

María del Pilar Díaz Murillo (\*)

# EPIDEMIOLOGIA Y ANTROPOLOGIA ¿DOS DISCIPLINAS CERCANAS?

## UN ENSAYO SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD EN DISTINTOS CONTEXTOS CULTURALES EN EL PAIS

Este ensayo propone observar los sistemas médicos tradicional y popular en Colombia bajo la óptica de la Epidemiología, particularmente de la descriptiva. La primera la definió Mc Mahon como el estudio de la distribución y determinantes de la frecuencia en enfermedad en el hombre. La segunda profundiza estos aspectos, preocupándose por el tipo de personas que la padecen, dónde y cuando ocurre (Guerrero, 1981). A partir de esto se crea el interés por el RIESGO, es decir, la probabilidad que tiene

una persona o grupo de enfermar o morir, dadas sus condiciones biosociales, lo cual resulta en una mayor o menor susceptibilidad frente a ciertos fenómenos mórbidos.

El análisis epidemiológico involucra la relación agente (el que puede causar o portar la enfermedad), huésped (quien la sufre) y medio ambiente (crea la dinámica de condiciones interactuantes para que los individuos enfermen o no). Originalmente este modelo se aplicó a las infecciones agudas, luego a las enfermedades crónicas y, ahora, a las patologías resultantes de la conducta social humana. Gracias a éste y al concepto de riesgo, se llegó a hablar de preven-

ción y no sólo de curación, en la llamada medicina científica (o facultativa), lo cual implicó que el hombre no era simplemente un "agente receptivo" ante la enfermedad, sino que podía ir en su búsqueda, consciente o inconscientemente, debido a su modo de vida (cultura) que determina hábitos y costumbres particulares. De ahí que antropología y epidemiología puedan trabajar juntas en el análisis de la salud y enfermedad: comparten en principio el método descriptivo y comparativo. Además,

(\*) *Antropóloga, MSP  
Departamento de Antropología  
Pontificia Universidad Javeriana*



los datos etnográficos se pueden utilizar para entender la enfermedad en diferentes contextos y su relación con la cultura.

Esta introducción pretende justificar el trato que se le dará a la información sobre salud y enfermedad, pues postulo que a nivel de medicina tradicional (comprende los sistemas de salud nativos de Colombia) y popular (toda actividad que el pueblo, sin importar su condición social realiza para prevenir y enfrentar la enfermedad, incluyendo recientes aculturaciones y sincretismos) existen conceptualizaciones equivalentes de riesgo, infección o contagio y morbilidad sentida, así como un sistema preventivo, que usualmente sólo manifiesta la medicina científica y la epidemiología. Todos estos conceptos remiten a la relación equilibrada hombre-medio ambiente social y biológico, de ahí que integre los conceptos socioculturales de lo normal y lo patológico como reguladores de ese equilibrio que al desarmonizarse permite la aparición de la enfermedad. Mostrándose así, que a un nivel las tradiciones médicas comparten cierta forma de percibir el proceso salud-enfermedad.

Salud y enfermedad están ligadas a la organización de los pueblos, dada ésta por normas que rigen la relación del hombre con el hombre, y el hombre con la naturaleza. Se puede decir

que de aquí surge la división de las enfermedades propuesta por Seijas (1969) para los indígenas del Valle de Sibundoy: las **místicas** originadas en la interrupción del transcurrir natural de la vida y las **naturales** que acompañan el natural desarrollo de la vida de una persona, o como lo dice don Víctor (comunicación directa), curandero del altiplano cundi-boyacense que trabaja en Bogotá: **postizas**, causadas por otras personas, comprende la brujería y **naturales**, que tienen que ver más con el ciclo vital y la relación del hombre con la naturaleza. O para los negros del litoral pacífico que las denominan **de visión**, conflicto hombre-naturaleza, y **puestas**, entre hombres o sea por maleficios (Motta, 1986). Todas denotan la transgresión de NORMAS biológico sobrenatural o social; como lo afirmara Reichel-Dolmatoff (1979) para los Kogi (Sierra Nevada de Santa Marta) y Tukano (Vaupés): "la enfermedad es un estado de desviación biológica y cultural de las normas: no es sino la reacción a la conducta social inadecuada del paciente, y la esfera social incluye en este caso la esfera económica, es decir, el manejo prudente y responsable de los recursos naturales".

