



Universitat de Lleida

## Discapacidad y "fisioterapia" tradicional en África Oeste

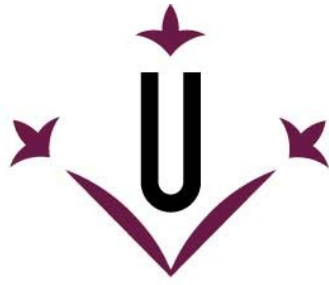
Carme Campoy Guerrero

<http://hdl.handle.net/10803/457536>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**Universitat de Lleida**

**TESI DOCTORAL**

**Discapacidad y “fisioterapia” tradicional en África  
Oeste**

Carme Campoy Guerrero

Memòria presentada per optar al grau de Doctor per la Universitat de Lleida  
Programa de Doctorat en Territori, Patrimoni i Cultura

Director/a  
Albert Roca i Àlvarez

2017

# Sumario

Discapacidad y “fisioterapia” tradicional en África Oeste. Gambia y Mali, estudio comparativo.....	6
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
I.1. Fisioterapia, antropología y cooperación para el desarrollo. Tres campos en confluencia.....	7
I.2. Hipótesis de trabajo.....	8
I.3. Objetivos.....	10
I.4. Metodología empleada.....	11
I.4.1. Trabajo previo.....	12
I.4.2. Delimitación del “terreno”.....	13
I.4.3. Tiempo de estancia en el terreno.....	14
I.4.4. Trabajo de campo.....	14
I.4.4.1. Actitud.....	14
I.4.4.2. Aproximación al trabajo de campo.....	15
I.4.4.3. Relaciones investigador/investigado.....	15
I.4.4.4. Informantes y porteros.....	16
I.4.4.5. Distancia cultural.....	16
I.4.4.6. La cuestión lingüística.....	17
I.4.4.7. Diario de campo.....	18
I.4.4.8. Observación participante.....	18
I.4.4.9. Historias de vida. Itinerarios terapéuticos.....	20
I.4.4.10. Entrevistas. “Fisioterapeutas” tradicionales.....	20
I.4.5. La transcripción.....	22
I.4.6. Búsqueda bibliográfica.....	23
I.4.7. El proceso de análisis y redacción.....	23
<b>Capítulo 1. Contexto histórico y socio económico.....</b>	<b>24</b>
1.1. Mali.....	24
1.1.1. Geografía.....	24
1.1.2. Historia.....	24
1.1.3. Demografía y sociedad.....	25
1.1.4. Contexto Económico.....	25
1.1.5. Salud.....	28
1.1.5.1. Epidemiología.....	30
1.1.5.2. Estructura del sistema de salud.....	30
1.1.5.3. Políticas nacionales de salud:.....	32
1.2. Gambia.....	34
1.2.1. Geografía.....	34
1.2.2. Historia.....	34
1.2.3. Demografía y sociedad.....	35
1.2.4. Contexto económico.....	35
1.2.5. Salud.....	37
1.2.5.1. Epidemiología.....	37
1.2.5.2. Estructura del sistema de salud.....	38
1.2.5.3. Políticas nacionales de salud.....	39
1.3. Conclusiones.....	40
<b>Capítulo 2. Discapacidad en África Oeste.....</b>	<b>41</b>
2.1. La discapacidad.....	41
2.1.1. Algunas definiciones de discapacidad.....	41

2.1.2. Demografía de la discapacidad.....	42
2.1.3. Políticas internacionales sobre discapacidad.....	43
2.1.4. Enfermedades no transmisibles (ENTs) y discapacidad.....	46
2.2. Recursos humanos dedicados a la rehabilitación de la discapacidad.....	48
2.2.1. Rehabilitación en África Subsahariana.....	49
2.2.2. Salud global y rehabilitación.....	51
2.3. Discapacidad y pobreza.....	56
2.3.1. El patrón de pobreza a discapacidad.....	57
2.3.2. Patrón de discapacidad a pobreza.....	58
2.4. Enfermedades prevalentes que cursan con discapacidad.....	60
2.4.1. Discapacidad asociada a las enfermedades transmisibles.....	60
2.4.1.1. Malaria cerebral.....	61
2.4.1.2. Tuberculosis (TB).....	67
2.4.1.3. HIV/SIDA.....	70
2.4.1.4. Neumonía / bronquiolitis.....	73
2.4.2. Discapacidad asociada a las enfermedades no transmisibles prevalentes.....	74
2.4.2.1. Malnutrición infantil.....	75
2.4.2.2. Accidentes de tráfico.....	76
2.4.2.3. HTA / ICTUS.....	77
2.4.2.4. Diabetes mellitus.....	80
2.4.3. Enfermedades congénitas discapacitantes.....	81
2.4.3.1. Parálisis cerebral.....	81
2.4.3.2. Parálisis del plexo braquial infantil (PPBI).....	84
Capítulo 3. Medicina tradicional en África.....	86
3.1. Pluralismo médico.....	86
3.2. El proceso de medicalización.....	88
3.3. Sincretismos y apropiaciones.....	89
3.4. Etnomedicina.....	90
3.5. Medicina tradicional africana.....	90
3.5.1. PROMETRA.....	92
3.5.2. Trayectoria de PROMETRA.....	94
3.6. La diáspora.....	95
3.6.1. Orígenes familiares de los “fisioterapeutas“ tradicionales. Tránsito de “fisioterapeutas“ tradicionales Mali – Gambia.....	95
3.6.2. Migración y terapia tradicional.....	97
3.7. El terapeuta bajo sospecha.....	100
3.7.1. El papel de la magia en el proceso terapéutico.....	100
3.7.2. La magia en el Islam.....	106
3.7.3. Los actores.....	107
3.7.3.1. Los charlatanes.....	107
3.7.3.2. Algunas figuras célebres de la magia islámica.....	107
3.7.3.3. Sufismo. Espiritualidad prohibida.....	109
3.7.3.4. Maraboutage.....	110
3.7.4. Uso terapéutico de la magia.....	115
3.7.5. Magia simpática.....	117
3.7.6. Elementos mágicos utilizados con fin terapéutico.....	119
3.7.6.1. La roqya.....	119
3.7.6.2. La magia de las letras.....	121
3.7.6.3. Magia oral. Encantaciones.....	124
3.7.6.4. Numerología.....	128
3.7.6.5. Amuletos (gri gris o yuyus).....	130
3.7.6.6. Djeduels.....	131

3.7.6.7. Cuadrados mágicos.....	133
3.7.6.8. Farmacopea mágica. Las plantas.....	134
3.7.6.9. La magia de la sangre.....	135
3.7.7 Cosmogonía mandé.....	136
3.7.7.1. Fetiches.....	140
3.7.8. Sacrificios.....	153
3.7.8.1. El sacrificio en la religión tradicional.....	154
3.7.8.2. El sacrificio en el Islam.....	155
3.7.9. Brujería.....	156
3.7.10. Sociedades secretas.....	159
3.7.10.1. Sociedades de cazadores.....	160
3.7.11. Adivinación.....	164
3.7.11.1. La adivinación por las conchas. Caorimancia.....	165
3.7.11.2. La adivinación por los sueños. Oniromancia.....	166
3.7.11.3. Adivinación. La geomancia.....	167
3.8. Conclusiones.....	170
Capítulo 4. Análisis antropológico.....	172
4.1. Tendencias desde la antropología.....	172
4.2. Etnografía de la salud.....	175
4.3. Dimensiones de enfermedad, salud, curación y discapacidad.....	177
4.3.1. Creencias, símbolos e instituciones.....	178
4.3.2. Dimensiones culturales de la enfermedad.....	183
4.3.3. El cuerpo como símbolo.....	184
4.4. Las causas atribuidas a la enfermedad.....	186
4.4.1. Estudios psicosociales.....	186
4.4.2. Multicausalidad/ unicausalidad. Algunas taxonomías.....	186
4.4.3. Algunos estudios antropológicos.....	189
4.4.4. Enfermedad como maldición o castigo.....	192
4.5. Dimensión política.....	197
4.5.1. Sistemas de legitimación.....	197
4.5.2. Dimensión política del secreto.....	201
4.5.3. Transmisión de las palabras secretas.....	201
4.5.4. Discursos de los usuarios del sistema médico.....	203
4.5.5. Drogas y poder.....	205
4.5.6. Apropiación de la medicina tradicional. “Biopiratería”.....	208
4.6. Significados de curar y estar sano.....	209
4.6.1. La curación como metáfora.....	213
4.7. Fisioterapia, biomedicalización del “huesero”.....	214
4.8. Conclusiones.....	217
5. Situación de la discapacidad y la fisioterapia en el área de estudio.....	218
5.1. El caso de Gambia.....	218
5.1.1. Datos epidemiológicos relacionados con la discapacidad.....	218
5.1.2. Políticas nacionales dirigidas a la discapacidad.....	222
5.1.3. Fisioterapia en Gambia.....	225
5.2. El caso de Mali.....	228
5.2.1. Datos epidemiológicos relacionados con la discapacidad.....	228
5.2.2. Políticas nacionales dirigidas a la discapacidad.....	229
5.2.3. Fisioterapia en Mali.....	231
5.3. Conclusiones.....	255
6. Situación de la medicina tradicional en el área de estudio.....	259
6.2. Gambia.....	259
6.2.1. Las terapias tradicionales en Gambia. Situación legal de la medicina tradicional en Gambia	

.....	259
6.2.2. Traditional Healers Assembly the Gambia.....	260
6.3. Terapia tradicional en Mali.....	262
6.4. Abdoul Karim Diallo. Antropólogo.....	264
6.5. Moussa Coulibaly.....	269
6.5.1. Recetas terapéuticas.....	271
4.5.2. Encantaciones mediante objetos:.....	275
7. “Fisioterapia” tradicional en Gambia y Mali.....	279
7.1. “Fisioterapia” tradicional en Gambia. Los Setter bone.....	279
7.1.2. Los setter bone de TRAHASS.....	279
7.1.3. Ibrahima Konté.....	302
7.1.4. La familia Tambadou.....	303
7.1.4.1. Ibrahima Tambadou. El jefe de la familia.....	303
7.1.4.2. Samba Tambadou. El hijo.....	306
7.1.4.3. Ibrahima Sumaray Tambadou. El sobrino.....	308
7.2. Traumatologs traditionels en Mali. Análisis biomédico de las técnicas de tratamiento.....	313
7.2.1. Moussa Niaré. La inmovilización en las fracturas.....	331
7.2.1.1. El diagnóstico.....	339
7.2.1.2. El protocolo de tratamiento.....	343
7.2.1.3. Inmovilización.....	348
7.2.1.4. Reeducación y pautas domiciliarias.....	350
7.2.1.5. Tratamiento físico de otras patologías.....	355
7.2.2. Brehima Guindo. La técnica de la sangría.....	359
7.2.2.1. El masaje.....	360
7.2.2.2. Protocolo de tratamiento en caso de fractura.....	361
7.2.2.3. Los honorarios.....	361
7.2.2.4. Las manipulaciones.....	362
7.2.2.5. La sangría.....	362
7.2.2.6. Evidencia científica de la sangría.....	365
7.2.2.7. Algunos casos clínicos.....	367
7.2.3. Bourama Doumbia. El hospital tradicional comunitario.....	372
7.2.3.1. M. Mouriké Sissoko. El proyecto de Doumbia.....	374
7.2.3.2. Enfermedades que trata Bourama Doumbia.....	378
7.2.3.3. Algunos casos clínicos.....	379
7.2.3.4. Samankó, un hospital improvisado.....	381
7.2.4. Moussa Koné. La revelación divina del don.....	383
7.2.5. Djibril Djombera. Un ejemplo de la relación entre los cazadores y la terapia tradicional.....	384
7.2.6. Traumatólogos tradicionales senoufo.....	384
7.3. Productos empleados en la “fisioterapia” tradicional.....	387
7.3.1. Fitoterapia.....	387
7.3.2. Uso de los árboles en Gambia.....	390
7.3.3. Fitoterapia en Mali.....	398
7.3.3.1. En brousse avec Moussa Niaré.....	399
7.3.4. Productos animales.....	405
7.3.4.1. Gambia.....	407
7.3.4.2. Mali. Mercado de artesanía de Bamako: productos animales para uso mágico.....	408
7.3.5. Productos minerales.....	412
7.4. Itinerarios terapéuticos.....	415
7.4.1. Conceptos.....	415
7.4.2. Criterios de elección.....	417
7.4.3. El coste.....	418
7.4.4. Eficacia y accesibilidad como determinantes.....	427

7.4.5. Lógicas en la articulación entre sistemas.....	428
7.4.6. Acceso a los cuidados de salud.....	429
7.4.7. Sincretismos y apropiaciones.....	430
7.5. Conclusiones.....	431
8. Conclusiones.....	433
Bibliografía.....	440

# **Discapacidad y “fisioterapia” tradicional en África Oeste. Gambia y Mali, estudio comparativo.**

## **Agradecimientos**

Mi agradecimiento para todos aquellos que han hecho posible este trabajo: a mis informadores, que han depositado su confianza en mí y han regalado, generosamente, ese tesoro que es el saber: Dawda Sankareh, Salieu Puye, Moussa Coulibaly, Moussa Niaré, Brehima Guindo, Bourama Doumbia y un largo etcétera de terapeutas de Gambia, Senegal y Mali. Agradezco a Famara Touré y Absetou Traoré su colaboración en la traducción de las entrevistas y abriéndome puertas a los rincones de su cultura y su sociedad.

Especial agradecimiento a mi director, Albert Roca y los profesionales que han tenido el tesón y paciencia de leer esta tesis, ellos, con gran criterio y profundo conocimiento, han indicado modificaciones que han sido claves en dotar de mayor calidad este estudio.

Y cómo no, doy las gracias a mi familia y amigos, ese puñado de personas que con su apoyo, respeto y colaboración, han hecho posible esta investigación y tantos otros retos propuestos en mi vida.

A todos ellos dedico esta tesis que ha ocupado, felizmente, cuatro años de mi vida y me ha abierto puertas y ventanas a otros mundos.



# INTRODUCCIÓN

## **I.1. Fisioterapia, antropología y cooperación para el desarrollo. Tres campos en confluencia.**

Este trabajo de investigación tiene como objeto de estudio la discapacidad y la fisioterapia tradicional en el África Oeste. En él se articulan tres campos de conocimiento: la fisioterapia, la antropología y la cooperación para el desarrollo. A continuación daré unas pinceladas sobre cómo se fragua este trabajo.

Después de veinte años de profesión, dedicada a la fisioterapia, decidí estudiar antropología movida por las preguntas: ¿Qué el hombre? ¿Qué la sociedad?. No podía imaginar que se abrían ante mí, no sólo un amplio corolario de respuestas si no un abanico de nuevas preguntas que suponían ventanas abiertas al mundo.

Más tarde, movida por la sospecha de que ciertas actuaciones sanitarias en el ámbito de la cooperación internacional, pudieran ser más nocivas que beneficiosas, por su carácter anecdótico e irresponsable, realicé un máster en cooperación internacional y desarrollo, que no sólo aclaró mis sospechas si no que además me aportó una mirada aún más crítica respecto al mundo de la cooperación y sus perversiones en una sociedad donde el valor moral de la solidaridad es compartido y un “buenismo” de superficie impera.

Era requisito obligado realizar un trabajo de investigación que concluía la formación de máster, así que, dado que mi formación principal era del campo de las ciencias de la salud, decidí centrarme en este ámbito y puesto que la ONG leridana Alpícat Solidari tenía pendiente un proyecto consistente en una prospección de datos de salud y educación en Baja Kunda, población de Gambia donde opera, me ofrecí a llevarlo a cabo y paralelamente me propuse efectuar mi trabajo de campo de una investigación sobre el pluralismo médico en esta población.

## I.2. Hipótesis de trabajo

Fruto de ambos proyectos, el de prospección de datos y el de investigación, tuve conocimiento de que en el país sólo existían tres fisioterapeutas nativos. Ante tan apabullante realidad surgieron dos preguntas:

1. ¿Sería viable un proyecto de formación universitaria en fisioterapia en Gambia?
2. Si no existían fisioterapeutas en el país pero sí altos niveles de necesidad de atención a la limitación física, dada la prevalencia de enfermedades discapacitantes, ¿quién estaba llevando a cabo esa atención y cómo?

Notar que paralelamente, por varias vías, me llegaban noticias de terapeutas tradicionales, oriundos de diferentes países de África Oeste, que realizaban técnicas terapéuticas muy similares a las empleadas en fisioterapia, algunas de ellas disfrutando de gran celebridad en las últimas décadas en Occidente.

De la primera pregunta nace el proyecto de cooperación interuniversitaria Fisiáfrica, liderado desde un primer momento por la Universitat de Lleida y más tarde por la Xarxa d'Universitats dels Països Catalans Xarxa Vives, cuyo objetivo principal es proveer de formación universitaria en fisioterapia a países africanos, del cual se constituyeron como proyectos piloto el dirigido a Gambia y a Mozambique.

De la segunda pregunta surge una idea embrionaria de la que más tarde sería mi hipótesis de investigación: ¿sería interesante, siguiendo los dictados de la OMS, articular la terapia tradicional en el tratamiento de la discapacidad?

A partir de aquél momento los dos proyectos, Fisiáfrica y mi tesis doctoral, han caminado siempre enlazados, acompañados y potenciados por la línea de trabajo que desde aquel verano del 2012 realizo de coordinación del voluntariado en Gambia para la ONG Alpícat Solidari.

Así pues, desde el año 2012 hasta la actualidad las frecuentes estancias en Gambia han alimentado el trabajo de campo de mi tesis doctoral, el proyecto Fisiáfrica y el seguimiento de los proyectos de Alpícat Solidari, a menudo estableciendo sinergias entre sí.

En cuanto a la estancia de varios meses en Mali desde finales del 2015, que considero tan fructífera

como para atribuirle el mayor peso de mi investigación en el terreno y las claves para comprender los hallazgos obtenidos en Gambia en gran medida, vino mediada por varios sucesos: la concesión de una beca MAEC-AECID y el proyecto de puesta en marcha de un centro de terapia tradicional en Bamako, aunque ya acariciaba desde hacía años el deseo de visitar ese país, movida por la gran fuerza que ostentaban allí las terapias tradicionales, según me llegaba por numerosas vías y por la gran frecuencia en que los “fisioterapeutas” gambianos referían tener orígenes familiares en Mali, circunstancia que ansiaba investigar.

Los citados periodos en el terreno, junto con la búsqueda bibliográfica que calificaría incluso de delirante en ciertas etapas, me han permitido contar con elementos suficientes para dar respuesta a **mi pregunta de investigación: ¿sería oportuno, siguiendo los dictados de la OMS, articular la “fisioterapia” tradicional con la fisioterapia biomédica en el tratamiento de la discapacidad física?**

La idoneidad de esta integración entre sistemas médicos se valora en términos no sólo de eficacia física, sino también simbólica, de accesibilidad y de calidad de los cuidados y el acompañamiento del sujeto afecto de trastornos del aparato locomotor.

Una vez formulada la pregunta de investigación me pareció que las herramientas metodológicas de que disponía, propias de la fisioterapia como subdisciplina de las ciencias de la salud, la antropología y la cooperación al desarrollo, me permitirían un abordaje no sólo biomédico sino también antropológico para analizar tipos y grados de eficacia partiendo de las representaciones y prácticas alrededor del proceso salud/enfermedad/atención existentes en la población del área de estudio y sus dimensiones no sólo física, sino también social y sobrenatural.

Al disponer de diferentes enfoques, se han podido generar discursos biomédicos que legitiman desde el punto de vista científico, la dimensión física de las técnicas empleadas por los “fisioterapeutas” tradicionales, sin menospreciar, por otra parte, la dimensión social, indisociable, y que viene mediada por lo mágico-religioso, cuya eficacia simbólica es tratada extensamente en este trabajo.

Este estudio ofrece una descripción y análisis de los potenciales y carencias de los diferentes sistemas de salud en estos países, en lo que se refiere al tratamiento de la discapacidad: de dicha descripción se desprenden datos que dan respuestas, pertinentemente justificadas, a la pregunta de investigación.

El área de estudio es África Oeste, concretamente Gambia y Mali: dos países separados por fronteras ficticias, que poseen muchos puntos en común, ya que los pueblos que los habitan, con su carga cultural, trascienden las fronteras políticas, a pesar de que la historia reciente de ambos, de signo muy diferente, establece también claras diferencias, como el proceso de fuerte islamización acontecido en Gambia, que se traduce en un predominio de la cultura islámica en los procesos de curación.

En la primera parte de este trabajo se exponen las herramientas que se emplean en el análisis de situación: la antropología médica, la fisioterapia y la cooperación internacional en salud. Esta exposición provee de claves importantes en el posterior análisis realizado en la segunda parte sobre la situación en estos países de las enfermedades prevalentes que cursan con discapacidad física, las políticas nacionales e internacionales dirigidas a la discapacidad y los recursos sanitarios existentes. Así como las políticas de integración del conocimiento local en los respectivos sistemas institucionalizados de salud.

A continuación, en la tercera parte, se pasa de lo genérico a lo concreto, mostrando el resultado del trabajo de campo realizado entre el año 2012 y 2016.

A partir de la visión macro y la visión micro, se hace una descripción y análisis de los potenciales y carencias de los diferentes sistemas de salud existentes en ambos países, en lo que concierne a la discapacidad.

### **I.3. Objetivos**

#### **Objetivo general.**

Justificar la idoneidad de la articulación entre el sistema biomédico y el conocimiento local en el campo de la fisioterapia, en Gambia y Mali.

#### **Objetivos específicos.**

1. Disponer de una imagen integral de la situación de la discapacidad y de los recursos destinados a su tratamiento en Gambia y Mali
2. Analizar fortalezas y debilidades, tanto del sistema biomédico como el de medicina tradicional en

el campo de la atención a la discapacidad

3. Profundizar en la dimensión mágico-religiosa de la práctica terapéutica y su traducción en eficacia simbólica

4. Relacionar accesibilidad e itinerarios terapéuticos en los cuidados de los trastornos del aparato locomotor.

## **I.4. Metodología empleada**

Para la elaboración de este trabajo se ha seguido una metodología cualitativa, propia de la Antropología Socio-cultural y por tanto de la Antropología de la Medicina, partiendo de la observación del comportamiento y prácticas llevadas a cabo por el colectivo de actores involucrados en los procesos de salud – curación – enfermedad, en lo que concierne a la disfunción, dentro de las sociedades del África Oeste, concretamente en Mali y Gambia. Las informaciones obtenidas mediante la observación participante, entrevistas e historias de vida, fueron verificadas, contextualizadas tanto a nivel micro como macro social y validadas a través de búsqueda bibliográfica, siguiendo una interpretación antropológica, cultural, social y desde el punto de vista biomédico, legitimante<sup>1</sup>.

Este trabajo tiene como objetivo realizar un análisis de la “Anatomía de la cultura<sup>2</sup>” en lo que a las prácticas terapéuticas dirigidas a la discapacidad se refiere, contemplando la red de cuidados como partes integrantes de un pluralismo médico especialmente vivo en estas tierras.

Siguiendo la afirmación de Malinowsky<sup>3</sup>: « una fuente etnográfica tiene un valor científico incuestionable siempre que podamos hacer una clara distinción entre, por una parte los resultados de la observación directa y las exposiciones e interpretaciones del indígena, y por otra las deducciones del autor», hemos realizado una triangulación de la información obtenida en las entrevistas, contrastada por diferentes informantes y la observación participante e interpretada a partir de la búsqueda bibliográfica. El resultado de esta triangulación en algunas ocasiones ofrece un caleidoscopio en el que ciertas informaciones se contradicen, en virtud de los espacios de poder y agencias de los diferentes actores, dato de gran importancia en la investigación.

---

<sup>1</sup> . Conklin, 1975

<sup>2</sup> . Malinowski, 1993

<sup>3</sup> . Malinowski, 1986:89-91

Por otro lado, considerando que “Para hacer buena antropología es tan importante saber interrogar la realidad como saber impregnarse de ella. (...) A veces una transformación interior es más útil para comprender nuestros interlocutores que una información factual<sup>4</sup>.”

La observación participante en el sector biomédico dedicado al tratamiento de los problemas funcionales, mediado por un voluntariado de cinco meses en varios servicios hospitalarios de fisioterapia, ha supuesto una inmersión en el proceso de curación seguido por los pacientes, conociendo de primera mano la casuística, virtudes y carencias del sistema, así como el acceso a los itinerarios terapéuticos, relatados por parte de pacientes y de profesionales sanitarios.

Del mismo modo, la permanencia durante meses junto a “fisioterapeutas” tradicionales me ha permitido llegar a conocimientos secretos, el acceso a los cuales hubiera sido imposible si no se hubiera fraguado un vínculo de respeto y confianza con los terapeutas tradicionales objeto de mi estudio. Por otro lado, la relación de proximidad mantenida en el tiempo, mediada por la estima creciente, ha ejercido un efecto transformador en mí, así como el establecimiento de un puente entre las diferentes lógicas que ha facilitado la traducción émic-étic

### **I.4.1. Trabajo previo**

Este estudio viene precedido del trabajo de investigación realizado en el Máster en Cooperación Internacional y Desarrollo el año 2012, que tenía como objeto el pluralismo médico existente en la población de Baja Kunda (Gambia), el mencionado trabajo se constituye en antesala del presente, tanto en lo que respecta a la búsqueda bibliográfica como en las claves e interrogantes surgidos del trabajo de campo.

A la búsqueda bibliográfica efectuada durante el trabajo de fin de máster, centrada en el pluralismo médico en África subsahariana (ASS) y en Gambia: sistema político y socio económico, se sumó la búsqueda exhaustiva de datos sobre discapacidad e información sobre la terapéutica tradicional y la oferta de los diferentes sistemas de salud a los sujetos afectados de problemas funcionales.

Numerosas estancias en Gambia desde el año 2013 con motivo del proyecto Fisiáfrica ya mencionado, han permitido la profundización en la sociedad gambiana y el acceso a información relevante, tanto por medio de entrevistas como la convivencia con los actores involucrados en los procesos terapéuticos relacionados con la discapacidad.

---

4

. de Lima, 2006

En el caso de Mali, una estancia de más larga duración, de seis meses, acompañada de una visita más corta después de la redacción de la parte de este trabajo correspondiente al trabajo de campo, han supuesto, como se exponía antes, una inmersión cultural y emocional de gran interés, en la sociedad de Bamako.

Durante el trabajo de campo en ambos países, tuvo lugar un proceso de multiplicación tanto de los conocimientos adquiridos como de los interrogantes asociados a los mismos, de manera que los ámbitos de búsqueda bibliográfica se vieron incrementados, en una progresión geométrica, con el objetivo de contextualizar y comprender los hallazgos encontrados en el terreno.

#### **I.4.2. Delimitación del “terreno”**

Como se mencionó anteriormente, este trabajo nace a partir del trabajo de investigación de fin de máster, para la realización del cual, una vez elegido el tema de estudio, el Pluralismo Médico en África Subsahariana, no sabía exactamente en qué área centrar mi trabajo; me pareció que era conveniente reañizar un viajar, bajo el vinculo con alguna institución que me brindara la posibilidad de permanecer en un lugar concreto donde ya existieran contactos que me facilitaran la información. Fue por ello que entré en contacto con la asociación Alpicat Solidari y me ofrecí a realizar, paralelamente a mi trabajo de investigación, un proyecto que, según pude observar en la página Web de la ONG, ésta tenía previsto para un futuro: se trataba de una prospección de datos de salud y educación en Baja Kunda, donde habían puesto en marcha un Health Center y una escuela moderna en el 2009 y pretendían hacer una valoración del impacto de su actuación después de tres años de funcionamiento.

El realizar este proyecto me permitió centrar el trabajo de campo en un área bien delimitada, Baja Kunda y los pequeños poblados de los cuales las instalaciones de salud y educación son referencia y amplié el campo a la capital Basse con el fin de comparar la información obtenida, tales como prevalencia de enfermedades y percepción de necesidades.

El hecho de que el presente trabajo se fraguara como una profundización del trabajo de máster, centrado en los procesos terapéuticos relacionados con los trastornos funcionales, delimitó el terreno desde un principio pero a medida que iba profundizando en la investigación, tres elementos me dirigieron a Mali:

1. En un alto porcentaje de *setter bone* entrevistados en Gambia, el origen familiar era Mali, habiéndose producido el movimiento migratorio en las dos generaciones anteriores a la del individuo entrevistado.
2. Durante el proceso de investigación, una constante que encontraba era la recomendación, por parte de los actores involucrados en la misma así como por parte de estudiosos del conocimiento local en este área, de conocer la realidad de Mali, asegurando unos y otros el gran peso de la misma.
3. Unos años antes, una enfermera formada en la Universitat de Lleida, de origen malinense, Absetou Traoré, me comunicó la defunción de su padre, terapeuta tradicional de Bamako, muy reputado, y me propuso volver a poner en marcha la actividad del centro de terapias del mismo, que había sido cerrado a su muerte. A principios del año 2015, con la ayuda de la Oficina de Cooperación de la Udl y una beca MAEC-AECID, se hizo posible una estancia de ambas en Bamako, durante varios meses, que permitió realizar un estudio del terreno, necesario para la realización de este proyecto e hizo posible mi trabajo de campo en Mali, concretamente en su capital, Bamako.

### **I.4.3. Tiempo de estancia en el terreno**

Como ya se mencionó anteriormente, mi estancia en Gambia, aunque de manera discontinua, se inicia durante el mes de agosto del 2012 y finaliza en agosto del 2016.

En cuanto a Mali, cinco meses de estancia, desde octubre del 2015 hasta el mes de marzo del 2016, más una corta estancia entre noviembre y diciembre del 2016, han permitido profundizar en la investigación doctoral, venciendo barreras y desconfianzas y consiguiendo una aceptable inmersión en el terreno.

