

**POR UNA ANTROPOLOGÍA MÉDICA CRÍTICA
HOY. REFLEXIONES A PARTIR DE UNA
INVESTIGACIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS
GASTROINTESTINALES DE LOS NIÑOS QUE
PERTENECEN A UNA MINORÍA ÉTNICA EN CANADÁ***

LILIANA GÓMEZ CARDONA **

Universidad de Montreal · Canadá

*Esta investigación titulada “Facteurs socioculturels de protection et de vulnérabilité dans l’apparition et l’évolution des troubles fonctionnels de l’intestin: les perspectives de l’enfant et de sa famille et leur recours aux services de santé” estuvo dirigida por la Ph. D. Sylvie Fortin (Universidad de Montreal), codirigida por el Ph. D. Gilles Bibeau (Universidad de Montreal), el Dr. Christophe Faure (Hospital Sainte Justine) y Andrée Rasquin (Hospital Sainte Justine). Fue coordinada por A. Gauthier (Ph. D. en Ciencias Sociales Aplicadas) con quien la autora trabajó como asistente. Este proyecto estuvo financiado por el FRSQ-Fonds de la recherche en santé du Québec (Fondo de investigación en salud de Quebec) entre 2008 y 2011.

**ligomcar7@yahoo.es

Artículo de investigación recibido: 1.º de agosto del 2013 · Aprobado: 28 de marzo del 2014

RESUMEN

En este artículo presentamos algunas reflexiones en torno a las perspectivas teóricas de la antropología médica, principalmente las perspectivas interpretativa, fenomenológica y crítica, articuladas a los resultados de nuestra investigación sobre los problemas gastrointestinales padecidos por familias haitianas que migraron a Canadá. Se evidencia el carácter polisémico de estos problemas, la negociación de explicaciones tradicionales en la sociedad actual, y que la experiencia individual con tales problemas trasciende la separación mente-cuerpo, en la que se involucran las relaciones sociales. Las condiciones político-económicas en ese país y el legado hereditario colonial influyen sobre dicho problema en los niños y sus familias. Defendemos una perspectiva antropológica complementaria que integre aproximaciones teóricas, que sea sensible y crítica ante el contexto macrosocial, los códigos semiológicos culturales y la dimensión experiencial de los procesos de salud-enfermedad.

Palabras clave: antropología crítica, antropología médica, Canadá, familias, minorías étnicas, niños, sufrimiento social, trastornos gastrointestinales.

TOWARD A CRITICAL MEDICAL ANTHROPOLOGY FOR TODAY. REFLECTIONS ON THE BASIS OF A RESEARCH PROJECT REGARDING GASTROINTESTINAL PROBLEMS IN CHILDREN FROM AN ETHNIC MINORITY IN CANADA

ABSTRACT

The article presents a series of reflections on the theoretical perspectives of medical anthropology, mainly the interpretive, phenomenological, and critical perspectives, on the basis of our research project regarding the gastrointestinal problems suffered by Haitian families immigrants to Canada. The results showed the polysemic nature of those problems, the negotiation of traditional explanations in contemporary society, and the fact that individual experience of such problems transcends the mind-body separation, given the involvement of social relations. The political and economic conditions and the colonial legacy of that country influence the problem suffered by the children and their families. We argue for a complementary anthropological perspective that is sensitive and critical with respect to the macro-social context, the cultural semiological codes, and the experiential dimension of health-illness processes.

Keywords: critical anthropology, medical anthropology, Canada, families, ethnic minorities, children, social suffering, gastrointestinal disorders.

POR UMA ANTROPOLOGIA MÉDICA CRÍTICA HOJE. REFLEXÕES A PARTIR DE UMA PESQUISA SOBRE OS PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS DAS CRIANÇAS QUE PERTENCEM A UMA MINORIA ÉTNICA NO CANADÁ

RESUMO

Neste artigo apresentamos algumas reflexões sobre as perspectivas teóricas da antropologia médica, principalmente as perspectivas interpretativa, fenomenológica e crítica, articuladas aos resultados de nossa pesquisa sobre os problemas gastrointestinais padecidos por famílias haitianas que migraram ao Canadá. Evidenciam-se o caráter polissêmico, a negociação de explicações tradicionais na sociedade atual e que a experiência individual com esses problemas transcende a separação mente-corpo, na qual se envolvem as relações sociais. As condições político-econômicas nesse país e o legado hereditário colonial influenciam sobre o problema nas crianças e em suas famílias. Defendemos uma perspectiva antropológica complementar que integre aproximações teóricas, que seja sensível e crítica ante o contexto macrosocial, os códigos semiológicos culturais e a dimensão experimental dos processos de saúde-doença.

Palavras-chave: antropologia crítica, antropologia médica, Canadá, famílias, minorias étnicas, crianças, sofrimento social, transtornos gastrointestinais.

INTRODUCCIÓN

La antropología médica estudia los problemas de salud de los seres humanos y los sistemas de curación dentro de su contexto social y cultural. Esta rama de la disciplina antropológica se ha apoyado en las ciencias sociales, biológicas y clínicas y ha contribuido significativamente a la comprensión y el mejoramiento de los problemas y servicios de salud en diferentes partes del mundo. La antropología médica ha venido adquiriendo mayor importancia durante los últimos años. Prueba de ello es el incremento de publicaciones, programas de formación, encuentros, conferencias e influencias por fuera de la disciplina. Así mismo, esta subdisciplina aporta un espacio óptimo para integrar diversas perspectivas, el cual puede servir de ejemplo para la antropología en general.

Situar el origen de esta subdisciplina en un momento preciso es difícil. Descripciones etnográficas y análisis sobre los sistemas de curación y religiosos existen desde el inicio mismo de la antropología. Un ejemplo que encontramos a comienzos del siglo xx es el de W. Rivers, médico y antropólogo inglés, quien compiló de manera sistemática información etnográfica sobre los sistemas médicos y de parentesco, entre otros, en diferentes sociedades de la Melanesia y del sur del continente asiático. Sin embargo, la antropología médica comenzó a consolidarse y a recibir tal denominación durante los años 60 del siglo pasado.

Esta subdisciplina no está constituida por un solo paradigma teórico, sino que se han desarrollado diferentes aproximaciones teóricas durante los últimos decenios. Tal situación ha llevado en algunas ocasiones a debates entre las distintas posturas, como aquel existente entre las aproximaciones culturalistas y críticas. De una manera general, podemos identificar cinco aproximaciones fundamentales: la etnomedicina¹, la antropología biológica², la epidemiología ecológica³,

1 Estudio de las medicinas tradicionales.

2 La antropología biológica se interesa en la antropometría, la genética de las poblaciones, la anatomía comparada y los procesos de humanización.

3 La epidemiología ecológica estudia las variaciones biológicas de los humanos en función del ecosistema, así como la interacción entre los comportamientos humanos, los agentes patógenos, el medio ambiente y la producción de enfermedades infecciosas y no infecciosas en los humanos.

la antropología médica y clínica interpretativa⁴, y la antropología crítica⁵. A pesar de estas diferentes perspectivas, los antropólogos médicos comparten una premisa básica: la comprensión de los fenómenos de salud-enfermedad-curación como el resultado de la articulación de la ecología, la biología y la cultura, es decir, como un proceso que debe entenderse de manera holística dentro de un contexto de diversidad biológica y cultural de los seres humanos.

Para nuestra investigación nos apoyamos principalmente en las dos últimas aproximaciones mencionadas, es decir, en la antropología médica interpretativa y en la antropología crítica. Esta selección responde a la naturaleza específica de nuestra pregunta de investigación y al método cualitativo (trabajo de campo) desarrollados. Reconocemos los aportes de la epidemiología ecológica, de la antropología biológica y de las otras propuestas que utilizan metodologías cualitativas y cuantitativas para comprender los procesos de salud-enfermedad en su pluridimensionalidad. Sin embargo, nos alejamos de los objetivos de los modelos epidemiológicos y de los estudios transculturales, ya que no buscamos generalizar nuestros resultados ni producir análisis estadísticos, sino que nos interesa la comprensión de los fenómenos dentro de su contexto particular. Tampoco tenemos como premisa epistemológica la objetividad, ni concebimos nuestros objetos de estudio en términos de *'grupos y poblaciones de riesgo'* ni de *'comportamientos individuales'*, sino que estos son para nosotros sujetos y actores que poseen unas maneras propias de dar sentido a lo que viven y hacen. De la misma manera, damos un espacio preponderante a los temas importantes para las personas y su forma de concebir los problemas de salud, y no nos ceñimos a un conjunto de variables rígidas previas a la investigación ni organizamos la realidad en términos de patologías biomédicas.

Así tenemos en cuenta las representaciones, los significados y las explicaciones que los individuos y los grupos de personas tienen con respecto a las enfermedades y a los procesos de salud. Dentro de esta perspectiva interpretativa, la cultura es vista como un sistema de significados, como una red semántica que constituye la base del comportamiento de las personas y de los modelos que utilizan para entender,

4 Más tarde desarrollaremos esta aproximación.

5 Hablaremos de esta aproximación posteriormente.

prevenir y tratar los problemas de salud. Los antropólogos médicos que siguen dicho enfoque han tomado dos principales orientaciones teóricas y metodológicas: la interpretativa y la fenomenológica. Algunos de ellos también se han interesado en desarrollar una antropología aplicada.

Entre los primeros exponentes de la corriente interpretativa (o hermenéutica) encontramos a H. Fabrega, A. Kleinman y B. Good durante los años setenta. Los investigadores que siguen esta aproximación intentan establecer conexiones entre los sistemas de significados, los procesos biológicos y el medio ambiente, enfatizando la influencia que ejerce la cultura sobre las experiencias de enfermedad y sufrimiento. B. Good y M.-J. DelVecchio-Good desarrollaron una aproximación que gira en torno del significado y de las redes semánticas de la experiencia personal en la cual se inscribe la enfermedad. Estos antropólogos estadounidenses (profesores de la Universidad de Harvard) consideran que la dimensión narrativa es la fuente a partir de la cual las personas moldean y elaboran sus experiencias. En este orden de ideas, los relatos de los individuos ocupan un lugar central a partir del cual analizar el significado de la enfermedad, ya sea que tomen la forma de una red semántica (Good y DelVecchio 1984) o de un modelo explicativo (Kleinman 1980). A partir de esta propuesta, varios antropólogos médicos han realizado estudios sobre diferentes temas, tomando como base lo que las personas cuentan sobre sus experiencias de enfermedad⁶.

Así mismo, se han desarrollado algunos conceptos con el fin de refinar el análisis de este campo de estudio. Al respecto, se cuenta con el aporte de antropólogos anglosajones, como L. Eisenberg, investigador y psiquiatra norteamericano, quien estableció hacia finales de la década de los años setenta una distinción entre las dimensiones y percepciones de la enfermedad, gracias a los matices que ofrece el idioma inglés con los conceptos de *illness*, *disease* y *sickness*. El primero de estos términos hace referencia a las diferentes percepciones, clasificaciones, significados, explicaciones y reacciones que tienen las personas con respecto a los problemas de salud. La noción de *disease*, por su parte, se refiere a la realidad física y fisiológica de la enfermedad desde

6 Algunos ejemplos son: los estudios transculturales sobre la psicosis realizados por B. Good y DelVecchio (1993) y los estudios sobre la depresión, la somatización y la epilepsia en China llevados a cabo por A. Kleinman (1986).

el punto de vista médico, es decir, a la anormalidad estructural o funcional de un órgano o del sistema psicológico. Finalmente, una tercera dimensión de la enfermedad ha sido aprehendida con el concepto de *sickness*, el cual tiene en cuenta su carácter intersubjetivo y socializado; esta es la manera generalizada y colectiva mediante la cual un grupo de personas entiende una enfermedad y actúa con respecto a ella.