Es así que lo normal corresponde al patrón de interrelaciones aceptado por la tradición o el derecho de un grupo, que supone el seguimiento de

ciertos principios fundamentales para no caer en lo patológico, es decir, fuera del orden establecido. Ese conjunto de principios va a constituir el sistema preventivo, que como afirman Chaves y Villa (1983) se formaliza en ayunos, baños rituales, tabúes alimenticios (y sexuales) o ingestión de alimentos especiales. El sistema preventivo tradicional intenta evitar que la comunidad tenga problemas a raíz de una infracción, consciente o inconsciente, que se puede manifestar en la enfermedad de uno o más miembros del grupo. Por ello el chamán la debe combatir tanto desde el punto de vista individual como de la comunidad, pues él la cura "al integrar al individuo a la armoniosa relación con su comunidad y con su medio ambiente" (Ibid.). Entre los cubeo (Vaupés) la enfermedad es un hecho sociocultural que aflige a toda la comunidad y a su medio ambiente, se la concibe "como una agresión que no sólo afecta al individuo sino que potencialmente agrede a la comunidad, sea a través del contagio, sea porque el estado patológico es una anormalidad social (...). En sí misma la enfermedad es inmaterial cuya esencia puede ser traspasada por objetos materiales, pero cuya causa última es un estado de agresión proveniente de un ser distinto, sea éste una persona, animal o espíritu" (Cocrea, 1987).



La prevención se puede manifestar de diferentes maneras, por ejemplo, en la aldea mestiza de Aritama, en la Costa Atlántica, su cultura condena la sociabilidad, la embriaguez y el baile con el fin de evitar tensiones sociales causadas en una lucha por prestigio. Incluso consideran formas de conducta **asocial** un buen aspecto físico, una vida familiar armoniosa o cualquier tendencia "progresista". También se piensa que los alimentos costosos son nocivos para la salud,

enseñándole esto a los niños desde pequeños (Reichel-Dolmatoff, 1955). Mientras que la medicina científica tiende a apartar los enfermos de los sanos (caso actual el SIDA), siendo la prevención más una cuestión de responsabilidad individual, por lo cual se estimula el autocuidado y la educación en salud.

Curiosamente, el sistema preventivo pareciera no existir en los llaneros de Arauca (de Castellanos, 1982), para quienes la salud es una cualidad inna-

ta, con la cual se nace y los hijos heredan; así la prevención no tendría sentido. Incluso se le puede ver como un signo de debilidad y poca masculinidad; de ahí que se nieguen a aceptar el miedo, el dolor y la enfermedad. Sin embargo, cuando nace un niño se le colocan amuletos para evitar el mal de ojo y lo alejan de personas que se lo puedan ocasionar. Tampoco los niños y embarazadas deben ir a funerales, cementerios o sitios donde recientemente haya habido un muerto, pues contraerían el frío de difunto. Tal vez la prevención existe sólo para los niños y mujeres: la debilidad se considera propia de ellas. No obstante, al estar embarazadas no disminuyen su ritmo de trabajo, pues tal estado no se considera enfermedad como sí sucede entre campesinos y sectores marginales urbanos de Cundinamarca.

Dentro del sistema preventivo tiene capital importancia el concepto de riesgo explicado al principio, cuyas manifestaciones a nivel cultural pueden guardar similitudes o diferencias. Entre los cubeo "la participación en la vida comunitaria está marcada por diferentes estados del ciclo vital que son considerados críticos: el embarazo, el alumbramiento, el puerperio, la iniciación de la vida, de la alimentación, a la vida en comunidad, la iniciación masculina, la primera





menstruación, así como diferentes eventos importantes en la participación de actividades económicas, sociales y culturales en general (...). Por ello las normas de conducta sociocultural son atendidas con esmero así como los ejercicios chamánicos preventivos que acompañan con insistentes dietas, abstenciones sexuales y otras acciones profilácticas" (Correa, 1987). Los ufaina (Amazonas) consideran las épocas equinocciales las más enfermizas, por ser de transición entre frío y cálido: es cuando se requiere limpieza por sobrecargas anteriores. La sana es el solsticio (Von Hildebrand, 1983). Similarmente, para los cubeo la época entre julio, agosto y septiembre es de gran concentración chamánica y cuando mayor riesgo se corre de enfermarse, por lo cual los payés conjuran el "tiempo del payé" y las enfermedades que se pueden contraer (Correa, Op. cit.).