### **I.4.4. Trabajo de campo.**

#### **I.4.4.1. Actitud.**

Ante las advertencias tanto de cooperantes como académicos de que era posible que no obtuviera la información suficiente durante las estancias en el terreno, por varios motivos: insertarse en el terreno por un tiempo limitado condiciona las actividades de investigación y la asunción de un grado de confianza suficiente con los informantes, el ritmo de trabajo en los países diana es más lento que el europeo y no siempre existe disponibilidad por parte de los informantes, siempre



marché con el propósito de impregnarme de aquella realidad, considerando que la única información que no podía obtener desde casa y sólo podía extraer de la experiencia, era el sumergirme en la realidad gambiana en primer lugar y malinense más tarde, obteniendo datos que continuamente contrastaba con la información obtenida previamente.

Durante mi primera estancia en Gambia, me sorprendió la fuerte sensación de extrañamiento que sentí durante los primeros días, el sentimiento de diferencia, de otredad respecto a las personas oriundas gambianas; creía que después de tantos meses profundizando en los diferentes aspectos de aquella sociedad me sentiría más familiarizada, pero no fue así. En la actualidad y después de años conviviendo con las gentes de esta región, sin duda, se ha obrado un cambio en mi actitud: la familiaridad coexiste con la ilusión de integración, a pesar de ser consciente de que la cultura nos hace diferentes, aun que no desiguales.

#### **I.4.4.2. Aproximación al trabajo de campo**

La primera aproximación al trabajo de campo en Gambia, como ya se explicó, vino mediada por la ONG Alpicat Solidari, en visitas posteriores se dio una amplificación de mi red de contactos, en parte mediada por las actividades adscritas al proyecto Fisiáfrica y en parte por las relaciones personales que se fueron estableciendo.

En Mali, el hecho de compartir el primer viaje con Absetou Traoré, supuso una magnífica puerta de entrada a la sociedad de Bamako y facilitó enormemente los contactos necesarios para poder realizar una observación participante tanto en el sistema sanitario público como junto a los terapeutas tradicionales.

#### **I.4.4.3. Relaciones investigador/investigado**

Las relaciones con los individuos sujeto de mi investigación partió en todos los casos del ámbito formal. En el caso de los fisioterapeutas nativos de Mali, la proximidad que supone el trabajo conjunto diario, desde la igualdad de roles, minimizó el efecto espectador, dado que yo me inserté en los servicios de fisioterapia no en calidad de antropóloga, si no como fisioterapeuta voluntaria, a pesar de que todos mis compañeros estaban al corriente de mi investigación. En cuanto a los fisioterapeutas gambianos, mi relación con ellos, basada en el proyecto de cooperación interuniversitaria Fisiáfrica, paralelo a esta investigación, también ha mediado una buena

integración en el equipo, dado que constituyen la contraparte de dicho proyecto y constituimos un grupo de trabajo activo.

En lo que respecta a los “fisioterapeutas” tradicionales, la manifiesta diferencia -de origen, raza y sistema médico, dado que me identificaba como fisioterapeuta- supuso una dificultad inicial, aunque en menor medida, durante todo el proceso de investigación.

#### **I.4.4.4. Informantes y porteros**

En Gambia el acceso fue facilitado por el que era en aquel momento vicepresidente de TRAHASS, Salieu Puye, que realizó una visita previa a la mía, a todos los terapeutas que entrevistaría más tarde y en algunos casos me acompañó: en este punto no obvio el sesgo que posiblemente suponía la presencia o mediación del Sr Puye, constituyendo un elemento positivo, dado el capital social del mismo, y al tiempo perjudicial, puesto que las declaraciones de los entrevistados podrían estar condicionadas por juegos de interés de los diferentes actores en la arena política que supone al campo de las terapias tradicionales.

En Mali, disponer inicialmente de un portero como Absetou facilitó mucho el acceso a los terapeutas, más tarde, los mismos entrevistados o los pacientes del servicio de fisioterapia, me condujeron a otros informantes.

Sin llegar a desaparecer, el efecto observador se fue diluyendo con el paso de las semanas y los meses, en gran parte por que enseguida adopté el rol de aprendiz, hecho éste que me aproximaba a los paradigmas de los cuales partían en sus prácticas los terapeutas.

La manifiesta admiración y respeto que me despiertan estos profesionales creo que contribuyó a establecer relaciones de colaboración de buena calidad.

#### **I.4.4.5. Distancia cultural**

La gran distancia cultural previa fue minimizándose con el paso del tiempo: la interacción que supone la convivencia y el trabajo conjunto obraron ese efecto transformador, tanto por parte de la población diana como por la mía. Paralelamente a mi tema de estudio, durante estos años he invertido grandes esfuerzos en estudiar la cosmología tanto islámica como preislámica, sin limitarme a la medicina y el proceso de salud-enfermedad, si no a todo el entramado de representaciones que guían la vida social e íntima del individuo en estas tierras. La razón que me

guió en esta profundización fue la necesidad de comprender las diferentes miradas de los sujetos no sólo de estudio, sino también, con los que compartía existencia en calidad de colega, aprendiz, amiga o pareja. Al respecto, suscribo las palabras de Velasco:

“el investigador nunca trabaja sólo como investigador, trabaja también como vecino, como amigo, como desconocido, como hombre o mujer, como occidental, europeo, español..., como profesor o escritor, como aliado, como enfermero, como mano de obra, como transportista, como administrativo... y con otros papeles que él se haya forjado o que le haya conferido el grupo que analiza y con el que convive<sup>5</sup>”

#### **I.4.4.6. La cuestión lingüística**

La cuestión lingüística constituyó un condicionante en mi investigación dado que mi dominio tanto del sarahule, lengua principal en Bajakunda, el mandinga y el wolof, comunes en la capital de Gambia, como del bambara en Mali, es bastante pobre y el hecho de transitar de un territorio a otro, con predominio de lenguas diferentes, no mejoró la situación. Afortunadamente la población, cada vez mayor, que ha seguido estudios básicos, habla el inglés en Gambia y el francés en Mali

Conté con varios intérpretes tanto en las entrevistas de Baja Kunda, que me fueron traducidas del sarahule al castellano, como en la capital de Gambia, Banjul, Serrekunda, Brikama, en que un intérprete traducía del fula, mandinga o wolof, al inglés, que yo tampoco alcanzaba a entender por aquel entonces, dado que nunca había estudiado ese idioma, pero grababa todas las entrevistas con la esperanza de algún día poder interpretar sus contenidos, como ocurrió un par de años más tarde, en que azuzada por la necesidad de comunicarme en Gambia, mejoré notablemente mi nivel de inglés.

En Mali, durante los primeras entrevistas contaba con la colaboración de Absetou Traoré, que traducía el bambara, lengua materna de los terapeutas entrevistados, al castellano, pero más tarde, al acudir repetidamente a casa de los mismos en calidad de aprendiz y realizar primeras entrevistas en solitario, fruto de la necesidad y la confianza creciente de estos profesionales, ellos hacían el esfuerzo de expresarse en francés, lengua oficial del país y que dominan en mayor o menor medida. De todas formas, percibí como una carencia el entender sólo algunas palabras en bambara porque perdí, sin duda, muchas informaciones contenidas en conversaciones entre los sujetos de estudio, especialmente durante las incursiones en el bosque con Niaré, que compartíamos con Drahaman, su amigo *marabout* y Modibo, *feticheur* o *soma* (Bamb.).

---

<sup>5</sup> . Velasco, 1997:5

#### **I.4.4.7. Diario de campo.**

A parte de revisar las anotaciones realizadas durante las entrevistas, cada día dedicaba unas horas a escribir en mi diario de campo lo vivido durante el día o bien desarrollaba alguno de los temas tratados en el estudio, para evitar perder detalles con el paso de los días. Durante los meses de estancia en Mali, además intentaba transcribir al ordenador cada día las anotaciones del diario de campo directamente relacionadas con este estudio, dado que de esta manera, en pocos días podía resolver dudas o informaciones incompletas con los propios informantes y sujetos de investigación.

#### **I.4.4.8. Observación participante**

La observación participante, se encuentra presente ya en los inicios de la Antropología Social, siendo considerado padre de esta técnica Bronislaw Malinowski , autor que marcó los principios metodológicos de la misma en el capítulo introductorio de su obra "Los Argonautas del Pacífico Occidental" (1922)<sup>8</sup>. Sin embargo, en la investigación en ciencias de la salud esta técnica no disfruta de gran aceptación por considerarse pobremente objetiva<sup>9</sup>

Si bien es cierto que la objetividad que brinda la observación participante a priori es cuestionable, esta técnica etnográfica tiene la virtud de proveer al investigador de una concepción múltiple de la realidad y captar la problemática a estudiar, desde dentro. No se puede obviar que la interrelación que se establece entre el investigador y la realidad estudiada supeditará el resultado de la investigación pero esta pluralidad de lecturas, hechas desde dentro, también permite una interesante triangulación de la información obtenida.

El término observación participante es utilizado por Taylor-Bogdan para designar la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el medio de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo<sup>10</sup>. Esta herramienta metodológica se emplea bajo la premisa de que existen realidades que deben ser interpretadas de forma diversificada y partiendo de situaciones naturales, donde el investigador debería convertirse en un elemento normalizado, de manera que su presencia modifique la realidad en lo mínimo posible.

---

<sup>8</sup> . Malinowski, 1986

<sup>9</sup> . Amezcua, 2015

<sup>1</sup> . Taylor-Bogdan, 1990:31

La observación participante, dadas sus características, se convierte en una técnica base en la investigación etnográfica, que permite conjugar la conceptualidad del otro (émic) con la del observador (étic), haciendo posible, a su vez, la incorporación de otras técnicas de investigación.

Ningún otro método puede proporcionar la comprensión detallada que se obtiene en la observación directa de las personas escuchando lo que tienen que decir en la escena de los hechos<sup>11</sup>.

En el caso de esta investigación, como ya se mencionó antes, mi entrada en el terreno no tuvo lugar, en Baja Kunda y los centros sanitarios de Gambia y Mali, como investigadora sino como cooperante vinculada a una organización bien considerada por la población, en el caso de la población gambiana y como colega adscrita a un proyecto de cooperación en lo que se refiere al sistema sanitario de Gambia y como fisioterapeuta voluntaria, en los centros de Mali: en estos dos últimos casos, mi presencia no era percibida tanto en calidad de investigadora como de compañera que desempeñaba una labor de gestión, docente o asistencial, desde una posición de paralelismo con los fisioterapeutas nativos.

El hecho de entrar en el terreno como colega facilitó el contacto con mis informantes y el acceso a informaciones de gran interés para mi estudio, surgidas en conversaciones informales algunas y a través de mi propia práctica asistencial, otras.

En lo que respecta a los pacientes, sin embargo, esta posición, a pesar de permitirme un mejor acceso a los sujetos, la identificación como profesional biomédico pudo suponer un obstáculo para la libre transmisión de información sobre terapeutas tradicionales visitados y técnicas de conocimiento local empleadas, por presumir mi oposición a tales prácticas, común en la arena del pluralismo médico.

Finalmente, la observación participante realizada en el entorno de los propios terapeutas tradicionales desveló las contradicciones y falsedades emitidas por los mismos en las primeras entrevistas ya que durante la observación de larga duración, desde un papel que iba trocándose, de investigador a aprendiz, emergían informaciones menos conectadas con los discursos que presumiblemente debían brindarse al investigador o al profesional biomédico, a pesar de que se alejaran de la mirada racional o vulneraran principios religiosos aparentemente intocables.

A todos los terapeutas en los que centro este estudio, basándome en la observación participante durante meses, les hice la promesa de volver y mostrarles el texto que hace referencia a ellos y así lo hice unos meses más tarde.

---

<sup>1</sup> . Taylor, 1990: 100-132

#### **I.4.4.9. Historias de vida. Itinerarios terapéuticos.**

Se realizaron historias de vida, principalmente de usuarios de los servicios tanto biomédicos como tradicionales dedicados al tratamiento de la discapacidad, tomando como elemento indexal su experiencia del proceso salud-discapacidad-curación, dado que esta técnica permitía, no sólo obtener información sobre los itinerarios terapéuticos seguidos, si no también la visión del individuo al respecto, expresada en sus propias palabras.

También se llevaron a cabo historias de vida de otros actores vinculados al campo de la terapia tradicional, como aprendices o los propios terapeutas, aprovechando las virtudes de esta técnica con el fin de completar y enriquecer el mosaico que constituye el entramado de relaciones sociales relacionadas con los procesos de discapacidad, a través de la experiencia de los individuos.

#### **I.4.4.10. Entrevistas. “Fisioterapeutas” tradicionales.**

La técnica de la entrevista, empleada profusamente en esta investigación, como medio de acceso a información por parte de los “fisioterapeutas” tradicionales, perseguía el objetivo de obtener conocimientos y de aproximarme al discurso de los diferentes actores involucrados en el campo de la salud, enfermedad y curación, en el ámbito de los trastornos del aparato locomotor. Estos discursos muestran maneras de categorizar las experiencias por parte de los entrevistados así como su despliegue de estrategias, elementos estos a partir de los cuales se pretende inferir pautas, valores, prácticas, representaciones y creencias.

Se eligió la realización de entrevistas abiertas semi estructuradas ( “entrevista en profundidad” en términos de Taylor Bogdan, para hacer referencia a la entrevista cualitativa abierta, flexible y dinámica) dado que los intereses de la investigación eran relativamente claros y bajo el condicionamiento, principalmente en Gambia, que supone disponer de un tiempo limitado, ya que las estancias en este país, siempre fueron de varias semanas, máximo de un mes, aun que los numerosos retornos, varios en el periodo anual, también hicieron posible segundas y terceras entrevistas dirigidas a los individuos que resultaban de especial interés para el estudio.

El guion de dichas entrevistas, aun bajo la intención de que no variara, por dotar de homogeneidad al estudio, con el transcurso del tiempo, al tener conocimientos más profundos del tema y del terreno, sufrió ligeras modificaciones, de manera que se prescindió de algunos enunciados, por su falta de idoneidad y se añadieron otros, que se juzgó, resultaban de interés en la investigación.

Todos los encuentros se llevaron a cabo en el lugar elegido por los sujetos entrevistados, generalmente en su consulta o su vivienda, emplazamientos que les proveían un mayor confort.

Previa a las entrevistas, expuse en todos los casos, el motivo de la misma, el objetivo de mi investigación y mi alineamiento con el saber y las prácticas locales: esta declaración de principios probablemente condicionó la postura de mis interlocutores ante mí pero creo que contribuyó a mi aprobación por parte de ellos, eliminó algunas resistencias y permitió que la comunicación fuera más fluida, teniendo en cuenta que los terapeutas entrevistados, practicantes de la medicina tradicional, disfrutaban de un espacio de poder que deben mantener para preservar su estatus dentro de la sociedad.

Al inicio de la investigación, situado en Gambia, realicé gran número de entrevistas, hecho que me proveyó de un conocimiento amplio de los elementos comunes a los diferentes terapeutas dedicados a la traumatología tradicional. Más tarde, en Mali, realicé un número menor de entrevistas pero tuve la ocasión de llevar a cabo una prolongada observación participante con varios de ellos, los que resultaban de mayor interés, por las técnicas empleadas y por la buena reputación de que disfrutaban entre la población de Bamako, con lo cual llegué a profundizar en muchos aspectos emergidos de la caída de discursos públicos por parte de los informantes, que tras compartir experiencias y sentimientos conmigo, revelaron elementos ocultos.

Más tarde, a mi vuelta a Gambia, contrasté allí las nuevas informaciones obtenidas en Mali sobre fenómenos aparentemente ausentes en el pequeño país: al disponer de las preguntas adecuadas, fruto del conocimiento obtenido en Bamako, tuve acceso a nuevas respuestas y pude dismantelar algunas ocultaciones y falseamientos presentes en la primera batería de terapeutas entrevistados en Gambia.

En cualquier caso, la ocultación primera, resultó en sí misma un elemento altamente significativo, por que venía a ilustrar las agencias de los actores entrevistados dentro de la arena política que supone el campo de la medicina, confirmando que las personas dicen y hacen cosas diferentes en distintas situaciones y dado que la entrevista es un tipo de situación, no debe darse por sentado que lo que una persona dice en la entrevista es lo que esa persona cree o dice en otras situaciones.

Una constante en la información revelada tras el mencionado proceso, a pesar de ser ocultada en una primera instancia, era la existencia de prácticas y elementos pre islámicos en Gambia, país fuertemente islamizado en las últimas décadas, durante el mandato de Yahya Jammeh.

En cuanto a la selección de los entrevistados, en Gambia, como ya se expuso, en la gran mayoría de casos fue el vicepresidente de TRAHASS quien facilitó los encuentros, pero además conseguí acceder a otros terapeutas reputados, como la familia Tambadou, a través de mi red de amistades.

En Mali, en un primer momento se eligieron los *traumatolegs traditionels* más reputados en el área de Bamako pero más tarde se completó la lista con otros profesionales, gracias a la información de los pacientes de los servicios de fisioterapia, a los que realizaba asistencia, o por la técnica “bola de nieve”, de manera que un entrevistado me conducía a otro.

Muchas de las informaciones obtenidas por los traditerapeutas entrevistados, fue contrastada mediante controles cruzados y búsqueda bibliográfica en los casos en que fue posible, como por ejemplo en lo referente a la farmacopea.

La grabación de las entrevistas, técnica utilizada en antropología desde los años 20, por la Escuela de Chicago, se empleó en las entrevistas realizadas en Gambia y en las primeras que tuvieron lugar en Mali, pero en las últimas, realizadas en este último país, no, dada la negativa de los entrevistados, los mismos que, más tarde y durante meses, me ofrecieron sus enseñanzas generosamente, permitiendo, incluso instándome a realizar grabaciones de voz y de imagen.

#### **I.4.5. La transcripción**

Como ya se mencionó, la transcripción de las entrevistas realizadas en Gambia, en su gran mayoría durante el año 2013, fueron transcritas al cabo de un par de años, cuando mi nivel de inglés hacía posible esta parte del proceso de manera fiable, por otro lado, un intervalo tan largo de tiempo, me permitió contar, en el momento de la transcripción, con mucha más información y experiencia en el terreno, que contextualizaba y enriquecía la comprensión de las declaraciones hechas dos años antes y dado que periódicamente realizaba viajes a este país, pude contrastar y consultar dudas surgidas a partir de la transcripción, con los mismos terapeutas.

En el caso de las entrevistas realizadas en Mali, la transcripción fue bastante próxima: el formato temporal de larga duración hacía más idónea una pronta interpretación de la información, puesto que era posible retro-alimentarla y corregirla con nuevas informaciones.



## **I.4.6. Búsqueda bibliográfica**

La búsqueda bibliográfica se inició en el 2012, con la preparación del trabajo de final de máster, antesala de esta investigación.

Durante los periodos de estancia en el terreno, de manera simultánea se realizaba búsqueda bibliográfica que permitiera contextualizar los hallazgos obtenidos, de manera que la cifra de documentos se fue engrosando de manera tan natural como peligrosa para la consecución de este trabajo, por que amenazaba con alcanzar dimensiones muy por encima de lo que resulta manejable.

Mi llegada a Bamako, como respuesta, entre otros objetivos, a la puesta en marcha del centro de terapias tradicionales del difunto Fadiala Traoré, padre de Absetou Traoré, fue vertebral, por que durante un par de meses tuve la oportunidad de examinar profundamente la biblioteca del traditerapeuta desaparecido: los libros y anotaciones manuscritas encontrados me dieron muchas claves para comprender los fenómenos e informaciones que se me brindaban durante el trabajo de campo. El sorprendente eclecticismo de Traoré abría ante mí una amplio corolario de técnicas, métodos, escuelas e interpretaciones de la enfermedad.

Durante el proceso de redacción se han hecho necesarias nuevas búsquedas documentales que explican y legitiman desde el paradigma científico, los hallazgos obtenidos en el trabajo de campo.

## **I.4.7. El proceso de análisis y redacción**

Se podría decir que el proceso de redacción de este trabajo comenzó incluso antes que la propia tesis, dado que, como se ha mencionado en repetidas ocasiones, el trabajo de investigación adscrito al máster en cooperación internacional y desarrollo, centrado en el pluralismo médico en Baja Kunda, constituye un primer acercamiento al tema de investigación, de manera que se han incluido en esta redacción algunos fragmentos de dicho trabajo.

Pero el proceso de análisis y redacción de este trabajo, de manera sistemática y estructurada, comienza a la vuelta de la estancia de más larga duración en Mali, en marzo del 2016, fruto de la convicción de que la información necesaria que debía extraerse del terreno, se había conseguido con creces y por tanto, era el momento de analizar y organizar tal información y reflejarla en forma escrita.

# Capítulo 1. Contexto histórico y socio económico

## 1.1. Mali

### 1.1.1. Geografía

La República de Malí, país continental por excelencia, tiene una superficie de aproximadamente 1.241.248 kilómetros cuadrados y comparte casi 7.200 kilómetros de sus fronteras con siete países: al norte, con Argelia; al este, con Níger, al sureste con Burkina Faso; al sur, con Costa de Marfil y Guinea y al oeste, con Mauritania y Senegal. El relieve es bajo y algo desigual; se trata de un país de llanuras y bajas mesetas.

La altitud media es de 500 metros. Dos ríos atraviesan Mali: el Níger y el río Senegal, sistema fluvial útil sobre todo en el sur. Un 50% del área de Mali es Sahel y un 25% desierto del Sahara. El clima es seco, con una estación seca y otra lluviosa.

### 1.1.2. Historia

La República de Malí es cuna de muchas civilizaciones que han dado lugar a grandes imperios y reinos que incluyen, entre otros:

- El Imperio de Ghana (IV-XIII)
- El Imperio de Malí (siglos XIII-XV)
- El Imperio de Songhai (siglos XV y XVI)
- Reinos Bambara (siglos XVII-XVIII)
- Imperio Toucouleur de El Hadj Omar Tall (siglo XIX)

Históricamente Malí ha sido escenario de cruce de etnias, lenguas y civilizaciones de gran riqueza cultural. Las principales etnias presentes en el país son la bambara (o bamanan), mandinga (Mandingo), Sarakolé (o soninke Marka), Fulani (Foula), senúfo / Minianka, Dogon (o Dogonon HABE), Sonraï (songhoi y Arma) y Tuareg. A pesar de esta diversidad, todos los malienses viven en una mezcla total.

Dos hitos importantes marcaron la historia de Mali. El primero fue la penetración del Islam durante

el siglo VII, que permeó profundamente en la cultura del pueblo maliense.

El segundo fue el proceso de colonización francesa, que supuso una desarticulación de las estructuras sociales preexistentes.

El estado moderno de Malí nace después de un intento vano de unificación con Senegal en la Federación de Malí en 1959 y que estalló en agosto de 1960. En septiembre del mismo año Modibo Keita sube al poder, instaurando un régimen socialista hasta que el año 1968 le aparta del poder el golpe de estado protagonizado por Moussa Traoré, que instaura una dictadura de carácter capitalista. El año 1992 tiene lugar otro golpe de estado y tienen lugar las primeras elecciones democráticas, del mismo año data la primera constitución de Mali. Desde el año 2002 Amadou Toumani Touré será presidente de la República, hasta el 2013 en que ganará las elecciones el actual presidente, Ibrahim Boubakar Keita<sup>1 2</sup>

### **1.1.3. Demografía y sociedad**

Malí ha llevado a cabo cuatro Censos Generales de Población y Vivienda (RGPH), el último durante el año 2009. Según los datos del cuarto RGPH, la población de Mali fue de 14,528,662 habitantes en abril de 2009, 51% de mujeres y 49 hombres%; la densidad fue de alrededor de 11,7 personas por kilómetro cuadrado. En 2012, la población se estimaba en 16,319,000 habitantes, con una tasa de crecimiento del 3,6% en el período intercensal. La mayoría de la población del país reside en las zonas rurales (74,5%), la tasa de urbanización es del 22,5%, con una distribución espacial desigual. En el último censo, sólo el 22,5% de la población residente vivía en zonas urbanas. Esta población se caracterizaba además por su juventud: el 46,6% de la población era menor de 15 años. La población de mujeres en edad fértil (15-49 años) ascendió a 3.189.905 y por lo tanto representó el 22% de la población total.

### **1.1.4. Contexto Económico**

Tanto en Mali como en Gambia y se podría hacer extensivo a la mayor parte de países africanos, ha habido intentos de desarrollo tomando como referencia el modelo cepalino de Latinoamérica, se trata del Comisión Económica para África (CEPA), creada por iniciativa de la ONU y que fracasó,

---

<sup>1</sup> . EDSM V, 2013:1

<sup>2</sup> . Mendiguren, 2007:45

entre otras razones, por la falta de tecnología, de iniciativas científicas y académicas y la insidiosa dependencia tecnológica exterior.

En lo que respecta al sistema financiero, los bancos juegan un importante papel tanto en el fomento del ahorro como en la inversión privada para la creación y mantenimiento empresarial.

En África subsahariana (ASS) este sector está especialmente subdesarrollado con lo cual los créditos otorgados al sector privado es muy bajo, un 21% del PIB frente al 84 % concedido en los países desarrollados.

A los bajos créditos acompañan altos márgenes de intermediación : el más alto de todas las regiones se da en ASS, siendo de 10,6% frente al escaso 2,9% de los países desarrollados.

La magnitud de estos márgenes es un factor más que medra tanto la inversión como el ahorro.

Históricamente se ha visto demostrado que un sistema financiero fuerte y estable es requisito previo al desarrollo, dada la relación directa entre crédito bancario y PIB y nos encontramos con que este sector es en ASS de los más subdesarrollados con predominio de bancos pequeños y de escaso poder.

El subdesarrollo en que se sigue viendo sumida Gambia, perpetuado por una relación de asimetría económica con los países desarrollados, escasas infraestructuras financieras, tecnológicas y materiales, así como gobiernos más interesados en el propio lucro que en el desarrollo del país, una gobernanza insuficiente y una población con escaso capital social, se suman condiciones climáticas adversas, como es la consecución de sequías e inundaciones, condiciones que se ven de día en día agravadas por el cambio climático.

La dependencia de productos primarios juntamente con el incremento demográfico y la implementación del sistema de monocultivo en grandes extensiones del territorio de ASS ha implicado una deforestación masiva, con la degradación secundaria de la tierra y aumento de la dependencia de la biomasa para la obtención de energía.

En consecuencia, tres sectores son especialmente vulnerables en ASS: el agrícola por una disminución en la productividad, el hídrico por incremento de inundaciones y sequías y a última instancia, el alimentario.

El Foro Social Africano (FSA) propone un cambio de orientación en las políticas, encaminadas, entre otros, a los siguientes objetivos:

- Acabar con las injusticias internacionales institucionalizadas, a cambio, propone un modelo de desarrollo autodefinido por parte de la sociedad civil africana.
- Propugna una serie de reestructuraciones consistentes en una segunda descolonización económica.

En el caso de Mali, la economía se basa en la agricultura, la pesca y la ganadería, siendo altamente dependiente de las precipitaciones, por tanto incierto y insuficiente. La tasa media de crecimiento anual del PIB fue del 4,4% entre 2007 y 2011, muy por debajo del 7% esperado por el CSCRP en 2011<sup>3</sup>. Durante este período, la estructura del tejido económico fue la siguiente: sector primario 36,5%, 18,4% el secundario y 38% el terciario. La tasa de crecimiento del PIB observada en el año 2009 fue del 4,5%. Según el PNUD, en el año 2011 Mali se encontraba en el lugar 175 de los 185 países en la Clasificación mundial en función del Índice de Desarrollo Humano (IDH).

La proporción de la población de Malí considerada pobre pasó a ser del 55,6% en 2001 al 47,4% en el 2006 y 43,6% en el 2010 sobre una línea de base de pobreza en términos reales de 165.431 FCFA por año<sup>4</sup>, la disminución de la incidencia de la pobreza de ingresos durante la última década fue más favorable para el sector rural, que pasó del 65% al 51%. A pesar de esta caída, la pobreza extrema (imposibilidad de hacer frente a necesidades nutricionales básicas) todavía afecta al 22% de la población<sup>5 6</sup>

La situación expuesta, se vio agravada a partir del año 2012, caracterizado por una serie de eventos, incluyendo los de 22 de marzo que implicaron la suspensión de la financiación externa, excepto la asistencia de emergencia y la ayuda humanitaria, sumados a la inseguridad del entorno empresarial debida a la ocupación del norte del país y la crisis socio-política. Estos acontecimientos afectaron a la estructura macroeconómica y fiscal conllevando una ralentización de la actividad económica. Por lo tanto, la tasa de crecimiento del PIB fue de -1,2% en 2012 frente al 2,7% en 2011. Este descenso se vio mitigado por el desempeño del sector primario. Los sectores secundario y terciario registraron tasas de crecimiento negativas. La tasa de crecimiento del sector primario fue del 8,6% en 2012 frente al 1,3% en 2011, crecimiento debido principalmente a la agricultura. El sector extractivo logró una tasa de crecimiento real 9,2% en 2012 frente a un crecimiento nulo (0,0%) en 2011, siendo el oro el principal producto de la extracción de Mali, cuya producción aumentó de 46,038 toneladas en 2011 a 50 272 toneladas en 2012, un incremento del 9,2%

---

<sup>3</sup> . Informe 2011 Aplicación del DECRP 2007-2011

<sup>4</sup> . Bourdet, 2010

<sup>5</sup> . ELIM, 2010

<sup>6</sup> . PDDSS 2014-2023, 2012

### 1.1.5. Salud

La Constitución de Malí afirma el derecho a la salud, pero esta declaración política, desde un principio sufrió y sufre muchas dificultades para traducirse en una realidad: durante los primeros años de la independencia, marcados por una opción socialista, la atención era libre para la población, sin embargo, esta gratuidad era cada vez más preocupante dada la falta de recursos en los presupuestos del Estado, el funcionamiento del sistema de salud se había vuelto precario y se estableció un sistema en que los hogares apoyaban los gastos sanitarios.