Igualmente, autores como Kleinman (1988) han llamado la atención sobre los procesos de negociación colectiva en los que se generan los significados que se les da a las enfermedades. Dentro de este contexto, no solamente existen representaciones sociales sobre la enfermedad, las cuales son compartidas por los grupos de individuos, sino que cada familia le atribuye un significado y un sentido particular. Es más, al interior de una familia, cada uno de sus miembros puede dotar de un sentido particular la experiencia de enfermedad que está viviendo. Así, es importante tener en cuenta la perspectiva de los diferentes actores, junto con el proceso intersubjetivo y el contexto social en el que estos dan sentido a sus problemas de salud. Algunos ambientes sociales, sobre todo la familia, el medio laboral y las condiciones cotidianas, nutren las expresiones de aflicción, los *idiomas de sufrimiento* y la manera particular de hablar de una enfermedad.

Se han hecho varias críticas a esta perspectiva de la antropología médica, principalmente por su tendencia culturalista y porque hace un énfasis excesivo en las representaciones de la enfermedad. Según Bibeau (1996), al sobreinterpretar los relatos de las personas se corre el riesgo de pensar la cultura como un megatexto, riesgo que comparten la antropología y las ciencias sociales contemporáneas en general. Para no caer en dicho riesgo, es necesario concebir las enfermedades como un proceso de interpretación inacabado, que se construye intersubjetivamente. De la misma manera, los saberes sobre el cuerpo y la enfermedad no son productos acabados, sino que son matrices de sentido, potenciales, que se activan durante los episodios de enfermedad. Dichos episodios constituyen un punto de partida, un dispositivo que activa la atribución de sentido que se le da a la enfermedad, el cual está enraizado en la historia de vida del enfermo. Los sistemas de significado y de explicación de la enfermedad no deben pensarse como formas reificadas preexistentes. Además, como lo señalaron (Leslie et ál. 1992) entre otros, en los años ochenta, las sociedades contemporáneas se

caracterizan por la coexistencia de diferentes tradiciones culturales, de suerte que las formas de entender y de explicar la enfermedad son a menudo el producto de sincretismos, de mestizajes y negociaciones entre la biomedicina, las etnomedicinas y los sistemas médicos tradicionales, alternativos y populares.

Por otra parte, en cuanto a la otra orientación de la antropología médica interpretativa, la fenomenológica, se trata de establecer una relación entre la dimensión fenomenológica-experiencial que viven las personas, los códigos semiológicos y el contexto macrosocial. Así, algunos de los aspectos centrales en esta tendencia son: una mayor sensibilidad a la noción de experiencia, a las emociones y a la individualidad. Varios de los antropólogos norteamericanos que siguen esta corriente se han inspirado en la fenomenología europea para sus reflexiones. En general, estos son tributarios de tres importantes corrientes de la filosofía moderna y de las ciencias sociales. Por un lado, la fenomenología europea, según la cual la estructura de la subjetividad se halla en la experiencia de los sujetos, en el *estar-en-el-mundo*, y cuyos representantes más conocidos son Merleau-Ponty, Husserl y Sartre. La segunda corriente se deriva de la concepción weberiana de la interpretación, la cual hace énfasis en la necesidad de verificar la intencionalidad de los actores para comprender los actos sociales. Así mismo, las nociones de condiciones vividas, experiencias individuales, usos pragmáticos de los códigos culturales y los comportamientos reales de las personas ocupan un lugar importante dentro de esta. La última influencia que han tenido las ciencias sociales norteamericanas se relaciona con la noción de experiencia corporal, según la cual en cada cultura se genera una determinada experiencia corporal, que moldea la racionalidad y la dimensión semántica. Dentro de esta corriente se rechaza la separación tajante entre cuerpo y mente, entre cognición y emoción, entre razón e imaginación. Por el contrario, dichas estructuras se conciben como siendo determinadas por las experiencias físicas y corporales de los individuos, de tal manera que el cuerpo y las emociones constituyen el núcleo a partir del cual se produce la cognición y la cultura. Entre los principales representantes de esta línea de pensamiento encontramos a Csordas, Lakoff y a M. Johnson.

Finalmente, en lo que concierne al quinto grupo de antropólogos médicos, estos han recibido una fuerte influencia de la corriente constructivista y de intelectuales posmodernistas como M. Foucault.

Dentro de este paradigma, las enfermedades, el cuerpo y la salud se conciben como realidades que se producen en un contexto cultural e histórico específico. Toda enfermedad es vista como el producto de una relación dialéctica entre los códigos culturales, los procesos biológicos y la capacidad de agencia⁷, que hasta cierto punto ejercen los actores sociales. Así mismo, estas realidades no se entienden por fuera de las relaciones de poder y sociales de una institución hegemónica como la biomedicina, sino que les sirven de marco y las moldean (Kleinman 1988, Pandolfi 1993, Lock 2002, Schepher-Hugues y Lock 1987, Fassin 1996). Una buena parte de los estudios realizados dentro de esta corriente antropológica ha promovido una posición crítica con respecto de la biomedicina, haciendo énfasis en la alienación y la deshumanización que genera esta institución, en la fragmentación del cuerpo y de la enfermedad, el reduccionismo biológico, la cada vez mayor tecnificación y burocratización, y su hegemonía e intolerancia frente a otras formas de conocimiento. Otros temas que han sido igualmente desarrollados dentro de esta corriente tienen que ver con la construcción (y deconstrucción) social de las categorías patológicas (como la de “riesgo”); la utilización simplista de la noción de racionalidad dentro de los modelos preventivos en salud pública (Young 1981, Bibeau 1997); la separación de cuerpo y mente dentro de la concepción de la persona (Lock y Schepher-Hughes 1996); la medicalización de las diferentes esferas de la vida de las personas; los usos políticos, ideológicos y económicos de los programas de prevención; la lucrativa industria farmacéutica y el acceso inequitativo a los servicios y tecnologías de la salud.

Este grupo de antropólogos médicos se inscribe dentro de una perspectiva de la economía política y crítica que desde los años 90 ha cuestionado las relaciones de poder, las estructuras reproductoras de desigualdad social, las diferentes formas de violencia e injusticia social y su incidencia sobre la salud de las personas. Estos se basan en un enfoque marxista mediante el cual buscan entender la manera como las fuerzas político-económicas macrosociales afectan la salud de la gente y la estructura de los sistemas de salud. De acuerdo con estos antropólogos críticos, para comprender las concepciones populares de

7 La noción de *agencia* entendida como la capacidad que posee una persona para tomar decisiones y para actuar en el mundo social (Giddens 1995).

los procesos de salud-enfermedad y los itinerarios terapéuticos de las personas, es fundamental tener en cuenta el contexto macrosocial en el que estos se inscriben.

De manera general, podemos decir que en las dos últimas corrientes mencionadas de la antropología médica, una de las tareas principales es la de desarrollar una comprensión de la cultura y de la vida social en donde estas sean vistas como una negociación de significados, como construcciones sujetas a reformulación, siempre inscritas dentro de relaciones sociales. Planteamos que esta tarea conlleva, implícitamente, un interés marcado por situar a los sujetos dentro de su contexto, y que dicha inquietud por contextualizar la vida de las personas se hace fructífera, gracias al trabajo etnográfico y a una apertura a aproximaciones teórico-metodológicas mixtas.

UNA APERTURA A LAS APROXIMACIONES MIXTAS

Además de las críticas a la perspectiva hermenéutica de la antropología médica, las cuales sostienen, principalmente, que las formas de sufrimiento son reificadas y confinadas a categorías cerradas y monolíticas, también encontramos el cuestionamiento sobre la pertinencia de analizar las redes de significado de la enfermedad. La antropología médica crítica que emergió de la relectura de las relaciones y los dispositivos de poder de Foucault y de una economía política de la salud, atacó las aproximaciones interpretativas, tildándolas de culturalistas, poco comprometidas y centradas en el estudio de las redes de significado y no en las redes que mistifican las inequidades ni en el estudio de las causas estructurales de los problemas de salud. Estas posiciones cayeron en una polarización que llevó, en ciertos casos, a desaprobado los estudios no comprometidos políticamente con respecto de las violencias estructurales productoras de patologías del poder inscritas en las desigualdades de clase, la violencia política, el racismo, las políticas de salud y las relaciones de poder entre los países del norte y los países del sur (Farmer 2003, Castro y Singer 2004).

Con el objetivo de trascender dicha polarización, varios investigadores han propuesto una “tercera vía”: la conciliación de perspectivas, tanto en el ámbito epistemológico como en el metodológico. En este sentido, algunos investigadores han desarrollado una aproximación que se concentra en el estudio de los intersticios entre los cuerpos

político, social e individual (Lock y Sheper-Hughes 1996); otros han propuesto una perspectiva genealógica de la salud, una aproximación multidimensional de las aflicciones (Fassin 2004); otros han defendido una etnoepidemiología que concilie los imperativos cuantitativos (de medición) con la comprensión de los significados de la enfermedad (Massé 2001); una aproximación tridimensional que sea a la vez interpretativa, fenomenológica y crítica-histórica (Bibeau 1996); una lectura de los diferentes niveles de la enfermedad, es decir, el sufrimiento visto como experiencia y como producto social (Kleinman, Das y Lock 1997, Das et ál. 2001); y una perspectiva que integre los niveles micro-, meso- y macrosociales e individuales (Singer y Baer 1995).

Nuestro trabajo se inscribe dentro de esta tendencia. En efecto, estamos de acuerdo con mantener una apertura frente a la integración de niveles de análisis. Buscamos una complementariedad de aproximaciones que tenga en cuenta las dimensiones individual y social del sufrimiento y de la enfermedad. En este sentido, en nuestra investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños de familias inmigrantes, adoptamos una perspectiva que combina diferentes aproximaciones metodológicas. Este sistema conjuga la hermenéutica, la etnografía y, en últimas, el interés por leer los significados a través de los relatos de las personas y de las prácticas que se inscriben en la realidad social. Esta perspectiva se ha inspirado en un modelo desarrollado por investigadores canadienses, el cual se conoce con el nombre de sistema de signos, significados y acciones (Bibeau y Corin 1994).

Mediante este modelo empírico-analítico, se trata de hacer emerger la estructura de los significados, los núcleos alrededor de los cuales estos se generan, y que se hallan latentes en la forma como los individuos describen, interpretan y reaccionan frente a la enfermedad. Así, aprehendemos la manera como las personas perciben e interpretan un problema de salud, el lugar que este ocupa dentro de sus vidas y las explicaciones que al respecto consideran como aceptables (Bibeau 1991). Igualmente, dilucidamos las reacciones que las personas adoptan con respecto de su problema, así como las acciones y soluciones que llevan a cabo en su medio social.

La articulación de los síntomas, explicaciones y reacciones de los actores sociales constituye otra de las etapas de este modelo. En esta, se identifican las tendencias y la lógica mediante las cuales las personas or-

ganizan la dimensión semiológica, semántica y pragmática asociadas al problema que están viviendo. Los significados y la dimensión semántica de la enfermedad son aprehendidos por medio de estudios empíricos en los que se debe guardar una distancia prudente entre la experiencia y los relatos, entre el contexto, los significados y las prácticas de los actores para no caer en una reificación de los mismos. Igualmente, otra de las etapas de este modelo consiste en el análisis de las dimensiones meso- y macrosociales en las que se inscribe la vida cotidiana de las personas y en el estudio de la manera como estas se ven reflejadas en sus problemas de salud y afectan su bienestar. Así se analiza el sistema social, político y económico que circunscribe la vida cotidiana de las personas.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES

Tras una extensa revisión de estudios epidemiológicos recientes, podemos resumir los siguientes datos con respecto al problema de salud que estudiamos. La prevalencia de los trastornos gastrointestinales funcionales es del orden del 10% al 15% entre la población mundial (Barakzai, Gregory y Fraser 2007). Entre la población infantil, cerca del 10% de los niños de diferentes partes del mundo padece este problema gastrointestinal (Baretic, Jurcic y Mihanovic 2002; Ramchandini et ál. 2007). En las clínicas pediátricas especializadas en gastroenterología, los trastornos gastrointestinales funcionales figuran entre los principales motivos de consulta. De manera general, el incremento de intercambios y de migraciones entre los distintos países del mundo ha llevado a que las tasas de prevalencia de estos trastornos en los países poco industrializados tiendan a igualar aquellas de Norteamérica y de los países europeos. Las causas de estas variaciones no son claras. Sin embargo, algunos investigadores llaman la atención sobre las formas particulares de utilizar los servicios de salud y de realizar los procedimientos diagnósticos (Kang 2005). Otros, en cambio, apelan a factores alimentarios y psicosociales como la urbanización, la industrialización y el estrés (Gwee, Kok-Ann y Ghoshal 2009). En lo que concierne a los factores culturales que intervienen en este tipo de desórdenes, estos no han sido suficientemente explorados, pero varios especialistas han llamado la atención sobre el interés que conlleva su identificación (Kang 2005, Chang et ál. 2006).