El riesgo a nivel tradicional se revela particularmente en los conceptos de frío y caliente, que corresponden a una visión energética, que bien se pueden concretar en 'temperatura' (como en nuestra cultura) o en 'cantidad de una de estas cualidades': existen plantas, alimentos, personas y sustancias frías y calientes. Dentro de los coconucos y yanaconas (suroccidente colombiano) 'espíritu' es sinónimo de calor; bienestar equivale a tener el espíritu adecuado para la

edad y situación particular del individuo y la enfermedad es por falta o exceso de espíritu (Faust, 1989). Dentro de los paeces (Cauca) existen tres estados, dos de exceso (o de frío de calor) y el fresco que es en sí mismo equilibrio y armonizador (Portela, 1988). La menstruación es fría porque se pierde sangre y con ella sale el calor. En San Agustín se cree que si tarda en presentarse se le puede "subir a la cabeza" y causar enfermedades (Zuluaga, 1989). Indígenas de la ONIC (1987) afirman que cuando el cuerpo se "destiempla" por exceso de alimentos fríos se requieren plantas calientes para templarlo. En un estudio sobre hábitos alimenticios en Bogotá (Romero, 1982) se menciona que las madres evitan dar a los niños alimentos fríos porque resfrían el estómago y dan vómito y diarrea (como la remolacha, el repollo, las lentejas, la papa criolla y el cerdo). Madres jóvenes perciben los alimentos fríos como los que permanecen en nevera y pueden afectar los bronquios.

La sangre también constituye un factor de riesgo: es fuerte o débil. La del hombre se considera fuerte porque circula menos y es fría; la de la mujer es débil porque es caliente. En un estudio en el hospital universitario Evaristo García de Cali, 41% de pacientes quirúrgicos encuestados (la mayoría provenientes de la misma





Cali) afirmaron que la menstruación está asociada a la infección de heridas porque la sangre de la mujer está muy pesada en esta época; al mirar también puede secar árboles e impedir que suba el pan (Giraldo, 1989). Esto se podría constituir en obstáculo en la atención proveniente de enfermeras y mujeres médicos, al producirse el contacto cultural.

Este caso permite hablar ya de la **infección** a nivel popular: no se refiere a un virus, sino más a la transmisión de algo nocivo o impuro al cuerpo, por ejemplo, al tener relaciones sexuales con una menstruante el semen del hombre puede infectar la herida (op. cit.). En San Agustín asistir a un velorio se considera peligroso porque el muerto emana una energía nociva (Zuluaga, 1989); la influencia de los astros, por alunamiento de las heridas, origina pus por la infección que le entra (Giraldo, 1989); la "picadura de piedra" en Tunja (Alvarado, 1989), la cual supone una transmisión de energía que debilita a la persona y causa daño en las asentaderas o el "enteco de primeriza" (altiplano cundiboyacense), por el cual la mujer embarazada de primera vez enteca a niños de meses, al alzarlos o tocarlos, originándoles diarrea y debilitamiento. Sin embargo, también se encuentra una infección beneficiosa, en opinión de los llaneros araucanos (de Castellanos, 1982) al inyectarse sangre de temblador se adquiere la fuerza del animal, lo cual recuerda la Magia Contagiosa.