La adopción de la estrategia de atención primaria de salud, después de la conferencia de Alma Ata y la Iniciativa de Bamako, facilitó que el Estado realizara reformas del sistema de salud que han conducido a la potenciación de las comunidades en las zonas periféricas, que participan de la financiación sanitaria. Esta recuperación de la participación comunitaria en los costes de los servicios y medicamentos cambia el estado de los individuos y los hogares, convirtiéndolos en actores involucrados, de forma comunal, en la construcción y gestión del sistema de salud. La reforma más importante se hizo tras la adopción de una nueva política en el sector de la salud, fruto de la declaración Transatlántica de 1990 en Washington, que establece la co responsabilidad de la comunidad internacional, lo que llevó al Mali a establecer un programa de inversión sectorial de financiación que conlleva el reparto de costes entre el Estado, los asociados para el desarrollo y la comunidad. Como vemos, salvo en el periodo colonial y durante el régimen socialista de Modibo Keita, el sistema público de salud maliense es de co pago, como en la mayoría de países de esta región, contribuyendo de manera importante a la inequidad en la accesibilidad a los cuidados de salud.

La coexistencia entre el sistema biomédico con el sistema de medicina tradicional chino y el tradicional autóctono, establecen un doble circuito de atención que da lugar a una medicina a dos velocidades, el seguido por el paciente que escoge el itinerario biomédico y aquél que opta por la medicina tradicional china, ambos condicionados por un contexto de desorden social, precario funcionamiento del Estado, corrupción de jerarquías médicas y pobreza de la población: el recurso de la medicina informal, china o tradicional autóctona, de mayor velocidad y legitimación etnológica, se superpone a la biomédica institucionalizada<sup>7</sup>.

En el año 2011 entra en vigor el PRODESS II, que pone especial énfasis en la lucha contra la pobreza, los desequilibrios macroeconómicos y sectoriales (MTEF) y la gestión eficaz de los recursos, orientada a resultados con el fin de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio que fueron seleccionados, sin embargo la crisis política que padece Mali desde al año 2012 ha tenido un impacto

---

<sup>7</sup> . Bourdarias, 2014: 19

negativo en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), debido principalmente a las pérdidas económicas y sociales que han obstaculizado su implementación. A continuación mostramos la evolución seguida en la consecución de los ODM relativos a la salud:

ODM	Indicador 2001	Indicador 2010	Meta 2015
4. la mortalidad infantil (menores de un año por cada 1000 nacidos)	96	107	43
5. Mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)	582	464	144
6. SIDA; la malaria y otras enfermedades (% SIDA)	1,7	1,3	?

Fuente: EDSM V, 2013:29

En cuanto a la traducción de la participación de la población en los costes de salud, entre el año 2012 y 2013 se llevó a cabo un estudio exhaustivo, la *Enquête Démographique et de Santé (EDSM V)*, que muestra los siguientes datos:

- Automedicación y fuentes de tratamiento: se encontró que en el 31% de los casos, los pacientes realizaban su tratamiento a base de plantas que recogían ellos mismos, aproximadamente tres de cada diez pacientes (29%) se dirigía a los vendedores de fármacos y sólo un cuarto acudía a la farmacia. Por otro lado, en los hogares en los que había al menos un enfermo o lesionado durante los 30 días anteriores a la encuesta, y que practicaba la automedicación, se encontró que el porcentaje que buscaba asesoramiento o tratamiento directamente en las farmacias fue del 35%; el porcentaje que solicitó los servicios de los vendedores de fármacos de la calle fue del 39%; el porcentaje que usó mezclas de hierbas medicinales fue del 43% y, finalmente, el 15% de los hogares informaron que tenían el medicamento disponible en el hogar.

- Gasto sanitario por paciente: El gasto total promedio de las personas que padecieron alguna enfermedad en los últimos 30 días fue de 15 904 FCFA (24,46 euros) y se apreciaron importantes variaciones con las diferencias de edad, siendo el gasto entre los enfermos menores de 5 años, de 7.298 francos CFA como máximo, mientras entre personas de 50 años de edad o más, era de 31 893 FCFA como máximo, es decir, 4,4 veces más altas.

También se observó una diferencia significativa entre el área urbana (32 827 FCFA), en particular en Bamako, (36 173 FCFA) y las zonas rurales (10 419 FCFA), una relación del 3,2 entre el medio urbano y el rural y una relación de 3,5 entre Bamako y el medio rural

El gasto sanitario total promedio por hogar fue de 43.154 FCFA, repartido de la siguiente manera:

- 9% se gastó en el transporte
- 11% para el traslado al hospital.
- 27% en la consulta y la atención sanitaria.
- 48% en los exámenes, la prescripción de medicinas prescritas y de otros productos
- 5% en las hospitalizaciones.

Respecto a la forma de pago de los gastos de salud, el 66% de los hogares pagó en efectivo, a cargo de los salarios en el 60% de casos y de la venta de bienes o activos en el 24%<sup>8</sup>.

### **1.1.5.1. Epidemiología.**

En el capítulo dedicado a la discapacidad se muestra el perfil epidemiológico de Mali y se pone especial acento en la prevalencia de enfermedades potencialmente discapacitantes, estas afecciones, dominantes en el perfil epidemiológico del país, son en su gran mayoría de carácter transmisible como la malaria, la tuberculosis, el VIH-SIDA, el sarampión, la poliomielitis, la meningitis, la fiebre amarilla, el cólera, la fiebre tifoidea, la oncocercosis, tripanosomiasis, el gusano de Guinea, esquistosomiasis, filarías linfática y STH.<sup>9</sup>

### **1.1.5.2. Estructura del sistema de salud**

Según PDDSS 2014-2023 de Malí<sup>10</sup> el 42% de la población no tiene acceso a una estructura de salud en un radio de 5 Km y la tasa de consultas por habitante al año es muy baja (0,37 en 2010); La tasa de médicos por cada 10.000 habitantes es de 0,5 y de personal de enfermería y partería de 3. La calidad de los servicios de salud ha sido históricamente deficitaria debido a la pobre organización de la atención, la falta de continuidad e integridad, insuficiencia e inadecuación de los equipos. El sistema farmacéutico muestra deficiencias como la inadecuada gobernanza global del sistema,

---

<sup>8</sup> . EDSM V, 2013:349

<sup>9</sup> . WHO, 2012:63-01

<sup>1</sup> . PDDSS 2014-2023, 2012:25



ruptura frecuente de los stocks, la utilización irracional de los medicamentos y la proliferación del sector informal .y el manejo inadecuado de los productos farmacéuticos gratuitos. Además, la articulación entre los hospitales de segunda y tercera categoría y el resto del sistema de salud es altamente ineficiente, situación que se ve agravada por la precariedad en recursos humanos, mal repartidos, carentes de continuidad y motivación en muchos casos.

El sistema de salud se compone de todas las estructuras y órganos (autoridades estatales y locales) públicas, privadas, comunitarias (Asociaciones y mutualidades, fundaciones) y religiosas, así como las órdenes profesionales del campo de la salud cuyo trabajo contribuye a la aplicación de la política nacional de salud.

En cuanto a la estructura del sistema institucional de salud, es de tipo piramidal, organizado en los siguientes tres niveles de asistencia:

1. Nivel operativo, unidad responsable de gestionar la planificación e implementación de las políticas sanitarias, así como el presupuesto destinado a las mismas.
2. Nivel regional, de apoyo técnico para el primer nivel
3. Nivel nacional, responsable de la estrategia seguida en la orientación operacional y que determina las formas de inversión bajo criterios de eficiencia, equidad y sostenibilidad. También se encarga de asegurar la aplicación de normas y estándares, movilizar recursos privados, del Estado y de los donantes.

En cuanto a la organización de los centros de salud, dispone de cuatro niveles, en función de la proximidad y de la atención a la complejidad creciente:

**1. El primer nivel** de contacto con el sistema de salud está representado por los Centros de Salud Comunitarios (CSCOM) con un número de 1134 en 2012. Algunos CSCOM disponen de áreas de maternidad rurales dirigidas por comadronas, divididos a su vez en dos categorías.

- La **primera** cuenta con 994 centros de salud comunitarios que ofrecen un paquete de servicios mínimos que comprende atención sanitaria, campañas de promoción y de prevención (salud sexual, cuidados para niños y vacunas). Esta categoría también incluye centros sociales, dispensarios.
- La **segunda** categoría, engloba lo que se denomina asistencia de tercera referencia y cuenta con 59 centros sanitarios de referencia que ofrecen asistencia a los pacientes derivados de los centros de salud comunitarios, estos centros, por lo común, cuentan con una plataforma

técnica que incluye un equipo quirúrgico, el cual proporciona atención quirúrgica y ginecología obstétrica de emergencia, tales como las cesáreas.

**2. El nivel intermedio**, constituido por 7 Instituciones Hospitalarias Públicas (EPH) ubicadas en diferentes regiones de Malí (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombuctú) y el Hospital Materno infantil de Luxemburgo, centro privado sin ánimo de lucro que junto a los hospitales públicos mencionados, provee de asistencia de segunda referencia en casos graves que no encuentran solución en el nivel operacional.

**3. El nivel central**, es la tercera línea de base con más especialidades e incluye las Instituciones Públicas Hospitalarias que cuentan con una plataforma técnica para uso general con asistencia de tercera referencia o urgencias, a este nivel se orientan los casos graves que requieren intervención especializada o investigaciones avanzadas paraclínicas, se trata de:

- 4 hospitales públicos, Hôpital Point G, Hôpital Gabriel Touré, Hôpital du Malí y Hôpital de Kati, este último Centro de Traumatología y Ortopedia de Excelencia.
- 2 centros especializados, el Centro Nacional de Odontología -Estomatología y el Instituto Oftalmología Tropical de África.
- 6 instituciones científicas públicas: el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INRSP), el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS), el Laboratorio Nacional de Salud (LNS), el Centro Nacional de Apoyo en la lucha contra la enfermedad (CNAM), el Centro de Investigación, Estudios y Documentación de Supervivencia Infantil (CREDOS) y el Centro para la Investigación y la Lucha contra la enfermedad de células falciformes (CRLD)<sup>11</sup>.

### **1.1.5.3. Políticas nacionales de salud:**

La política entorno a la salud adoptada por el gobierno en 1990 se basa en los principios de la atención primaria de salud (APS) y la Iniciativa de Bamako adoptada en 1987, implementada a través de: (i) el PSPHR que apoyó el desarrollo del enfoque sectorial de 1998 y (ii) que PDDSS 1998-2007. Esta política se sustenta sobre pilares que incluyen el establecimiento de un marco único para la planificación, aplicación, seguimiento y evaluación, la coordinación de todos los actores y actrices a través de órganos de dirección y procedimiento financiero, la política del sector salud fue confirmada y reforzada por la Ley N° 02-049 de 22 de Ley de Salud Orientación de julio

<sup>11</sup> . PDDSS, 2014-2023 , 2012:85

de 2002, estableciendo las orientaciones generales de la política nacional de salud.

Su objetivos principales son (i) la mejora de la salud de las poblaciones, (ii) la extensión de la cobertura de salud y (iii) la búsqueda de una mayor sostenibilidad y el desempeño del sistema de salud.

A partir del año 2014 se implementa el PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL (PDDSS) 2014-2023, cuyas orientaciones estratégicas están organizadas entorno a once objetivos estratégicos prioritarios:

- 1- reducir la morbilidad materna, neonatal, infantil, en lactantes y niños;
- 2- reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con las enfermedades transmisibles;
- 3- reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad relacionadas con las enfermedades no transmisibles;
- 4- promover un medio ambiente sano abordando los determinantes sociales de la salud;
- 5- reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias relacionadas con desastres, crisis y conflictos, así como minimizar su impacto social y económico;
- 6- Aumentar el suministro y uso de los servicios de salud de calidad, equitativamente distribuida y satisfacer las necesidades de la población;
- 7- garantizar un mejor acceso, calidad y uso de productos farmacéuticos, reactivos de laboratorio, vacunas y productos sanguíneos;
- 8- Asegurar la disponibilidad de recursos humanos;
- 9- Desarrollar un sistema de financiación para una mejor movilización y uso de los recursos financieros para la salud, un mejor acceso a los servicios de salud, así como una gestión transparente que inste a los proveedores y usuarios a ser más eficientes;
- 10- Asegurar la preparación, análisis, difusión y uso de información sobre salud confiable, desglosada por sexos, así como la actualización de los determinantes de la salud, del rendimiento del sistema de salud y del estado de salud;
- 11- Asegurar la gobernabilidad del sistema de salud, teniendo en cuenta el género, la mejor planificación estratégica y operativa, la participación efectiva de todas las partes interesadas, así como una mejor coordinación en la ejecución de las intervenciones y realización de auditorías de control<sup>12</sup>

---

<sup>1</sup> . PDDSS, 2014-2023, 2012:36-93

## **1.2. Gambia**

### **1.2.1. Geografía**

La República de Gambia, situada en la costa occidental de África se halla inserta en territorio senegalés, bordeando el trayecto del río con el mismo nombre hasta la costa a lo largo de sus 450 Km., con una franja de terreno que oscila entre los 25 y los 50 Km., cubriendo una extensión aproximada de 11.300 km. Por el Norte, Sur y Este linda con la República de Senegal y por el Oeste con el Océano Atlántico. La población total de Gambia, según el censo de 2006, era de 1.700.000 habitantes.

El clima es tropical y consta de dos estaciones: la húmeda, que dura de julio a octubre, durante la cual son frecuentes las fuertes lluvias pero de corta duración; durante esta estación la sabana se cubre de verde. De noviembre a junio, durante la estación seca, se levanta el Harmatan, viento seco procedente de Mauritania que enturbia el aire de una calima compacta.

### **1.2.2. Historia**

Durante el largo periodo que comprende entre el siglo IX y el siglo XVIII el Islam penetra de forma muy paulatina en Gambia como en el resto de África Subsahariana de la costa Oeste, donde mantiene un importante factor étnico, de manera que ciertas etnias como la mandinga, fula, sarahule o wolof, mayoritarias en Gambia, son islamizadas mientras otras etnias del territorio son reacias, es el caso de los bámbara, los mossi, los dogon o los samo. Desde 1765 y durante casi 200 años Gambia fue ocupada por los ingleses, siendo su primera colonia en África. En 1965 consigue la independencia bajo la fórmula de Estado Libre Asociado y desde 1970 con independencia plena, bajo el gobierno de Dawda Jawara, primer presidente del Estado y reelegido consecutivamente hasta el año 1994 en que un golpe de estado militar le arrebató el mandato del país a favor del capitán Yahya Jammeh. Desde entonces y durante 22 años, ha ostentado el gobierno, formalmente conceptualizado como República Presidencialista Democrática, aunque las restricciones en la libertad de expresión y falta de respeto a los derechos humanos han hecho del régimen político gambiano más próximo a un estado dictatorial. El pasado 1 de diciembre del 2016 tuvieron lugar unas elecciones presidenciales que dieron la victoria, con el 45,6 % de los votos a Adama Barrow, frente a los 36, % obtenidos por Jammeh. Después de varias semanas de gran tensión, dado que el

expresidente se negaba a aceptar el resultado de las urnas y a abandonar el país, el 26 de enero del 2017, el nuevo presidente electo democráticamente, asume el poder.

### **1.2.3. Demografía y sociedad**

En este país coexisten varias etnias, siendo la más importante la mandinga, que cuenta con un 40% de la población, otras etnias, aunque no tan extendidas (entre un 14 y un 18%), son la fula y la wolof, seguidas en importancia por la djola y sarahule y de manera muy minoritaria, la serer, manjako, aku y bambara.

Pero la estructura social gambiana, más que en base a las etnias, está organizada por el sistema de parentesco que es patrilineal, patrilocal, practicándose el matrimonio poligínico. La religión mayoritaria es la musulmana aún que existe un cierto sincretismo con el animismo.

En Gambia aproximadamente el 60% de la población se halla por debajo del umbral de la pobreza: la baja producción agrícola, las sequías recurrentes y la pobreza contribuyen a la inseguridad alimentaria crónica en la población. Las tasas de mortalidad infantil y de niños de menores de cinco años siguen siendo muy altas a pesar de que han mejorado sensiblemente a partir del año 2000 debido, entre otras causas, a que la cobertura de inmunización de los niños se ha ido incrementando y los programas de promoción de prácticas óptimas de alimentación dirigidos a niños de corta edad han mejorado desde entonces<sup>13</sup>.

En cuanto a los indicadores sociales<sup>14</sup>, la densidad de población en el 2006 era de 150,4 hab./km<sup>2</sup>, la población activa (2004) de 746.000 mil, con una concentración del 26% en el área urbana y una tasa de fecundidad (2005) del 4,4%; la esperanza de vida en años (2015) es de 60 años en las mujeres y 58 años en los hombres<sup>15</sup> y el crecimiento anual de población (2010-2015), de 2,7% anual. La tasa de analfabetismo (2005) sigue siendo alta, de 52,2 hombres / 67,2 mujeres.

### **1.2.4. Contexto económico.**

Históricamente y aún hoy en gran medida la economía gambiana está basada en una economía de subsistencia y una agricultura primordialmente de monocultivo acompañada de una economía del trueque, relacionada íntimamente con el sistema socio-cultural basado en el sistema de parentesco, destinada a equilibrar el consumo de recursos. La población más pobre se concentra

---

<sup>13</sup> . LPP, L. 2010

<sup>14</sup> . WHO, 2012

<sup>15</sup> . <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/socind/>

mayoritariamente en las zonas rurales.

La evaluación de la pobreza de 2008 indicó que la pobreza en general era del 55,5%, situando al 25,9% en la brecha de pobreza y al 14,3% en el rango de pobreza severa.

### **Indicadores socioeconómicos de Gambia<sup>16</sup>.**

IDH (valor numérico/nº orden mundial) (2005): 0,502 / 155

INB per cápita, Atlas Method, \$ (2006): 290,0

PIB (2016) per cápita: 536 USD

Tasa de desempleo (2016) 29,8 %

Balance comercial (2016): -2.345 mill dalasis

Exportaciones: 960 mill dalasis

Importaciones: 3.305 mill dalasis

El 85% de la población es rural, practicando una economía de subsistencia basada en la agricultura y la ganadería, sin embargo Gambia depende en gran medida de la importación de alimentos básicos.

Por otro lado, la globalización ha propiciado una emigración masiva de población activa proveniente de ASS hacia los países desarrollados, población que ha ocupado los empleos más precarios e inestables y ha nutrido la economía sumergida pero, por otro lado, las transferencias llevadas a cabo por éstos a sus países de origen, se ha convertido en los últimos años en una de las principales fuentes de ingresos en las economías domésticas de ASS.

En los últimos tiempos, fruto de la recesión económica que aqueja al llamado primer mundo, se ha iniciado un flujo de regreso de estos emigrantes a sus países de origen.

En Gambia se da una economía de subsistencia en la que penetran productos de la industria agroalimentaria, insertos en unas reglas de mercado desiguales, siempre desfavorecedoras para el ciudadano gambiano . En esta situación tanto el acceso a la tierra como a los productos manufacturados, es desigual.

Por un lado, las mejores tierras se destinan a los cultivos comerciales, alimentarios o no, como el del cacahuete mientras las tierras marginales son utilizadas para autoconsumo; por otro lado, parte del presupuesto familiar se dedica a la adquisición de ciertos productos alimentarios manufacturados, con lo cual el acceso a éstos viene marcado por el estatus social y poder adquisitivo. Señalar que un saco de arroz de 50 kg, alimento básico durante un mes para unas diez personas, tiene un precio aproximado de 1.200 dalasis, importe equivalente al sueldo de muchos

---

<sup>1</sup> . <http://pt.tradingeconomics.com/gambia/indicators>

padres de familia de los cuales dependen a menudo el mismo número de personas.

Claude Fisher denominó a esta situación con el término situación gastroanómica, para designar la falta de reglas y de recursos culturales para organizar la vida cotidiana en relación a los alimentos. En efecto, las presiones provenientes de los países ricos y las grandes compañías por medio de la explotación agrícola practicada por éstas en Gambia, crea una situación de dependencia por parte de la población que se traduce en una ruptura de los sistemas alimentarios locales, así como de la organización tradicional de la ingesta y almacenamiento de alimentos y que tiene como consecuencia estados de escasez, hambre y malnutrición.

## **1.2.5. Salud**

### **1.2.5.1. Epidemiología**

Gambia tiene una tasa de mortalidad infantil de 75 por cada 1000 nacidos vivos, de los cuales el 60% de los casos son atribuibles a la malaria, las enfermedades diarreicas y las infecciones agudas de las vías respiratorias. Las principales causas de mortalidad en lactantes (0-12 meses) son la sepsis neonatal, parto prematuro, malaria, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y desnutrición. El Índice de Mortalidad Materna se estima en 730 por cada 100.000 nacidos vivos, en la mayoría de casos debidas a sepsis, hemorragias y eclampsia.

En cuanto a la morbilidad y mortalidad por las enfermedades infecciosas prevalentes, mostramos las cifras en el capítulo dedicado a la discapacidad, dado que la mayoría de estas entidades clínicas presentan secuelas incapacitantes. De entre ellas, cabe destacar la tuberculosis, con tasas superiores en Gambia a la media del continente.

En los últimos años se ha registrado un aumento de la cobertura nacional de inmunización de los niños, siendo el nivel actual del 79,6% para menores de 1 año y 84,9% para los menores de 2 años y la cobertura nacional de inmunización de rutina superó el 90% ya en el año 2010.

Sin embargo, las enfermedades no transmisibles siguen constituyendo un problema sanitario de primer orden en el país: la malnutrición continúa siendo un importante problema de salud pública en Gambia. En 2006 se registró un 19% de niños que padecían un retraso en el crecimiento y un 17% insuficiencia ponderal. La diabetes Mellitus afecta a un 1% de la población, sin embargo el 90,5% de los adultos nunca se sometió a un control de glucemia. se estima que la obesidad afecta a alrededor del 16% de la población urbana de género femenino, frente a sólo un 1% de las mujeres del área rural,.

Las altas tasas de prevalencia de tabaquismo, de un 24,5% entre 13-15 años de edad, el 31,3% de prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes de 25 a 34 años, junto al bajo consumo de frutas y verduras, con el promedio del 3,3 y 5,0 en hombres y mujeres respectivamente, bajos niveles de actividad física, situados en un 22% de la población adulta, conforman un cuadro de alto riesgo de padecer hipertensión arterial, sin embargo, en promedio, el 41,4% de los adultos gambianos nunca se sometió a pruebas de presión arterial a pesar de que se ha registrado un aumento de la presión arterial en el 24,4% de la población adulta.

El acceso a agua potable, pilar fundamental de la salud, es del 85.1% del total de hogares.

### **1.2.5.2. Estructura del sistema de salud**

El sistema de salud público en Gambia se construye alrededor de 3 niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. Hasta hoy cuenta con 4 hospitales de referencia gestionados por el gobierno, además de 8 centros de salud principales y otros 16 centros más pequeños, 200 dispensarios, así como el Medical Research Council UK (MRC), financiado por el Gobierno del Reino Unido. También existen alrededor de 40 clínicas de gestión privada, así como ONGs dedicadas a la salud que operan en Gambia.

- Dispensarios: 492 dispensarios ubicados en los núcleos que cuentan con una población de más de 400 personas, disponen de un trabajador de la salud oriundo y de una partera tradicional, que han sido capacitados y luego encargados de prestar atención primaria de salud a la población de referencia, es decir, proveer de atención ambulatoria, educación comunitaria en hábitos saludables, asegurar stocks suficientes de medicamentos esenciales y de visitas a domicilio.

- Atención de salud secundaria:

La atención médica es proporcionada por 38 centros de salud o Health Center, cada uno de los cuales proporciona tratamiento ambulatorio y cuenta con enfermeras residentes, médicos y personal auxiliar.

- Atención terciaria de Salud:

Los servicios de salud están centralizados en los cinco principales hospitales de referencia, el Medical Research Council UK (MRC), varias clínicas privadas y clínicas gestionadas por ONGs. El principal hospital de referencia es el Edward Francis Small Teaching Hospital (EFSTH), en Banjul,



los otros 4 se encuentran en Serrekunda, Bansang, Farafenni y Bwiam<sup>17</sup>.

### **1.2.5.3. Políticas nacionales de salud**

Uno de los principales problemas del sistema de salud público es la falta de profesionales de la salud, sobretodo en las zonas rurales.

En Gambia hay un médico por cada 6.132 habitantes, un enfermero por cada 1.554 habitantes y una comadrona por cada 3.325 habitantes. La financiación del sector salud depende en Gambia, en gran parte, de la ayuda externa, siendo durante el periodo 2002-2004 financiado sólo en un 21% por el Gobierno mientras la población se hacía cargo de un 12% y los donantes de un 67%<sup>28</sup>.

El 87% de los fondos provenientes de donantes correspondieron a agencias bilaterales, multilaterales y subvenciones de las Naciones Unidas mientras del 3% se hacía cargo el sector privado, principalmente las ONGs.

Se han realizado progresos considerables en la contratación de personal sanitario capacitado desde la asunción de la Iniciativa de Bamako el año 1987 y en la elaboración de documentos en lo que se refiere a políticas de salud, sobre Nutrición, Drogas, Malaria, Salud Reproductiva e Infantil, Recursos Humanos para la Salud, Salud Mental, VIH / SIDA, Sistema de Información para la Gestión de la Salud, Transfusiones, Tecnología de la Información, Medicina Tradicional, Laboratorio Nacional de Salud Pública y Políticas de Investigación

Los desafíos actuales a los que se enfrenta el sistema de salud, incluyen los efectos de la alta tasa de crecimiento de la población, apoyo financiero y logístico inadecuado, débil sistema de educación para la salud, apoyo no coordinado de los donantes, escasez e inadecuación de recursos y escaso conocimiento, por parte de la población, de conductas preventivas de las enfermedades prevalentes.

A partir de las estadísticas disponibles, las políticas en el campo de la salud, van orientadas a reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad, tanto en lo que se refiere a enfermedades transmisibles como no transmisibles, luchando contra la disparidad presente entre la demanda de la población y la calidad de los servicios en los diferentes niveles de atención de la salud, potencian la asociación y coordinación en la prestación de servicios en el sector de la salud, de donantes, ONGs, sector privado y comunidad, así como la formulación e implementación de políticas sectoriales con

<sup>1</sup> . <http://www.accessgambia.com/information/health-care.html>

<sup>2</sup> . Tapia, 2001

impacto en la salud.

Resultado de estas directrices, Gambia está realizando reformas para la descentralización que ponen el acento en la gestión integrada de los servicios gubernamentales a nivel regional y local, encaminados a devolver la autoridad, responsabilidad y recursos a los actores locales, incidiendo en la implementación de un sistema coordinado de seguimiento y evaluación que mida el rendimiento y garantice la rendición de cuentas. También se potencia la colaboración de los terapeutas tradicionales, hasta hoy limitada, en el sistema de salud institucionalizado<sup>39</sup>.

### **1.3. Conclusiones**

La historia de un pueblo explica el carácter de su sociedad. En ambos países la colonización supuso la instauración de servicios de salud, pensados en un primer momento para dar atención a los ciudadanos de origen europeo desplazados pero más tarde se observó la necesidad de hacerla extensiva a la población nativa por que suponían un vector de transmisión de enfermedades. Con las independencias y la desaparición de profesionales especializados, en su mayoría provenientes de las metrópolis, el sistema sanitario quedó falto de recursos humanos y materiales. Las políticas en salud seguidas en estos países están supeditadas al contexto económico internacional, configurando una estructura de mínimos aceptables, priorizando la atención primaria de salud basada en el sistema de co-pago, barrera de accesibilidad económica, en un área geográfica donde la prevalencia de enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles es aun en la actualidad muy alta, de manera que el gasto en salud supone un importante factor desencadenante y perpetuante de pobreza.

---

<sup>39</sup> . "HEALTH IS WEALTH" 2012 – 2020 :11

# Capítulo 2. Discapacidad en África Oeste

## 2.1. La discapacidad

### 2.1.1. Algunas definiciones de discapacidad

Ya en el año 1980 la OMS realizó un documento centrado en la *International Classification of Functioning and Disability (the Beta-2 version of ICDH-2)*, que proveía de definiciones entorno a la discapacidad, unificadas y en un lenguaje estandarizado, cuyo objetivo era servir como marco para la descripción de la discapacidad en el ser humano, esta clasificación se hallaba organizada en tres dimensiones: nivel corporal, nivel individual y nivel social, incorporando además una lista de factores del entorno que suponen un impacto en alguna de las tres dimensiones.

Este documento ha sido revisado varias veces, la última, llevada a cabo durante el año 2013<sup>1</sup>. Se trata de una buena herramienta estadística, de investigación, clínica, en política social, etc.. Esta última versión mantiene la visión bio-psico-social sobre el fenómeno de la discapacidad.

En *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* se define discapacidad como un término que engloba también a aquellas personas que padecen limitación en sus actividades y restricciones de participación.

La UNESCO aporta una definición basada en el modelo biomédico<sup>2</sup> al definirla como limitación funcional causada por una limitación física, intelectual o sensorial, o por condiciones mentales. Las condiciones patológicas previas pueden ser de naturaleza permanente o transitoria.

Por su parte, en la *International Convention on the rights of persons with Disabilities* se definió como aquellas personas con disfunciones, incluyendo las de carácter crónico, ya sean físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, las cuales, en interacción con varias barreras pueden vulnerar su plena y efectiva participación en sociedad en igualdad con las otras personas.

---

<sup>1</sup> WHO, 2013

<sup>2</sup> UNESCO, 2005

## 2.1.2. Demografía de la discapacidad

Más de mil millones de personas (15% o dicho de otro modo, una de cada siete) en el mundo viven con algún tipo de discapacidad, la mayor parte de ellas (el 80% aproximado) en países en vías de desarrollo y de los cuales, más de cien millones son niños. Se estima que sólo el 50% de personas con discapacidad tienen acceso a la sanidad y únicamente el 5% de las que habitan en países en vías de desarrollo reciben asistencia en rehabilitación.