Los trastornos gastrointestinales funcionales constituyen un reto para los médicos, tanto en lo que atañe a sus causas como a su tratamiento. La ausencia de alteración estructural, bioquímica o metabólica hace que estos sean considerados como un desorden funcional. Aunque los conocimientos al respecto han aumentado durante los últimos años, aún falta mucho por dilucidar (Howell et ál. 2004). Actualmente, la medicina no cuenta con explicaciones ni tratamientos eficaces para este tipo de problemas funcionales (Cathébras 2006). Debido a la dificultad que conlleva el dar una explicación clara de estos síntomas, los médicos han tenido que apoyarse en algunos criterios con el fin de plantear un diagnóstico. Es así que los gastroenterólogos han creado el manual diagnóstico *Roma III*, que contiene una información detallada de los síntomas que aquejan a los pacientes. Para establecer el diagnóstico de trastorno gastrointestinal funcional, es necesario que durante los doce meses anteriores a la consulta médica, la persona se haya quejado por un lapso mínimo de doce semanas de un dolor persistente y frecuente alrededor del abdomen. Este dolor debe afectar las actividades cotidianas de la persona que lo padece y puede llegar a ser tan intenso, que la despierta o le impide dormir durante la noche.

Una perspectiva biopsicosocial aporta algunos elementos que ayudan a comprender la aparición y la evolución de los trastornos gastrointestinales funcionales, según la cual en este proceso entra en juego una interacción recíproca de factores biológicos, psicológicos y sociales. La hipótesis más aceptada para explicar la aparición del dolor plantea que existe una mezcla de actividades sensoriales y motrices del cerebro y del tubo digestivo. Así, la información que entra del exterior a través de nuestros sentidos y percepciones (emociones, pensamiento, visión) puede afectar las sensaciones gastrointestinales, la motilidad, la secreción de hormonas y la inflamación (Drossman 2000). Esta acción fisiológica tendría entonces una influencia sobre el sistema endocrino, la función inmunitaria y el comportamiento humano. Dentro de este modelo conceptual, varios factores favorecen los procesos fisiológicos (la motilidad anormal e hipersensibilidad visceral), los procesos psicológicos (ej.: la susceptibilidad al estrés de la vida cotidiana), el estado psicológico (ej.: las maneras de manejar el dolor, el soporte social con el que cuenta el paciente). Entre estos factores encontramos aquellos de tipo genético, al igual que factores medioambientales de los pri-

meros años de vida, la educación familiar con respecto al consumo de alimentos y la digestión, las vivencias de pérdida o de abuso vividas y que dejaron marca, la exposición a infecciones, los tipos de somatización y las maneras de expresarla a través de relatos de enfermedad y de sufrimiento, transmitidas por la familia (Kirmayer Y Young 1998). Estos procesos interactúan por medio de la acción del sistema nervioso central y del sistema nervioso entérico (del intestino). De esta interacción se deriva un tipo de agencia particular de los síntomas por parte de cada paciente, el cual influye sus reacciones y su respuesta a la enfermedad.

Los datos y la información que aportan los estudios epidemiológicos y médicos mencionados ofrecen un panorama general de la presencia y distribución de los trastornos gastrointestinales funcionales dentro de la población. A pesar de que los estudios epidemiológicos ofrecen datos importantes que nos permiten situar el estado actual de estos trastornos, es importante tener en cuenta que sus instrumentos de medida tienen una capacidad limitada para dar cuenta de toda la realidad que implica la experiencia de los problemas gastrointestinales. Por otro lado, en lo que tiene que ver con la explicación médica sobre las causas de estos trastornos, vimos cómo estas son parcialmente claras y quedan aún algunos vacíos en su comprensión. De la misma manera, el tratamiento eficaz del problema está por desarrollarse. El conocimiento de los factores culturales asociados a la evolución de los trastornos gastrointestinales tampoco se ha desarrollado (Howell et ál. 2004), y varios investigadores recomiendan su estudio dentro de contextos de diversidad etnocultural (Kang 2005, Chang et ál. 2006).

Estas limitaciones, tanto de la perspectiva epidemiológica y estadística como del punto de vista médico, hacen que un estudio cualitativo sea pertinente por varios motivos: primero, una aproximación cualitativa alrededor de los problemas nos permite explorar los aspectos sociales y culturales que entran en juego en su aparición y evolución; segundo, acceder a la experiencia de las personas que padecen dichos síntomas complementa el panorama general aportado por la epidemiología y nos permite observar lo que sucede en la realidad de dicho proceso de enfermedad; tercero, el acceso a diferentes niveles de análisis como la vivencia personal, los hábitos cotidianos de las personas, la dinámica familiar con respecto de los síntomas y de su tratamiento, los

recursos movilizados, las condiciones de vida y su carácter estresante o no estresante, pueden ayudar a aclarar los aspectos relacionados con sus causas y su cronicidad o mejoramiento.

Es en este sentido que se conformó un equipo multidisciplinario con el fin de responder a las inquietudes; más puntualmente, esta investigación buscaba comprender por qué las familias de diferente origen étnico y cultural (diferente al grupo mayoritario local de Quebec) casi no consultaban los servicios de gastroenterología del Hospital Universitario Sainte-Justine por los dolores abdominales de sus niños. Esta inquietud acompañaba a algunos médicos especialistas de la unidad clínica, quienes, frente al aumento de los desórdenes gastrointestinales en todo el mundo y a la población inmigrante en Montreal, se unieron a un grupo de antropólogos para trabajar juntos sobre la cuestión.

Inicialmente se plantearon tres posibles hipótesis con respecto de la poca presencia de familias inmigrantes en la clínica de gastroenterología. En primer lugar, se pensaba que las familias no conocían o no estaban familiarizadas con la utilización de los servicios de salud en la ciudad de establecimiento. En segundo lugar, se creía que los padres desatendían las quejas de sus hijos y no las consideraban un motivo de consulta médica. En tercer lugar, se pensaba que las familias inmigrantes ponían en marcha distintas estrategias (culturales, tradiciones etnomédicas) para aliviar los síntomas de sus niños, de suerte que estos se calmarían y no les era necesario consultar.

Las dos primeras hipótesis resultaron falsas y nos llevaron a descubrir que la relación de las familias con los servicios de salud también tenía que entenderse a partir de su contexto de migración y de violencia política. Así mismo, era necesario adentrarse en las dinámicas familiares y escolares para conocer el silencio en el que a veces eran vividos los síntomas por parte de los niños. Finalmente, la última de las hipótesis reveló aspectos interesantes respecto de los conocimientos sobre el cuerpo y la salud de las familias que emigraron al norte del continente americano.

NOTA METODOLÓGICA

El presente artículo se concentra en un trabajo etnográfico alrededor de un grupo de familias de origen haitiano, que emigraron a Montreal, Canadá. Como lo acabamos de mencionar, este documento

se inscribe en una investigación multidisciplinaria más amplia, cuyo principal objetivo era el de comprender por qué las familias migrantes casi no consultaban los servicios de gastroenterología del Hospital Sainte-Justine (de la Universidad de Montreal) por los dolores abdominales de sus niños. Esta pregunta era acuciosa ya que se observaba un incremento de consultas por trastornos gastrointestinales, un aumento de este problema dentro de la población infantil en diferentes lugares del planeta, y debido a la importante presencia de población inmigrante en Canadá. Para este trabajo de maestría, quisimos estudiar los migrantes de origen haitiano⁸ porque ellos portan una cultura médica significativa, representada principalmente por la medicina criolla haitiana y por el vudú (Brodwin 1996, Laguerre 1987) y a que se conoce poco sobre sus prácticas terapéuticas y sobre los motivos para no consultar los servicios médicos. Además, este grupo poblacional constituye una de las minorías étnicas más numerosas en Montreal⁹.

Nuestra investigación siguió una metodología de tipo cualitativo, basada en la realización de entrevistas semiestructuradas y observaciones. En total, tuvimos acceso a cinco familias de origen haitiano, que habían inmigrado a Canadá durante los últimos años. Inicialmente, quisimos tener acceso a un mayor número de familias, pero encontramos algunas dificultades durante su “reclutamiento” y ciertas limitaciones de tiempo. Las estrategias que utilizamos para acceder a las familias que participaron en el estudio fueron: realización de encuestas a niños y niñas que cursaban los últimos grados de primaria y los primeros de secundaria en algunos centros educativos; la publicación de invitaciones a participar en nuestra investigación en organizaciones comunitarias, clubes sociales, iglesias y periódicos de barrios. De todas estas estrategias, el contacto directo con trabajadoras sociales de instituciones comunitarias resultó ser la más eficaz, porque las profesionales sirvieron de puente entre nosotros y las familias.

8 Las otras familias migrantes que estudiamos son de origen latinoamericano, del Magreb y de Europa del este. También abordamos un grupo de familias locales, es decir de Quebec, para fines comparativos.

9 Haití se encuentra entre los diez primeros países de origen de los inmigrantes que viven en Canadá.

Los criterios que tuvimos en cuenta para la formación de la muestra fueron los siguientes: los padres de familia debían haber nacido en Haití, emigrado a Canadá y estar viviendo en dicho país en el momento de la entrevista; tener mínimo un hijo o una hija cuya edad oscilara entre los 8 y los 16 años y que presentara(n) dolores abdominales frecuentemente. De manera más específica, este último criterio de selección se refiere al hecho de haber padecido dolores abdominales al menos una vez durante la última semana y varias veces durante los últimos meses (mínimo una vez cada dos semanas). No utilizamos como criterio el diagnóstico de desorden funcional gastrointestinal (*Roma III*) ya que nos interesaba estudiar —principalmente— las familias que no habían consultado los servicios médicos por los dolores abdominales y cuya percepción de *dolores frecuentes* viniera de ellas mismas y no de una categoría nosológica médica.

Nuestro trabajo de campo fue hecho durante noviembre del 2008 y junio del 2009. En total, realizamos 13 entrevistas semiestructuradas, de las cuales 5 fueron familiares y 8 individuales con los niños y las niñas afectados(as) por los dolores abdominales. Cada entrevista familiar tuvo una duración de entre 1 hora y 90 minutos, y cada una de las entrevistas individuales duró entre 25 y 60 minutos. Todos los encuentros se llevaron a cabo en el domicilio de las familias, sitio privilegiado por las madres de familia. El idioma en el que se realizaron las entrevistas fue el francés, pues aunque en algunos casos la lengua materna de las personas era el criollo haitiano, estas dijeron sentirse cómodas expresándose en francés. En ningún caso se vio la necesidad de realizar las entrevistas en criollo ni de recurrir a intérpretes, sino que el nivel de francés, tanto de los adultos como de los niños y las niñas entrevistados(as) puede calificarse entre intermedio y bueno. Si bien el francés no es la lengua materna de la investigadora, su nivel de maestría es bueno y se contó con la revisión y asesoría de otro miembro del equipo de investigación cuya lengua materna es el francés. Grabamos las entrevistas en un aparato electrónico de audio y tomamos notas de observación sobre el ambiente de los encuentros, las características del domicilio y la dinámica intrafamiliar que se generó durante estas.