A través del territorio nacional existen muchas enfermedades que tienen que ver con la relación hombre-naturaleza, como la enfermedad "de arco" y "viento de guaca" entre los paeces; el "mal de visión", entre los negros del Pacífico; "mal aire", en el altiplano cundiboyacense, y con la relación hombre-hombre (como el "ojiamiento" entre los kwaiker de Nariño, quienes lo atribuyen al blanco, razón por la cual no le sostienen la mirada, ICAN, 1987). Esto nos remite a la labor del chamán como regulador socioecológico, quien se preocupa por el "saneamiento ambiental", no como lo entiende Occidente (control de basura, aguas, vectores, ...), sino como un mediador entre las fuerzas de la naturaleza (incluyendo las sobrenaturales) y el hombre. Es así que su entrenamiento en general comprende el aprendizaje de los ritos de origen, la organización de la comunidad, el comportamiento de los animales y la interacción entre los hombres, las plantas, los animales y la tierra, como el "hombre-jaguar" ufaína. Es un especialista teórico y empírico del medio en que vive; administra el manejo humano de los nutrien-

tes de tal forma que el grupo pueda permanecer 10 a 15 años en un mismo sitio sin migrar. Llegado el momento él decide adónde y cuándo emigrar (Von Hildebrand, 1983) o don Desiderio Murillo (Díaz, 1985) en el Bajo Calima, pueblito negro cerca a Buenaventura, quien es curandero de culebras, experto botánico y agricultor. Tanto que trabaja con la Secretaría de Agricultura del Valle, o el chamán cuna que averigua la conducta de los hombres con los animales y la naturaleza para saber por qué se producen las enfermedades e imponer reglas que controlen el equilibrio de la comunidad y su medio ambiente (ICAN, 1987). Está también el **Ipuigot** (brujo soplador pui nave, Guainía), que sopla las frutas y





el pescado para que los niños y adolescentes los puedan comer, pues el **Ium** es el dueño de las frutas del monte y los animales del agua (op. cit.). El fin de todo chamán es mantener la armonía en el mundo para que la enfermedad no aqueje a la comunidad.

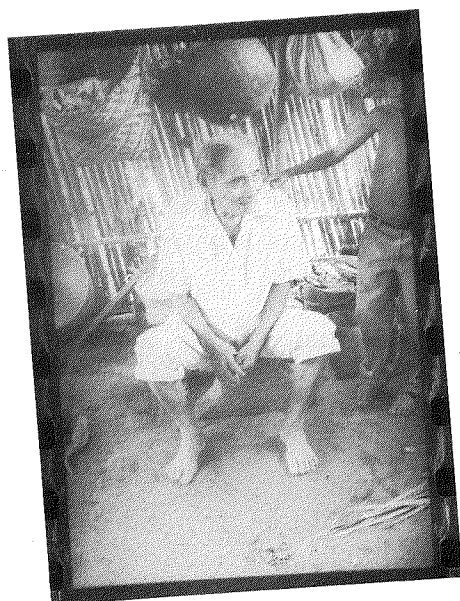
Dentro de los agentes de salud tradicionales y populares existe también especialización, no como el Occidente por órganos, sino más bien por áreas sistémicas y formas de tratamiento: sobandero (para huesos y descuajés); partera y comadrona; empírico en odontología; hierbatero; brujo (para maleficios); entre los cunas el **Apsogedi** (especialista en epidemias), el **Inatuledi** (médico por aprendizaje) y el **Nele** (de mayor je-

rarquía, escogido por haber nacido con el cordón umbilical alrededor del cuello). Se incluyen también los charlatanes (particularmente en zonas urbanas; son falsos sanadores) y, para todo mal, el santoral católico (con sus subespecializaciones, como Santa Lucía para los ojos). Es de anotar que los chamanes comparten en general el uso de sustancias que alteran la conciencia (variables acorde a la zona) para determinar qué o quién causó la enfermedad, el tratamiento, la norma que se rompió.... en fin, este uso se constituye en el principal sistema diagnóstico entre jaibanas, mamos, curacas, payés e incluso algunos curanderos en las ciudades las utilizan a veces.