De los datos mostrados es fácil deducir que la proporción de niños discapacitados en los países en vías de desarrollo es mucho más alta que en los países desarrollados. A juzgar por los censos, en lo que respecta a niños menores de 15 años, en los primeros supondrían entre un 10 y un 25% de la población dentro de este rango de edad mientras que en el segundo grupo de países, oscilaría entre un 4 y un 11%. En concreto, en los países subsaharianos las tasas son 6 veces más altas que en los países desarrollados<sup>3</sup>.

En lo que respecta al género, el número de casos registrados de mujeres con discapacidad es menor que el de los varones, de lo cual se podría deducir que reciben cuidados de peor calidad o bien su discapacidad se ve agravada por los embarazos y desnutrición, con lo cual mueren más jóvenes, otra posibilidad es que, dado que las mujeres, frecuentemente ocupan su actividad laboral en el ámbito doméstico y trabajos informales, son invisibilizadas por los censos, al no considerarlas fuerza productiva perdida<sup>4</sup>

El US Bureau of the Census determinó que existe una fuerte asociación entre discapacidad y varios factores, como son la edad, educación, ingresos, género, raza y etnia<sup>5</sup>.

Otros datos muestran que en los países en vías de desarrollo, la población discapacitada es menos probable que consiga tener una actividad económica que el resto de la población. SIDA<sup>6</sup> muestra que en las Islas Mauricio, sólo el 16% de población discapacitada ha podido entrar en el mercado laboral, frente al 53% de la población sin discapacidad. Otro ejemplo es el aportado por Einar Helander en India, donde las familias que cuentan con algún discapacitado en su hogar, tienen menos ingresos, casas y campos de menor tamaño que las familias sin discapacitados en el núcleo familiar<sup>7</sup>.

No en vano se ha dado en llamar a la discapacidad “la mayor minoría del mundo”

---

<sup>3</sup> . Murray, 1994

<sup>4</sup> . Maron, 1997

<sup>5</sup> . Ficke, 1992

<sup>6</sup> S.I.D.A., 1995:2

<sup>7</sup> Helander, 1995:24

La OMS estima que el número de personas discapacitadas está incrementándose en todos los países africanos debido al aumento de enfermedades no transmisibles y a la incidencia de accidentes de tráfico<sup>8</sup>.

A pesar de la casi desaparición de los casos de poliomielitis y la disminución de malformaciones congénitas como la espina bífida, otras como el pie zambo y la parálisis cerebral, siguen siendo aun de gran incidencia. Las cifras sobre la prevalencia de discapacidad en los países africanos es ilustrativa: un 6,25% de media, 4,6 en Kenia<sup>9</sup>, 7,5 en Madagascar<sup>10</sup>, 5,8 en Rwanda<sup>11</sup> o 7,1 en Uganda<sup>12</sup>, de los cuales la discapacidad física es la de mayor incidencia, siendo el 40% de casos.

Se calcula que el coste directo de la discapacidad en los países africanos es muy alta, sirva de ejemplo las secuelas producidas por los accidentes de tráfico, que representan alrededor del 2% del GNI, creciendo hasta el 5% en algunos casos<sup>13</sup>.

A pesar de la necesidad de proveer a estos países de servicios de rehabilitación adecuados, la mayoría de documentos institucionales, tanto internacionales como de gobiernos africanos, centran todos sus esfuerzos en la reinserción social, laboral, en la educación, mencionando muy de pasada, la rehabilitación física y por supuesto, dejando en segundo plano la ejecución de políticas efectivas de prevención y tratamiento de la disfunción<sup>14</sup> <sup>15</sup>.

### **2.1.3. Políticas internacionales sobre discapacidad**

Los datos expuestos arrojan una realidad preocupante a nivel mundial y dramática en lo que se refiere a los países en vías de desarrollo. La preocupación internacional al respecto ha dado lugar a una nutrida creación de documentos y acuerdos que proveen de marco legal a la situación de las personas discapacitadas:

Ya en el año 1948, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (UDHR) se reconoce a las personas discapacitadas iguales derechos al resto de individuos, sin embargo, en las revisiones posteriores, la (*International Covenant on Civil and Political Rights* [ICCPR] y el *International*

---

<sup>8</sup> . WHO, 2010

<sup>9</sup> . Plan, 2005

<sup>10</sup> . Ministère de la Santé, Madagascar, 2003

<sup>11</sup> . Atijosan, 2007

<sup>12</sup> . Study of National Household Survey in Uganda, 2005/2006

<sup>13</sup> . WHO, 2010

<sup>14</sup> . [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php/AFRO:Disabilities\\_and\\_rehabilitation](http://www.who.int/profiles_information/index.php/AFRO:Disabilities_and_rehabilitation)

<sup>15</sup> . Elwan, , 1999

*Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* [ICESCR] del 1966 no mencionan nada al respecto de manera explícita.

De 1975 data la *Declaration on the Rights of Disabled Persons and the World Programme of Action Concerning Disabled Persons* (WPA), programa que tiene como objetivo la prevención de la discapacidad y la rehabilitación de las personas discapacitadas, posteriormente, en 1993, las Naciones Unidas hace referencia a los derechos humanos de las personas con discapacidad en el documento *United Nations Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* (SR), con la misión de constituir una guía para los estados, de acciones en materia de equidad de oportunidades para las personas discapacitadas. En ella se marcan los siguientes pasos a seguir para conseguir tal objetivo:

1º- Proveer de unas condiciones previas para la participación igualitaria: cuidados médicos, rehabilitación y servicios de soporte (reglas 1 – 4)

2º- Conseguir áreas de igual participación: accesibilidad a la educación, empleo, ingresos, mantenimiento de la seguridad social, vida familiar, integridad personal, cultura, deporte y religión (reglas 5 - 12)

3º- Implementación de medidas de información, investigación, legislación, políticas económicas, formación personal, monitorización nacional y evaluación de los programas entorno a la discapacidad sobre la implementación de las reglas, cooperación técnica e internacional (reglas 13 – 22)<sup>16</sup>

Durante el mismo año 1993, en la Declaración de Viena y el Programa adoptado por la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, también se hace mención a los derechos de las personas discapacitadas, poniendo el acento en la necesidad de no discriminarlas en ninguna esfera. En la misma línea, el año 2001 la Asamblea General de las Naciones Unidas resuelve el establecimiento de un comité que tendrá como objetivo considerar las propuestas de Naciones Unidas para la protección y promoción de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad.

Finalmente, en diciembre del 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la Convención de las Personas con Discapacidad, *International Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (ICRPD), firmada por 182 países y ratificada por 153, todos estos estados se comprometen a garantizar y promover la plena realización de todos los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales de las personas con discapacidad..

La convención reconoce que la existencia de barreras es un componente esencial en la marginación de las personas discapacitadas y subraya que la discapacidad es un concepto evolutivo «resultado

---

<sup>16</sup> . United Nations Enable website, [www.un.org/esa/socdev/enable/rapporteur.htm](http://www.un.org/esa/socdev/enable/rapporteur.htm)

de la interacción de las personas con disfunciones y de problemas de actitud y de entorno que socavan su participación en la sociedad».

La accesibilidad y la inclusión de las personas con discapacidad son derechos fundamentales reconocidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades. Son las condiciones sin las cuales no pueden disfrutar de sus otros derechos. La Convención (artículo 9) pide que las personas con discapacidad puedan llevar una vida independiente y participar de forma activa en el desarrollo de la sociedad. Solicita a los Estados que tomen las medidas apropiadas para darles pleno acceso a la actividad cotidiana y eliminar todos los obstáculos a su integración<sup>17 18</sup>.

La convención además propone un cambio de paradigma en los enfoques hacia la discapacidad, que pasen de la visión del discapacitado como objeto de tratamiento médico, caridad y protección social a un modelo en que estos individuos son reconocidos como titulares de derechos humanos, activos en la toma de decisiones que les atañen, poniendo especial acento en el caso de los niños y las mujeres con discapacidad.

Además ofrece una base autorizada, consensuada internacionalmente, para el desarrollo de marcos legales y políticas internas, estableciendo mecanismos nacionales y transnacionales cuyo objetivo es una supervisión más efectiva de los derechos de las personas con discapacidad.

El documento consta de 50 artículos, centrados en los derechos de las personas discapacitadas y la metodología a emplear en el desarrollo del proyecto. Cuando se menciona el término “rehabilitación” generalmente se hace referencia a la “reinserción” en las diferentes esferas que interesan a la persona, sin embargo, en cuanto a su contenido en lo que ha rehabilitación funcional se refiere, se observa un gran vacío. Señalar que en el contenido ocupa un importante lugar el tema de la discapacidad en las víctimas de las minas<sup>19</sup>.

Otros hitos internacionales que reconocen los derechos de las personas discapacitadas son:

- Declaración de los Derechos de las Personas Discapacitadas (1975)
- Programa Mundial de Acción en lo que Conciernen a Personas Discapacitadas (1983)
- Reglas estandarizadas de las Naciones Unidas sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993)

---

17

. <http://www.un.org/es/events/disabilitiesday/background.shtml>

18

. UNICEF, 2007

19

. United Nations, 2008:10

- Declaración de de Salamanca sobre Principios, Políticas y Prácticas en Necesidades Especiales de Educación (1994)<sup>20</sup>.

En el WORLD REPORT ON DISABILITY, WHO, WB, 2011, tras una investigación socio económica cuantitativa, se observa que el estatus socio económico de las personas con discapacidad tiende a ser menor, de la misma manera, las oportunidades educativas y laborales se ven mermadas

#### **2.1.4. Enfermedades no transmisibles (ENTs) y discapacidad**

La Organización Mundial de la Salud, ya en su Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles del año 2010, señala el impacto que éstas tienen sobre el desarrollo, conceptuándolas de epidemia y denunciando la manera desproporcionada en que ataca a los países de bajos ingresos, poniendo acento en el círculo vicioso que suponen en la perpetuación de la pobreza, efectos negativos que amplifica la globalización: los habitantes de los países en desarrollo consumen cada vez más alimentos hiper calóricos y son objeto de campañas de marketing de tabaco, alcohol y comida basura. Al mismo tiempo, la disponibilidad de dichos productos aumenta sin que los gobiernos den respuesta a tal crisis de salud, hecho que se ve agravado por la existencia de un sistema público de salud donde los pacientes deben sufragar sus gastos, de manera que el tratamiento que la cronicidad conlleva, como en el caso de la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o respiratorias, empuja a las familias a un dramático empobrecimiento. La traducción en términos económicos sugiere que cada aumento del 10% de las ENT se asocia a una disminución del 0,5% del crecimiento anual de la economía.

Posteriormente, la OMS, en su proyecto revisado y actualizado: PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2013-2020 incluye un capítulo sobre la Transición Demográfica y las Discapacidades, donde se señala la preocupante evolución de estos trastornos, haciendo mención expresa a las discapacidades que conllevan:

“La prevención de las enfermedades no transmisibles aumentará la cantidad y la proporción de personas que envejecen sanamente y evitará los elevados costos asistenciales e incluso los costos indirectos vinculados con la atención de las personas de edad avanzada.

Aproximadamente un 15% de la población sufre alguna discapacidad, y el aumento de la prevalencia de enfermedades

---

<sup>20</sup>

. Ministry Of Basic And Secondary Education (MOBSE), 2011



no transmisibles está ejerciendo un efecto profundo en las tendencias de las discapacidades; por ejemplo, se calcula que en los países de ingresos bajos y medianos estas enfermedades representan más o menos las dos terceras partes de los años vividos con discapacidad. La discapacidad relacionada con alguna enfermedad no transmisible (como las amputaciones y la ceguera por diabetes y los accidentes cerebro vasculares) impone exigencias considerables a los sistemas sanitario y de bienestar social, mengua la productividad y empobrece a las familias.<sup>21</sup>”

Esta preocupación se traduce en una nutrida agenda en el marco de la cooperación internacional en salud:

- 2000: Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles
- 2003: Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
- 2004: Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud
- 2008: Plan de acción de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles
- 2010: Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol

Las ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2014 de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD muestran la posición que ocupan estas enfermedades en el ranking de mortandad mundial, ocupando la cardiopatía isquémica la primera, los accidentes cerebro vasculares la tercera, la asfixia perinatal y traumatismos durante el parto el séptimo lugar, los accidentes de tráfico el octavo lugar y la enfermedad constructiva crónica el noveno, diabetes mellitus la 15, malnutrición la 20: todas ellas altamente discapacitantes en caso de sobrevivir el sujeto afecto.

Las enfermedades transmisibles que cursan con discapacidad ocupan también posiciones relevantes: infecciones de vías respiratorias, la tercera, VIH/SIDA la sexta, malaria la número 10,

Sin embargo, en el Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015 que dio lugar más tarde a los Objetivos de Desarrollo Sostenible a alcanzar en el año 2030, sólo un objetivo, el tercero, hace mención a la salud: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

---

21

. WHO. 2010b:29

## 2.2. Recursos humanos dedicados a la rehabilitación de la discapacidad

A pesar de las dificultades históricas para unificar el marco conceptual sobre la rehabilitación, podemos decir que este término se usa para designar el conjunto de acciones frente a la discapacidad, intervenciones para mejorar la función corporal y todas aquellas medidas que promueven la inclusión<sup>22</sup>. Este documento provee de un marco conceptual útil en todos los aspectos relacionados con la rehabilitación.

En el artículo 26 de la mencionada ya anteriormente Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad se define rehabilitación como: “las medidas apropiadas, incluyendo los soportes necesarios que permiten a las personas con discapacidad mantener una máxima y plena independencia, física, mental, social, habilidades vocacionales, plena inclusión y participación en todos los aspectos de la vida<sup>23</sup>”

La rehabilitación engloba diferentes disciplinas: medicina física, fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia:

La Medicina Física y Rehabilitación, como especialidad médica, centra su actuación en el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad/dependencia encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles, todo ello coordinando un equipo conformado por diversos profesionales. Es un modelo de atención integral, holística e interdisciplinar<sup>24</sup>.

Terapia Ocupacional (TO) es la disciplina socio-sanitaria que a través de la adaptación del entorno y la actividad significativa, previamente analizada y seleccionada en función de la evaluación de las capacidades, incapacidades, necesidades e intereses del usuario, trabaja con los objetivos de mantener la salud, prevenir la enfermedad, mejorar la calidad de vida e incrementar la autonomía e integración de aquellas personas que padecen, o presentan riesgo de padecer, cualquier tipo de discapacidad (física, cognitiva, psiquiátrica, social o sensorial), tratando de potenciar o suplir las funciones disminuidas o perdidas<sup>25</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1958 a la fisioterapia como: “el arte y la

---

22

. WHO, 2013

23

. United Nations, 2008:4

24

. Hervada, 1984

25

. COPTOA , 2003

ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud de movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución”. La Fisioterapia es una disciplina que se encuentra incluida en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias<sup>26</sup>.

La Logopedia es la disciplina que engloba el estudio, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la comunicación humana, manifestados a través de patologías y alteraciones en la voz, el habla, el lenguaje (oral, escrito y gestual), la audición y las funciones oro faciales, tanto en población infantil como adulta<sup>27</sup>.

La Sociedad Internacional de Protésicos y Ortopedias y la OMS estiman que un 0,5% de la población en países en vías de desarrollo precisan de prótesis y órtesis y 30 millones de personas en África, Asia y Latino América requiere alrededor de 180.000 profesionales del ámbito de la rehabilitación. En el 2005 existían 24 escuelas de protésicos y ortopédicos en países en vías de desarrollo, en los cuales se graduaron 400 estudiantes anualmente<sup>28</sup>.

En muchos de estos países la distribución de estos profesionales es centralizada dado que prefieren establecerse cerca de la capital, en el caso de Gambia, Serrekunda y Banjul

### **2.2.1. Rehabilitación en África Subsahariana**

La rehabilitación que ofrecen gran parte de países de ASS, exceptuando Sudáfrica, es escasa en recursos humanos y de baja calidad debido a que los diferentes gobiernos han intentado paliar la ausencia de estos profesionales (recordemos que con las independencias de los países africanos, la gran masa crítica de profesionales especializados, huyeron a las metrópolis) llevando a cabo formaciones profesionales de corta duración y baja calidad, con la finalidad de dar servicio a la población. En cualquier caso, esta formación es insuficiente, dada la complejidad de conocimientos requeridos, tanto en patología como en diagnosis, toma de decisiones clínicas y herramientas comunicativas.

---

<sup>26</sup>

. WHO, 1958

<sup>27</sup>

. Bulnes, 2008

<sup>28</sup>

. UNICEF, 2007

Los servicios de fisioterapia son los que disfrutan de mayor accesibilidad, frente a la ausencia total de médicos rehabilitadores, terapeutas ocupacionales y logopedas.

Por otro lado, en muchos países en vías de desarrollo, las diferencias de género marcan, no sólo el acceso a estos servicios sino también el acceso de las mujeres a esta formación especializada.

Algunos datos extraídos por la National Society for Prosthetics and Orthotics y por la OMS estiman que un 0,5% de la población de los países en vías de desarrollo, precisan de prótesis, órtesis y atención en rehabilitación y 30 millones de habitantes de África, Asia y América Latina requieren aproximadamente de profesionales de la rehabilitación<sup>29</sup>.

En 2005 había 24 centros de formación en ortopedia en los países en vías de desarrollo, graduándose 400 estudiantes anualmente, el despliegue del resto de profesionales que trabajan en la rehabilitación, hasta el momento es claramente insuficiente como revelan los datos mostrados más adelante.

Veamos algunos ejemplos:

- En Rwanda, tras un estudio gubernamental sobre las limitaciones físicas, se concluye que 2,5% de los niños sufren limitaciones de este tipo y aproximadamente 80.000 de ellos precisan tratamiento de fisioterapia, 50.000 cirugía ortopédica y 10.000 aparatos ortopédicos<sup>30</sup>.

Estudios nacionales sobre la calidad de vida de los sujetos discapacitados en Malawi, Mozambique, Namibia, Zambia y Zimbawe revelan grandes vacíos en la provisión de rehabilitación y aparatos de ortopedia<sup>31 32 33 34 35</sup>

y se evidenció inequidad en el acceso a la provisión de aparatos de ortopedia en Malawi (hombres 25,3% y mujeres 14,1%) y en Zambia (hombres 15,7% y mujeres 11,9%<sup>36</sup>)

29

. WHO, 2005

30

. Atijosan, 2009

31

. Loeb, 2004

32

. Eide, 2009

33

. Eide, 2003

34

. Eide, 2006

35

. Eide, 2003b

36

. Eide, 2009b

Otro estudio, realizado en Beijing, China, muestra que el 75% de los discapacitados entrevistados expresa la necesidad de recibir atención de rehabilitación, de los cuales únicamente el 27% tenían acceso a este servicio<sup>37</sup>. Otro estudio realizado en el 2007 en el mismo país, a nivel nacional, reflejó que la percepción de necesidad entre la población discapacitada se centraba en la fisioterapia y los aparatos ortopédicos<sup>38</sup>.

En cuanto al acceso a los servicios de rehabilitación existentes, habitualmente servicios de fisioterapia, en caso de existir, las distancias geográficas suponen una importante barrera para el acceso, dado que la tendencia es a una concentración de profesionales especializados en las capitales. En sistemas sanitarios de co pago como es el caso en los países estudiados, los costes del tratamiento de rehabilitación resultan prohibitivos en una población pobre y además sin empleo a causa de la misma discapacidad<sup>39</sup>.

En un estudio global realizado en 2005 en 114 países, sólo en un tercio de ellos contaba con servicios de rehabilitación<sup>40</sup>

## 2.2.2. Salud global y rehabilitación

Para gran parte de las personas discapacitadas, la rehabilitación es indispensable para poder acceder a la educación, mercado laboral y en definitiva, mantener una calidad de vida óptima. Veamos cómo queda reflejada esta necesidad en las agendas internacionales en el campo de la salud:

La OMS, en el documento WORLD REPORT ON DISABILITY, WHO, WB, 2011 remarca la importancia de la rehabilitación para que el individuo que padece una discapacidad pueda participar en todas las actividades y esferas, enumeradas ampliamente en todos los documentos internacionales, como son la educación, integración en el mercado laboral y vida civil, participación que tendrá como resultado final el empoderamiento del discapacitado y su familia<sup>41</sup>.

En el PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS

---

37

. Zongjie, 2007

38

. Qiu, 2007

39

. Crowley, 2003

40

. United Nations. 2006:141

41

. WHO, WB, 2011

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2013-2020 OMS afirma que la rehabilitación debe ocupar un lugar central en los programas contra las enfermedades no transmisibles para afrontar los factores de riesgo así como las pérdidas de función a consecuencia de una de dichas enfermedades (por ejemplo, parálisis secundaria a un accidente cerebro vascular o amputación por complicaciones derivadas de la diabetes). El acceso a los servicios de rehabilitación, indica, puede disminuir los efectos y las consecuencias de las enfermedades, acelerar el alta hospitalaria y hacer más lento o detener el deterioro de la salud y mejorar la calidad de la vida<sup>42</sup>.

A continuación vemos algunos ejemplos de países africanos, en vías de desarrollo, comparando la necesidad de servicios reportadas por la población discapacitada y la asistencia recibida:

Servicio	Namibia		Zimbawe		Malawi		Zambia	
	Necesitan (%)	Reciben (%)	Necesitan (%)	Reciben (%)	Necesitan (%)	Reciben (%)	Necesitan (%)	Reciben (%)
Rehabilitación médica	64,6	26,3	68,2	54,8	59,6	23,8	63,2	37,5

Fuente: WORLD REPORT ON DISABILITY, WHO, WB, 2011

En WORLD REPORT ON DISABILITY, WHO, World Bank, 2011 se trata extensamente el tema de la rehabilitación, se denuncia la falta de datos y estimaciones sobre la ratio de estos profesionales en los diferentes países, así como la ambigüedad en las definiciones y afirma la necesidad de trabajar en indicadores, métodos de medida, fuentes y datos, sobre los proveedores de salud en este ámbito.

Señala, por otra parte, la relación entre el incremento de enfermedades no transmisibles (ENTs) con el envejecimiento de la población, la cronicidad consiguiente, que a menudo cursa con disfunción y la necesidad de un incremento en la oferta de servicios de rehabilitación, dado que podrán conseguir mejorar la calidad de vida de este sector de la población, los datos demográficos y epidemiológicos lo evidencian como hemos visto en las tablas precedentes, aunque faltan datos sobre el número, tipo, severidad de las limitaciones y restricciones en la participación de las diferentes actividades que suponen. Dada la evolución demográfica, pues, debemos sumar la discapacidad en respuesta a fenómenos patológicos al reciente incremento de discapacidad asociada a fenómenos fisiológicos, como es el envejecimiento y disfunción adscrita.

<sup>42</sup>

. WHO, 2010b

El documento de la OMS<sup>43</sup> aconseja la integración de los servicios asistenciales de rehabilitación dentro de la planificación de los ministerios de salud, que debería dedicar una partida presupuestaria específica a este fin, de manera que hiciera mensurable la relación coste-efectividad. Algunas estrategias de financiación propuestas son:

- Reubicación de los servicios de rehabilitación, pasando de los centros hospitalarios a los servicios de salud comunitarios, equipándolos de los recursos materiales y humanos necesarios<sup>44 45 46</sup>

Las intervenciones de cooperación internacional para el desarrollo provenientes de los países desarrollados debería proveer de asistencia financiera y técnica, incluyendo el aporte de personal especializado; en esta dirección ya trabajan las agencias de cooperación de diversos países como Australia, Alemania, Italia, Japón, Nueva Zelanda, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos<sup>47</sup>.

- Incluir servicios de rehabilitación en las actuaciones dirigidas a crisis humanitarias, en caso de desastres naturales y conflictos armados, dado que en estas circunstancias, la persona discapacitada se vuelve más vulnerable<sup>48 49 50</sup>

- Combinar la financiación pública y la privada: en países como India, Camboya, Australia o Canadá, está dando buenos resultados

- Detectar y medir las condiciones de vida de la población discapacitada pobre.

- Evaluar la cobertura de los seguros médicos: por ejemplo, en Estados Unidos, las aseguradoras proveen de diferentes niveles de cobertura dependiendo de la patología que aqueja al usuario, en el caso de esclerosis múltiple, parálisis cerebral o traumatismos medulares<sup>51</sup>.

---

43

. WHO, WB, 2011

44

. Elrod, 2007

45

. Bo, 2008

46

. Woo, 2008

47

. WHO, 2006

48

. WHO, 2009

49

. Haig, 2009,41:401-405

50

. Handicap International, 2010

51

. Elrod, 2007

- Incrementar los recursos humanos de rehabilitación, en la mayoría de países esta categoría de profesionales no se encuentran dentro de las planificaciones del ministerio de salud<sup>52</sup>. Son muchos los países donde la provisión de estos profesionales es inadecuado y geográficamente inequitativa, dejando en el desamparo las áreas rurales.

<sup>53</sup> <sup>54</sup> <sup>55</sup> <sup>56</sup> <sup>57</sup> .

Por otro lado, la calidad formativa de los profesionales especializados en rehabilitación en los países de bajos ingresos, es muy baja, y debería responder a necesidades más complejas que en los países desarrollados, dada la ausencia de profesionales sanitarios en la comunidad, en el caso de los primeros.

De las diferentes especialidades que trabajan en la rehabilitación, a pesar de ser insuficiente, la fisioterapia es la profesión que con más frecuencia podemos encontrar en los países en vías de desarrollo, siendo casi inexistentes médicos especializados en medicina física, terapeutas ocupacionales y logopedas<sup>58</sup>.

Una revisión extensa centrada en África Subsahariana muestra la existencia de sólo 6 médicos especialistas en medicina física, todos ellos ubicados en Sudáfrica, para más de 780 millones de habitantes, mientras que en Europa hay más 10.000 y en Estados Unidos más de 7.000<sup>59</sup>, respecto a la ratio de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, existe gran disparidad entre países, existiendo además una gran desigualdad de género que se traduce en una menor cantidad de mujeres que ejercen estas profesiones, hecho que dificulta aun más la asistencia en países donde se proscriben que las mujeres sólo pueden recibir tratamiento de individuos de su mismo género, como ocurre en la amplia área islámica<sup>60</sup> <sup>61</sup>.

---

52

. WHO, 2009

53

. Stanmore, 2007,29:751-759

54

. Al Mahdy, 2002,11:57-60

55

. Wilson, 2009,25:26-32

56

. O'Toole, 2010,10:1331

57

. MacDowell, 2010

58

. Mock, 2010

59

. Haig, 2009,41:401-405

60

. World Federation of Occupational Therapists, 2010

61

. Wickford, 2008,30:305-313



**PAÍS**  
**DENSIDAD DE FISIOTERAPEUTAS (por 10.000 habitantes)**

EEUU	5,5
Australia	5,3
Canadá	4,9
Reino Unido	4,5
Panamá	1,3
Sudáfrica	1,3
Túnez	1,2
Zambia	0,17
Indonesia	0,07
Uganda	0,04
Mali	0,03
Côte d'Ivoire	0,02
Burkina Faso	0,02
España	7.1

Densidad de fisioterapeutas (2004)

Font: WHO, WB, Global Atlas of the Health Workforce. WORLD REPORT ON DISABILITY

La OMS, en el documento ya mencionado sobre ENTs hace la siguiente recomendación:

“La rehabilitación debe ocupar un lugar central en los programas contra las enfermedades no transmisibles para afrontar los factores de riesgo (por ejemplo, obesidad e inactividad física) así como las pérdidas de función a consecuencia de una de dichas enfermedades (por ejemplo, parálisis secundaria a un accidente cerebro vascular o amputación por complicaciones de la diabetes). El acceso a los servicios de rehabilitación puede disminuir los efectos y las consecuencias de las enfermedades, acelerar el alta hospitalaria y hacer más lento o detener el deterioro de la salud y mejorar la calidad de la vida<sup>62</sup>.”

Sin embargo, a fecha de hoy, estas consideraciones no se han traducido en proyectos dirigidos a la rehabilitación de las personas que sufren estas enfermedades y sobreviven, arrastrando una discapacidad.

Por otro lado, a pesar de la omisión de una referencia explícita a las personas con discapacidad en los 18 objetivos para el 2015 o en los 48 indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), existen presiones internacionales para conseguir la inclusión de esta dimensión en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de los próximos cinco años

## 2.3. Discapacidad y pobreza

*"The combination of poverty and disability is a fearsome one. Either one may cause the other, and their presence in combination has a tremendous capacity to destroy the lives of people with impairments and to impose on their families burdens that are too crushing to bear."*

Acton, N., Secretary General, Rehabilitation International, in Shirley, 1983, p. 79

El Banco Mundial (BM) ha estimado que más de un 5% de la población mundial discapacitada vive bajo los umbrales de pobreza, es decir, que viven con menos de un dólar al día y no cubren las necesidades básicas como la alimentación, agua potable y ropa de abrigo (UNICEF, 2007), sin embargo el conocimiento del que se dispone de los países en vías de desarrollo sobre las tasas de discapacidad son muy pobres, por tanto la cuantificación de la correlación entre discapacidad y pobreza es difícil de establecer de una manera fiable<sup>63</sup>

La pobreza es simultáneamente causa y efecto de la discapacidad. El círculo vicioso que se establece entre ambas está fuertemente documentada<sup>64</sup>.

---

62

. WHO, 2010b:29

63

. Elwan, 1999

64

. British Medical Journal, 1997:1424-1425

Este círculo vicioso, en su recursividad cuenta con dos patrones, el que facilita el tránsito de pobreza a discapacidad y el que hace que esta última haga más vulnerable al que la padece, empujándole a la pobreza.