Nuestra principal técnica de recolección de información fue la entrevista semiestructurada, que constituye un instrumento apropiado cuando se trata de aprehender de manera profunda las experiencias

que viven las personas, el sentido que dan a sus vivencias y sus acciones al respecto. Esta entrevista nos permite recoger el punto de vista de los actores sociales de la manera más fiel posible (Mayer et ál. 2000, Poupart 1997). Los principales temas que tratamos durante las entrevistas fueron: la aparición y la evolución de los dolores abdominales, la percepción y la expresión de los síntomas, el significado y las explicaciones para los síntomas, las reacciones y las maneras de tratar dichos problemas, el impacto que los dolores tienen sobre la vida familiar y de los niños, la utilización de los servicios de salud por parte de las personas, las condiciones de vida y la trayectoria histórica de la familia.

Todos los temas fueron abordados aunque, en algunas ocasiones, su orden cronológico varió en función de la dinámica de cada encuentro. De hecho, la entrevista semiestructurada es un instrumento que permite a los entrevistados expresarse libremente sobre los temas tratados, siguiendo su propio ritmo y según su forma de pensar y de expresarse. Así, se trató de respetar los relatos de las personas, al mismo tiempo que se iban identificando y profundizando los aspectos que parecían más relevantes y significativos para ellas.

En cuanto a las consideraciones éticas de este trabajo, nuestro protocolo de investigación fue evaluado y aceptado por dos comités científicos y éticos¹⁰. Realizamos este estudio de manera que las personas no se sintieran obligadas ni presionadas para hacer parte de él, sino que, por el contrario, buscamos en todo momento su adhesión voluntaria y les ofrecimos la posibilidad de retirarse del estudio o de no responder a alguna pregunta si así lo deseaban. Presentamos un formulario de consentimiento libre, en el cual dimos cuenta de las condiciones de nuestro estudio y de lo que implicaba su participación en este (tabla 1). Dicho formulario fue firmado por todas las personas entrevistadas. Igualmente, la confidencialidad de la información y la identidad de las personas fueron respetadas; así, no revelamos los nombres de los entrevistados, sino que utilizamos pseudónimos para identificarlos.

¹⁰ Estos comités pertenecen al FRSQ -Fonds de la recherche en santé du Québec (Fondo de investigación en salud de Quebec) [traducción libre de la autora] y al Institut nationale de la recherche en santé, INRS (Instituto nacional de investigación en salud) [traducción libre de la autora].

Después de la transcripción de las entrevistas, procedimos a su codificación con la ayuda de una rejilla de análisis inspirada en el modelo de signos, significados y acciones (Bibeau 1992). En esta rejilla, organizamos y clasificamos la información en tres principales grupos de variables (semiológicas, interpretativas y pragmáticas). Las variables semiológicas hacen referencia a la percepción y a la manera de expresar los síntomas; las variables interpretativas tienen que ver con las explicaciones y el significado que las personas dan a los dolores y otros síntomas relacionados; y las variables pragmáticas se refieren a las reacciones, los recursos y las acciones que las personas adelantan con el objetivo de aliviar los dolores.

Tabla 1. Formulario de personas entrevistadas durante la investigación

Familia	Entrevista familiar	Entrevista con el niño
Cadet	La mamá, una hija, un hijo	Monique (diez años)
Chauvet	La mamá, un hijo	Louis (doce años)
Rony	La mamá, dos hijas	Catherine (doce años) Victoire (nueve años)
Moise	La mamá, una hija	Lucie (trece años) Augustin (doce años)
Pétrus	La mamá, un hijo, dos hijas	Christine (doce años) Caméla (once años)

Fuente: Gómez 2010.

Realizamos un análisis temático de la información recogida, el cual consistió en su examen sistemático y metódico mediante la lectura reiterativa de las entrevistas con el fin de que emergieran los temas más significativos para las personas. Posteriormente, los temas que surgieron de cada entrevista fueron leídos y comprendidos teniendo en cuenta el contexto específico de cada uno de los niños y de sus familias, es decir, los datos sociodemográficos, la trayectoria social y el itinerario de salud-enfermedad propios de cada grupo familiar. Hicimos un resumen de cada entrevista con el fin de destacar sus principales aspectos. Utilizamos el método de análisis inductivo, ya que privilegiamos las categorías que, por ser significativas para las personas, iban surgiendo a lo largo de las entrevistas. Estas categorías emergentes nos llevaron a revisar los conceptos con los que se analizaría la información.

Así, en los resultados que presentaremos a continuación guardamos algunas categorías de análisis presentes en nuestra guía de entrevista, como son la descripción y vivencia de los dolores abdominales y la explicación de su aparición. Con respecto de este último punto, dimos espacio a las subcategorías de explicación predominantes en los discursos de las personas: la alimentación, los gases y el frío. Otro de los temas explicativos que emergió en las entrevistas tiene que ver con las relaciones sociales y el contexto escolar estresante para los menores, mientras que las madres abordaron directamente el proceso de migración por el que pasaba o había pasado la familia y las condiciones sociales y económicas difíciles. Estos últimos temas nos llevaron a interesarnos en su articulación con la discriminación y el concepto de *sufrimiento social*. En fin, la categoría relativa a los recursos utilizados para calmar los dolores abdominales mantuvo su pertinencia a lo largo de la investigación, pero fue subdividida y enriquecida a partir de la información compartida por las personas, la cual hacía referencia tanto a los recursos fitoterapéuticos como a aquellos de tipo religioso y social.

RESULTADOS

¿Es solo un dolor de estómago?

En esta sección, presentaremos la manera como los niños y las niñas, y sus familias expresan los dolores abdominales y otros síntomas

y malestares asociados. Igualmente, exploramos los canales de manifestación de los dolores: las palabras utilizadas para hablar de ellos, las actitudes, los comportamientos, las formas de sentir y las respuestas dadas a ellos. También documentamos los significados que los niños y su entorno cotidiano dan a estos síntomas. Todo ello constituye los idiomas de sufrimiento, aquellas formas elaboradas culturalmente para expresar el malestar, que, desde una antropología hermenéutica, se consideran como contruidos intersubjetivamente.

En primer lugar, las sensaciones físicas, los sentimientos, el malestar y las emociones que acompañan los dolores abdominales ocuparon un lugar importante dentro de los relatos de los niños y las niñas que participaron en este estudio. En general, ellos describen estos síntomas como si fueran algo disperso y difícilmente localizable en un sitio específico del cuerpo. Para algunos, dichos dolores son bastante intensos y frecuentes, hasta el punto que les impide realizar sus actividades cotidianas.

Augustín, el niño de la familia Pétrus, de 12 años, describe sus dolores de estómago como “muy terribles, muy fuertes”. Christine, su hermana, quien también siente este tipo de dolores con frecuencia, dice que eso le molesta mucho: “no podía caminar porque tenía mucho dolor”. La hija menor de la familia Royer, Victoire, de 9 años, por su parte, nos contó que en algunas ocasiones ha llegado a llorar debido a que ha sentido unos dolores de estómago muy intensos.

En las entrevistas con los niños y los miembros de su familia, aparte del lugar central que ocupan estos trastornos abdominales y del hecho que les impide realizar sus actividades, otro de los temas que emergió tiene que ver con los otros síntomas que acompañan a los dolores abdominales. Entre estos, el dolor de cabeza figura como el principal síntoma asociado, y es bastante frecuente y perturbador. A veces los dolores abdominales preceden los dolores de cabeza y, en otras ocasiones, el orden es el contrario. Otras sensaciones y síntomas descritos por los niños, casi que al mismo tiempo que los dolores de estómago, son el aumento de la temperatura corporal (fiebre) y las náuseas. Al respecto, Victoire dice: “A veces es fuerte y lloro. Siento fiebre y dolor de cabeza. Cuando lloro, me da fiebre y dolor de cabeza [...] empieza a volverse como una enfermedad”.

Igualmente, varias metáforas fueron empleadas por los jóvenes en el momento de describir estos síntomas. Para Catherine, la niña mayor de la familia Royer (12 años), por ejemplo, sus dolores de estómago son en algunas ocasiones “como si me dieran golpes con una baqueta de tambor”, y en otros momentos: “cuando yo tengo dolor de estómago, es como si alguien estuviera comiendo dentro de mí, y eso me da dolor”. Lucie, la joven de la familia Moreau, de 13 años, expresó de la siguiente manera las sensaciones desagradables que acompañan sus dolores de estómago:

Es como un tirón en mi vientre, es como si tuviera gases y ruido en mi vientre. Quemadura, ardor, dolor de estómago, picaduras, como si una aguja fuera a salir. Siento como una quemadura y dolores de estómago. Es como si me quemara del [sic] interior. Es realmente doloroso, como una sensación de calor y de ardor. Es como si tuviera fiebre en el estómago, no en el cuerpo sino en el vientre. A veces también siento fiebre.

Los niños y las niñas también hablaron de algunos sentimientos y emociones que acompañan los dolores de estómago y otros síntomas. En general, hicieron referencia a sentimientos de tristeza, soledad e incompreensión. Algunos de ellos se sienten fatigados, irritables y con cólera, mientras que otros experimentan una pérdida de apetito, de ánimo y de energía. Los sentimientos y emociones manifestados por estos jóvenes durante los episodios de dolor abdominal son vividos por ellos como un conjunto, como una experiencia total formada por dolores, síntomas físicos, estados de ánimo y emociones. En este sentido, observamos que el cuerpo aparece como una realidad física y mental al mismo tiempo, y que es difícil comprenderlo como algo escindido en cuerpo y mente. Igualmente, los síntomas y sensaciones padecidos por los niños y las niñas están relacionados con experiencias en las que ellos entran en relación con las personas de su entorno social. Entonces, estas vivencias individuales y corporales no se encuentran aisladas de la manera como los niños y las niñas viven sus relaciones sociales.

La chica mayor de la familia Royer, Catherine, dice sentirse triste y sola cuando tiene dolor de estómago y se queja de que las relaciones con sus amigos no andan bien en esos momentos: “a veces, cuando

yo tengo dolor de estómago, me siento sola, me siento toda sola y triste”. Según la mayoría de las madres, sus hijos e hijas se ponen tristes, somnolientos y pálidos durante los episodios de dolor: “ellos no están alegres como de costumbre”. El hecho de sentirse tristes también depende del lugar en donde los chicos se encuentren. Así, si los niños y las niñas sienten los dolores de estómago cuando están en el colegio, se sienten solos. Pero si dichos síntomas los perciben en la casa, los menores se sienten generalmente acompañados, sobre todo, por sus madres. A veces, la tristeza viene junto con un sentimiento de incompreensión. Al respecto, Lucie, la chica de la familia Moreau se expresa de la siguiente manera: “la gente no comprende lo que yo tengo”. A pesar de haber hablado sobre sus dolores con sus amigos del colegio y en la casa con su mamá, y de haber consultado un médico, Lucie se siente sola y aislada. Durante una consulta médica, el hecho de no poder transmitir la intensidad del dolor en sus propios términos (sino que el médico utilizaba una escala de valoración del dolor), hizo que esta chica se sintiera incomprendida y que no quisiera volver a consultar por sus dolores, a pesar de que estos han persistido por años.

