nodo "nada". El grado de intermediación pone medidas a esta diferencia de conexión entre "inicio" y los otros dos nodos. Con los datos de este estudio, el grado de intermediación presenta los siguientes valores: "biomédico", 26%; "nada", 20%; "divino", 20%; "casero", 6%; "compra", 6%; "tradicional", 1%. Esto significa que muchas veces entre el cambio de un tratamiento a otro se hizo un "tratamiento intermedio". La mayoría de las veces en que esto sucedió ese tratamiento intermedio fue el profesional biomédico, o el esperar, o el profesional de la sanación divina. Recordar que estos porcentajes se refieren al total de las posibilidades teóricas en que cada uno de estos tratamientos pudo haber sido tratamiento intermedio.

## **Discusión**

Se identificó que no existe un patrón general de autoatención para describir los caminos del enfermo en la población estudiada, pero sí se observó algunas tendencias generales que permiten caracterizar los patrones que la población estudiada sigue en sus prácticas de autoatención.

Una proporción alta de episodios de enfermedad se resolvieron sin acudir a profesionales. El 42% de los casos se resolvieron sin salir de casa, es decir, sólo con remedios caseros o esperando (esto corresponde al 54% del total de tratamientos). El 60% de los que hicieron algún tratamiento (no sólo esperar) lo hicieron sin acudir a profesionales, es decir, solamente con remedios caseros o comprando productos medicinales sin prescripción. La espera es un recurso muy utilizado, pues fue el único que se usó en más de la mitad (54%) de los casos. Sin embargo, es recurrido casi sólo al inicio del episodio. Hubo sólo 3 casos en los que repitió en la posición 3 del camino del enfermo. Estos hallazgos son compatibles con lo reportado por Haro (2000), Freyermuth (1993), Parker (1979), Ryan (1998), Weller y colaboradores (1997), Goldman y colaboradores (2000) y Kroeger (1986).

De cualquier manera, en la mitad de los casos se acudió con algún profesional, la mayoría de las veces un profesional de la biomedicina. Los profesionales de la sanación divina y los terapeutas tradicionales fueron reportados en pocos casos. Esto amerita ser explicado. En primer lugar debe recordarse que los profesionales de la biomedicina incluyen a promotores de salud, de los cuales hay varios activos que viven en el Caserío. Además, hay un centro de salud y una casa de salud comunitaria a aproximadamente 15 minutos del Caserío.

Por otro lado la baja cantidad reportada de atención por terapeutas tradicionales y profesionales de la sanación divina, aunque es consistente con los datos de Ryan debe ser tomada con reservas por las siguientes razones: no hay una definición precisa de lo que son estos profesionales, por lo cual es muy probable que ellos mismos no se identifiquen como tales y la gente no los reconozca como tales. En una investigación operativa que está en proceso acerca de los terapeutas tradicionales que hay en varias comunidades de la bocacosta de Sololá se ha identificado un número elevado de los mismos y la información que ellos dan acerca de la cantidad de pacientes que atienden en un mes es contradictoria con la información del presente estudio. Está claro que los objetivos de esa investigación son distintos, así como los sujetos de estudio, lo cual puede explicar algunas diferencias.

Otra posible explicación que es compatible con hallazgos de otros estudios (Ryan 1998), es que las personas acuden más con este tipo de profesionales cuando se enfrentan a enfermedades de más larga duración. Además hay una línea tenue entre el vecino que sabe curar o que tiene el don de la oración y la persona que hace esto con reconocimiento de la comunidad. También hay personas que hacen más de una de estas actividades terapéuticas, lo que puede dificultar su clasificación. No estoy seguro si tener definiciones más precisas sea una necesidad, en todo caso puede ser una posibilidad a valorar por los profesionales de estas prácticas médicas o por los estudiosos de la antropología médica.