### 2.3.1. El patrón de pobreza a discapacidad

La situación de pobreza conlleva la existencia de bajos ingresos familiares, acceso limitado a los productos básicos de consumo y estado nutricional inadecuado, que en el caso de los niños, está estrechamente relacionado con el retraso psicomotor e intelectual, altamente discapacitantes. En 1998 se estimaba que 230 millones de niños (un 43%) en los países en vías de desarrollo, se encontraban en esta situación de riesgo<sup>65</sup>.

Por otra parte, algunas consecuencias de la pobreza, son la mayor exposición a agentes mórbidos que causan enfermedad: la falta de accesibilidad económica y geográfica a servicios médicos adecuados desemboca en la cronicidad de las mismas, retroalimentada por la presencia de hábitos poco saludables.<sup>66 67 68 69 70</sup>

En el caso de Mali, por ejemplo, a partir del año 1985, el gobierno del país adoptó, bajo la presión del Fondo Monetario Internacional, el SRC-Sistema de Recubrimiento de Costos consiste en la financiación del sistema sanitario a través del pago por parte del enfermo de los medicamentos y de la consulta médica. El resultado es, como mostraron en el año 1999 Kanté, Niangaly y Agnou, que el 80% de los 300 centros de salud comunitarios previstos en Mali, no eran económicamente viables<sup>71 72</sup>

---

65

. Elwan, 1999

66

. Acton, 1983

67

. Moyes, 1981

68

. Doyal, 1983

69

. de Onis, 1993

70

. UNICEF, 1980:16

71

. Kanté, 1999

72

. Mendiguren, 2007

## 2.3.2. Patrón de discapacidad a pobreza

Diferentes autores han identificado tres factores que contribuyen a que las familias que contienen una persona discapacitada, pierdan su equilibrio económico:

- 1- Los gastos directos que supone el incremento de los gastos familiares en servicios sanitarios.
- 2- Gastos indirectos derivados del descenso de los ingresos, dada la dificultad de acceso del discapacitado al ámbito laboral, ya mencionada y la privación del miembro familiar cuidador del mismo, de colaborar a la economía doméstica.
- 3- Marginación de las actividades comunitarias y exclusión del tejido social y los servicios de los que facilita.

Todos estos factores contribuyen de forma significativa al impacto de la discapacidad, dificultando la prevención y tratamiento de la misma y precipitando el colapso económico de la unidad familiar<sup>73</sup>.

Otro elemento a tener en cuenta en la situación social de las personas discapacitadas en muchos países en vías de desarrollo, es la creencia que asocia esta condición con elementos sobrenaturales, circunstancia que, como veremos en el capítulo dedicado al estigma de la discapacidad, contribuye de forma negativa en la inserción a todos los niveles, de esta población. Este factor cultural se menciona en el documento gubernamental gambiano emitido en el 2011 que provee de marco para las políticas de inclusión de la población discapacitada en el sistema educativo, del cual hablaremos más extensamente en adelante.

*“Persons with disabilities in The Gambia, especially women and children, are considered to be among the poorest. Their conditions seem to be aggravated by mythical, social and cultural beliefs held by society about people with disabilities. Social condescending attitudes reinforce tendencies to exclude them from benefiting in many social development programmes<sup>74</sup>.”*

Por otro lado, en los países como Mali o Gambia, que disponen de un sistema público de salud de co pago, este sistema va en detrimento del acceso de los más pobres a los servicios de salud, hecho que explicaría, en parte, ciertas conductas relacionadas con la pobreza en el campo de la salud.

---

73

. Elwan, 1999

74

. MOBSE, 2011: 11

En cualquier contexto pero especialmente si hablamos de los países mal llamados del tercer mundo, en vías de desarrollo o de bajos ingresos, en los que el grueso de la población, a juzgar por el PIB, es pobre, cabe la oposición entre pobres “oficiales”, usuarios de los servicios sociales o institucionalmente dependientes, de aquellos otros que viven en la indigencia bajo la forma del destierro social, que corresponde a lo que Yannick Jaffré llama “muerte civil”. Por otro lado, como señala el mismo autor en referencia a la población de Bamako, la pobreza es vivida no como un estado permanente, sino mudable, dependiente de la buena o mala fortuna; las conductas ostentativas, mediadas por la presión social, colocan al individuo en situaciones aparentemente tan contradictorias como lo es la costumbre de ofrecer una dádiva a todo aquel familiar con el que se cruce, ostentar caros vestidos en cada una de las numerosas bodas que inundan la ciudad o viajar inopinadamente en taxi en vez de utilizar el transporte público, la *sotrama*, diez veces más barato, al tiempo que vive y se alimenta de la caridad de sus familiares por carecer de ingresos. Estas situaciones de pobreza no son vividas como definitivas ni estigmatizadoras, si no más bien como precariedades parciales que les permiten conservar los numerosos apoyos sociales, vitales en estos estados de vulnerabilidad. En rasgos generales podríamos decir que la pobreza no es sólo una falta de “tener” si no también una dificultad para “ser”, no en vano, entre los bambara, las personas añadidas definen pobreza como falta de poder “se” (Bamb.) para mantener la dignidad<sup>75</sup>.

Es una satisfacción encontrar, entre los documentos oficiales dirigidos a la discapacidad, de uno de los países estudiado, Gambia, la siguiente propuesta de política social:

- Crear oportunidades educacionales equitativas para los niños con necesidades especiales
- Reducir la incidencia del “callejeo” como resultado de la discapacidad
- Reducir los casos de delincuencia
- Minimizar el abuso y explotación de niños discapacitados
- Facilitar oportunidades de mejorar la calidad de vida
- Promover la participación de las personas con necesidades especiales en los procesos de toma de decisiones
- Incrementar la esperanza de vida
- Promover la fluencia en sociedad
- Reducir los matrimonios forzados o tempranos<sup>76</sup>

<sup>75</sup>

. Jaffré, 2015

<sup>76</sup>

. MOBSE, 2011

Estas medidas, independientemente del grado de consecución que se pueda lograr, meritan gran concreción, carencia observada en las políticas y recomendaciones de la gran mayoría de documentos institucionales consultados.

## **2.4. Enfermedades prevalentes que cursan con discapacidad.**

En apartados anteriores hemos mostrado cuáles son las enfermedades que más incidencia tienen en los países estudiados y que acostumbran a cursar con secuelas funcionales.

Las cifras epidemiológicas ilustran el peso que tienen tales enfermedades en estas sociedades, sin embargo, como hemos podido elucidar analizando las agendas de cooperación internacional y las políticas estatales, la rehabilitación funcional es una necesidad poco reflejada en la mayoría de documentos asociados a las políticas seguidas entorno a la discapacidad, que tienen más carácter social, preocupándose de la inclusión laboral, educativa y social y obviando un requisito previo importante: disponer de la menor discapacidad posible, objetivo de la rehabilitación y por tanto, de la fisioterapia.

A continuación haremos una breve exposición sobre la naturaleza de estas enfermedades, qué tipo de discapacidad puede ir asociada y cuál es la labor de la fisioterapia en cada una de ellas.

Tanto la OMS, como UNICEF, señalan que hablar de la discapacidad en países en vías de desarrollo, responde a causas estructurales diferentes a las existentes en los países desarrollados: ciertas enfermedades discapacitantes de alta prevalencia en los países pobres son de baja incidencia en los de altos ingresos: la malnutrición es una de ellas, las enfermedades transmisibles también lo son, así como las alteraciones maternas y perinatales, llamadas congénitas y los traumatismos, frecuentemente consecuencia de accidente de tráfico, también<sup>77 78 79</sup>

### **2.4.1. Discapacidad asociada a las enfermedades transmisibles**

---

77

. Doyal, 1983

78

. Helander, 1995

79

. UNICEF, 1980:12

Durante los años 80 del siglo pasado las principales enfermedades transmisibles que producían discapacidad en los países en vías de desarrollo eran la poliomielitis, tracoma, oncocercosis (river blindness) y lepra y empezaba a cobrar protagonismo el VIH/SIDA. En la actualidad, gracias a los logros obtenidos en los planes de vacunación masiva contra la polio, esta enfermedad ha decrecido su morbilidad, como las otras antes mencionadas y son el VIH/SIDA, la malaria en su forma cerebral, la tuberculosis, neumonía y bronquiolitis, las enfermedades contagiosas responsables de la pérdida de funcionalidad de muchos de aquellos sujetos que las padecen<sup>80</sup>.

### 2.4.1.1. Malaria cerebral

La malaria o paludismo sigue siendo de gran prevalencia en los últimos años, sobretodo en países pobres. Una de sus complicaciones, es la cerebral, presente entre el 8 y el 30% de casos<sup>81 82 83</sup>

A parte, el 10% de niños que no presentará secuelas cerebrales, en el momento de ser dados de alta del centro hospitalario, presentan trastornos neurológicos. Los países donde se han registrado mayores secuelas neurológicas son Senegal, Malawi, Gambia y Kenia<sup>84 85 86 87 88</sup>

Existen cuatro tipos de plasmodium, agentes patógenos que provocan malaria en el humano:

- Plasmodium falciparum: el más agresivo, extendido en las regiones más cálidas del globo terrestre
- Plasmodium vivax: extendido en las zonas íntertropicales de Asia y América
- Plasmodium malariae: localizado en ciertas áreas de las zonas tropicales
- Plasmodium ovale: que remplaza al Plasmodium vivax en África negra

---

80

. Doyal, 1983

81

. Bouth, 1987

82

. Chwala, 1989

83

. Gopinathan, 1990

84

. Collomb, 1967

85

. Lafaix, 1970

86

. Molineux, 1989

87

. Warrel, 1990

88

. Warrel, 1982

Se considera que todo aquel paciente afecto de paludismo por Plasmodium Falciparum que durante el curso de la enfermedad presenta coma profundo no atribuible a otra causa, será considerado como afecto de neuropaludismo. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son cefaleas, convulsiones, afecciones psiquiátricas, signos de afección extrapiramidal, neuropatías periféricas, signos de afectación de la médula espinal y signos meníngeos<sup>89 90</sup>

En África se estima la aparición de entre 300 y 500 millones de nuevos casos cada año, que desembocan en aproximadamente un millón de muertes, de las cuales corresponden en más del 90% de casos, a niños menores de 5 años<sup>91 92</sup>.

En Mali, según los datos aportados en por AbDrahamane Ombotimbé, en su investigación llevada a cabo en el Hospital Gabriel Touré de Bamako<sup>93</sup>, el 48% de los motivos de consulta en centros de salud es la malaria, siendo una de las patologías que se cobra más vidas (13%) y de más morbilidad (15,6%) sobretodo entre los niños, en que las secuelas además son más frecuentes.

Aproximadamente entre el 50 y el 84% de los niños que sobreviven a la malaria cerebral, al cabo de 6 meses se habrán recuperado totalmente pero un 7% padecerán secuelas neurológicas durante el resto de su vida: hipotonía, ceguera, problemas en el habla y epilepsia<sup>94</sup>.

La OMS define la malaria cerebral como la enfermedad en la cual existe presencia de hematoxoiros en estado asexuado en la sangre y que va asociada a numerosos signos y síntomas clínicos como son el coma profundo arreactivo a los estímulos nociceptivos y las convulsiones espontáneas con una repetición de dos veces en 24 h a pesar de las medidas antitérmicas aplicadas.

La fisiopatología de la malaria cerebral parece estar basada en el predominio de la secuestación de hematíes parasitados cerebrales, así como en otras vísceras, que tiene como consecuencia una reducción del flujo sanguíneo y una obstrucción capilar en estos órganos. Cuando el desenlace es letal, suele ser debido a fallo multiorgánico. La anemia está más altamente relacionada, sin embargo, con la letalidad que las secuelas neurológicas en el niño. En casos graves cursa con insuficiencia renal multifactorial y edema pulmonar<sup>95</sup>.

89

. Newton, 1990

90

. CRUZ, 1994

91

. Breman, 2004

92

. Snow, 2005

93

. Touré, 2015

94

. Murphy, 2001

95



En cuanto al daño cerebral, preferentemente concierne a los vasos, en particular en la sustancia blanca, donde se producen hemorragias, acompañada de desmielinización y algunas necrosis y edema<sup>96</sup>.

La clínica suele aparecer unos 10 o 20 días después de la picada del mosquito que actúa como vector de la enfermedad y se caracteriza por las fiebres altas de aparición repentina, temblor y sudoración, algias generalizadas, cefaleas intensas, náuseas, vómitos y diarreas, desembocando luego en trastornos neurológicos y de consciencia, convulsiones, hipotonía globalizada, arreflexia tendinosa, signos meníngeos y síndrome cerebelosos eventualmente. Además cursa con hepatomegalia, esplenomegalia, ictericia, hipersudoración y respiración en estertor.

En cuanto a las secuelas neurológicas, suelen ser: hemiplejia, afasia, disartria, trastornos de comportamiento y cognitivos, ceguera y sordera. Las principales complicaciones, que pueden llevar a la muerte, vienen dadas por la hiperpresión intracraneal.<sup>97 98 99 100 101 102 103</sup>

Por otro lado, la marcada hipoglucemia puede provocar numerosas complicaciones como son: hemiplejia, ceguera cortical, ataxia cerebelosa, hipotonía severa, retraso mental, espasticidad generalizada, afasia y trastornos del comportamiento, entre otras.<sup>104 105</sup>

En la investigación de Ombotimbé, los pacientes estudiados, que presentaban una media de 6 años, mostraban las siguientes características que nos ofrece una muestra representativa de la manifestación clínica de esta enfermedad:

En la mayoría de pacientes el motivo de consulta era la presencia de convulsiones + alteración de la consciencia: 74 (80,43%), en cuanto al tratamiento recibido antes de la hospitalización, gran parte

---

96 . Laroche, 1993  
97 . Araujo, 1993  
98 . Collomb , 1967  
99 . Schmutzhard, 1984  
100 . Van Hensbroeck, 1997  
101 . Holding, 1999  
102 . Holding, 2001  
103 . Carme, 1993  
104 . WHO, 2000  
105 . Chandenier, 2000  
. Schmutzhard, 1984

(33,70%) habían seguido tratamiento de terapia tradicional mediante decocción de árboles. En la mitad de los casos el electroencefalograma (EEG) mostró sufrimiento cerebral i la tomografía axial computerizada (TAC) cerebral mostró atrofia cortical en 28 de los 29 pacientes examinados.

En este interesante trabajo se marca, como tratamiento específico a seguir por esta población:

- Neurolépticos
- Miorrelajantes
- Benzodiazepinas
- Fisioterapia
- Oxigenadores cerebrales
- Antibióticos en caso de sobre infección

En cuanto a las secuelas neurológicas, en el estudio de Ombotimbé, el 6,97% de los 1.320 niños hospitalizados con diagnóstico de malaria cerebral, presentaron secuelas neurológicas, frente al 2,2% registrado por A.D.Gbadoé en Togo<sup>106</sup>, o en Madagascar, de 2,1%<sup>107</sup>, 27,77% en Mali<sup>108</sup> o 6,77% en Senegal<sup>109</sup>.

A continuación contrastamos las cifras obtenidas por Ombotimbé<sup>110</sup> y por Oluwayemi<sup>111</sup> en un trabajo similar centrado en Nigeria:

Secuela neurológica	Ombotimbé (%)	Oluwayemi (%)
Afasia + ataxia	40,22	35,08
Hipertonía periférica	19,57	-
Trastornos del comportamiento	7,61	-
Epilepsia	7,61	-
Ceguera cortical	6,52	8,77
Distonía	6,52	3,5
Hemiplejia	1,09	5,26
Hipotonía axial	5,43	-
Sordera	1,09	8,77
Total	100 (92 casos)	100 (57 casos)

106

. Gbadoé, 2006

107

. Raobijaona, 1998

108

. Druet-Cabanac, 2007

109

. Camara, 2008

110

. Touré, 2015

111

. Oluwayemi, 2013

A parte de la repercusión física y vital que la clínica y secuelas de esta enfermedad comportan, un aspecto muy importante, no suficientemente observado en los planes de prevención y tratamiento, es la dimensión cultural:

En una interesante revisión bibliográfica llevada a cabo en el año 2008<sup>112</sup> se analizan las barreras culturales, tales como conocimiento sobre la enfermedad, actitudes y prácticas, que se encuentran en los países africanos, donde es endémica esta enfermedad y que dificultan tanto la prevención como el tratamiento de la misma, para ello se tomaron 27 estudios comprendidos entre el año 1966 y el año 2008.

El grueso de barreras en la prevención eran debidas a la falta de comprensión del origen y transmisión de la enfermedad, entre otros y al precio de las mosquiteras<sup>113</sup>, la creencia de que los repelentes atraen a los mosquitos, ostentando un gran peso las creencias relacionadas con la causa de la enfermedad, o de que la causa de la malaria es causada por factores del entorno (excesivo calor, viento o frío), dietéticos (ingestión de comidas oleosas o ciertos frutos y granos<sup>114</sup>), beber o bañarse en agua sucia o bien, así como causas sobrenaturales atribuidas a brujería o a posesión por djinns.

Como cita Sidiki Tinta<sup>115</sup>.

*"Ce que nous savions avant dans la tradition, certains disent que le wobu, nous on dit argu en jamsay, est donné par la saleté logo notamment les aliments "sales" ou "avariés" (nyowon). Parfois c'est le "changement d'eau" (ni duluwu) qui amène le argu ; d'autres disent que c'est*

*Dieu ou le "mauvais vent" (onyo monyu) ; mais en milieu dogon partout il est reconnu que le argu vient avec l'hivernage. Il existe en d'autres saisons, mais c'est avec la verdure de l'hivernage qu'on voit beaucoup le argu. Selon les Dogons, c'est la période où il pleut beaucoup, on mange des fruits sucrés comme le yulo (parkia biglobosa), le mignu (Butyrospermum parkii), le kambu (Sabasenegalens-sglabiflora). C'est ce qui donne le argu".*

Se trata de la declaración de una anciana traditerapeuta de los alrededores de Bandiagara.

En prácticamente todos los estudios (25/27) se correlacionaban las barreras en la recepción de tratamiento con la falta de confianza y eficacia atribuida al tratamiento biomédico, entre otros, la creencia de que las inyecciones administradas a los niños con convulsiones son las causantes de la

---

112

. [Maslove, 2009](#)

113

. Ahorlu, 1997

114

. Kaendi, 1994

115

. Tinta, 1999: 11

muerte de los mismos. La presencia de obstáculos logísticos, como falta de personal sanitario o de fármacos antimaláricos, falta de accesibilidad geográfica o económica al tratamiento hospitalario y la priorización como tratamiento de primera elección (61%) del administrado por la medicina tradicional constituyeron otros obstáculos registrados.

Los autores de esta revisión concluyen en la gran importancia de acciones dirigidas al contexto cultural, tanto en la prevención como en el tratamiento, de otra manera las políticas sanitarias no llegan a implementarse entre la población. Por otro lado, destacan la necesidad de implicar a los terapeutas tradicionales en los programas de tratamiento, como agentes de salud presentes en todas las comunidades<sup>116</sup>.

Otros estudios se centraron en los términos locales relacionados con los síndromes febriles y presentaciones clínicas próximas a la malaria, en varios países africanos, estos términos responden a concepciones clínicas que acostumbran a dificultar el diagnóstico.<sup>117 118</sup>

En esta misma dirección está orientado el trabajo centrado en Mali de Sidiki Tinta<sup>119</sup> que muestra cómo los mensajes dirigidos a la población diana, en el contexto de la prevención y tratamiento de la malaria, no llegan a surtir el efecto deseado dada la interferencia de discursos y prácticas tradicionales. Es el caso de "*la maladie de l'oiseau*" que "*attrape l'enfant*", entidad nosológica popular que atribuye al vuelo de este pájaro, a menudo mítico, sobre el sujeto afecto, como causa de las convulsiones y la rigidez perinatales, identificadas por el sistema biomédico con el tétanos y la malaria. Esta concepción conlleva prácticas preventivas y terapéuticas alejadas de aquellas descritas por la biomedicina, como la práctica de ciertos rituales, escarificaciones o amuletos que se superponen y difícilmente se articulan las unas con las otras.

Todos los ejemplos expuestos ilustran perfectamente hasta qué punto es determinante el contexto cultural de la población diana, en palabras de Yannik Jaffré<sup>120</sup>:

"En face de l'émetteur se trouve un récepteur pris dans les réseaux de son désir, de son environnement objectif et des règles du jeu social de son milieu"

---

116

. Maslove, 2009

117

. Adongo, 2005

118

. Kengeya-Kayondo, 1994

119

. Tinta, 1999

120

. Jaffré, 1991:406-414

Trasladando esta afirmación al campo de la salud, observamos que la eficacia de las intervenciones biomédicas para luchar contra enfermedades como la malaria, está condicionada por las representaciones propias de cada comunidad en lo que respecta a salud y enfermedad, pero también a las estrategias de beneficio adscritas a la oferta de colaboración y en el mejor de los casos, a la suerte de sincretismo resultante de la mezcla de los conceptos biomédicos transferidos a la población con las concepciones preexistentes.

La primera vez que oí la expresión “*l’oiseau à pris l’enfant*” para hacer referencia a la pérdida de consciencia del niño afecto de malaria cerebral, en los labios de Rokia Sanogo, de la asociación maliense sin ánimo de lucro Aidemet (Aide au Développement de la Médecine Traditionnelle), también parte integrante del *Departement de Médecine Traditionnelle, Institut National de Recherche en Santé Publique*, Bamako, Mali y profesora en la *Faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto-Stomatologie, de la Université de Bamako*, me pareció una expresión poética, pero cuando tuve la ocasión de realizar tratamiento de fisioterapia a niños con esta afectación, rígidos, algunos ciegos, vagamente conscientes algunos y el resto inmersos de forma continuada en un sueño inquieto, quedó atrás la posible estética del término, por que la realidad de esos niños, unos días antes sanos, era claramente dramática.

### **2.4.1.2. Tuberculosis (TB)**

La tuberculosis existe desde antiguo, documentada en la medicina griega, china, egipcia e india<sup>121</sup>.

Durante el siglo XIX son numerosos los autores dedicados al estudio de esta entidad clínica, avanzando en el conocimiento del germen productor, el modo de transmisión, la clínica, prevención mediante la vacuna BCG y el tratamiento por estreptomycinina, pero no fue hasta el 1909 que Charles Mantoux utilizó la tuberculina, a partir de entonces y hasta nuestros días, la tuberculosis entró en regresión, pero en las últimas décadas, la emergencia del VIH/SIDA, especialmente en los países en vías de desarrollo, ha provocado un incremento en la incidencia de la enfermedad<sup>122</sup>.

Considerada como la 5ª causa de muerte por enfermedad a nivel mundial, se estima que se dan 8,4 millones de nuevos casos al año. La incidencia de la tuberculosis varía desde 10/100.000 en América del Norte a 300/100.000 en África Subsahariana, creciendo juntamente con los niveles de

---

121

. Aubry. 2006

122

. Huchong, 1994

pobreza y la incidencia del SIDA, siendo más afectada la población joven, en la edad más activa laboral y social.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por una micobacteria, comúnmente llamada bacilo tuberculoso, complejo *Mycobacterium tuberculosis* (99% de los casos). La localización más frecuente de la enfermedad tuberculosa es la pulmonar (80-90%) de casos, por eso el contagio es relativamente fácil, por vía aérea, mediante las gotas de las secreciones respiratorias que se producen durante la tos o el estornudo y que contienen las bacterias de la tuberculosis, llamadas Bacilo de Koch (BK). Algunas presentaciones extrapulmonares son la ósea, ganglionar, uro-genital, pleural y meníngea, de difícil contagio.

Aun que la *prima infectio* es de clínica silenciosa, puede cursar con síntomas generales como astenia, anorexia, adelgazamiento y síntomas respiratorios

Los signos de la tuberculosis pulmonar son comunes a otras enfermedades pulmonares, agudas: hemoptisis, neumotórax, infección bronquio pulmonar aguda, bronquitis recidivantes. Si esta infección coexiste con la causada por el virus del VIH/SIDA, se produce un efecto acumulativo, exacerbando el VIH la evolución de la TB, mientras esta última acelera la progresión de la infección por VIH, teniendo como resultado una clínica atípica como fiebre prolongada y pérdida de peso inexplicada.

En cuanto a la tuberculosis osteo-articular, generalmente se presenta en la parte anterior de los cuerpos vertebrales, pudiendo afectar a varios de ellos, donde provoca una necrosis y consiguiente hundimiento que se traduce en gibosidad y posible lesión medular y radicular<sup>123</sup>.

Diarra, en su tesis, dedica un apartado a la intervención de la medicina tradicional en lo que respecta a la tuberculosis, obteniéndose que el 45,8% de los 697 pacientes entrevistados entre abril del 2006 y junio del 2007, habían acudido a algún traditerapeuta, el cual, sólo en un 5% de los casos derivó al paciente a un centro sanitario, a pesar de la constatación de que el 57,1% de estos pacientes padecían tuberculosis.

En lo que respecta al plano social y cultural, este trabajo revela datos interesantes:

El 94,9% de los pacientes afectos de TB, percibían que la causa de esta enfermedad era natural, mientras que el 2,6% la atribuía a brujería, el 1,7% a envenenamiento y el 0,8 a la acción de *djinnas*.

---

123

. Diarra, 2008

El 88% de los sujetos pensaba que la supervisión del programa de seguimiento DOTS (Directly Observed Treatments Short-Course) respondía a una falta de confianza en el enfermo, y que los pacientes tuberculosos son altamente estigmatizados en el 93,7% de casos a causa del miedo de transmisión (99%).

Continuando con la dimensión social, cabe destacar la dependencia económica y social por parte de estos pacientes del núcleo familiar, esto es debido principalmente a la disnea al ejercicio y el patrón funcional restrictivo en que se traducen clínicamente la fibrosis y retracción de la pared costal, que a su vez comprometen la expansión pulmonar.

En este punto entra en juego la rehabilitación pulmonar, tratamiento no farmacológico que tiene como objetivo mejorar la condición física del paciente, restaurar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la autonomía y la integración social<sup>124</sup>.

Como muestra Wiches en su artículo<sup>125</sup>, ante enfermedades pulmonares como la TB que no se han podido curar, la evidencia clínica sobre los beneficios de la rehabilitación pulmonar y la fisioterapia respiratoria, es sólida, demostrando la mejora en la disnea independientemente de la severidad de la enfermedad. Citando a la misma autora:

“El paciente con deterioro pulmonar crónico presenta aumento del trabajo respiratorio, alteración muscular, depresión y cambios nutricionales que forman un círculo vicioso de inactividad y mayor desgaste fisiológico que incluso se puede presentar en reposo; este ciclo se debe intervenir con un manejo integral adecuado en un programa de rehabilitación pulmonar que contemple un mínimo de seis semanas de ejercicio físico, (nivel de evidencia B), entrenamiento físico aeróbico obligatorio, caminata o cicloergómetro, con nivel de evidencia (A), educación al paciente y a la familia (evidencia 1B), intervención psicosocial (evidencia 2B) y nutrición (evidencia 2C)”

Fruto de este trabajo se observa un incremento en el perímetro de la marcha, disminución de la disnea y mejora de la fuerza muscular global

---

124

. Ando, 2003

125

. Wilches, 2009:443

### 2.4.1.3. HIV/SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se reconoció por primera vez en 1981 en EEUU, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA se identificó en 1983<sup>126 127</sup>

128

Se cree que desde el comienzo de esta epidemia mundial se han infectado por el VIH unos 30 millones de personas, entre ellas 26,8 millones de adultos y 2,6 millones de niños. De ese total se estima que han muerto cinco millones de adultos y 1,4 millones de niños<sup>129</sup>.

130

Este cuadro clínico cursa con numerosas manifestaciones multisistémicas, entre ellas las neurológicas<sup>131</sup>, causadas por acción directa del VIH, que produce encefalopatía, neuropatía periférica o miopatías, o bien como resultado de infecciones o neoplasias oportunistas, trastornos autoinmunes, vasculares, metabólicos o psiquiátricos, además del efecto potencialmente tóxico del tratamiento<sup>132</sup>. Se produce un proceso expansivo intracraneal, que se puede manifestar en forma de cefaleas, náuseas, vómitos, fiebre, repercusión general y en etapas avanzadas obnubilación y coma. A veces se puede presentar con crisis convulsivas<sup>133</sup> y aproximadamente en el 30% de casos se presenta como síndrome meníngeo<sup>134</sup>.

Además de los síntomas citados, suele darse una pérdida gradual de funciones cognitivas como la memoria, concentración y atención, así como de la dexteridad y la coordinación y la motricidad, pudiendo desembocar en parálisis y alteraciones de la marcha. Las infecciones oportunistas en médula espinal, por otra parte pueden producir lumbalgia intensa y neuropatías periféricas de distribución diversa que provocan alteraciones sensitivas, siendo las más habituales la polineuropatía sensitiva distal dolorosa y la neuropatía tóxica por TARV<sup>135</sup>.

---

126

. Janssen, 1992

127

. Devita, 1992

128

. Michaels, 1987

129

. Porter, 1992

130

. Epstein, 1993

131

. O Dell, 1992

132

. Pons, 1998

133

. Mcarthur, 1987

134

. Avila, 2007

135



Los trastornos neuropsiquiátricos asociados a este síndrome pueden ser de naturaleza diversa: ansiedad, trastornos depresivos, aumento de pensamientos suicidas, paranoia, demencia, delirio, deterioro cognitivo, confusión, alucinaciones, anormalidades de la conducta, malestar, y manía aguda<sup>136</sup>.

El accidente vasculocerebral está estrechamente relacionado con el SIDA, dado que este último multiplica por diez la posibilidad de sufrir un ICTUS dada la mayor vulnerabilidad vascular a nivel cerebral, mediada por las reacciones autoinmunes secundarias.