Varios jóvenes dijeron experimentar fatiga, irritabilidad y rabia cuando tienen dolor de estómago. De manera general, sienten una falta de energía para realizar sus actividades cotidianas, sobre todo aquellas que les exige mayor esfuerzo físico, como correr. A veces, se vuelven más irritables y arrogantes cuando tienen dichos síntomas, expresándolos a las personas de su entorno inmediato. Al respecto, Caméla, la hija menor de la familia Pétrus fue enfática: “no me dan ganas de hablar. Es posible que yo me vuelva más arrogante sin quererlo. Es posible que yo le diga a los otros: cállate, cuando yo tengo dolor de estómago. Tal vez me vuelvo un poco más malvada”. La chica menor de la familia Pétrus, por su parte, dice: “algunas veces, cuando estoy enferma, me levanto en la mañana y me siento débil, menos activa”, posteriormente, ella se comporta de una manera más agresiva con las personas de su entorno y manifiesta tal agresividad haciendo comentarios que no hace normalmente:

Eso depende, a veces me siento en un rincón, pero a veces, me vuelvo un poco más agresiva, aunque no mucho. Yo en general soy franca, pero en esos momentos [cuando tiene dolor de estómago] soy más franca, como cuando alguien me hace un comentario que

no me gusta, yo le digo a esa persona lo que pienso, y hasta me paso de los límites. (Caméla, 11 años)

Los diferentes aspectos que los niños y las niñas evocan a la hora de hablar de sus dolores abdominales nos muestran que el dolor es una experiencia subjetiva, que se arraiga en las vivencias personales y en el contexto social y cultural específico de cada persona. Así, nuestros hallazgos van en el mismo sentido de algunos estudios sobre el dolor desde una perspectiva social y cultural. Entre estos, podemos mencionar aquellos de Morris (1991), DelVecchio Good et ál. (1992) y Jackson (2000). En este contexto, la experiencia del dolor no corresponde a una racionalidad que se pueda aprehender fácilmente; lo mismo sucede con la explicación que se intenta dar al dolor y con los itinerarios de cuidados emprendidos con miras a aliviarlo.

¿Será la comida, el hambre, el frío o qué será?

En lo que tiene que ver con las explicaciones dadas a los dolores abdominales padecidos por los niños y las niñas, las personas entrevistadas mencionaron un conjunto de factores. De manera general, estos pueden clasificarse en fisiológicos, sociales y biológicos. Sin embargo, dichas causas no constituyen un esquema estático, sino que son intentos de explicación puestos a prueba durante cada episodio de dolor abdominal. También hay que tener en cuenta que estas son tendencias que no se pueden generalizar, puesto que las interpretaciones no son las mismas en todas las familias y pueden inclusive presentarse variaciones en cada una de ellas.

Una de las principales explicaciones presentadas por las personas entrevistadas concierne a la alimentación. Según ciertas madres de familia, se debe al hecho de no comer en cantidad suficiente (el caso de Lucie y Louis, de las familias Moreau y Chauvet), de comer ciertos alimentos (en las familias Royer y Pétrus), de ingerir la comida a una cierta temperatura (según la mamá de la familia Chauvet) o de comer golosinas en la mañana. En todos los casos, constatamos que los niños y las niñas tienen hábitos alimentarios deficientes y más bien desordenados. Según la mayoría de las madres, el hecho de comer ciertos alimentos puede ser la causa de los dolores de estómago y de otros síntomas. Algunos alimentos mencionados fueron el brócoli, la coliflor, la

lechuga, la col y el maíz. La hija menor y la madre de la familia Pétrus comparten algunas ideas sobre los alimentos causantes de dolores abdominales: “Yo no como lechuga, eso puede dar gases y también me da dolor de estómago” (Christine, 12 años). Según la mamá de la familia Royer, consumir alimentos azucarados, especialmente en las mañanas, puede ocasionar ese tipo de dolores:

A menudo, es a causa de las golosinas... los niños adoran las golosinas. Cuando nos levantamos, tratamos de no comer cosas azucaradas... porque eso ayuda a tener dolor de estómago, eso precipita los dolores abdominales... Hay que comer algo salado, no dulce.

La chica mayor de esta familia dice que en efecto ha tenido una mejoría en sus dolores desde que llegó a Montreal, ya que come más alimentos salados y menos golosinas.

En la mayoría de los casos, los dolores abdominales fueron considerados como “gases”. Al respecto, la mamá de la familia Royer dijo:

Uno tiene a menudo gases que se mueven en el vientre. Uno siente que caminan, que hacen ruido y que causan dolores de estómago. Cuando el dolor es muy fuerte y no pasa, puede decirse que se trata de gases.

Además de ciertos alimentos, las madres creen que una alimentación deficiente o el hecho de no haber comido durante un periodo prolongado pueden también causar dolores y gases: “Cuando uno tiene gases, o dolores de estómago, es porque generalmente no ha comido alimentos consistentes, cosas como el banano, o ese tipo de comida”. La mamá de la familia Pétrus, por su parte, dice que el hecho de no comer durante un largo periodo puede dar dolores de estómago (gases) ya que este se encuentra vacío y no trabaja bien; ella dice que los gases pueden percibirse como ruidos y movimientos en el vientre, cuya causa radica en que el estómago está vacío. Por otra parte, la madre de la familia Chauvet dice que no estaba al tanto de los dolores de estómago de su hijo y piensa que estos probablemente se deben a que él no come bien en el colegio: “es posible que el niño no coma bien. Y eso hace daño, él se pasa todo el día sin comer, y eso puede causar dolores de estómago”.

Por otro lado, los jóvenes de la familia Pétrus tienen una percepción negativa de la comida haitiana. Ellos piensan que este tipo de comida puede ser una de las principales causas de sus dolores abdominales. Christine, la chica mayor de esta familia, manifiesta el disgusto que siente por esta comida y dice no digerirla bien. Su hermano, Agustín, comparte la misma opinión. Además, ambos dicen que no les gusta la comida que se les ofrece en el colegio, a la que llaman “vegetariana... para árabes”. Y añaden que si pueden elegir, ellos optarían por comer “sándwiches”. A este respecto, podemos pensar en la dimensión identitaria de la alimentación, ya que a través de esta entramos en contacto con los otros, ya que los alimentos son símbolos que nos permiten acceder a un estatus social, marcar un sentido de pertenencia o de diferenciación (Roy 2003, Vizcarra 1999).

Otro de los factores que, de acuerdo con varias familias, puede causar los dolores abdominales, es la temperatura, especialmente el frío. Algunas personas utilizaron la palabra *fred*, que en criollo significa frío. Esta explicación se encuentra enraizada en las tradiciones culturales de la cultura criolla de Haití y parece activarse en el entorno canadiense, sobre todo durante la estación de invierno¹¹. El frío puede actuar de diferentes maneras: a veces puede ser el ponerse en contacto con objetos y espacios fríos, y en otras ocasiones puede ser comer un alimento frío o tomar una bebida fría. Al respecto, Catherine, la niña mayor de la familia Royer dice que: “yo pensaba que era porque yo ponía mis pies descalzos y porque hacía frío... yo pensaba que era a causa de eso, porque yo caminaba con los pies descalzos en la casa... o cuando la nieve está congelada y yo camino”. La madre de esta chica comparte la opinión de su hija y añade diciendo que en su familia de origen:

En Haití, a menudo se dice que esta persona tiene “*fred*”, “*fred*”. Eso quiere decir que ella tiene frío, que tiene síntomas de dolor abdominal, y que lo atrapó por negligencia, por haberse

11 Una parte de la literatura sobre la medicina criolla en Haití señala la existencia de varias nociones que se articulan en torno a la oposición frío-caliente. Dentro de dicha aproximación terapéutica, uno de los objetivos es el de evitar los cambios bruscos de un estado frío a uno de calor, y viceversa, ya que ello es una fuente potencial de enfermedad (Moretti 1991, Laguerre 1987).

dejado ropas mojadas durante mucho tiempo, o por haber estado con los pies descalzos sobre el piso toda la mañana. Eso es lo que se dice frecuentemente.

Finalmente, una familia explica los dolores abdominales que sufren su niño y sus niñas utilizando el diagnóstico médico de gastroenteritis que les fue dado en cierta consulta que hicieron en una clínica local. Así, cuando los menores sienten dichos síntomas, su mamá piensa que estos se deben a una gastroenteritis y les da un medicamento de venta libre para calmar el dolor. Además de esta familia, otra también consultó por los dolores abdominales de los menores. No obstante, ningún diagnóstico claro le fue dado por los profesionales de la salud, salvo la prescripción de analgésicos u otros medicamentos para aliviar los malestares digestivos. El no recibir un diagnóstico claro y la falta de eficacia de los fármacos llevaron a que estas personas no volvieran a una consulta médica.

Las diferentes explicaciones que las personas entrevistadas dan a los dolores abdominales de los niños y las niñas nos muestran que no hay certidumbre al respecto, sino que dichas interpretaciones son tentativas y siempre abiertas a evaluación. Así, los problemas gastrointestinales no son reducibles a modelos explicativos estrictos, sean estos populares o médicos. De acuerdo con las críticas a la antropología hermenéutica y culturalista, los idiomas de sufrimiento y las explicaciones para las enfermedades no son monolíticas y no deben, por lo tanto, ser reificadas ni tomadas como generalizaciones. Por el contrario, ellas deben ser aprehendidas en sus dinámicas de negociación, movimiento y reelaboración. En este sentido, podemos inspirarnos de los trabajos de Brodwin (1996), Leslie (1992) y Vonarx (2005) con respecto de los sincretismos y mezclas que surgen del encuentro de diferentes tradiciones y sistemas de salud. Nuestros hallazgos van igualmente en el sentido de las ideas planteadas por Laplantine y Nouss (1997) con respecto a las dinámicas de mestizaje que se originan en el encuentro de distintas matrices culturales sobre el cuerpo y los procesos de salud-enfermedad. Dichas dinámicas se sitúan, en el caso específico de nuestro estudio, dentro del marco de los procesos de migración.

“En Haití era más grave”... no todos piensan lo mismo...

En esta sección vemos cómo los niños y las niñas, principales afectados por los problemas gastrointestinales, así como otros miembros cercanos de sus familias, viven dicha experiencia. Las experiencias de enfermedad no pueden limitarse a recoger descripciones contadas por las personas, ni circunscribirse a las redes semánticas, sino que las experiencias de malestar y sufrimiento son vividas. Estas se sienten en la totalidad de cuerpo-mente y se anclan en las relaciones humanas con las personas cercanas y con aquellas con las que se comparte la vida cotidiana. Este nivel de análisis nos sitúa, entonces, frente a la incorporación (a menudo no reflexiva) de las estructuras que son exteriores a la persona y a un tipo de vivencia no solamente física sino moral del sufrimiento y del malestar. Tanto la vivencia interior, como la experiencia familiar y la vivencia con respecto al entorno social se ven expresadas en los relatos de las personas.