Hubo una tendencia a que los caminos del enfermo fueran cortos. El promedio de tratamientos por episodio fue de 2.1. El 70% de los episodios fue tratado con 2 tratamientos o menos y sólo el 5% recibió más de 4 tratamientos. Por otro lado una buena proporción de los casos fueron resueltos por un único recurso terapéutico. El 10% sólo esperó. El 20% sólo usó remedios caseros o comprados en la tienda. Cerca del 10% sólo fue con algún profesional. Esto concuerda con los hallazgos de Ryan (1998).

Los tratamientos que se eligen al inicio influyen en los tratamientos que se elegirán posteriormente. Esto coincide con los hallazgos de Ryan (1998). En cerca del 25% de episodios se usó el mismo tratamiento más de una vez. Esto sucedió con todos los tratamientos, menos con esperar (que sólo repitió en 7% de los casos) y con terapeutas tradicionales, que no repitió en ningún caso. El que se den o no repeticiones de un mismo tratamiento está en función del tamaño del camino del enfermo ya que en los que fueron mayores de 4 tratamientos se repitió tratamientos en el 90% de los casos, mientras que en los que fueron de 4 ó menos tratamientos sólo hubo repeticiones en el 14% de los casos.

Las categorías de tratamiento parecen tener diferente importancia en las diferentes posiciones del camino del enfermo. Al inicio de los caminos del enfermo hubo de todos los tratamientos, menos terapeuta tradicional. Sin embargo, los más frecuentes fueron la espera y el remedio casero.

Los remedios caseros permanecieron más o menos constantes en todo el camino del enfermo.

Comprar productos medicinales o acudir a un profesional de la biomedicina fueron los tratamientos más usados en las segunda y tercera posiciones del camino del enfermo. Luego la compra de productos permanece presente y la consulta a profesionales de la biomedicina desaparece.

Acudir con terapeutas tradicionales mantiene un aumento sostenido como proporción de los tratamientos, hasta el cuarto tratamiento, luego desaparece.

El acudir a profesionales de la sanación divina va aumentando su importancia conforme aumentan los tratamientos y en los más largos caminos del enfermo ocupa la mayor proporción en los últimos tratamientos.

Estos hallazgos no permiten concordar con Ryan (1998) cuando afirma que hay una tendencia a que los episodios se traten primero en casa y luego puedan seguir o bien un camino hacia fuera de la casa o bien continuarse tratando en casa. Más parece que los datos de este estudio indican que hay condiciones que hacen que las personas decidan acudir o no a recursos terapéuticos que están fuera de casa y en qué momento del camino del enfermo lo hacen.

Los caminos del enfermo no ocurren de manera aleatoria, sino que la gente va escogiendo o decidiendo de acuerdo a criterios que obedecen a cierta lógica. Esto lo demuestra la baja proporción de las combinaciones teóricas de tratamientos que se dieron en la realidad.



La gente que acudió a terapeutas tradicionales lo hizo siempre después de esperar sin tratamiento, sin importar si esto sucedió al inicio o en medio de la secuencia. Después de acudir con terapeutas tradicionales la gente se curó o acudió a la sanación divina, nunca a otro tratamiento.

Se confirma la observación de Ryan (1998) relacionada con que parece ser que las decisiones precedentes influyen en las subsecuentes y que las personas escogen ciertas transiciones y evitan otras. Por ejemplo, a pesar de la baja frecuencia con que se presentó la consulta a profesionales de la sanación divina, la gente escogió ésta después de haber usado cualquiera de los otros tratamientos.

Los remedios caseros y con profesionales de la biomedicina ocuparon posiciones centrales en la red de transiciones de tratamientos.

No puede afirmarse que hay un patrón general de atención como los sugeridos en numerosos estudios. Aunque Igun (1979), Chrisman (1977), Stormont (1986), y Castillo y Mendoza (1986) identificaron un patrón general de atención, en este estudio más bien parecen haber diferentes tendencias que se entrelazan, pero que no forman un patrón general y que están influidas por diferentes condicionantes. Por ejemplo no se confirma que las personas tiendan a acudir inicialmente a terapeutas tradicionales y posteriormente a profesionales de la biomedicina. Es posible que esta diferencia con otras investigaciones esté marcada por las diferencias metodológicas, pero principalmente por el fácil acceso a diferentes recursos terapéuticos que hay en el Caserío estudiado.