El tratamiento farmacológico de esta amplio corolario de trastornos es sintomático, a base de analgésicos, antiepilépticos, corticosteroides, psicóticos, benzodiacepinas, etc<sup>137</sup>...

En cuanto al papel de la fisioterapia en el tratamiento de los pacientes afectos de VIH/SIDA, irá dirigido a las alteraciones musculo esqueléticas, psicomotoras y neurológicas citadas anteriormente, con el fin de generar una mejora en la funcionalidad y la calidad de vida<sup>138</sup>.

En un estudio realizado con una muestra de 47 niños afectos de VIH/SIDA, se encontró que la distribución de estos trastornos era<sup>139</sup>:

- Sistema neurológico

- Paraparesia espática: 4 (8,7%)
- Paraplejía hipotónica: 1 (2,2%)

- Sistema respiratorio

- Neumonía: 3 (6,5%)
- Sinusitis: 1 (2,2%)
- Bronquitis: 2 (4,3%)

- Sistema Osteomuscular

- Artritis séptica: 1 (2,2%)
- Luxación congénita de cadera: 1 (2,2%)

---

<sup>136</sup> . Worthington, 2008

<sup>137</sup> . Ministerio de Salud, 2010

<sup>138</sup> . [https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/complicaciones\\_neurológicas\\_del\\_sida.htm](https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/complicaciones_neurológicas_del_sida.htm)

<sup>139</sup> . O Connell, 1991

. <http://www.efisioterapia.net/articulos/imprimir.php?id=405&p=406-24fisioterapiasida...17/12/2009>

- Fracturas: 2 (4,3%)

En dicho estudio se encontró que la totalidad de población infantil afecta de esta enfermedad presentaba alteraciones osteoarticulares debidas a una inadecuada higiene postural y la escasa actividad física que por otra parte facilitaba la aparición de problemas cardio respiratorios, además se encontró incidencia de retraso psicomotor en el 70.84% de casos.

En el paciente adulto las manifestaciones de discapacidad son de naturaleza variada y pueden llegar a dificultar en gran medida las actividades de la vida diaria. El tratamiento rehabilitador de los eventos que se puedan presentar en las diferentes etapas de la infección es vital, es el caso de las polineuropatías, disfagia, disfunción autonómica, fallo respiratorio, disfunción vesical e intestinal y debilidad generalizada<sup>140</sup>.

En un estudio centrado en una población adulta, de pacientes afectados de SIDA, se cuantificó la intervención rehabilitadora<sup>141</sup>, las cifras muestran la idoneidad de este tipo de acción:

Motivos más frecuentes de derivación a rehabilitación de los pacientes con SIDA son:

-76% alteración de la movilidad

-57% dificultad para auto cuidado

-45% disfunción neurológica (hemiparesia, cognitiva, demencia, mielopatía, miopatía, neuropatía)

-37% dolor.

Algunos ejemplos de intervenciones implementadas son:

-73% ejercicio terapéutico

-45% ayudas para la marcha

-45% equipo de seguridad y para el baño

-29% ortesis

-29% manejo del dolor (TENS, calor, vibración, masaje)

-10% tanque de remolino

-4% consejo vocacional.

Por otro lado, el entrenamiento al esfuerzo centrado en los grandes grupos musculares junto con el trabajo aeróbico produjo una ganancia en todos los aspectos relacionados con la composición

---

<sup>140</sup>

. O Dell, 1993

<sup>141</sup>

. Uclés, 2016

corporal, fuerza muscular, flexibilidad, acondicionamiento cardiopulmonar y habilidad funcional, pero el requisito de que se trate de un trabajo de intensidad moderada y de larga duración<sup>142 143</sup>

#### **2.4.1.4. Neumonía / bronquiolitis**

##### **Neumonía**

La neumonía o inflamación de los alveolos pulmonares, comúnmente de origen infeccioso, es una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad, principalmente en los países en vías de desarrollo. El tratamiento paliativo de la neumonía es farmacológico pero existen otros medios de apoyo, como la fisioterapia.

Diferentes autores han analizado el efecto de las técnicas más utilizadas en este cuadro clínico:

- fisioterapia respiratoria, con trabajo activo del ciclo respiratorio, que incluye control activo de la respiración, ejercicios de expansión torácica y técnicas de expiración forzada, además de potenciar la presión espiratoria positiva.
- manipulación osteopática, con inhibición de la musculatura paravertebral, elevación de las costillas y liberación miofascial.

Aunque los estudios no muestran evidencia científica de que estas técnicas proporcionen una mejoría en la radiología pulmonar ni las tasas de curación, si provee de una mejora en la capacidad funcional<sup>144</sup>.

##### **Bronquiolitis**

La bronquiolitis por lo general afecta a los niños menores de dos años, con una edad pico de tres a seis meses. Es una enfermedad común y algunas veces grave. La causa más frecuente es el virus sincicial respiratorio (VSR). Más de la mitad de los bebés están expuestos a este virus en su primer año de vida. La etiopatogenia consiste en una inflamación y acumulación de moco en los bronquiolos pulmonares. La infección se produce por contagio aéreo, por medio de las secreciones expulsadas durante la tos y el estornudo, por parte de las personas infectadas. Algunos factores de riesgo de

---

142

. Hernández, 2011

143

. O'Brien, 2010

144

. Yang, 2013

contraer la enfermedad son la exposición a vapores tóxicos como el del tabaco o la contaminación, hacinamiento, ausencia de alimentación por medio de la leche materna y prematuridad.

Los niños de las áreas estudiadas están expuestos a todos estos factores, dadas las altas tasas de contaminación en el medio urbano, el fenómeno conocido como dilema del destete ocasionado por los embarazos sucesivos y por otro lado, la convivencia en grupos familiares extensos.

La clínica se inicia con problemas respiratorios como sibilancias y tos que luego se pueden acompañar de cianosis, fatiga, fiebre, taquipnea, ensanchamiento de fosas nasales y depresión de la musculatura intercostal involucrada en el proceso respiratorio<sup>145</sup>.

El tratamiento antibiótico no es efectivo ante este tipo de infección, de origen viral pero la broncodilatación artificial, oxigenoterapia, corticosteroides y la ingestión de líquidos con electrolitos, así como la fisioterapia respiratoria pueden ayudar a paliar el cuadro clínico.

Son muchos los casos que precisan de hospitalización con el objetivo de drenar la mucosidad resultante de la infección y así mejorar la función respiratoria, intervención en la cual la fisioterapia ocupa un papel primordial.

El tratamiento de fisioterapia respiratoria consiste en: vibración y percusión, técnicas de expiración forzada y técnicas de flujo lento para evitar el bloqueo respiratorio. Aunque no existe evidencia científica de su papel en la mejoría del cuadro clínico, su efecto de drenaje colabora a la mejora del estado general del paciente<sup>146</sup>.

## **2.4.2. Discapacidad asociada a las enfermedades no transmisibles prevalentes**

Se calcula que 36 millones de defunciones, el 63% de los 57 millones de muertes registradas en el mundo en 2008, se debieron a enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares (48%), cánceres (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y diabetes (3,5%). En 2008, el 80% de las defunciones (29 millones) por enfermedades no transmisibles se produjeron en países de ingresos bajos y medios, donde además la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años) es mayor (48%) que en los países de ingresos altos (26%). Según las previsiones de la OMS, si todo sigue igual, la cifra anual de muertes por enfermedades no

---

<sup>145</sup>

. Watts, 2011

<sup>146</sup>

. [http://www.cochrane.org/CD004873/ARI\\_chest-physiotherapy-acute-bronchiolitis-children-younger-two-years-age](http://www.cochrane.org/CD004873/ARI_chest-physiotherapy-acute-bronchiolitis-children-younger-two-years-age)

transmisibles aumentará a 55 millones en 2030. La única acción posible y necesaria para frenar esta situación y proveer a la población de un envejecimiento saludable es la puesta en marcha de planes de prevención y tratamiento.

El incremento en la incidencia de estas enfermedades engrosa las cifras de discapacidad relacionada con estas entidades clínicas, como es el caso de las amputaciones y ceguera relacionadas con la diabetes o los accidentes cerebro vasculares secundarios a la hipertensión cerebral<sup>147</sup>.

### 2.4.2.1. Malnutrición infantil

En los países en vías de desarrollo la malnutrición constituye una de las mayores causas de discapacidad dado que incrementa la susceptibilidad a la morbilidad. Madres malnutridas dan a luz niños de bajo peso, más vulnerables a la enfermedad. La falta de recursos sanitarios dificulta la atención, facilitando la cronificación y adhesión de otros trastornos<sup>148 149 150</sup>.

Es el caso de la malaria cerebral, de mayor letalidad en niños desnutridos, de un 50% frente a un 14,2% en niños bien nutridos<sup>151</sup>.

La malnutrición, por otra parte, constituye la mayor causa de muerte infantil en los países en vías de desarrollo, responsable del 54% de muertes de niños menores de 5 años, directa o indirectamente por la comorbilidad de infecciones bacterianas, hipoglucemia, hipocalcemia, hipotermia, fallo cardíaco congestivo y sepsis<sup>152 153</sup>.

La malnutrición es un problema de salud que ha despertado un interés y preocupación creciente en los planes de salud pública global, presente en las agendas de cooperación internacional y que vulnera profundamente los derechos humanos. Se estima que existe un billón de personas

---

147

. WHO. 2013b

148

. Kerac, 1999

149

. Walker, 2011

150

. Grantham-MacGregor, 2007

151

. Olumese, 1997

152

. Nte, 2007

153

. Katona, 2008

malnutridas en el mundo<sup>154</sup> suponiendo la mayor causa de mortalidad infantil, teniendo como resultado alrededor de 3,1 millones de muertes, el 45% de muertes infantiles<sup>155</sup>.

Por otro lado, son numerosas las vías por las que este trastorno puede causar discapacidad física y mental, registrándose altas tasas de discapacidad asociadas a la malnutrición<sup>156</sup>, por ejemplo, deficiencias nutricionales tales como la falta de yodo, hierro, vitamina A y proteínas constituyen un factor de riesgo de padecer trastornos físicos, sensoriales y cognitivos. Cada año entre 250.000 y 500.000 niños pierden la visión por falta de vitamina A y hay evidencia de que la deficiencia de yodo desemboca en alteraciones motoras, cognitivas y neurológicas<sup>157 158</sup>, por otro lado, la anemia asociada a la malnutrición provoca retraso psicomotor y del lenguaje.

Se estima que la incidencia de malnutrición en niños discapacitados es del 46,47% en países en vías de desarrollo<sup>159</sup>.

A la inversa, los sujetos discapacitados se encuentran en un mayor riesgo de padecer deficiencias nutricionales, es el caso de algunas enfermedades congénitas como la parálisis cerebral<sup>160</sup> que suponen una dificultad mecánica para realizar las actividades de la vida diaria, entre ellas la ingestión de alimentos, dificultad estimada en parálisis cerebral, del 90%<sup>161 162</sup>

## 2.4.2.2. Accidentes de tráfico

Una de las metas (3.6) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible marcadas en el 2015 es la disminución de los muertos y heridos a consecuencia de accidentes de tráfico en el año 2020.

Los accidentes de tráfico constituyen la mayor causa de mortalidad en personas jóvenes, entre 15 y 29 años de edad, registrándose las tasas más altas a nivel mundial, en África, 26,6 por cada 100.000 hab. frente a 9,3 en Europa. En estos países, a la proliferación de circulación rodada, especialmente

---

154

. FAO, 2012

155

. Black, 2013

156

. WHO, 2012b

157

. Maulik, 2007

158

. UNICEF, 2013

159

. Werner, 2009

160

. Kerac. 2014

161

. Adams, 2012

162

. WHO, 2012b

en vehículos de dos ruedas, que suponen una mayor exposición del sujeto, se suma la falta de medidas legislativas que limiten la velocidad de circulación, el consumo de alcohol y obliguen al uso de cinturón de seguridad y casco. El resultado es una gran prevalencia de accidentes con secuelas altamente discapacitantes como muestran las estadísticas de la OMS:

En Gambia se estima que 29,4 por cada 100.000 habitantes muere en accidentes de tráfico, en Mali son 25,6 mientras que en países como España las cifras son del 3,7%.

En Mali el 20,4% de las muertes se cebaron en motoristas o ciclistas y el 27,4% en peatones, mientras que en Gambia no existen datos al respecto.

En cuanto a la atención recibida, así como en países desarrollados como Francia o España, más del 75% de personas accidentadas fueron trasladadas en ambulancia asistida por personal médico y de enfermería, en Gambia sólo son trasladados a centros hospitalarios por este medio menos del 11% de los accidentados y en ningún caso cuentan con la asistencia ni médica ni de enfermería.

Curiosamente la atención post accidente registrada en Mali es equiparable a la recibida en Francia o España.

Sin embargo no existen datos en ninguno de estos países sobre el tanto por ciento de discapacidad permanente asociada a estos accidentes<sup>163</sup>.

### 2.4.2.3. HTA / ICTUS

La hipertensión siempre fue un problema de salud preocupante pero en las últimas dos décadas se ha agravado la incidencia de esta enfermedad tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados<sup>164</sup>, pasando a nivel mundial de 4,5% en el 2000 al 7% en el 2010, lo cual supone cerca de un billón de adultos afectados<sup>165 166</sup>, erigiéndose en el factor de riesgo con más peso para el desarrollo de una enfermedad cardiovascular<sup>167</sup>, trastorno a su vez, que constituye la primera causa de muerte en África<sup>168</sup> y atendiendo a las tendencias en estilos de vida y urbanización creciente, se

---

163

. WHO, 2015

164

. Imperial, 2013

165

. Kearney, 2005

166

. Lim, 2012

167

. Lozano, 2012

168

. Beaglehole, 2008

espera que se incremente aún más en un futuro<sup>169</sup>. Ante tal situación ha habido una gran respuesta internacional y de los diferentes estados, de manera que esta enfermedad tiene un lugar protagonista y en aumento en las agendas de cooperación internacional en salud global.

En África históricamente las tasas más alta de morbilidad y mortalidad eran debidas a enfermedades transmisibles y a trastornos relacionados con el periodo perinatal y la malnutrición<sup>170</sup> pero, como en el resto del mundo las ENT y de ellas, la que más, la Hipertensión Arterial, va cobrando protagonismo, consolidando lo que se ha dado en llamar “una doble carga de enfermedad<sup>171</sup>”. Sorprendentemente hasta la segunda mitad del siglo XX esta afección era casi inexistente en África, sin embargo en la actualidad más del 40% de la población adulta la padece<sup>172</sup>.

La complicación más frecuente de la hipertensión arterial es el ICTUS o accidente vascúlocerebral, cada vez más común en esta región<sup>173 174</sup>. Un factor importante a tener en cuenta es el envejecimiento poblacional pero este incremento de la incidencia también es debido a los cambios en los estilos de vida, que han conllevado un mayor consumo de tabaco y alcohol, un descenso de la actividad física y una ingestión mayor de alimentos ricos en sal, azúcares refinados y grasas, en gran parte como resultado de los procesos de urbanización, de la globalización y del control internacional de los mercados, a este fenómeno aculturante se le ha llamado gastroeconomía<sup>175 176</sup>  
<sup>177 178</sup>.

Según revelan diferentes estudios centrados en la población hipertensa en África, la mayoría de ellos no siguen controles de la presión arterial ni una adherencia al tratamiento<sup>179</sup>, en parte por la dificultad de acceso, tanto geográfica como económica, al sistema de salud, común en los países africanos<sup>180</sup>. El resultado es que, como documenta el *National Health and Nutrition Examination*

---

169

. Seedat, 2000

170

. Lopez, 2006

171

. Bygbjerg, 2012

172

. Addo, 2007

173

. Walker, 2000

174

. Mensah. 2008

175

. Agyemang, 2006

176

. Damasceno, 2009

177

. Agyemang, 2005

178

. Godfrey, 2005

179

. Van de Vijver, 2012

180



*Survey* (NHANES), mientras en el mundo el porcentaje de población en edad de riesgo que llevaba un correcto control de su tensión arterial se ha incrementado del 48,4% en el periodo 2007-2008 al 53,3% entre el 2009-2010, en África sólo entre el 5 y el 10% sigue este control<sup>181 182</sup>.

Esta situación desemboca en una gran prevalencia de enfermedades cardiovasculares, y cerebrovasculares que a su vez suponen grandes costes tanto para los hogares como para el sistema público de salud, incluso billones de dólares<sup>183 184 185 186</sup>.

Esta última afección constituye el principal motivo de consulta a los servicios de fisioterapia estudiados tanto en Mali como en Gambia, es un problema importante de salud pública a nivel de todo el globo<sup>187</sup> y se espera que siga en aumento, considerándose una verdadera epidemia de carácter mundial<sup>188 189</sup> a pesar de los logros alcanzados en las últimas décadas tanto en la prevención como en el tratamiento.

En África la situación es especialmente grave, suponiendo la segunda causa de mortalidad, por delante de las enfermedades infecciosas y en Mali, uno de los países diana de este estudio, constituye la segunda causa de consulta en servicios de urgencias en neurología, después de los traumatismos craneoencefálicos<sup>190</sup>. Por ejemplo, en el Hôpital Point G de Bamako supone el 13,5 con una mortalidad del 22,5%<sup>191</sup>.

Los recursos materiales y humanos dedicados en los sistemas sanitarios africanos a esta enfermedad son muy insuficientes, de manera que el paciente, en la mayoría de casos, tras el alta hospitalaria, no recibe ningún control ni tratamiento rehabilitador, mientras que en nuestro país existen planes de intervención multidisciplinaria urgente en cuestión de minutos<sup>192</sup> y una vez estabilizado el cuadro,

---

181 . Hendriks, 2011

182 . Ben Romdhane, 2012

183 . Ibrahim, 1995

184 . Stewart, 2009

185 . Miranda, 2008

186 . Steven van de Vijver, 2013

187 . Agyemang, 2016

188 . Murray, 1997

189 . Bousser, 2009

190 . Strong, 2007

191 . Sidibe, 2000

192 . Keita, 2005

. Corporació Sanitària de Barcelona, 2003

el paciente recibe tratamiento de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia tanto durante el ingreso como tras el alta hospitalaria, ya sea a nivel ambulatorio o domiciliario, durante aproximadamente un año, periodo de tiempo en que, dada la naturaleza evolutiva de esta afección, se pueden conseguir logros funcionales. En África los problemas de accesibilidad geográfica y económica, juntamente con la falta de profesionales, dificultan grandemente esta labor. La asunción de la "Iniciativa de Bamako" en el año 1987 contribuyó a empeorar esta situación, creando un sistema de salud público donde el usuario debe pagar<sup>193</sup>, convirtiéndose en lo que Tizio y Flor llaman "salud para todos" o "enfermedad para cada uno"<sup>194</sup>.

En el 61,1% de pacientes afectados de AVC el factor de riesgo principal fue la HTA<sup>195</sup> y únicamente el 13% de los pacientes supervivientes al AVC realizaban tratamiento antihipertensivo según datos extraídos en Gambia<sup>196 197</sup>

#### 2.4.2.4. Diabetes miellitus

Una de las metas del Plan De Acción Mundial Para La Prevención Y El Control De Las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 OMS es la detención del aumento en la morbilidad y mortalidad causadas por la diabetes mediante planes de prevención y tratamiento de la misma<sup>198</sup>, por otro lado, en el Informe Sobre La Situación Mundial De Las Enfermedades No Transmisibles 2010, la misma organización afirma que al menos tres intervenciones de prevención y manejo de la diabetes reducirían los costes en salud. En efecto, el control de la presión arterial, el control de la glucemia y el cuidado de los pies son intervenciones costo efectivas para los diabéticos, junto con el asesoramiento y la terapia multimedicamentosa<sup>199</sup>.

La diabetes miellitus es potencialmente discapacitante, de hecho, es la principal causa de amputación de extremidad inferior, constituyendo en EEUU el 50% de amputaciones no traumáticas<sup>200</sup> pero además suele cursar con numerosos problemas del aparato locomotor como

---

193

. WHO, 1998

194

. Tizio, 1997:837-858)

195

. Lemogoum, 2005

196

. Walker, 2003

197

. Maiga, 2012

198

. WHO, 2013b

199

. WHO, 2010d

200

neuropatías periféricas que deprimen la sensibilidad distal, trastornos vasculares periféricos que facilitan la producción de ulceraciones de presión y la aparición de infecciones oportunistas ante la pobre vascularización y nutrición tisular<sup>201</sup>. Se calcula que entre el 44 % y el 88 % de amputaciones secundarias a diabetes podrían ser prevenidas mediante programas multidisciplinarios de educación e inspección del pie diabético<sup>202 203 204</sup>.

En el caso de llegar a la amputación, la labor de la rehabilitación es fundamental, para el acondicionamiento del muñón, cuidado de la cicatriz y protetización.

## 2.4.3. Enfermedades congénitas discapacitantes

### 2.4.3.1. Parálisis cerebral

La parálisis cerebral infantil (PCI) es la causa más frecuente de discapacidad motora en edad pediátrica y el principal motivo de discapacidad física grave<sup>205</sup>.

De aparición temprana, persiste durante toda la vida<sup>206</sup>. Se considera a la parálisis cerebral (PC) como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o primeros años. El trastorno motor de la PC con frecuencia se acompaña de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta, y/o epilepsia<sup>207 208</sup>

La prevalencia global de PC se sitúa aproximadamente entre un 2 y 3 por cada 1000 nacidos vivos.

---

201 . Most, 1983

202 . Palumbo, 1995

203 . Bild, 1989

204 . CDC, 1991

205 . Reiber, 1992

206 . Kuban, 1994

207 . Heinsleigh, 1986

208 . Bax, 2005

. Robaina-Castellanos, 2007

Como las manifestaciones clínicas de PC pueden no presentarse hasta pasado un tiempo después de la lesión inicial, el diagnóstico de PC se realiza después del período neonatal, aunque aproximadamente en una cuarta parte de los casos, el daño neurológico se manifiesta ya en esta etapa con la presencia de una agrupación de signos neurológicos conocida como encefalopatía neonatal<sup>209</sup> o incluso con signos aislados, como pueden ser los trastornos de succión-deglución o trastornos en la alimentación<sup>210</sup>.

En general, aunque el daño de la función motora se manifiesta en los primeros 18 meses de edad postnatal, con un progreso motor retardado o aberrante, muchos autores plantean que el déficit motor debe estar presente a los 2 o 3 años de edad para que se considere PC<sup>211 212</sup> aunque para otros autores el límite inferior de edad en la cual el trastorno motor debe estar presente es a los 5 años, momento en el cual el cerebro debe haber completado el 95% de su crecimiento.

La PC es un síndrome que puede ser debido a diferentes etiologías. El conocimiento de los distintos factores que están relacionados con la PC es importante porque algunos de ellos se pueden prevenir, facilita la detección precoz y el seguimiento de los niños con riesgo de presentar PC<sup>213</sup>:

Los determinantes etiológicos pueden responder a varias causas, prenatales, perinatales o postnatales.

La PC de origen prenatal puede deberse a factores maternos, como alteraciones en la coagulación, enfermedades autoinmunes, HTA, infección intrauterina, traumatismo, sustancias tóxicas, disfunción tiroidea o alteraciones de la placenta y también a factores fetales como en el caso de gestación múltiple, retraso de crecimiento intrauterino o malformaciones, entre otros.

La etiología perinatal se asocia a prematuridad, bajo peso, fiebre materna durante el parto, infección de sistema nervioso central (SNC) o sistémica, hipoglucemia mantenida hiperbilirrubinemia, hemorragia intracraneal, encefalopatía hipnótico-isquémica, traumatismo o cirugía cardíaca.

Finalmente, la PC de inicio postnatal podrá deberse a infecciones (meningitis, encefalitis), traumatismo craneal, estatus convulsivo, parada cardo-respiratoria, intoxicación o deshidratación grave.

---

209

. Badawi, 2005

210

. Motion, 2002

211

. Taft, 1995

212

. Shapiro, 2004

213

. Póo, 2006

En el área de estudio, la alta incidencia de malnutrición afecta también a las madres, provocando un crecimiento pélvico subóptimo, que resulta en desproporción céfalo-pélvica, factor materno que puede conducir a sufrimiento fetal durante el parto, anoxia cerebral y consiguiente parálisis cerebral. A este factor predisponente hay que sumar la existencia, en los países en vías de desarrollo, de servicios obstétricos y neonatales pobres en recursos y que colaboran a la no resolución del cuadro clínico<sup>214</sup>.

El tratamiento de rehabilitación en estos pacientes es de gran importancia, tanto la terapia física como la aplicación de órtesis y adaptaciones del mobiliario en el domicilio.

Con fisioterapia se ayudará al paciente a mejorar la motricidad y funcionalidad mediante diferentes técnicas de estimulación psicomotriz en las que se trabajan desde los volteos hasta la bipedestación y la marcha. A parte de intentar minimizar las secuelas músculo esqueléticas, cuando éstas están instauradas, se luchará contra las retracciones y la espasticidad que desembocan en deformidad y mayor pérdida de función.

La terapia ocupacional trabajará en la adaptación de las actividades de la vida diaria a la limitación del paciente y entrenará al mismo al uso funcional de sus capacidades, por ejemplo la motilidad fina de la mano.

Por último, la logopedia también se halla incluida en los programas de reeducación de los pacientes con PC, con la finalidad de mejorar las capacidades comunicativas del paciente mediante terapia del lenguaje<sup>215</sup>.

La ausencia observada durante el trabajo de campo de sujetos afectados de parálisis cerebral es para mí un misterio: desde que en una reunión del grupo de investigación sobre sociedades africanas, del que soy integrante, me preguntara un doctorando oriundo de Costa de Marfil, si sabía qué ocurría con los pacientes que nacen discapacitados (pregunta que es una respuesta abierta, por otra parte), he repetido su pregunta en diferentes medios: “¿Qué ocurre con los niños que nacen discapacitados?”. Podría ser que no pasaran el primer filtro de selección natural, conseguir de manera autónoma el alimento, en ámbitos domésticos donde la comensalidad obliga; Ferran Iniesta me insinuó que en muchos hogares del Sahel las familias de discapacitados, cuando sus hijos realizan los rituales de circuncisión, con el periodo liminal pertinente, las familias temen que no vuelvan...en Bamako, incluso me ha llegado a decir, una española expatriada que vive desde hace

<sup>214</sup>

. Ezegwui, 2012

<sup>215</sup>

. [http://www.cerebralpalsysource.com/Treatment\\_and\\_Therapy/physiotherapy\\_cp/index.html](http://www.cerebralpalsysource.com/Treatment_and_Therapy/physiotherapy_cp/index.html)

más de una década en esta ciudad, que los utilizan en sacrificios rituales. En otro orden de cosas, frente a la situación de marginalidad del mercado laboral y exclusión social que tanto preocupa en las agendas internacionales, me aseguran que en Bamako el discapacitado disfruta de gran protección por parte de la familia, dada su gran productividad: ciertamente, en esta ciudad podemos encontrar gran profusión de ciegos, sujetos afectados de poliomielitis y amputados que piden limosna en las esquinas, semáforos y paradas de autobús: sería lógico considerarlos como un preciado recurso en una ciudad donde la venta ambulante parece ser la principal fuente de ingresos del grueso de la población.

### **2.4.3.2. Parálisis del plexo braquial infantil (PPBI)**

Se conoce como parálisis braquial infantil a la afectación del plexo de nervios que, emergiendo de las raíces nerviosas desde la 4ª cervical a la primera dorsal, desciende por el desfiladero torácico para inervar el brazo, alteración que se produce durante el trabajo de parto debida a una manipulación incorrecta del bebé mientras está pasando por el canal de parto. Existen diferentes grados de afectación motora y sensitiva en función de la lesión. Uno de los factores de riesgo de desarrollar una parálisis braquial infantil es una relación desequilibrada entre el tamaño del bebé y la pelvis de la madre, fenómeno, como ya vimos al hablar de parálisis cerebral infantil, de mayor incidencia en países de bajos ingresos y altas tasas de desnutrición.

Los síntomas característicos de la PPBI son: falta de motricidad en brazo y/o mano y ausencia del reflejo de Moro en el lado afecto (reflejo de prensión). La extremidad muestra flexión de codo y apoyo sobre el tórax. El pronóstico en la mayoría de casos es bueno, produciéndose una recuperación total de la función entre el 3º y el 9º mes.

Estos pacientes se pueden beneficiar del tratamiento de fisioterapia mediante maniobras de estimulación sensitivo motora, masoterapia, elongación muscular y vendajes con el fin de evitar retracciones y deformaciones, así como la prevención de lesiones.<sup>216 217</sup>

---

216

. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001395.htm>

217

. <http://www.moveforwardpt.com/symptomsconditionsdetail.aspx?cid=e46961df-b8eb-4ebc-99d4-1f4abca2d4d9>

## **Conclusiones**

Los datos revelan que una parte importante de la población mundial sufre algún tipo de discapacidad, siendo las cifras más altas en los países en vías de desarrollo, donde además existe un círculo pernicioso entre discapacidad y pobreza que contribuye no sólo al empeoramiento de las condiciones de vida de muchos individuos y sus familias, sino que también dificulta el desarrollo de los citados países.

Las políticas internacionales disponen de una amplia agenda al respecto, centrada en la inclusión social de las personas con problemas funcionales y en la prevención de las enfermedades prevalentes, que cursan con discapacidad asociada, mediada por programas de cooperación en salud de carácter vertical que a menudo han dificultado la implementación de programas horizontales, basados en la comunidad y de más amplio alcance.

Por otro lado, ni las políticas de salud centradas en la discapacidad ni aquellas focalizadas sobre enfermedades transmisibles o no transmisibles, contemplan más que de manera marginal, la importancia de la rehabilitación funcional: el resultado es una carencia en recursos humanos común a todos los países en vías de desarrollo, entre ellos Gambia y Mali., a pesar de la importancia de la rehabilitación de secuelas, como observamos al realizar un análisis detallado de la naturaleza y evolución de cada una de las entidades clínicas de alta incidencia entre la población.