Algunos de los infantes entrevistados piensan que su entorno social puede ejercer una influencia sobre sus emociones y de esta manera provocarles dolores de estómago. Victoire, la menor de la familia Royer, por ejemplo, manifiesta haber sentido dichas molestias mientras realizaba sus tareas y durante ciertos cursos escolares: “A veces siento dolores fuertes y a veces dolor de cabeza... cuando estoy haciendo las tareas... y cuando trabajo con los libros... siempre siento dolor de estómago”. En el mismo sentido, Caméla, la hija menor de la familia Pétrus mencionó haber sufrido problemas gastrointestinales en un periodo en el que tuvo muchas tensiones escolares:

Era un momento difícil porque no podía trabajar, debido a que en primer y segundo grado yo no sabía ni escribir ni leer. Después, tras haber repetido varias veces segundo grado, me pasaron a tercero... ese año tuve gastroenteritis una vez en el colegio y una vez en la casa. Cada vez que yo comenzaba a trabajar, sentía retortijones de estómago.¹²

Catherine, otra de las chicas, reportó igualmente haber tenido dolores de estómago en el colegio, tras enterarse que sus compañeros

12 Caméla, 11 años. Entrevista. Montreal, 6 de junio del 2009.

hacían comentarios malos de ella, a sus espaldas, lo cual la entristecía y hacía sentir mal:

Si yo pienso en una asociación entre el colegio y la gastroenteritis, creo que es debido a que... a veces suceden cosas en el colegio, cosas que pasan a mis espaldas, y de las que yo no me entero, y que yo debería conocer... eso me entristece. Y luego, me siento muy mal. Una vez, por ejemplo, vomité.¹³

Por otra parte, las madres de familia no experimentan de la misma manera los trastornos gastrointestinales de sus hijos e hijas. Contrariamente a estos, quienes viven sus dolores en el contexto de tensiones escolares y de relaciones sociales difíciles en el colegio (y podríamos añadir que en un nivel micro- y mesosocial), las mamás los experimentan como una consecuencia de las condiciones socioeconómicas que vive su familia. A este respecto, encontramos dos tendencias generales entre las madres. Por una parte, en algunas familias (p. ej. la familia Royer) se piensa que hubo una disminución en la intensidad y frecuencia de los dolores abdominales tras su llegada a Canadá (alrededor de cinco meses antes de la entrevista). Al respecto, la hija menor de esta familia piensa lo siguiente: “En Haití era más grave que aquí en Montreal... porque aquí, yo me siento más a gusto... es más tranquilo. Comienzo a sentir una mejoría”. La señora madre dice que el hecho de llevar una vida más tranquila, lejos de la inseguridad y de las amenazas que pesaban sobre ellos en Puerto Príncipe, ha tenido una influencia positiva sobre la salud de todos los miembros de la familia y, más puntualmente, sobre los problemas gastrointestinales que padecían sus hijas.

Por el contrario, otra tendencia manifestada por algunas madres, señala que las condiciones de vida en Canadá, es decir, después de su migración, han tenido efectos negativos sobre el estado de salud de los miembros de la familia. Ellas se quejan de la soledad, de la pérdida de lazos sociales, del abandono por parte del cónyuge y de la precaria situación económica a la cual tuvieron que hacer frente. En estos relatos impregnados de dolor, toma sentido la noción de *sufrimiento social*, es decir, el hecho de que el mal estado de salud y el desarrollo

13 Catherine, 12 años. Entrevista. Montreal, 11 de abril del 2009.

de ciertas patologías resultan de condiciones sociales específicas. Este sufrimiento comprende diferentes dimensiones humanas asociadas a la salud y a la moral, cuyas causas se encuentran en las condiciones de vida impuestas por los poderes económicos, políticos e institucionales (Kleinman, Das y Lock 1997; Soulet 2007).

Otra manifestación del *sufrimiento social* que observamos en el marco de los dolores abdominales de los niños y las niñas la presentó la familia Pétrus. Ella considera que este problema pertenece a la vida privada de los pequeños y de la familia y, en consecuencia, no hablan de eso a nadie externo al grupo familiar, sino que tienden a replegarse sobre ellos mismos y sobre su familia nuclear. Augustin, el chico, manifiesta esta actitud de la siguiente manera: “uno se lo guarda como algo secreto, a veces, no se lo decimos ni siquiera al profesor”. Además, la manera como él y las niñas viven estos dolores se ha visto en ocasiones reforzada por la mirada discriminatoria que les lanzan algunas personas de su entorno. Así, Caméla y Christine, hermanas de Augustin, prefieren no hablar de sus dolores de estómago por temor a ser señaladas como portadoras de una enfermedad contagiosa:

Hay personas que lo toman a mal, hay gente que dice: ¡ah! La persona tiene microbios. A veces, no se lo menciono a nadie, yo no soy una chica que cuente sus cosas... yo puedo tener dolor en un brazo pero no se lo digo a nadie.

Las distintas vivencias de los trastornos gastrointestinales por parte de los menores y de sus madres, nos dejan ver que estos no se circunscriben solamente al plano individual, sino que constituyen una experiencia en donde entran en juego e interactúan las relaciones con las personas del entorno inmediato, las situaciones que se presentan en la vida cotidiana (en la escuela, por ejemplo) y las condiciones de vida, sean económicas, sociales o de otro nivel (como la experiencia de la migración, por ejemplo).

En estas experiencias, escuchamos relatos en donde no solamente se expresa un dolor físico (abdominal) mezclado con sentimientos y emociones, sino que en ellos se manifiesta igualmente en un malestar que se deriva de la calidad de las relaciones sociales y de las coacciones que tienen a diario las personas para cumplir con sus roles sociales y llevar una vida tranquila y satisfactoria, es decir, un sufrimiento social y moral.

Los problemas gastrointestinales de los niños se encuentran anclados en malestares ligados al color de la piel, a las tensiones existentes con otros niños del colegio, a las presiones que se derivan de la integración a la sociedad, a las relaciones de dependencia económica con respecto del gobierno. Dentro de dicho contexto, es necesario explorar un nivel social más amplio para tratar de identificar las causas estructurales del malestar y los mecanismos a través de los cuales este se reproduce e incorpora en las personas en términos de violencias estructurales.

UNA ANTROPOLOGÍA CRÍTICA DE LAS CONDICIONES MACROSOCIALES QUE FAVORECEN LOS PROBLEMAS GASTROINTESTINALES

La inequidad social, la discriminación y las estructuras sociales que favorecen la violencia estructural constituyen condiciones que afectan a las poblaciones inmigrantes, las cuales son minoritarias en Canadá, país en el que realizamos nuestro estudio. Este país se caracteriza por la diversidad de su población: diversidad étnica, religiosa, lingüística y cultural. Según una encuesta hecha en el 2011, el 20,6% de la población total del país nació en el exterior. Canadá continúa recibiendo un elevado número de inmigrantes cada año. Entre los años 1996 y 2000, llegaron 844.625 nuevos inmigrantes al país, y entre los años 2001 y 2006 esta cifra aumentó a 1.109.980 (Statistics Canada 2013). A Canadá llegan inmigrantes de más de 100 países distintos del mundo.

Como nuestro estudio se desarrolló en la provincia de Québec¹⁴, presentamos algunos datos estadísticos relacionados con este y con la población proveniente de Haití, país de origen de las familias que participaron en nuestro estudio. En Québec hay 91.435 personas que se declaran de origen étnico haitiano, y en la ciudad en la cual realizamos nuestro estudio, Montreal, se encuentran establecidas cerca de 70.000. En cuanto al nivel de escolaridad de las personas de origen étnico haitiano, mayores de 15 años, el 47% no sobrepasó los estudios secundarios. Los miembros de esta comunidad, poseedores de un grado universita-

14 El estudio lo adelantamos en Montreal, una de las principales ciudades de la provincia de Quebec. A esta ciudad llegan cerca de 30.000 inmigrantes cada año, los cuales provienen de alrededor 100 países del mundo (Gouvernement du Québec 2013)

rio, son proporcionalmente menos numerosos que los de la población quebequense (14,1% en comparación con 16,5%). La comunidad haitiana presenta una tasa de desempleo más elevada que la de la población quebequense (12% vs. 7%). Además, la tasa de actividad de las mujeres haitianas es superior a la de las mujeres de Quebec. El ingreso promedio de las personas de origen étnico haitiano es inferior al obtenido por el conjunto de la población quebequense (\$20.673/año vs. \$28.252/año). Este promedio se encuentra por debajo del umbral de pobreza para una familia compuesta por dos personas, y cerca del umbral de pobreza para una persona sola. Las transferencias gubernamentales que reciben las mujeres haitianas representan el 25,8% de sus ingresos, proporción superior a aquella de las mujeres de Quebec (19,7%).

En cuanto a las condiciones de las viviendas en las que residen los migrantes haitianos, algunas encuestas dicen que estas son deplorables. Ello se debería principalmente a las experiencias de racismo y/o de discriminación que viven las personas que pertenecen a esta minoría étnica. Entre los haitianos que llegaron a Quebec de 1988 a 1997, el 31% declaró haber sufrido al menos una situación de discriminación. Esos actos de discriminación los padecieron sobre todo en su búsqueda de empleo (72%) o de sitio de vivienda (67%) (Statistics Canada 2013, Ledoyen 1992).

Las familias que participaron en el estudio compartieron con nosotros sus trayectorias de vida y las condiciones en las cuales viven actualmente. Entre las cinco unidades familiares que conocimos, dos están compuestas por padre y madre, tres son madres cabeza de familia y una de estas últimas espera la migración del padre, quien todavía se encontraba en Haití. A pesar de la diversidad de estructuras familiares, en todos los casos, la madre juega un rol central dentro de la familia nuclear. Además, observamos que la familia era considerada como muy importante por todos los miembros y como un lugar privilegiado de afecto, apoyo y socialización.

En lo que concierne a las condiciones económicas y de vida de estas familias, todas las madres dicen pasar por condiciones precarias. También mencionaron haber vivido una situación económica difícil durante su embarazo, el parto y los primeros años de vida de sus hijos e hijas. Para la mayoría de ellas, a estas dificultades se sumó el hecho

de estar solas, lejos de sus familiares y con pocas personas solidarias que les ayudaran a cuidar a sus hijos. Esta situación fue bastante difícil para ellas, especialmente para la mamá de la familia Pétrus, quien recuerda aquellos días así:

Durante el embarazo, todo el tiempo mal, solamente cuando terminé, cuando iba a dar a luz, las cosas mejoraron un poco, pero durante el embarazo yo estuve todo el tiempo enferma, vomitaba, yo no comía... yo vivía sola, el padre de mi hija me abandonó durante todo el embarazo, durante el embarazo yo viví toda sola, yo soy madre cabeza de familia, yo pasé por momentos terribles toda sola durante el embarazo... Cuando ella [la hija] estaba pequeña tuve momentos difíciles porque yo no trabajaba, yo tuve bastantes dificultades para alimentarla ... para ayudar a mis hijos yo no tengo a nadie... yo recibo una subvención [del gobierno] pero la subvención no me ayuda mucho, siempre ha sido así, desde que ella estaba pequeña hasta el día de hoy.

Entre los principales motivos de migración de las familias, encontramos la búsqueda de mejores condiciones económicas y el deseo de escapar de la inseguridad existente en Haití. Todas migraron pensando encontrar mejores condiciones de vida en Canadá. Aunque el proyecto migratorio fue en todos los casos voluntario y deseado, también fue vivido con dolor y frustración, principalmente por alejarse de sus familiares. La madre de la familia Royer explica de la siguiente manera por qué decidió migrar a Canadá:

...en Haití, siempre estaba estresada, no podía dormir sin medicamentos... y además de las amenazas, hubo alguien que vino a la casa a decirme que tal y tal suma, que si tú no me das tal suma... ellos me amenazaron, me dijeron que iban a secuestrar a mis niños... a veces uno no tiene realmente ese dinero... son delincuentes realmente agresivos... yo dije a mi esposo que yo no podía continuar en ese barrio... yo le pedí a mi hermano que me comprara los tiquetes para ayudarme a salir del país... Yo quiero mi país sinceramente pero yo no pienso regresar a vivir así, si hay un cambio radical, sí, pero así, a mí me da miedo morir con mis cinco hijos.

En cuanto a las experiencias de discriminación vividas por los niños y las niñas entrevistados, varios dijeron haberse sentido insultados y rechazados por otros menores en la escuela primaria. Algunas madres expresaron haber tenido dificultades con el propietario y los vecinos de sus sitios de habitación. Otro de los obstáculos con los que tropezaron las familias en la sociedad local tiene que ver con el acceso a los servicios de salud. Las largas esperas para obtener una cita médica y para ser atendidos en la unidad de urgencias constituyen las principales quejas de las familias. Algunas se lamentan, igualmente, de los servicios recibidos de los médicos y de su incapacidad a la hora de hacer un buen diagnóstico y de prescribir medicamentos eficaces contra los dolores abdominales. Así mismo, varias madres tienen malos recuerdos de ciertas consultas que pasaron en su país de origen. Algunas sienten haber sido víctimas de una atención médica negligente y otras tildan de “inhumanos” ciertos servicios médicos que recibieron en Haití. La señora de la familia Royer, por ejemplo, contó que un médico le formuló a una de sus hijas, por error, medicamentos para personas portadoras del VIH/Sida; y que otro le hizo comentarios “insultantes” con respecto al número de hijos que tenía. Ella dijo que tales experiencias la motivaron para emprender su migración a Canadá.