Salud y enfermedad son parte de un mismo proceso de adaptación sociobiológica, donde la primera para indígenas y negros corresponde a un equilibrio del hombre consigo mismo, la naturaleza y lo sagrado; la segunda es un síntoma de desarmonía. Mientras la Organización Mundial de la Salud entiende por salud un estado IDEAL de completo bienestar y por enfermedad lo contrario, la cual tiende a ser identificada por campesinos y sector marginal urbano como "no poder trabajar" (Díaz, 1980 y 1983). El hecho o no de **percibir** la enfermedad como tal depende de la cultura, pues ella la construye y advierte de manera particular. Cuando sí se le reconoce, hace parte de la morbilidad sentida de la comunidad. No obstante al encontrarse dos sistemas médicos diferentes puede suceder que:

1. Ambos la reconozcan, pero con etiologías distintas: como en Cali (Giraldo, 1989), donde ven la menstruación como una época en que la mujer está como una víbora, puesto que está deshumorando, tiene la sangre pesada lo cual puede corresponder al llamado síndrome pre-menstrual por los médicos: la mujer sufre cambios a nivel emotivo que se relacionan con la ovulación. O la desnutrición que los negros del Pacífico la atribuyen al mal de ojo, de espanto o de frío (Motta, 1986).
2. El uno lo haga y el otro la niegue: como el embarazo, la menstruación y la envidia que en Cundinamarca los campesinos consideran enfermedad, pero los médicos no.
3. Ambos la nieguen: como los malestares ocasionados por la salida de los dientes, que corresponde a un proceso natural.

Cuando los médicos atienden a personas que manejan otras construcciones culturales sobre la enfermedad, se producen fricciones a partir de la NO COMUNICACION por mutuo desconocimiento del saber médico de cada uno, e incluso de su situación biológica, como lo afirmara Alberto Vasco (1978), niveles de hemoglobina pueden ser alarmantes en un grupo y para otro pueden ser normales. Esto también interactúa con lo social, por ejemplo, los llaneros presentan una alta resistencia al dolor. Todo por el principio que "el llanero no llora" (de Castellanos, 1982) y porque el enfermarse puede conllevar la desubicación social (se suspen-





de la interacción con otros) y cultural (signo de poca masculinidad), lo cual determina que se manifieste o no la percepción de enfermedad. Así existen tres niveles de morbilidad sentida: individual, social (afecta instituciones e interacciones) y cultural (creencias y valores) (Díaz, 1987). En este 'sentir la dolencia' el curandero, partera o chamán puede llegar a ser más sabio que el médico porque distingue entre "enfermedades de indios" y "de blancos", entre lo que sabe manejar y lo que no; es entonces cuando remite al galeno. No obstante, se da el caso que el mal sea tan común o no afecte las labores diarias, que no se percibe como tal, por ejemplo la gripa (peregrinos que acuden a Bojacá y Monserrate); el bocio antes que se descubriera su origen, o la misma tuberculosis. Cuando el sistema occidental de salud se pone en contacto con el tradicional es que le descubre y reclasifica ciertas situaciones como riesgosas o como enfermedad.

Este contacto extracultural ha permitido que curanderos y chamanes reconozcan la actividad médica occidental como útil, para ciertos casos en que ellos no tienen una respuesta culturalmente estructurada, por ejemplo entre los paeces "el picado de pulmón" (TBC) es remitido a la medicina facultativa en sus fases superiores, mientras la diarrea por arco no, ya que se tiene la certeza cultural de que no es de competencia de la medicina blanca, debe ser tratada por el tedwala (médico tradicional), con to-

dos los riesgos que pueda implicar (Portela, 1988). Los payés cubeo distinguen entre enfermedades anteriores a los blancos y posteriores al contacto, afirmando que con el olor de las mercancías traídas por el blanco se difundieron enfermedades como el sarampión, tosferina, gripa y cólicos; asumen que algunas de ellas deben ser tratadas por los médicos, aunque inicialmente las enfrenten los chamanes (Correa, 1987).

Lo anterior sienta las bases para la articulación de sistemas médicos, que se produce sin necesidad de programas propios de la sociedad dominante, pues la gente (indígena, campesina o urbana) distingue perfectamente cuándo acudir a quién. Como el caso de un obrero, devoto de la Virgen de la Salud de Bojacá, refiriéndose al "ojiamiento": "estas enfermedades los médicos no las han estudiado a fondo. Digamos son curables con yerbas. O sea lo que se dice un yerbatero si entiende de eso. Los indiecitos entienden más de eso, pues son criados en las montañas, donde están las yerbas medicinales y con la ayuda de rezos, de los espíritus y toda esa vaina, le dan vida y le dan salud a los niños" (Díaz, 1980).