## Capítulo 3. Medicina tradicional en África

### 3.1. Pluralismo médico

Un concepto vertebral en este proyecto es el de pluralismo médico, partiendo del concepto de sistema médico como un conjunto de concepciones sobre la salud, la enfermedad y sus problemas asociados<sup>4</sup>. También identifica el conjunto de prácticas específicas para el tratamiento de la enfermedad y para su prevención.

La noción de pluralidad no implica igualdad, un exponente es el caso de África, donde existe una hegemonía<sup>1</sup> del sistema biomédico (sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas y producidas por causas únicas)<sup>2</sup>, en convivencia con el sistema árabe-islámico (medicina tradicional o «sistema médico de las sociedades históricas que poseen tradición escrita<sup>3</sup> y el africano-animista (medicina popular, entendida como «aquellos sistemas médicos sincréticos desarrollados en sociedades históricas pero que se transmiten generalmente a través de la historia oral» . ), en relación, estos dos últimos, de subalternidad respecto al primero.

Las dinámicas entre estos sistemas están influenciadas por un lado por las retóricas, sistemas de legitimación y certificaciones de los sanadores de los diferentes sistemas y por otro lado, por las lógicas seguidas por los usuarios en sus prácticas: todos estos elementos determinarán fronteras, sincretismos y representaciones.

Los sistemas médicos presentan diferentes formas de institucionalización, reproducción de conocimientos y legitimación: la medicina profética refiriendo fuentes textuales de “Al Quorán”; la biomedicina en la retórica científica y la medicina basada en el uso terapéutico de los productos extraídos de los árboles, en la tradición y la profunda complicidad de la sociedad<sup>5</sup>.

Para entender el uso que hace la población africana de los diferentes recursos médicos es muy importante conocer las representaciones de la enfermedad en la sociedad a la que pertenecen, a las cuales se dedica un capítulo de este trabajo. Los valores, las creencias y las prácticas relacionadas

---

<sup>4</sup>. Comelles, 1993

<sup>1</sup>. Gramsci, 1975

<sup>2</sup>. Comelles, 1993

<sup>3</sup>. Morfaux, 1980

<sup>5</sup>. Mateo, 2010



con la salud y la enfermedad en las distintas sociedades humanas forman parte de la cultura de tal sociedad; por lo que es lógico que en Gambia y Mali, donde la religión es un factor trascendental en el día a día de la sociedad, los procesos de salud y enfermedad sean explicados, vividos y enfrentados en el marco de sus creencias religiosas<sup>6</sup>.

El fenómeno del pluralismo médico no es únicamente un producto histórico dado en un área geográfica concreta, si no que se trata de una dinámica que muestra las relaciones sociales de cohesión y reproducción cultural, así como las dinámicas identitarias de todos los actores involucrados, presentes en la integración que hace cada sociedad de los diferentes sistemas médicos, definiendo identidades étnicas y intercambios interétnicos.

La red de prácticas permite analizar el papel de ciertas enfermedades fronterizas, como zonas de resistencia de una identidad amenazada, como sería el caso de las prácticas entorno a enfermedades como la malaria, como vimos en el capítulo 2<sup>7</sup>.

Fruto de mi trabajo de investigación sobre el pluralismo médico existente en Baja Kunda (Gambia) durante el año 2012, he podido identificar que tanto el sistema biomédico como los sistemas médicos tradicionales cuentan con factores positivos y negativos que marcan las lógicas seguidas en la elección y articulación entre los diferentes sistemas y que contribuyen a hacerlos más o menos efectivos en la resolución de los problemas de salud.

### **Sistema Biomédico**

**Factores positivos:** Cuenta con gran efectividad en la resolución de ciertas afecciones físicas, especialmente en aquellas que precisan cirugía.

**Factores negativos:** Tratándose de una medicina basada en la tecnología, en este lugar se encuentra con una falta de medios materiales que dificulta de forma importante tanto el diagnóstico como el tratamiento.

Debido a problemas de accesibilidad (económica y geográfica), el paciente acude a menudo demasiado tarde al hospital, de manera que las terapias allí administradas a menudo pierden parte o incluso toda su validez, como ocurre, cada vez en menor medida, con el tratamiento de la malaria.

Partiendo de la dualidad cuerpo-psyque, propia del sistema biomédico, en su abordaje de la enfermedad excluyen la dimensión psicosocial y mística del individuo.

---

6

. Diakité, 1993

7

. Benoist, 1996

### **Sistemas Médicos Tradicionales:**

**Factores positivos:** Dado que parten de los mismos modelos explicativos de salud y enfermedad que el individuo y la comunidad, tratan su sufrimiento de manera holista, desde un enfoque biopsicosocial, ofreciendo la cura de la dimensión sobrenatural, además, el entorno aporta los recursos técnicos necesarios para sanar partiendo de los preceptos en los que se basa su ciencia: árboles, versos coránicos...

Resultan más accesibles, geográfica y económicamente, al grueso de la población como muestra la ratio comparada de terapeutas tradicionales frente a profesionales sanitarios.

Concebir al enfermo en toda su totalidad es imprescindible para comprender la enfermedad, como promulgan últimamente las corrientes médicas, atendiendo especialmente a las dimensiones biológica, psicológica y social del individuo (Benjamin, 2011)

**Factores negativos:** En muchas ocasiones sus medios son limitados en la resolución de problemas corporales graves.

Los principios altamente morales en los que se basa, pueden restar libertad de acción al individuo, que se ve constreñido por el sentimiento de culpa o el temor a la venganza, por parte de personas, “djinnas” o “Alláh”.

## **3.2. El proceso de medicalización**

Como expone Berta Mendiguren en su tesis doctoral<sup>8</sup>, el proceso de medicalización sufrido por las sociedades africanas, es indisociable del proceso de institucionalización del sistema biomédico en esta región, desde una posición hegemónica que se refleja en los usos sociales y los itinerarios terapéuticos seguidos por los enfermos. El sistema biomédico, surgido en Occidente durante el siglo XVIII bajo el modelo científico positivista, se convierte en ideología hegemónica que establece, en sustitución de la religión, las categorías de la ciencia y la razón, como verdades absolutas. Basados en esta filosofía, los profesionales médicos van progresivamente monopolizando la atención sanitaria, apoyados por los Estados. De esta manera, el sistema biomédico, como todo sistema médico, cumple la función de control social, cultural y político y una de las estrategias empleadas es medicalizar. Citando a Comelles y Martínez Hernáez (1996:191-192) “el modelo médico da lugar en Europa a una medicina de estado estructurada en torno a dos proyectos políticos paralelos”. En

---

8

. Mendiguren. 2007

los países de África Oeste, se importó la biomedicina en la época colonial, juntamente con los valores en los que está basada, como el pensamiento científico excluyente de cualquier otra forma de pensamiento, la objetividad y la tendencia a la medicalización de los problemas de salud, haciéndose especial eco las clases dirigentes a partir de las independencias<sup>9</sup>, sin embargo este modelo, en dichos países chocó y continúa chocando, con la falta de recursos humanos y materiales para su correcta implementación.

A pesar de estos obstáculos, la medicalización trascendió a la población africana, mediada por la divulgación de la biomedicina y la creciente presencia de los centros de salud en estas áreas, cumpliendo su función de control social, mediada por las representaciones colectivas sobre los procesos de salud, enfermedad y curación<sup>10</sup>.

### 3.3. Sincretismos y apropiaciones.

Cuando hablamos de pluralismo médico en África, hacemos referencia a la coexistencia del sistema biomédico, basado en el paradigma científico y el pensamiento racional, con sistemas médicos llamados “tradicionales”, caracterizados por la transmisión oral del conocimiento, pero no debemos olvidar su difícil categorización, porque a pesar del esfuerzo taxonómico propio de la etnografía, las fronteras, tanto en lo que se refiere a prácticas como a lógicas subyacentes, tienen límites difusos y de gran porosidad<sup>11</sup>.

La categorización de los traditerapeutas resulta difícil dada la apropiación de técnicas habitual entre uno y otro tipo de terapeutas: así, el *marabout* no sólo utiliza la vía espiritual que supone la recitación y depósito en diferentes soportes de palabras sagradas del Corán, sino que también utiliza la fitoterapia, el fitoterapeuta recita o escupe palabras sagradas inaudibles, manteniendo el secretismo, como medio legitimador de la misma manera que el terapeuta tradicional especializado en técnicas manipulativas (*setter bones*) también utiliza las palabras sagradas y la fitoterapia.

Observemos cómo la religión tiene un importante papel en la articulación del proceso de curación y legitimación.

---

9 . Schumacher, 1993

10 . Mendiguren. 2007

11 . Zempléni , 1986

Por otro lado, no debemos olvidar la paulatina penetración del saber biomédico, el resultado es que algunos terapeutas utilizan fármacos en forma de cremas para combatir el dolor o povidona yodada para controlar las heridas; por otro lado la apertura al mundo que supone el proceso de globalización ha facilitado la penetración de técnicas energéticas de origen oriental o hindú a estas tierras, ya sea traídas por terapeutas occidentales o bien como herencia de algún traditerapeuta gambiano con orígenes en el continente asiático.

### **3.4. Etnomedicina.**

El concepto de la etnociencia aparece por primera vez en 1950, en la obra de Murdock dedicada a la categorización de los elementos constitutivos de la cultura, definida como los enunciados generales que comprenden varias clases de nociones especulativas y populares acerca de los fenómenos del mundo exterior y del organismo humano<sup>12</sup> y se divide en etnometeorología», «etnofísica», «etnogeografía», «etnobotánica», «etnozología», «etnoanatomía», «etnofisiología», «etnopsicología» y «etnosociología», equiparando la cultura occidental con las culturas llamadas por aquel entonces, “primitivas”, partiendo del relativismo cultural<sup>13</sup>. Todas las sociedades disponen de conocimientos sobre el poder terapéutico de ciertas sustancias, ya sean de origen animal, vegetal o mineral.

Por su parte, la etnomedicina, centrada en su inicio en el estudio de los sistemas médicos indígenas, más tarde sería reformulada por la antropología, pasando a contemplar las dimensiones histórica, cultural y política de la enfermedad<sup>14</sup>.

### **3.5. Medicina tradicional africana**

La medicina tradicional en esta región abarca un amplio corolario de prácticas terapéuticas y adivinatorias de carácter tanto islámico como preislámico, como ya se dijo antes: es común que los “fisioterapeutas” tradicionales utilicen la fitoterapia y la medicina profética en sus intervenciones,

---

<sup>12</sup>

. Murdock, 1950

<sup>13</sup>

. Beaucage, 2000

<sup>14</sup>

. Lasala, 2003

pero también los hechizos de naturaleza animista e islámica. De igual manera el *marabout* emplea la fitoterapia y el *feticheur* suele ser un gran conocedor de las plantas.

En la mayoría de países africanos el 75% de la población depende de la medicina tradicional para los cuidados básicos de salud. Una razón es la mayor accesibilidad del terapeuta tradicional respecto al profesional biomédico. La siguiente tabla, donde podemos comparar la necesidad y accesibilidad a los cuidados de salud ofrecidos por estos profesionales, respecto a los médicos rehabilitadores en varios países africanos, resulta muy ilustrativa al respecto.

Servicio	Namibia		Zimbawe		Malawi		Zambia	
	Necesitan (%)	Reciben (%)	Necesitan (%)	Reciben (%)	Necesitan (%)	Reciben (%)	Necesitan (%)	Reciben (%)
Rehabilitación médica	64,6	26,3	68,2	54,8	59,6	23,8	63,2	37,5
Terapeuta tradicional	33,1	46,8	48,9	90,1	57,7	59,7	32,3	62,9

Fuente: WHO, W. (2011). World report on disability. Geneva: WHO.

Medicina tradicional es, según define la Organización Mundial de la salud (OMS), “*la suma de conocimientos, habilidades y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias que diferentes culturas utilizan para mantener la salud, así como para prevenir, mejorar o tratar trastornos físicos o mentales*”.

En África la medicina tradicional es a menudo la única fuente de salud accesible por los pacientes con bajos recursos.

Debido al uso extendido de las medicinas tradicionales, la OMS ha desarrollado estrategias para promover la seguridad, eficacia y calidad de la medicina tradicional. Esta estrategia incluye la expansión de conocimientos básicos y provee de una reglamentación que asegura estándares de calidad.

## **Estrategia de la OMS respecto a las terapias tradicionales (TT).**

### **Declaración de Alma Hata y Plan Estratégico en terapias tradicionales 2014-2023 de la OMS<sup>15</sup>.**

Durante la convención de Alma Hata (1978) la OMS marcó como prioridad la integración de las TT en los sistemas institucionalizados de salud, en este caso, el biomédico. Por otro lado, el Plan Estratégico 2014-2023 de la OMS marca como objetivos estratégicos:

- Desarrollo de una base de conocimientos
- Fortalecimiento de los sistemas de seguridad en la práctica de las TT
- Fomento de una cobertura sanitaria universal mediante la integración de las TT

En respuesta a esta preocupación por la integración y articulación de la terapia tradicional con el sistema médico institucional, han surgido entidades que aglutinan a los profesionales que desempeñan esta labor, a nivel local, nacional y panafricano.

### **3.5.1. PROMETRA**

En los respectivos apartados dedicados a la medicina tradicional en Gambia y Mali veremos cómo se hallan organizadas éstas y cuál es su vinculación con la administración. En lo que hace referencia al nivel supranacional, cabe mencionar la *Organisation Internationale pour la Promotion des Médecines Traditionnelles* (PROMETRA), fundada en 1971 con sede principal en Dakar, Senegal y con oficinas colaboradoras en: Uganda Nigeria, Mozambique, Guinea Conakry, Burkina Faso, España, Haití, África Central, Francia, USA, África del Sur, Nouvelle Colédonie, RDC (Republica Democrática del Congo), Mali, Kenya, Ghana, Gabón, Guinea Bissau, Guyane, Camerun, Benin, Martinique, además de ser colaboradores de la O.M.S.

PROMETRA Cuenta con más de 450 asociados y una clínica ubicada en Senegal.

El objetivo principal de esta asociación es el de promover la medicina tradicional africana y el estrechamiento de vínculos entre diferentes culturas a nivel mundial, por lo cual colabora con sociedades de todo el mundo para la conservación de la integridad, la diversidad, el mantenimiento y rescate de las prácticas tradicionales relacionadas con la salud, para asegurar el uso equitativo y ecológico sostenible de cualquier recurso natural. Este objetivo se traduce en proyectos e investigación sobre plantas medicinales. También se dedica a la investigación cultural, la práctica

---

15

. OMS, 2013

médica, la divulgación científica, la formación y capacitación, atención y tratamiento con medicina tradicional, constituyéndose en instrumento para la integración de África y las relaciones internacionales a través de la mejora de las medicinas tradicionales, las antiguas religiones y la espiritualidad universal.

Objetivos específicos de esta organización son:

- Prestar asistencia técnica en proyectos relacionados con la medicina tradicional africana, las antiguas religiones y la espiritualidad universal.
- Organizar y preparar a nivel nacional, a los líderes de las religiones antiguas, a los sacerdotes del culto tradicional y curanderos tradicionales, con el fin de que puedan desempeñar plenamente su función.
- Sentar las bases para una ciencia poco conocida, a través de una extensión de la racionalidad de las prácticas de África.
- Ayudar a la ciencia convencional a ampliar su campo de acción gracias a la contribución en el tratamiento de enfermedades llamadas "incurables" y contribuir a acercar a las dos medicinas.
- Redefinir algunas prácticas cuestionables por parte de la medicina moderna.
- Promover el intercambio de experiencias en la medicina tradicional en la subregión, en África y en todo el mundo, con miras a la rehabilitación de los valores culturales.
- Formar a verdaderos sanadores mediante la información, educación y comunicación con la población local por el método FAPEG, método de enseñanza de los curanderos y el desarrollo personal, desarrollado por PROMETRA.
- La participación de los curanderos en todos los niveles, para afrontar los retos de salud en África y el resto del mundo.
- Colaborar en el establecimiento de marcos jurídicos necesarios para la práctica de la medicina tradicional.
- Ayudar a los gobiernos a elaborar estrategias adecuadas para la introducción de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud y que todo ciudadano pueda elegir qué sistema médico seguir en sus itinerarios terapéuticos.

- Organizar viajes de estudio y formación de estudiantes e investigadores.
- Estudio de las religiones tradicionales en general y las africanas en especial.
- Permitir la integración pan-africana y servir como un instrumento en las relaciones internacionales.
- Contribuir en la formación de jóvenes líderes africanos.

Para la consecución de estos objetivos, PROMETRA se centra en la investigación científica, centrada en las áreas del VIH / SIDA, diabetes mellitus, hepatitis viral y dermatosis, y la prestación de servicios de la medicina tradicional, formación, educación y promoción, tanto a nivel cultural como espiritual<sup>1</sup>.

### 3.5.2. Trayectoria de PROMETRA

Como se mencionaba previamente, PROMETRA nació el año 1971 bajo la iniciativa del Prof. Henri Colomb, con el apoyo de los profesores Hervé De Lauture y Paul Corr ea, con la finalidad de rehabilitar los valores de las poblaciones autóctonas africanas y su medicina tradicional. En 1.987, el equipo de PROMETRA se desplazó a New Orleans (Louisiane, USA), emprendiendo proyectos de investigación en colaboración con la Universidad de Tulane (New Orleans) y la Escuela de Medicina de Morehouse, en Atlanta (Georgia, USA). De este equipo de trabajo triangular surgió el estudio llamado “Estudio CAP sobre los Conocimientos, las Actitudes y las Prácticas de los sanadores de Malango (Indonesia), del personal para-médico y médico de la región de Fatik y la población de Sine (Senegal). Los resultados de este estudio arrojaron los siguientes datos:

- El 90% de la población acudía a la medicina tradicional ante problemas de salud
- El 67% de los médicos del sistema biomédico reconocían que aconsejaban a los enfermos dirigirse a los terapeutas tradicionales
- El 59% de los pacientes enviados a los terapeutas tradicionales por los médicos del sistema institucional de salud, padecían de trastornos de carácter materno infantil.
- El 81% de los terapeutas tradicionales tenían conocimientos sobre enfermedades psicosomáticas, asma, dermatitis, diabetes, hepatitis, etc.

---

16

. <http://prometra-spain.webnode.es/%c2%bfquienes%20somos>



A partir de estos resultados se llevó a cabo un programa por el cual los terapeutas tradicionales se situaban como agentes de salud, en las comunidades, en los ámbitos de planificación familiar natural y la lucha contra las enfermedades diarreicas infantiles.

En 1997 se llevó a cabo el proyecto “Papel de la Religión y la Espiritualidad en la rehabilitación médica de las personas discapacitadas”, en colaboración con el Instituto FETZER (Michigan, USA) y se estableció acuerdos con el National Council of International Health (NCIH) de Washington, más tarde con Global Health Council (GHC), con la Cosaan Foundation de Atlanta, la asociación internacional «le Corps à Vivre» con sede en París y la asociación internacional «Energie et Vie», (AIEV), con sede en Francia<sup>17</sup>.

## **3.6. La diáspora**

### **3.6.1. Orígenes familiares de los “fisioterapeutas” tradicionales.**

#### **Tránsito de “fisioterapeutas” tradicionales Mali – Gambia.**

La mayoría de TT entrevistados en Gambia, durante el trabajo de campo, refirieron que su familia tenía origen en Mali, siendo sus abuelos generalmente los que procedían de este país y se establecieron en Gambia; esta posición dentro de la genealogía nos sitúa sobre principios del siglo XX. Cabe señalar que en los años noventa, aproximadamente el 11% de la población gambiana era inmigrante<sup>18</sup>.

La migración desde Mali a Gambia y Senegal ha sido, desde los tiempos de los grandes imperios mandé, de carácter capilar, esto es, los emigrantes, que viajaban a las mismas áreas por un período largo de tiempo, establecían lazos locales de clientela y facilitaban así los movimientos de la nueva ola de emigrantes. Un ejemplo de esta permeabilidad es la palabra *dalasi*, nombre que recibe la moneda de Gambia, préstamo lingüístico del bambara, lengua en la cual significa dinero<sup>19</sup>, según parece, fue durante el siglo XIII que se introdujo este término.

---

<sup>17</sup>

. O.I. PRO.ME.TRA, 2016

<sup>18</sup>

. Piché, 2011

<sup>19</sup>

. Fuente: Drissa Diallo

En Senegambia, el final del comercio de esclavos<sup>20</sup> proporcionó los estímulos iniciales para la emigración del trabajador libre. En la década de 1840, se empezó a cultivar cacahuete en grandes cantidades a lo largo de los tramos más bajos del río Gambia. Debido a que no había vías férreas en este punto y el cacahuete era una materia prima clásica de grandes volúmenes y bajo coste, no era comercialmente atractivo cultivar cacahuete para exportar al interior. En vez de eso, los trabajadores empezaron a emigrar a temporadas hacia la costa, donde trabajaban de aparceros. Los trabajadores eran a menudo de origen servil.

Los amos se beneficiaban de enviar a sus esclavos y dependientes a trabajar a la costa y luego, cuando la esclavitud se acabó formalmente, los ex esclavos preferían los contratos de trabajo que obtenían bajo su calidad de emigrantes a trabajar con sus anteriores amos. Las autoridades inglesa y francesa, presentes en Gambia y Senegal respectivamente, compitieron activamente por la atención de esos emigrantes cuya presencia era crucial para la viabilidad del cultivo del cacahuete. Los estados coloniales derivaron gran parte de sus tasas de impuestos a las importaciones de cacahuete y, por esta razón tuvieron un claro interés en fomentar la inmigración. Evidentemente, la estratagema funcionó porque Gambia recibió un estable flujo de colonos que huían de los impuestos franceses y respondían a las demandas de mano de obra. Una vez más, la arquitectura del Estado colonial en esta parte de África Occidental se debió en gran parte a los patrones de emigración<sup>21</sup>.

En la década de los años 20 del siglo XX tuvo lugar un cambio progresivo en el suministro de mano de obra. La relativa importancia de los soninkés del Alto Senegal disminuyó, para ser reemplazada por los bambaras y otros subgrupos mandingas que estaban situados a lo largo del tramo de ferrocarril recién construido en Malí. Este medio de transporte les proporcionó un medio sencillo de hacer el viaje a la costa y volver<sup>22</sup>.

Aunque las grandes diásporas en África Oeste son muy anteriores en siglos a los estados coloniales, el hecho de que el proceso migratorio tuviera lugar sobre los años 20, sugiere una relación de las familias de los TT con el fenómeno de la esclavitud, lo cual nos da pistas sobre cuál podría ser la posición social de estos individuos y las posibles ganancias en cuanto a capital social, que podía reportar la actividad terapéutica, como indica Berta Mendiguren en su investigación doctoral<sup>23</sup>.

---

20

. Pacheco, 1987

21

. Nugent, 2007

22

. Swindell, 1977

23

. Mendiguren. 2007

### 3.6.2. Migración y terapia tradicional

Los ciudadanos gambianos emigrados a Europa juegan un importante papel como agentes de salud, dado que mediante las remesas facilitan el acceso de sus familiares residentes en sus países de origen a los sistemas de salud en los mismos, principalmente al biomédico, de más difícil acceso económico, pero también al tradicional, posibilitando el pago de animales para sacrificio, demanda del terapeuta, habitualmente del *marabout*, como instrumento que media la curación y como pago de sus servicios. Esta vía de subvención se convierte además en un elemento político, ya que supone un elemento de poder por parte del inmigrante y por parte del familiar subvencionado por que muestra a la sociedad su posición dominante en las preferencias del primero.

Esta red de solidaridad favorece al desafortunado pero llega a esclavizar a aquel miembro de la familia que disfrute de cierto grado de éxito económico, independientemente del lugar de residencia, ya sea África, Europa u Oriente Medio. Al emigrante no se le concede la posibilidad de iniciar una nueva vida como ocurría con los emigrantes españoles desplazados a mitad del siglo XX a Europa, contrariamente, están sujetos a la obligación de la remesa, hecho especialmente presionante a partir de la crisis económica en la que se halla sumergida Europa desde el 2007 . El valor de la solidaridad, uno de los pilares del Islam y de las sociedades africanas antes de la islamización y cristianización, juntamente con el gran poder de decisión que tiene sobre el individuo el grupo familiar, supone la permanencia insidiosa en la miseria por parte del emigrante y la consecución de enlaces matrimoniales no deseados como medio de sujeción a la comunidad de origen

Una expresión de la solidaridad de estos pueblos son las asociaciones de inmigrantes, de funcionamiento paralelo a las asociaciones de vecinos, jóvenes, mujeres y ancianos en la tierra natal: los socios pagan una cuota, proveyendo de un fondo común que se utilizará en caso de muerte y expatriación del difunto, así como de los gastos médicos en intervenciones complejas que obliguen a largos desplazamientos y grandes gastos en los centros de salud.

La relación del fenómeno migratorio con el proceso de enfermedad, curación y salud, muestra como en estas tierras la enfermedad cumple un papel de control social, en palabras de Fainzang: «en África hablar de enfermedad, pensar y gestionar la enfermedad es expresar su relación con los otros<sup>24</sup>»

Pero otro aspecto de especial interés para nuestro estudio es el uso que hace el inmigrante, desde el país de destino, de la terapia tradicional de su país de origen.

---

24

. Fainzang, 1996 : 19-27

Se ha entrevistado a numerosos inmigrantes procedentes de diferentes países de África Oeste usuarios de los servicios de rehabilitación españoles por padecer trastornos del sistema músculo esquelético y en una primera instancia siempre niegan el uso de las terapias tradicionales, del mismo modo que niegan la validez de los *marabouts* y TT presentes en España, manifestación del proceso identitario del inmigrante, bajo la negación de la propia tradición, considerada como retraso, como obstáculo al progreso, resultado de esta ambivalencia que sitúa al africano entre dos aguas: la negación de la propia cultura y anhelo de la occidental a la cual difícilmente tiene acceso. Esta desautorización de los terapeutas tradicionales desplazados a España es explicada, por todos los entrevistados, por la pérdida de poder al establecer altos precios, argumento en el mismo orden que el que deslegitima en Mali a los terapeutas que establecen lista de precios: en ambos casos se presume que el móvil del sanador es económico, desvirtuando el componente mágico-religioso que media la práctica terapéutica en África Oeste y que obtiene como pago un don voluntario<sup>25</sup>. Estos terapeutas, en su mayoría *marabouts*, son tildados, por casi todos los informantes de “charlatanes” e “impostores”. Esta visión compartida por la población africana emigrada a España explicaría el hecho de que los citados profesionales se anuncien en lengua española, no en las lenguas vernáculas, hecho que indica que su propaganda va dirigida principalmente al público español, no al africano.

Posteriormente, después de varias conversaciones, en muchos casos admiten haber consultado telefónicamente a un TT o *marabout* de su país de origen, para conocer el pronóstico de su enfermedad a través de las técnicas adivinatorias citadas en el capítulo 7 de este trabajo y haber realizado el tratamiento propuesto por éstos, previo envío del agua mezclada con hierbas y depositaria de palabras secretas, por medio de otro inmigrante que viajara en esos días a España (recordemos el continuo tránsito de los miembros de una misma comunidad).

Últimamente he conseguido entrar en contacto con un *setter bone* de la familia más prestigiosa en esta especialidad, la familia Tambadou, afincado en Lleida, que ha aportado información sobre la situación que confiere esta actividad dentro del entramado social del país de origen y de destino, nuevos sincretismos y itinerarios terapéuticos, como se mostrará más adelante.

## Conclusiones

La medicina tradicional disfruta en África de gran riqueza y adhesión por parte de la población, por un lado por su alto grado de accesibilidad, tanto económica como geográfica y por otro, dado que parte de representaciones de enfermedad y salud comunes al paciente.

---

25

. Daum, 1995

Sin embargo, desde los tiempos de las colonias, este sistema coexiste con el sistema biomédico, no en un estado de paridad, si no que este último ostenta una hegemonía creciente. Dado que uno de los paradigmas del sistema biomédico y el pensamiento científico en el que hunde sus raíces, es la exclusividad, desautoriza cualquier otro sistema de pensamiento y prácticas de carácter mágico-religioso. El resultado es una desautorización del sistema médico tradicional, que la población suscribe de manera dual, porque mientras adopta como propios los discursos biomédicos, sigue utilizando la terapia tradicional en una suerte de esquizofrenia que sólo la disonancia cognitiva es capaz de armonizar.

Usamos en este trabajo el término medicina tradicional para designar, por oposición, los sistemas médicos diferentes del biomédico, que coexisten en estas tierras, aunque se está haciendo referencia a dos representaciones de enfermedad, curación y salud, así como a dos suertes de prácticas: la medicina islámica, también llamada profética y la medicina propiamente tradicional, de carácter preislámico, por lo común tanto en Gambia como en Mali, de origen mandé.

Si somos fieles a la definición de medicina tradicional, no deberíamos incluir la medicina islámica, dado que una de las características que define a la primera es su medio de transmisión, por lo común por vía familiar y por medio de la oralidad: las prácticas adscritas a la medicina islámica suelen estar a cargo de profesionales especializados en estas artes, los *marabouts*, formados durante años en la *madrassa* o escuela coránica y que basan sus prácticas en textos escritos, con origen en el Corán. No obstante, en la práctica del traditerapeuta es tal el grado de apropiación y sincretismo entre ambos sistemas, el uno basado en la cosmología mandé y el otro en la medicina profética, que, en lo que respecta a los terapeutas que aquí nos ocupan, deviene lícita tal conjunción en el término “terapia tradicional”. No olvidemos el origen de muchos elementos de la medicina profética hallan su origen en las culturas preislámicas y que el Islam fue apropiando y transformando durante el proceso de islamización, hecho que dificulta en mayor medida la separación, que se reduce a menudo, al contenido y la lengua en que se profieren las invocaciones adscritas al ritual terapéutico.