De manera general, las condiciones y estructuras sociales tienen un impacto sobre las experiencias de las personas. Como las tendencias estadísticas lo muestran y como lo constatamos en nuestro estudio, estas condiciones son más bien desfavorables y coercitivas para la población haitiana que ha migrado a Canadá. Varias de las familias entrevistadas dicen sentirse a menudo estresadas y vulnerables con relación al estado de salud de sus miembros. Se ven, hasta cierto punto, como si fueran víctimas de los contextos sociales que favorecen la aparición de los dolores que padecen sus niños y niñas e incapaces de cambiar dicha realidad. Algunos, por su parte, establecieron una relación clara y directa entre sus problemas abdominales y las presiones que viven en el medio escolar y social. De esta manera, varias familias asumen una posición más bien pasiva y prefieren soportar dichos dolores en la intimidad de la vida personal o familiar, sin consultar los servicios médicos.

Otras, frente a la incapacidad de cambiar su situación social, buscan, dentro de sus tradiciones culturales y familiares, elementos que les ayuden a aliviar dichos dolores y acuden a diferentes medios sociales y simbólicos para mitigarlos. Entre los principales recursos utilizados para aliviar los dolores abdominales, encontramos los remedios caseiros como las bebidas calientes y la socialización dentro de sus redes sociales. Así, algunas señoras dijeron pedir consejos y orientación a ciertas personas que trabajan en las instituciones comunitarias que frecuentan, a conocidos y amigos que van a la iglesia y a compatriotas que viven en Montreal o en Haití. Varias madres mencionaron la eficacia que a la hora de calmar los dolores de estómago tiene el té o una sopa natural. La señora de la familia Chauvet así lo confirmó:

Cuando la niña tiene dolores que no pasan, yo los alivio un poco dándole algo para tomar. Está por ejemplo la hoja de naranja, como en Haití... uno pone a hervir la hoja de naranja y se la da a los niños. La hoja de cachima es buena cuando uno tiene dolor de estómago... Hay una fruta (inaudible)... es como un té. Yo la mando traer de mi país... la conozco porque mis papás y mis abuelos me la daban cuando estaba pequeña.

Contrariamente, los miembros de la familia Pétrus prefieren vivir en la intimidad los problemas gastrointestinales de los niños. Dicha actitud se ve reforzada por la mirada discriminatoria que sienten de parte de algunas personas de su entorno escolar. Además, la noción de contaminación y de discriminación ocupa un lugar importante en la manera de reaccionar de estos tres niños. Efectivamente, ellos nos contaron haber vivido algunas experiencias de discriminación durante sus primeros años de vida, tanto en el colegio como en el barrio en el que vivían en ese momento. Describieron dichas experiencias como si fueran similares a los últimos episodios de dolor abdominal que tuvieron en el colegio, al punto de que en los dos casos fueron llamados “microbios”. Christine, la hija mayor de la familia Pétrus recuerda algunas vivencias desagradables que tuvo al respecto:

Cuando comenzamos primer grado no fue fácil porque había personas que no nos querían, nos rechazaban un poco, eso continuó en tercer grado y empeoró, nos rechazaban y no jugaban con

nosotros... fue muy duro, afortunadamente yo tenía a mi mamá cerca de mí... Sinceramente, ellos eran racistas hacia los negros, por eso no nos querían... eran personas que vivían en nuestra calle y que iban también al colegio, nos trataban de microbios, nos rechazaban, es duro. (Christine, 12 años)

Aunque las primeras experiencias de discriminación mencionadas por los niños de esta familia ocurrieron en el colegio o en el vecindario en el que vivían varios años atrás, estas parecen haber sido incorporadas por ellos. Así, al hablar hoy de su problema gastrointestinal, los jóvenes traen a colación dichas situaciones pasadas que fueron desagradables para ellos y parecen haber integrado la violencia simbólica presente en ellas. Esta se ve reflejada en la manera como ellos creen que los perciben las personas de su entorno: como microbios y fuentes de contaminación. Igualmente, ello se refleja en su forma de reaccionar ante sus problemas de salud actualmente: tratando de pasar desapercibidos y replegándose sobre sí mismos.

Dentro de este contexto, los dolores y problemas gastrointestinales de los niños hacen parte del *sufrimiento social* de sus familias. Este sufrimiento está ligado a las contradicciones y presiones sociales que pesan sobre las personas, y se inscribe en los cuerpos de los sujetos cuando no pueden realizarse socialmente o no alcanzan a ser aquello que deseaban. Es el caso, por ejemplo, de una persona que se ve obligada a ocupar una posición que lo descalifica e incapacita. Estas contradicciones generan una tensión que es interiorizada por el individuo, quien no cuenta con los medios necesarios para salir de esa posición incapacitante. La persona se ve así sometida a un conflicto interno, cuya causa es externa, lo cual puede provocar una fragilidad física y mental. El sufrimiento social es, entonces, el producto de una violencia que impide vivir los derechos civiles y sociales, ya sea a través de un estatus, de un empleo, de una estructura familiar o de una política estatal (Rossi 2007). Es una manera de verse afectado en su ser somático y psicológico por su ser en sociedad; es la consecuencia de las estructuras sociales desiguales, de las relaciones de poder, de la injusticia social, de la discriminación y de las fuerzas económicas agobiantes.

Sin embargo, y a pesar de las coacciones impuestas por las estructuras políticas y la desigualdad social, las personas que entrevistamos

desarrollan algunas estrategias mediante las cuales palían los efectos negativos de estas, buscan su bienestar y se adaptan e integran a la sociedad local, o al menos lo intentan. Así, las prácticas religiosas y las redes de socialización y solidaridad comunitarias constituyen importantes recursos que las familias haitianas inmigrantes emplean para hacer frente a sus diferentes necesidades y problemas. Además, según estas madres de familia, los dolores abdominales que padecen sus niños no son necesariamente un problema que deba ser tratado de manera aislada, sino que es considerado dentro de todas las dificultades y necesidades que tiene la familia. Así, ellas piensan que hacer oraciones y tener fe en Dios ayuda efectivamente a curar dichos dolores, así como a solucionar los otros problemas de salud de su parentela. La mamá de los Royer lo expresa de la siguiente manera: “Cuando nosotros nos enfermamos, antes de ir al médico, oramos a Dios. Yo creo que solo Dios me puede curar, y que después el médico con su medicina me puede ayudar”.

En el mismo sentido que las observaciones hechas por Mossière (2006) y Bibeau (2006) en el contexto de la ciudad canadiense estudiada, los inmigrantes encuentran diferentes recursos materiales, sociales y emocionales en las iglesias. A través de tales recursos, las personas construyen un tejido social y desarrollan lazos sociales efectivos, recrean una comunidad de pertenencia que les facilita su instalación e integración a la vida social local. Así mismo, las iglesias ayudan a que las personas den un sentido a su experiencia de la migración y a sus vidas en el nuevo contexto social. También les permite desarrollar modelos de inserción a la vida social local que estén en armonía o articulados con los valores fundamentales de sus culturas de origen. Las preocupaciones por la salud mental y física también hacen parte de los principales asuntos tratados en estas iglesias.

CONCLUSIÓN

En el estudio que realizamos sobre los problemas gastrointestinales en los niños que pertenecen a familias haitianas migrantes en Canadá, identificamos y observamos diferentes dimensiones que se conjugan de manera interactiva. Se trata de un análisis tridimensional coherente con nuestro interés por desarrollar una antropología médica crítica que ponga en relación las fuerzas externas a los individuos, las organi-

zaciones socioculturales particulares y su utilización por parte de las personas. Este tipo de análisis va igualmente en el sentido de articular las distintas dimensiones de la realidad que se han escindido tras el desarrollo de las especializaciones disciplinarias del conocimiento. Es más, la “escisión cuerpo-mente” presente en la visión clínica se vuelve un elemento de conflicto para la comprensión de la experiencia de la dolencia, en la cual participan diferentes elementos individuales y sociales. Así, nosotros hacemos énfasis en las interconexiones y relaciones entre los fenómenos de salud-enfermedad y en la necesidad de estudiarlos en su carácter interactivo.

La primera dimensión que exploramos concierne a las redes semánticas y a los modelos explicativos presentes en los relatos de las personas. Dicho análisis fue de tipo temático e inspirado en la antropología interpretativa. Así, identificamos las principales maneras como los niños y sus familias interpretan y explican los dolores abdominales. Las metáforas utilizadas, los distintos síntomas y sensaciones asociados, al igual que la dificultad para describir con precisión los dolores, ocuparon un lugar central. Igualmente, diferentes aspectos relacionados con la alimentación, el frío y algunos diagnósticos médicos fueron las principales explicaciones concedidas. Antes de reificar estos significados y modelos explicativos, la información recopilada nos permite concluir que los idiomas del sufrimiento son inacabados y se hallan en constante negociación. Ellos constituyen respuestas que las personas dan con el objetivo de adaptarse al nuevo medio social y médico en el que se encuentran, el cual está inscrito en el marco de relaciones de poder. Así mismo, podemos decir que las personas que pertenecen a un mismo contexto cultural pueden orientar dichos idiomas de sufrimiento de forma particular, de tal manera que las generalizaciones y la esencialización de la cultura pierde todo sentido.

Por otra parte, también observamos que la separación cuerpo-mente, a la cual tiende la cultura médica, y cuyas raíces se hallan en la tendencia científica a clasificar, compartimentar y privilegiar lo observable sobre lo no observable, constituyen un obstáculo para esta institución a la hora de diagnosticar, explicar y tratar el dolor y los problemas gastrointestinales. De acuerdo con Crowley-Matoka et ál. (2009), la cultura biomédica da prioridad a los aspectos físicos de la enfermedad pasando sobre la experiencia vivida y los factores

socioculturales, y privilegia el tratamiento biomédico, en oposición a la búsqueda de bienestar total. Estas características, junto con la escisión cuerpo-mente, son problemáticas a la hora de tratar el dolor y pierden todo su sentido cuando escuchamos las experiencias de los niños que padecen tales dolores. Según Morris (1991), Jackson (2000) y DelVecchio Good et ál. (1992), el dolor es una experiencia subjetiva, cuya expresión y atención (o desatención) varían con base en el carácter particular y único de las experiencias personales y en sus diversos anclajes sociales y culturales.

La segunda dimensión explorada tiene que ver con la manera de vivir los trastornos gastrointestinales, es decir, con la experiencia cotidiana de padecer y vivir con este problema de salud. Esta aproximación fenomenológica nos permitió identificar los principales escenarios en los que los dolores abdominales se recrean y la importancia que ellos tienen en la vida cotidiana de los niños y de sus madres. Las presiones que los jóvenes enfrentan en el colegio, junto con las precarias condiciones económicas de las familias, constituyen los principales contextos micro y mesosociales que favorecen dicha somatización. Igualmente, la situación de inseguridad vivida en Haití antes de la migración y las dificultades que afrontaron las madres durante los primeros años de sus hijos e hijas en Canadá, constituyen una fuente de sufrimiento para la familia que, a su vez, potencia la agudización de los problemas gástricos en los pequeños. En este sentido, vemos que los programas de migración, la inserción en una institución local como la escuela (caracterizada por la homogeneización de la cultura occidental), el pasado colonial, la historia política del país de origen de las familias, forman los factores intermediarios de la violencia (en el colegio y en el diario vivir). Las contradicciones que sufren los niños y sus familiares son, en ocasiones, drásticas.