Hay médicos que han empezado a aceptar aspectos parciales de la Medicina Tradicional, básicamente por influjo de la Organización Mundial de la Salud al aceptar la validez de ésta. En especial, a partir del reconocimiento de sistemas médicos tradicionales de otras culturas como lo es la acupuntura, homeopatía y naturo-





patía, que han sido adoptadas en Colombia por algunos médicos, curanderos y charlatanes. Estos últimos las reinterpretan y utilizan para explotar a los enfermos económicamente. Así estas alternativas médicas se han incorporado a la medicina popular colombiana; paradójicamente aceptando más lo extranjero que revalorando nuestros sistemas nativos. Dentro de la medicina popular no se debe dejar fuera la religiosidad, tanto católica como la correspondiente a sectas protestantes y orientales que han penetrado en el país, con fortaleza en sectores urbanos. La Iglesia Católica ha tenido injerencia en la salud desde la época del control y tratamiento de las grandes pestes como en la acción terapéutica emana-

da del poder de las deidades (o "iglesia terapéutica", concepto de Jacques Attali), reconocidas o no por la jerarquía católica (Díaz, 1983). Por ello se encuentran actuando santos como José Gregorio Hernández, San Antonio, Santa Lucía, el Divino Niño del Veinte de Julio, el Señor de Monserate o la Virgen de la Salud de Bojacá entre muchísimos más, a quienes se les pide arreglar situaciones socioeconómicas, afectivas, psicológicas, orgánicas y preventivas, cubriendo el cuadro **total** de expectativas de la población colombiana.

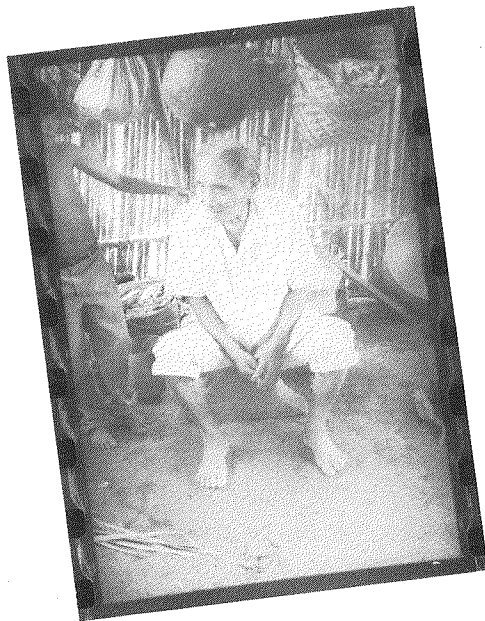
Por otro lado, las sectas protestantes actúan también en el mantenimiento de la salud, pues generalmente dentro de sus normas está el no beber, no fumar, no usar drogas sicotrópicas y no maquillarse. Las primeras en ser atraídas son las mujeres, pues suponen que así podrán evitar que los maridos tengan vicios y algunas lo logran (Díaz, 1983).

Los charlatanes, como el Indio Amazónico, a su manera también dan respuesta a los problemas de la gente, proveyendo sustancias para "cerrar el cuerpo" con el fin que las balas no entren; aerosoles para atraer el dinero o filtros de amor y "amansa guapos". Conjugándose todo con las costumbres heredadas por familia y región, como la mata de sábila para proteger de envidias y salamientos, o limpias con las 7 hierbas y sahumerios para evitar maleficios y mala suerte. Estas prácticas hablan de la interacción biosicosocial, base para el

tratamiento integral tan de moda en las profesiones médicas y señala algunas de las limitaciones que el sistema occidental de salud puede exhibir frente a muchos de sus potenciales usuarios. Chamanes, curanderos y hasta charlatanes proveen una atención unificada: sicobiológica y mágico-religiosa, que los galenos no están acostumbrados a dar por la misma estructuración individualista, orgánica, divisible, de la medicina científica.