## **Bibliografía**

Baer, Hans; Singer, Merrill y Ida Susser (1997). *Medical anthropology and the world system*. Westport (Connecticut): Bergin & Garvey.

Barfield, Thomas (1997). *The dictionary of anthropology*. Oxford (Reino Unido): Blackwell.

Borgatty, S; Everett, M y L Freeman (2002). *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies. Versión de prueba, no registrada. Adquirida desde [www.analytictech.com](http://www.analytictech.com) el 2 de agosto de 2008.

Castillo, Silma y Blanca Mendoza (1986). "Investigaciones operativas sobre medicina tradicional realizadas en los servicios de salud de Guatemala". *Tradiciones de Guatemala*, no. 25, pp. 123-124.

Chrisma, Noel (1977). "The health seeking process: an approach to the natural history of illness". *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1, no. 4, pp. 351-377.

Clarke, Dave (2007). "Intrinsic and extrinsic barriers to health care: implications for problem gambling". *Int J Ment Health Addiction*, vol. 5, pp. 279-291.

Freyermuth, Graciela (1993). *Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Chiapas: Talleres gráficos del Estado.

- Galdas, Paul; Cheater, Francine y Paul Marshall (2005). "Men and health help-seeking behaviour: literature review". *Nursing*, vol. 49, no. 6, pp. 616-623.
- Garrocho, Carlos (1995). *Análisis socioespacial de los servicios de salud: accesibilidad, utilización y calidad*. México D.F.: Colegio Mexiquense y DIF.
- Goldman, Noreen y colaboradores (2000). "Choices about treatment for ARI and diarrhea in rural Guatemala". California Center for Population Research – University of California, Los Angeles. On-Line working Paper Series. CCPR-006-00.
- Good, Byron (1994). *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hardy, Thomas y José Porras (s/f). *Manual introductoria para el uso del programa UCINET*. Obtenido de [www.arschile.cl](http://www.arschile.cl), accesado el 25 de junio de 2006.
- Haro, Jesús (2000). "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud". En Perdiguero, E. y J. Comelles. *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- Igun, U.A. (1979). "Stages in health-seeking: a description model". *Soc Sci Med*, vol. 13A, no. 4, pp. 445-456.
- Kroeger, Axel (1986). "Errores de respuesta y otros problemas de las encuestas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo". *Bol Of Sanit Panam*, vol. 100, no. 3, pp. 253-280.
- Menéndez, Eduardo (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Barcelona: Mimeografiado.
- Parker, Robert y colaboradores (1979). "Self-care in rural areas of India and Nepal". *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 3, pp. 3-28.
- Pescosolido, Bernice (1992). "Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help". *AJS*, vol. 97, no. 4, pp. 1096-1138.
- Ryan, Gery (1998). "What do sequential behavioural patterns suggest about the medical decision-making process?: modelling home case management of acute illnesses in a rural Cameroonian village". *Soc. Sci. Med.*, vol. 46, no. 2, pp. 209-225.
- Snowden, Lonnie y Ann-Marie Yamada (2005). "Cultural differences in access to care". *Annu Rev Clin Psychol*, vol. 1, pp. 143-166.
- Stormont, Julia (1986). "Estudio preliminar acerca de recursos terapéuticos utilizados en una area marginal de la ciudad de Guatemala". *Tradiciones de Guatemala*, no. 25, 122-123.
- Weller, Susan y colaboradores (1997). "Predicting treatment-seeking behavior in Guatemala: a comparison of the health services research and decision-theoretic approaches". *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 11, no. 2, pp. 224-245.
- Young, Allan (1982). "The anthropologies of illness and sickness". *Ann Rev Anthropol*, vol. 11, pp. 257-285.
- Young, J.T. (2004). "Illness behaviour: a selective review and synthesis". *Sociology of Health & Illness*, vol 26, no. 1, pp. 1-31.