Finalmente, la tercera dimensión que observamos críticamente, corresponde a la estructura social, política y económica del país donde se establecieron las familias actualmente. La inequidad social, la posición desfavorable de los migrantes haitianos, su precariedad económica y su dependencia con respecto del gobierno, las relaciones de discriminación y el racismo, los conflictos identitarios, la violencia simbólica que a veces ejercen instituciones modernas como la biomedicina, son fuerzas macrosociales que alimentan la vulnerabilidad de la salud de

estos(as) niños y niñas y de los demás miembros de sus familias y su sufrimiento social. Los sentimientos que generan las experiencias de discriminación en las personas entrevistadas son de desaprobación, aislamiento, inseguridad y tristeza.

Sin embargo, no podemos pasar por alto las acciones de los agentes sociales con miras a adaptarse a las condiciones sociales, al modelo biomédico y a la realidad cotidiana. Además, las estrategias terapéuticas en el seno del hogar y los recursos sociales y simbólicos desarrollados por las familias proporcionan alivio a los dolores abdominales que padecen los niños y las niñas y refuerzan la confianza que sus miembros tienen en la propia capacidad de gestión de la salud de la familia y de su comunidad.

El sufrimiento asociado a los problemas gastrointestinales no puede explicarse sin hacer referencia a los factores intermediarios que conjugan las causas estructurales de orden político y económico, las relaciones socioculturalmente construidas, los idiomas locales de sufrimiento y de explicación del malestar. De esta manera, se hace necesaria la conjugación de epistemologías crítica, interpretativa y fenomenológica, junto con el empleo de herramientas conceptuales, técnicas de recolección de datos y métodos de análisis propios de cada epistemología.

Por último, este artículo ofrece una contribución importante al conocimiento antropológico. En primer lugar, rescatamos una trayectoria de desarrollo canadiense (específicamente quebequense), valiosa y poco conocida en el medio colombiano. Hicimos un recorrido por las vertientes de la antropología médica de las últimas décadas, particularmente las perspectivas interpretativa y crítica. Igualmente, presentamos datos importantes sobre el dolor gastrointestinal en los niños y las niñas inmigrantes, así como los elementos sociales y culturales en los cuales este se produce.

Otros de los aportes que este tipo de antropología médica interpretativa y crítica aporta a la disciplina antropológica son los siguientes: la aproximación humanística de esta subdisciplina, su amplia tradición de trabajo de campo y etnográfico que le permite acercarse a las vivencias de las personas y al lenguaje de expresión, la perspectiva de largo plazo de los fenómenos sociales estudiados, su proyecto de análisis transcultural y comparativo, el espacio que ofrece para la comunica-

ción entre las distintas subdisciplinas de la antropología, el diálogo interdisciplinario (por fuera de las ciencias sociales) que ha logrado dinamizar y la potencialidad de aplicar sus resultados en la realidad social. Así mismo, logra articular una crítica de las instituciones sociales, no solo con el fin de denunciar y prevenir el reduccionismo racionalista o la escisión cuerpo-mente, por ejemplo, sino de aportar conceptos y herramientas de reflexión para pensar la complejidad de los procesos de salud-enfermedad. Una mayor sensibilización frente a los saberes locales, las realidades pluriétnicas, las dimensiones comunitarias y una aproximación contextualizada de los comportamientos de las personas, son otras de las contribuciones que este tipo de trabajo ofrece, no solo a la disciplina antropológica, sino a las ciencias de la salud y a las ciencias sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- Barakzai, Mary, Jacqueline Gregory y Dorothy Fraser. 2007. "The effect of culture on symptom reporting: Hispanics and irritable bowel syndrome." *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 19: 261-267.
- Baretic, Maja, Dragan Jurcic y Mate Mihanovic. 2002. "Epidemiology of irritable bowel syndrome in Croatia." *Coll Antropol* 26: 85-91.
- Bibeau, Gilles. 1991. "¿Hay una enfermedad en las Américas?". En *Cultura y salud en la construcción de las Américas: reflexiones sobre el sujeto social*, editado por Carlos Pinzón, Gloria Garay y Rosa Suárez, 43-70. Bogotá: Colcultura.
- Bibeau, Gilles. 1992. *La santé mentale et ses visages: un Québec pluriethnique au quotidien*. Québec: G. Morin.
- Bibeau, Gilles. 1996. "A step toward thinking: from webs of significance to connections across dimensions". *Medical Anthropology Quarterly* 10: 402-416.
- Bibeau, Gilles. 1997. "At work in the fields of public health: the abuse of rationality". *Medical Anthropology Quarterly* 11: 246-252.
- Bibeau, Gilles. 2006. "Les Églises Noires de Montréal: une voie vers la citoyenneté?". *Anthropologies et sociétés* 30: 202-211.
- Bibeau, Gilles y Ellen Corin. 1994. *Beyond Textuality: Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*. Nueva York: Mouton de Gruyter.
- Brodwin, Paul. 1996. *Medicine and Morality in Haiti: The Contest for Healing Power*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Castro, Arachu y Merrill Singer, eds. 2004. *Unhealthy Policy. A Critical Anthropological Examination*. Nueva York: Altamira Press.

- Cathébras, Pascal. 2006. *Facteurs étiologiques de la somatisation et des symptômes fonctionnels*. France: Masson.
- Crowley-Matoka, Megan, Somnath Saha, Steven Dobscha y Diana Burgess. 2009. "Problems of Quality and Equity in Pain Management: Exploring the Role of Biomedical Culture". *Pain* 10: 1312-1324.
- Chang, Lin, Brenda Toner, Shin Fukudo, Elspeth Guthrie, Richard Locke, Nancy Norton y Ami Sperber. 2006. "Gender, Age, Society, Culture, and the Patient's Perspective in the Functional Gastrointestinal Disorders". *Gastroenterology* 130: 1435-1446.
- Das, Veena, Arthur Kleinman, Margaret Lock y Pamela Reynolds, eds. 2001. *Remaking a World: Violence, Social Suffering and Recovery*. Berkeley: University of California Press.
- DelVecchio Good, Mary-Jo, Paul Brodwin, Byron Good y Arthur Kleinman, eds. 1992. *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Drossman, Douglas. 2000. *The functional gastrointestinal disorders*. USA: Degnon Associates.
- Farmer, Paul. 2003. *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.
- Fassin, Didier. 1996. *L'espace politique de la santé*. Paris: Presses universitaires de France.
- Fassin, Didier, 2004. *Afflictions. L'Afrique du Sud e l'appartheid au sida*. Paris: Karthala.
- Gidens, Anthony. 1995. *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gómez, Liliana. 2010. "Les maux de ventre des enfants haïtiens de Montréal: entre la recomposition culturelle et la souffrance familiale". Tesis de maestría, Université de Montréal.
- Good, Byron y Mary-Jo DelVecchio. 1984. "Toward a Meaning-Centered Analysis of Popular Illness Categories: 'Fright Illness' and 'Heart Distress' in Iran". *Culture, Illness, and Healing* 4: 141-166.
- Good, Byron y Marie-Jo DelVecchio. 1993. "Au mode subjonctif. La construction narrative des crises d'épilepsie en Turquie". *Anthropologie et Sociétés* 17: 21-42.
- Gouvernement du Québec. 2013. "Migrations internationales et interprovinciales, Montréal et ensemble du Québec, 1996-1997, 2001-2002 et 2006-2007 à 2011-2012". Modificado por última vez el 20 de junio.

- http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profilo6/societe/demographie/migrations/mig_toto6.htm
- Gwee, Kok-Ann y Uday Ghoshal. 2009. "Epidemiology of irritable bowel syndrome in Asia: something old, something new, something borrowed". *Gastroenterol Hepatol* 24: 1601-1607.
- Howell, Stuart, Nicholas Talley, Susan Quine y Richie Poulton. 2004. "The Irritable Bowel Syndrome has Origins in the Childhood socioeconomic Environment". *American Journal of Gastroenterology* 99: 1572-1578.
- Jackson, Jean. 2000. *Camp Pain: Talking with Chronic Pain Patients*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Kang, Jin-Yong. 2005. "Systematic review: the influence of geography and ethnicity in irritable bowel syndrome". *Aliment Pharmacol Ther* 21 :663-676.
- Kirmayer, Laurence y Allan Young. 1998. "Culture and Somatization". *Clinical epidemiological, and ethnographic perspectives* 60: 420-430.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur. 1986. *Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia, and pain in modern China*. Yale: University Press.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, Arthur, Veena Das y Margaret Lock. 1997. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Laguerre, Michel. 1987. *Afro-Caribbean Folk Medicine*. Massachusetts: Bergin & Garvey.
- Laplantine, François y Alexis Nouss. 1997. *Le métissage*. France: Flammarion.
- Ledoyen, Alberte. 1992. *Montréal au pluriel. Huit communautés ethnoculturelles de la region montréalaise*. Institut québécois de recherche sur la culture.
- Leslie, Charles. 1992. *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- Lock, Margaret. 2002. "Medical Knowledge and Body Politics". En *Exotic no more: Anthropology on the Front Lines*, editado por J. MacClancy, 190-208. Chicago: University of Chicago Press.
- Lock, Margaret y Nancy Sheper-Hughes. 1996. "Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routiness in Discipline and Dissent." *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, edited by Johnson, Thomas and Carolyn Sargent, 41-70. New York: Praeger.

- Massé, Raymond. 2001. "Pour une épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique". *Sciences sociales et santé* 19: 45-73.
- Mayer, Robert, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques y Daniel Turcotte, eds. 2000. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Moretti, Christian. 1991. "La médecine créole, ses origines". Dans *Encyclopedie des Médecines Naturelles*. Paris: Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération.
- Morris, David. 1991. *The Culture of Pain*, Berkeley: University of California Press.
- Mossière, Géraldine. 2006. "Former un citoyen utile au Québec et qui reçoit de ce pays: Le rôle d'une communauté religieuse montréalaise dans la trajectoire migratoire de ses membres". *Les Cahiers du Gres* 6: 45-61.
- Pandolfi, Mariela. 1993. "Le self, le corps, la crise de la présence". *Anthropologie et Sociétés* 17: 57-78.
- Poupart, Jean. 1997. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Ramchandani, Paul, Mina Fazel, Alan Stein, Nicola Wiles y Matthew Hotopf. 2007. "The impact of recurrent abdominal pain: predictors of outcome in a large population cohort." *Acta Paediatrica* 96: 697-701.
- Rossi, Ilario. 2007. "Quêtes de spiritualité et pluralisme médical: reconfigurations contemporaines". En *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérison spirituelles*, editado por Durisch-Gauthier, Nicole, Ilario Rossi y Jorg Stolz, 15-30. Genève: Éditions Labor et Fides.
- Roy, Bernard. 2003. *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère*. Montréal: Les Presses de l'Université Laval.
- Scheper-Hughes, Nancy y Margaret Lock. 1987. "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropologie Quarterly* 1: 6-41.
- Singer, Merrill y Hans Baer, eds. 1995. *Critical Medical Anthropology*. Amityville: Baywood Publishing.
- Soulet, Marc-Henry, ed. 2007. *La souffrance sociale*. Suisse: Academic Press Fribourg.
- Statistiques Canada. 2013. "Recensement de 2006. Immigration and Citizenship Highlight Tables, 2006 Census". Modificado por última vez el 22 de junio. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-557/T404-eng.cfm?Lang=E&T=404&GH=4&GF=1&SC=1&S=1&O=D>

Vizcarra, Ivonne. 1999. "Au-delà de l'assiette. L'acte alimentaire dans la société et la culture". *Anthropologie et Sociétés* 23: 145-151.

Vonarx, Nicolas. 2005. "Le voodoo haïtien: système de soins ou religion? Situer le vodou au sein du pluralisme médico-religieux en Haïti". Tesis de doctorado, Université de Laval.

Young, Allan. 1981. "When Rational Men Fall Sick: An Inquiry into Some Assumptions Made by Medical Anthropologists". *Culture, Medicine and Psychiatry* 5: 317-335.