Médicos, curanderos (de todo tipo) y chamanes pueden y deben compartir su conocimiento sobre el sentir humano para llegar a un bienestar mayor del hombre: añadir vida a los años y no años a la vida. Calidad y no cantidad ♦

Las fotografías de este artículo fueron tomadas por Clara Giraldo y Francisco Pinto





# BIBLIOGRAFIA

- ALVARADO, Wildy et al. "Medicina tradicional en el área urbana de Tunja". En: **Universitas Humanística**, N° 30, enero-junio 1989.
- ATTALI, Jacques. **El Orden caníbal**. Ed. Planeta, 1981.
- DE CASTELLANOS MARTINEZ, Betty. **La Medicina Popular entre los colonos de la región central de Arauca**. Monografía, Antropología, Universidad Nacional, 1982.
- CORREA, François. "Medicina Tradicional Cubeo". En: **Boletín de Antropología**. Universidad de Antioquia, Vol. 6, N° 21, 1987.
- CHAVES, A. y VILLA, E. "Anotaciones sobre la salud de la población rural de Boyacá". En: **Universitas Humanística**, N° 19, año XII, enero - junio 1983.
- DIAZ MURILLO, María del Pilar. **El sincretismo mágico-religioso y los conceptos de salud y enfermedad de los peregrinos del Santuario de Bojacá**. Uniandes, 1980.
- El Señor Caído de Monserrate". Visión de una realidad a través de la religiosidad popular**. Tesis Uniandes, 1983.
- Trabajo multidisciplinario en complementación educativa sobre salud, Bajo Calima, Valle del Cauca**. Univalle, 1985.
- Estudio de las opiniones sobre el consumo de drogas en el barrio El Troncal**. Tesis Magister Salud Pública, Univalle, 1987.
- FAUST, Franz. "El rol de los sitios geográficos en el sistema médico de los indígenas del suroccidente colombiano". En: **Memorias V Congreso de Antropología en Colombia**, Villa de Leyva, 1989.
- GIRALDO, Alvaro. "Sistemas mágico-religiosos y popular-empírico en Colombia. Tratamiento de heridas". En: **América Indígena**, Vol. XLIX, N° 4 Oct-Dic., 1989.
- GUERRERO, Rodrigo. **Epidemiología**. Fondo Educativo Interamericano, 1981.
- ICAN. **Introducción a la Colombia Amerindia**. Edtl. Presencia, 1987.
- MOTTA, Nancy. "Medicina Popular vs. Medicina Científica". En: **Memorias III Congreso Nacional de Antropología en Colombia**, 1986.
- ONIC. **Primer encuentro de programas de salud de las comunidades indígenas, Cauca**, 1987.
- PORTELA, Hugo. **Yu'ce'**. Universidad del Cauca - Unicef, 1988.
- REICHEL-DOLMATOFF, G. y DE REICHEL, Alicia. "Nivel de salud y Medicina Popular en una aldea mestiza colombiana". En: **Revista Colombiana de Antropología**, vol. VII, 1955.
- REICHEL, Gerardo. "Conceptos indígenas de enfermedad y equilibrio ecológico". En: **Medicina, Shamanismo y Botánica**, FUNCOL, 1983.
- ROMERO, M<sup>a</sup> Eugenia et al. **Seminario sobre prácticas y determinantes de la alimentación infantil en Bogotá**. U. Javeriana, 1982.
- SEIJAS, Haydée. **The Medical System of the Sibundoy Indians**. Tulane University, 1969.
- VASCO, Alberto. **Salud, Medicina y clases sociales**. Eds. Hombre Nuevo, 1978.
- VON HILDEBRAND, Martín. "Cosmovisión y concepto de enfermedad entre los Ufaina". En: **Medicina, Shamanismo y Botánica**, FUNCOL, 1983.
- ZULUAGA, G. y AMAYA, C. "Cultura Popular de la Salud en San Agustín". En: **Universitas Humanística**, N° 30, enero-junio 1989.