En este contexto aparecen asociaciones, nacionales y transnacionales, como es el caso de PROMETRA, cuyo objetivo es potenciar la medicina tradicional, a menudo en colaboración con el sistema biomédico, mecanismo legitimante dada la hegemonía de éste. Estas asociaciones han centrado sus esfuerzos principalmente en la investigación y regulación de la farmacopea africana, por su gran riqueza y dado que su eficacia es de fácil traducción al paradigma científico, sin embargo existen pocos trabajos en lo que se refiere a las prácticas de traumatología tradicional.

Otro elemento de especial interés es la diáspora, que sitúa al ciudadano africano migrado a Europa por lo general, como agente de salud, inmerso en complejas redes transnacionales de salud que median productos médicos, toma de decisiones y negociaciones identitarias de los mismos.

En el caso de la diáspora que sitúa los orígenes familiares de muchos *setter bone* gambianos en Mali, parece obedecer a motivos económicos históricos, aunque el efecto es de conexión entre la espiritualidad maliense y la práctica terapéutica en Gambia.

### **3.7. El terapeuta bajo sospecha.**

#### **3.7.1. El papel de la magia en el proceso terapéutico**

En este capítulo trataremos la dimensión mágica de la terapia, elemento que dota de efectividad simbólica al acto terapéutico y presente en todas las esferas de la vida en África Oeste. Se expondrán diferentes técnicas mágicas observadas tanto en traumatólogos y terapeutas tradicionales como en *marabouts* y hechiceros, llamados *soma* en lengua Bamb.

Magia y religión se entremezclan, mostrando límites borrosos, de igual modo, las fronteras entre las prácticas islámicas y preislámicas son difusas, a pesar de la condena, por parte del Islam, de toda suerte de práctica mágica, por considerarse que entra en competencia con el poder de Allah.

Desde la época de las colonias se ha venido estudiando la relación entre religión y magia, siendo claro exponente de estos estudios “La rama Dorada” de George Frazer, que citaremos más adelante<sup>26</sup>. A menudo se ha atribuido naturaleza más mágica que sagrada a las prácticas preislámicas, relacionadas con prácticas consideradas dañinas como el voodoo, exportado al continente americano por los esclavos provenientes del Golfo de Guinea<sup>27</sup>.

Magia y religión han evolucionado durante la historia entretendiéndose: son numerosos los autores, desde el campo de la antropología, que han analizado la diferencia entre ambos conceptos.

---

2

6

. Frazer, 1990

27

. Álvarez, 2009

Así Malinowsky muestra como los nativos Trobriand identifican las ideas abstractas con las palabras que las identifican, sin diferenciación entre significado y significante y como la repetición de las palabras, según su creencia compartida, hace penetrar el hechizo en la substancia sobre la que se oficia<sup>28</sup> y Frazer, por su parte, asegura que tanto los vocablos del hechizo como del relato y los actos del ritual y de la ceremonia son dos aspectos del que conceptúa como credo salvaje.

Desde el discurso etnológico, por su parte, Frazer conceptúa magia como ciencia contrahecha y técnica abortada y Van Gennep considera estas creencias y prácticas populares como una aplicación errónea de la ley de la causalidad<sup>29</sup>.

Frazer dedica otros apelativos no menos peyorativos a las prácticas de los pueblos llamados primitivos, tales como “refugio de supersticiosos e ignorantes”, identifica “religión” con “altas inteligencias” mientras relaciona la magia con “pequeñas mentes”, “salvajes” y considera que existe una evolución lenta que lleva a estas últimas hacia las altas inteligencias, pasando de animismo a politeísmo y posteriormente a monoteísmo como punto culminante del proceso madurativo, que equivaldría al paso de salvajismo a civilización; el autor argumenta que el mago primitivo sólo conoce la vertiente empírica de la práctica mágica, pero nunca analiza el proceso mental en el cual se basa la misma, con lo cual nunca refleja los principios abstractos involucrados en su acción<sup>30</sup>.

Este binarismo de Frazer debemos situarlo en el contexto colonial etnocéntrico que producía discursos antropológicos imperialistas como el que acabamos de exponer.

Como explica J.M. Pedrosa:

“La magia y la religión constituyen, en efecto, una especie de fluido cultural cuyas fronteras comunes y demarcaciones internas han sido tradicionalmente definidas más que por los criterios de un único y empírico pensamiento racional —que, por definición, les sería antagónico—, por los intereses —tan arbitrarios como variables— de los grupos que en cada época y en cada lugar han controlado el poder espiritual; grupos que, al discriminar entre lo mágico y lo religioso, ponían barreras también entre lo vergonzoso y lo prestigioso, lo heterodoxo y lo ortodoxo, lo marginal y lo institucional, y hasta lo ilegal y lo legal, creando con ello un grupo —el suyo— legitimado por lo religioso y otro grupo —el de los insumisos a su control espiritual— deslegitimado por lo mágico, lo supersticioso y lo herético, entendido todo ello como anti-religioso”<sup>31</sup>

---

28

. Malinowsky, 1948

29

. Favret – Saada , 1977

30

. Frazer JG. 1922

31

. Pedrosa, 2000:j12-14.

En África Subsahariana se da una convergencia entre Islam y culturas milenarias, tildadas de paganas y por tanto proscritas, por la religión musulmana. Este fenómeno resulta mucho más visible en Mali que en Gambia, país fuertemente islamizado, donde existe una gran ocultación y temor por parte de la población que, sin embargo, sigue atravesada de la cosmovisión tradicional y continúa llevando a cabo prácticas de carácter preislámico. De este sincretismo nace el término “Islam noir”<sup>32</sup> o de “paganismo blanco”<sup>33</sup> términos que intentan describir la gran complejidad que nace en la antigüedad y que obedece a sucesivos procesos de aculturización, en primer lugar por parte del Islam y más tarde, el colonialismo occidental<sup>34</sup>.

Como ocurría con las aborteras, ensalmadoras y santiguadoras en nuestras tierras en el pasado, que eran acusadas o estaban bajo sospecha, de brujería, sigue ocurriendo con los terapeutas tradicionales y islámicos en África Oeste: el tránsito a través de las fronteras de lo visible, el contacto con los *djinnas*, llamados también diablos, la posesión de medios mágicos, aunque de origen islámico, entre sus herramientas, les somete al filo de la sospecha, por que la dimensión mágica propia de la tradición musulmana, de gran riqueza y variedad, es temida y al mismo tiempo denostada, criminalizada, por el propio pueblo musulmán, en una dicotomía presente en lo cotidiano.

En Mali y Gambia, como ocurre en Nigeria, según muestra L. Lewis<sup>35</sup> en su libro sobre la medicina Hausa en Nigeria, la confluencia de prácticas musulmanas y tradicionales pre-islámicas, paganas o también llamadas “cafres”, a menudo asociadas con satán, en el mismo terapeuta, dota de una ambivalencia moral borrosa a la sociedad frente a este actor, circunstancia que promueve tanto que los pacientes soliciten al terapeuta indistintamente técnicas prohibidas y aprobadas por el Islam, como que el propio terapeuta las lleve a cabo, como observamos en la práctica de Moussa Coulibaly o de Moussa Niaré, el primero terapeuta tradicional y el segundo traumatólogo tradicional, ambos de Bamako y que se expondrán en este capítulo.

En definitiva, la contraposición islámico – no islámico, de gran protagonismo en el Islam, no se manifiesta en la práctica cotidiana en esta región.

Por otra parte, el lado oscuro que supone la magia islámica, es muy amplio, presentando un amplio corolario de técnicas de extendido uso, pero consideradas prohibidas, a pesar de su origen musulmán, por atribuirle la soberbia de pretender competir en capacidades con Allah, es el caso de

---

32

. Monteil, 1980

33

. Amselle, 1990

34

. Kassibo, 1992

35

. Lewis, 1988



las diferentes técnicas adivinatorias, como la geomancia, la numerología o los cuadrados mágicos, el uso de hechizos en forma de Djeduels o la elaboración de amuletos (*gri gris*)

### **Espiritualidad y magia en Mali.**

*“Sólo hay tres cosas que nadie quiere compartir:  
tu último traje, la enfermedad que te matará  
y la tumba que te alojará una vez muerto.”*

Dicho popular bambara (fuente: Moussa Coulibaly)

Durante años oí hablar de la espiritualidad de Mali, de su fuerza, durante años me pregunté cómo se debía manifestar esa fuerza espiritual, la imaginaba como un fenómeno conmovedor profundo y al tiempo amenazador pero no alcanzaba a darle una expresión concreta en mi mente. Ahora puedo darle nombre: se trata de magia.

Después de años viviendo periódicamente en un país musulmán y del África negra, como es Gambia, conviviendo con sus gentes, la espiritualidad es patente y latente, por que se manifiesta en los hechos visibles, como los cinco rezos diarios, el ayuno y el ejercicio de la caridad, pero esta espiritualidad se halla atravesada de magia, especialmente en fenómenos tales como las palabras sagradas que profieren sus gentes constantemente, al salir de casa, subir a un vehículo, ir al retrete, meterse en la cama, comer y en la existencia paralela de ese mundo sobrenatural, poblado de *djinnas* y de un Dios que ocupa todos los rincones, el resultado es que no hay vacíos, el espacio es denso y poblado.

En un mundo, como es el islámico, donde la palabra es no sólo poderosa, sino también mágica, forzosamente la realidad se configura de otra manera a la que conocemos en Europa.

Según la percepción local, una envidia puede ser causa de un accidente de tráfico, una palabra escupida en el té puede provocar pesadillas, las desavenencias con la pareja responden a brujería y la enfermedad también.

Espiritualidad y magia se ven acentuadas, en Mali, en la calle: ya no sólo por que la gente reza en

cualquier lugar, a la vista de todos, como en Gambia, sino por la presencia constante e incansable de *les enfants de la rue*, los discípulos *talibé*, hordas de niños que recorren las calles mendigando, en lo que se supone, es una enseñanza espiritual de su maestro: la mendicidad. Ancianos ciegos cantan pasajes del Corán, empuñando la misma lata que los niños *talibé*, una lata que en origen contuvo tomate frito concentrado.

En cualquier rincón de la ciudad se pueden encontrar ancianos con aspecto de ascetas, sufíes, diría yo, con su lata correspondiente; Bamako se halla rodeada de bellas montañas, pequeñas pero escarpadas: en sus zonas más altas, donde no sube el ciudadano medio, pequeñas guaridas y en ellas, almitas de otro mundo, ascetas sufíes que buscan refugio y huida de la algarabía de la ciudad en la soledad de las montañas *manding*.

Manifestación de esta espiritualidad normalizada son los carteles ubicados en los cruces de calles y que anuncian tanto a terapeutas tradicionales como a exorcistas.

Los terapeutas tradicionales utilizan como herramienta básica la fitoterapia, eso parece, pero lo que media realmente y es compartido por terapeutas y pacientes, es el componente secreto, sagrado, esotérico o exotérico, existente en sus remedios, mediado por una suerte de magia simpática.

Los terapeutas tradicionales también combinan la fitoterapia y otras técnicas físicas con elementos espirituales: hablaré principalmente de dos casos: Moussa Coulibaly y Moussa Niaré.

Moussa Coulibally es uno de los más ancianos y sabios terapeutas tradicionales de Bamako, hombre sencillo y extraordinariamente generoso con su saber, acostumbra a decir que sólo hay tres cosas que nadie quiere compartir: tu último traje, la enfermedad que te matará y la tumba que te alojará una vez muerto.

Moussa Niaré es el “jefe” de la más reputada familia de hueseros de Bamako: ha heredado su saber de su padre y éste a su vez de su abuelo y podríamos seguir su genealogía, por vía paterna hasta perdernos en la historia de Mali. Dicen que la familia Niaré fue una de las fundadoras de Bamako. Me ha llegado de parte de varias personas, sufriendo leves transformaciones, por parte de los distintos relatores, una leyenda que hace referencia a esta familia: dice que un viejo huesero, al parecer, el abuelo de Moussa Niaré, tenía dos esposas, una de ellas rompió el mazo que utilizaba para moler en su *kulum* (mortero, *manding*.), de manera que le dijo a la otra co-esposa que no podía cocinar, la segunda mujer le exigió que comprara uno y así se enzarzaron en un litigio, el anciano marido, viendo la disputa, fue a ver a su caballo y éste habló, diciendo a la primera mujer: ve a ver tu mazo, está arreglado. En efecto, el caballo había transferido al viejo huesero la capacidad de juntar los dos segmentos óseos de las fracturas.

También hay quien dice que la expresión "el caballo transfiere la capacidad de arreglar los huesos a su dueño si éste le trata bien" hace referencia a que la gente poseedora de caballos, como los pastores en nuestras tierras, aprenden estas técnicas a base de practicar con sus animales.

La metáfora del mazo también pude observarla en otro huesero, Moussa Koné, me resisto a creer que fruto de mera coincidencia: habíamos pactado una cita por teléfono, llegado el día y la hora, estábamos en el patio de su casa: él llegó de la calle, nos saludó y sin mediar palabra inició un ritual lleno de misterio: cerca de donde estábamos sentados había un mortero (*kulum*) y su mazo, de gran tamaño, quizás más de un metro de largo, tomó el mazo y susurró en su extremo palabras indescifrables, escupiéndolas meticulosamente en el extremo del palo, como es uso entre los musulmanes, luego hizo lo mismo con la cavidad del *kulum* y para finalizar colocó vertical el mazo, apoyado sobre el fondo hueco del *kulum*, hizo varias pruebas hasta que consiguió estabilizarlo en su verticalidad; luego, sin dirigirnos la mirada, entró en la casa.

Tras entrar, introdujimos el motivo de nuestra visita, consistente en saber cómo arreglaba los huesos rotos, nos dijo que todo lo que habíamos presenciado lo había hecho a modo de resumen de su técnica para arreglar las fracturas....¿casualidad o existe, en el imaginario colectivo, un paralelismo entre el mazo del *kulum* y el hueso o bien su explicación se basa en la leyenda del viejo Niaré?

Abdoul Karim Diallo, antropólogo malinense, dedicado al estudio de las terapias tradicionales, me dijo en cierta ocasión: "el terapeuta tradicional trata aquello que no se ve de la enfermedad", pues bien, intentaré explicar los componentes visibles junto con los que escapan a la vista de nuestra mirada racional, basada en el pensamiento científico, por que ciertamente, en la práctica tradicional de estos profesionales coexisten, sin que resulten realidades excluyentes ni para el terapeuta ni para el paciente, pensamiento racional, religioso y mágico.

Medicina y religión, medicina y magia, constituyen binomios inseparables en África, como desarrollamos más ampliamente en el capítulo dedicado al análisis antropológico. Las teorías generales en las cuales se basan las representaciones de la enfermedad en África incluyen una teología africana, dado que la enfermedad se explica como un proceso relacionado con Dios y el orden del Universo. En este contexto observamos como el Islam y su dimensión mágica también, abrazan prácticas y creencias tradicionales. En lo que concierne a la terapia he podido observar el gran peso de la magia, materializada en prácticas sincréticas propias del Islam y de las religiones preexistentes. Sólo analizando la dimensión sobrenatural podemos llegar a una comprensión del

paciente, el terapeuta y de lo que está aconteciendo durante el acto terapéutico<sup>36</sup>.

A continuación expondremos algunos elementos, actores y prácticas, tanto de la magia islámica como de la de origen tradicional, ilustrándolos con los hallazgos obtenidos en mi trabajo de campo, donde he podido observar que no sólo los profesionales especializados en la magia mediada por las letras, la numerología, los talismanes, cuadrados mágicos, y encantaciones, utilizan estos elementos, sino que los terapeutas tradicionales también las emplean en su quehacer diario, ya sea con objetivo terapéutico o con otros fines.

### 3.7.2. La magia en el Islam.

Durante toda la historia del Islam, encontramos autores de textos ocultistas, de carácter esotérico, sufíes y musulmanes convencidos., de hecho, a pesar de la posterior condena por parte de la facción jurídica del Islam, estos autores siempre se consideraron depositarios de altos conocimientos derivados de la revelación coránica y por tanto, del poder de Dios. Los talismanes, basados en el poder de los versos del Corán o de nombres de Allah, parecen seguir perfectamente las directrices musulmanas, sin embargo, a aquellos que practican estas artes se les ha acusado de adorar a los *djinns* y a Satán.

La magia en el Islam se entiende como un poder sobrenatural adquirido por gracia divina y que induce a fenómenos sutiles y físicos por medio de la profusión del *baraka*, ya sea con fines terapéuticos o adivinatorios<sup>37</sup>.

Dada la importancia jurídica de este tema en el Islam podemos encontrar textos como el editado por el Ministerio de Asuntos Exteriores de Qatar<sup>38</sup> donde se describe el Corán como terapia perfecta para todas las enfermedades, del cuerpo y del espíritu (llamada del corazón en medicina islámica), juntamente con la capacidad que Allah otorga a algunas personas, de curar. De todos modos, se considera que la forma más eficaz es la recitación del Corán por parte del propio enfermo, aunque también se considera un método legal la coranización de agua, mediante el lavado de palabras escritas del Corán, sobre una tablilla, de manera que el agua que luego se empleará ingerida o en baños, participa de las propiedades mágicas del verbo coránico. La roqya, ritual mediante el cual se

---

36

. Benjamin, 2011

37

. Lory, 1993

38

. (<http://islamweb.net/frh>)

mata o insta a salir del cuerpo del enfermo a los *djinns*, se considerará legal si se desarrolla siguiendo la metodología que indicaremos en el apartado dedicado a esta técnica.

El tratamiento de las enfermedades se llevará a cabo leyendo versos del Corán sobre la zona afectada del paciente, teniendo en cuenta que manifestaciones físicas como son los problemas articulares, apatía, insomnio, trastornos cutáneos, o psicológicas como el hastío, pérdida de concentración y memoria o aislamiento, pueden ser consideradas como efecto del mal de ojo o bien consecuencia de envidias por parte de las personas allegadas.

### **3.7.3. Los actores**

#### **3.7.3.1. Los charlatanes**

Son numerosos los textos que, durante siglos y aun en la actualidad, distinguen a aquél que cura con el Corán de los denominados “charlatanes” por que estos últimos no se limitan a la recitación de los versos del libro sagrado del Islam, sino que profieren además encantamientos incomprensibles en lenguas diferentes a la árabe y se sospecha, nombran a demonios.

Se consideran prácticas propias del charlatán, el preguntar al cliente el nombre de sus padres, utilizar uñas o cabellos del mismo, negociar con *djinns* y realizar sacrificios, comúnmente de pollos, dinero u otros objetos, del mismo modo que promueve por parte del consultante, llevar a cabo rituales. Paradójicamente, todos estos elementos son habituales en la práctica del *marabout*, profesional encargado, por excelencia, de ejercitar las técnicas consideradas como legales en el Islam, como el *roqya*, en que se negocia con los *djinns* o la coranización del agua, ya mencionados previamente<sup>39</sup>.

#### **3.7.3.2. Algunas figuras célebres de la magia islámica**

Un referente en lo que concierne a magia islámica es Al-Būnī (probablemente muerto en 622/1225) al cual se atribuye la autoría de la mayor obra existente sobre ciencias ocultas, llamada Šams al-ma‘ārif al-kubrā (el gran sol del conocimiento), que incluye la ciencia de las letras (kábalas islámicas), numerología, astrología, alquimia, ciencia talismánica, ciencia de los cuadrados mágicos,

---

<sup>39</sup>

. <http://islamweb.net/frh>

cosmología mística y numerosas encantaciones. Su obra, reeditada y reimpressa a finales del siglo XIX, está ampliamente difundida.

Al parecer, Al-Būnī era originario de Annaba, en la actual Argelia, discípulo de ilustres sufíes, de los cuales recibió su formación mística; más tarde se trasladó a Egipto, de allí, a Oriente Medio y finalmente murió en El Cairo. En su obra encontramos la herencia de los textos sobre metafísica y astrología de origen griego, indio y mesopotámico, traducidos del griego y el pehleví (lengua hablada antiguamente en la zona del iranio medio y Persia) al árabe, juntamente con la kábala judía, la cosmología sufí de origen neoplatónico y la retórica en torno a los *djinn*s, de origen árabe: sincretismo que tiene como resultado un verdadero compendio de magia islámica que durante siglos ha ido desarrollando el sufismo, conocido como “Corpus Bunianum”.

Además de este autor, cabe citar otros sabios islámicos, versados en las ciencias ocultas como Balīnā, conocido por su maestría en la producción de talismanes o el alquimista Ġābir b. Ḥayyān, entre muchos otros durante el siglo IX cristiano (siglo IV musulmán). La ejecución del místico al-Ḥallāġ en 922 demuestra hasta qué punto se había condenado la mística como un arte mágico. Sin embargo hasta el siglo XI la magia forma parte de las más altas esferas de poder, como muestra la exégesis esotérica del Corán llevada a cabo por al-Ġazālī en 1111, inspirada en la epistemología de d'Ibn Sīnā, y que propone como única fuente de poder sobrenatural el rezo; a pesar de estas indicaciones, continúa utilizándose el cuadrado mágico al que se atribuye poder mágico.

El estudio del esoterismo se prolonga durante el siglo XIII en que al-Ġawbarī, retoma el estudio de los tratados mágicos griegos e indios y el esoterismo judío, la magia astral de este último y la de origen musulmán, conformando las bases de la ciencia de las letras, en que se establece una correspondencia entre las 28 letras del alfabeto, las 28 casas lunares y los nombres de las entidades espirituales, representadas por los 12 signos del zodiaco, los siete planetas hallan correspondencia en los 7 días de la semana y los siete versos de la primera sura o las siete letras ausentes de esta misma surata, desarrollándose una lectura astrológica de ciertos versos coránicos. La angelología también se haya presente y la lengua árabe se utiliza de vector en el simbolismo de los cuadrados mágicos<sup>40</sup>.

Bien, estas ciencias ocultas, constante en la historia del Islam y presentes durante toda su evolución, siguen muy vigentes en las sociedades islamizadas de África Oeste, sufíes y *marabouts* siguen constituyéndose en epicentro pero, como podremos observar a continuación, atraviesan, de manera más o menos velada, a la sociedad y tienen gran protagonismo en las terapias tradicionales, que se

---

40

. Coulon, 2013

hallan salpicadas, cuando no teñidas, de magia, siendo considerada esta última la poseedora del poder de la curación.

### **3.7.3.3. Sufismo. Espiritualidad prohibida.**

El sufismo, rama más espiritual del Islam, es sin embargo una de las prácticas perseguidas por la misma religión.

El origen de la palabra “sufi” en árabe podría venir de “suj”, que significa lana, por ser este material del cual estaban tejidos los vestidos de los compañeros del Profeta y posteriormente los de los místicos, que vestían del mismo modo para simbolizar su pobreza.

Son diversas las definiciones de sufismo, cambiantes en función de la época histórica: desde “tradicionalismo”<sup>41</sup>, término que hace referencia al aspecto esotérico de la tradición musulmana y que sitúa a los sufíes como maestros en el Islam, encargados de transmitir el conocimiento oculto que contiene el Corán. El sufismo ha dado origen a una gran producción poética y metafísica, de la cual son ejemplo Muhyi ad-din Ibn al-' Arabi, Ibn Ata' Allah, Djalal ed-din Rumi, AI-Hallaj. El sufismo se organiza en cofradías, traducción del término árabe *tarîqah* “sendero hacia el interior desde el exterior”. Los *turuq* (plural de *tarîqah*), van surgiendo entre los siglos X y XIII. Las cofradías, a diferencia de las escuelas jurídicas islámicas, tienen como objetivo principal la enseñanza del Corán, a través del paso por diferentes etapas hasta llegar a la inhalación total de la presencia divina (el-Fana)

Para los sufíes no existe una separación entre el cuerpo y el resto del ser, compuesto también por el alma y el espíritu, íntimamente unidos entre sí y siendo el cuerpo físico uno de los elementos del “*nafs*” o ego. Por otro lado, el cuerpo es considerado vehículo de la realización espiritual, hecho que explica experiencias del cuerpo como son la plegaria, el ayuno o la peregrinación, tres de los pilares del Islam o numerosos Hâdith que tienen como finalidad la purificación corporal. Por esta razón uno de los rituales esenciales del sufismo es la recitación de *zikr*, invocación divina consistente en la repetición colectiva o individual, de los nombres de Dios o de los versos coránicos.

Según la concepción sufí, el conocimiento espiritual emanado por Allah fue transmitido por éste a Mohamed y éste a su vez, a sus compañeros, cadena que continua de maestro a discípulo por medio de rituales de iniciación (la *Bay'a*).

---

41

. Sedgwick, 2001

Los sufíes practican la curación, vehiculizada por la energía espiritual, tras una toma de conexión con lo divino (*rabita*) y por medio de la purificación, mediada por el ejercicio de la caridad (*zakat*), otro de los pilares del Islam<sup>42</sup>.

Sin embargo el sufismo, desde antiguo es condenado por los *ulemas*, es decir, los eruditos en la ley islámica, tanto por el sunismo como por el chuí, por su carácter individual, que da la espalda a la dimensión social y jurídica, de gran peso en el Islam: otra razón la encontramos en el objetivo subyacente en la práctica sufí, de unión con Dios, que vulnera la asimetría que supone la concepción de Allah como lejano, omnipotente, inalcanzable para el hombre. Ejemplo de esta condena es la suerte seguida por 'Ayn al-Quzát Hamadaní, místico persa del siglo XII, acusado de herejía, despellejado vivo, ahorcado y echado al fuego el 7 de mayo de 1131<sup>43</sup>, o el caso de Dhû al-Nûn Misrî ou Hallâj, que fue acusado por sus adversarios de magia y brujería mientras que sus defensores le consideraban depositario de ciencias esotéricas de origen divino.

La emergencia del sufismo en el Islam va ligada a la noción de “santidad” *walâya*, estrechamente relacionada con prácticas sobrenaturales, por otra parte, atribuidas también al Profeta Muhammad, pero en su caso, legitimadas por parte de los imâms chiitas como puras gracias divinas (*karâmat*).

A modo de resumen diremos que la condena del sufismo por parte de los eruditos de la ley islámica se basa en un juicio normativo que contrapone la fe musulmana a las prácticas ocultas<sup>44</sup>.

### 3.7.3.4. Maraboutage

En este trabajo empleamos el término *marabout*, correspondiente a las lenguas francesa e inglesa aun que en las lenguas autóctonas recibe apelativos como *moroo* en mandinga, *sertigne* en wolof o *thierno* en fula<sup>45</sup>.

El *marabout* es considerado sabio entre los musulmanes africanos y es altamente respetado por sus poderes mágicos que emplea en la adivinación y la terapia. Su campo de intervención es amplio y los motivos por los cuales es consultado, diversos, desde los problemas acontecidos durante la vida diaria, hasta las enfermedades, pasando por cuestiones emocionales o laborales, todas ellas

---

42

. Kabbani, 2003

43

. Delacambre, 2006

44

. Lory, 1993

45

. Graw. 2005



circunstancias que participan de las categorías de “fortuna” e “infortunio”. La amplitud de su campo de intervención les erige en testimonios privilegiados de las tensiones que atraviesan el entramado social.

A pesar de que muchos *marabouts* suelen utilizar la fitoterapia y ciertos elementos dietéticos contemplados en la medicina profética en sus tratamientos, su herramienta principal es la magia islámica: adivinación por medio del sueño o analizando los nombres y fechas relacionados con el consultante, coranización de agua en diferentes soportes, roqya (ritual de exorcismo), comunicación con los *djinns*, elaboración de amuletos, realización de sacrificios... algunas de estas técnicas, condenadas, como ya hemos visto, en el Islam, y tocadas por el influjo de la religión tradicional africana,

El contacto con ángeles, *djinns* y otras fuerzas sobrenaturales, el uso de la magia con el fin de transformar la naturaleza, hacen que el marabout se sitúe bajo sospecha de impiedad y sea temido, por su peligrosidad<sup>46</sup> por la misma población que les venera,

A continuación presentaré el caso de un marabout de Baja Kunda y otro de Sutokoba (Upper River District, The Gambia), poblado distante del primero en 3 kilómetros, y otro de Konobougou, pueblo a unos 15 kilómetros de Katy (Mali), también citaré a un marabout de Sierra Leona afincado durante varios meses en Serrekunda (Gambia), que después de analizar las letras constituyentes de los nombres de mis padres y el mío, adivinó, a través de esta técnica, mi relación con varios *djinns* y mi futuro, indicándome posteriormente que, para que todo fuera bien, repartiera 70 monedas de un dalasi entre la gente, que donara un gallo rojo (rubio) a la gente pobre que acostumbra a pasar el día al pie de la mezquita, de manera semejante otro marabout de Borekunda, pueblo fula cercano a Baja Kunda, después de realizar adivinación mediante geomancia, técnica de la cual hablaremos más adelante, me instó a regalar una tela blanca a alguna persona pobre (color atribuido a la pureza y utilizado en los sacrificios llevados a cabo con buenos fines).

Respecto a los marabouts entrevistados en Upper River, en ambos casos pude observar el porte digno, distinguido, de ambos, que produce un notable respeto en el consultante. Estos profesionales no sólo se encargan de tratar dolencias físicas o psíquicas, también tienen una importante labor en el nacimiento (soplan al oído del recién nacido el nombre que Alláh les ha otorgado), matrimonio, muerte y en los rituales de paso como es la ceremonia de la circuncisión.

En Gambia el marabout no es *talibé*, es decir, que no establece relación de dominio con los niños, de hecho, o tienen relación directa con la *madrassa* o escuela coránica, que es gestionada y donde ejercen su labor educativa profesores sin ningún poder simbólico religioso. No obstante, los

---

46

. Kuczynski, 2008

marabouts de la zona son hombres no sólo respetados si no también ricos, en gran parte gracias a las donaciones de clientes agradecidos y a precios que ellos mismos establecen y que no resultan baratos para esta población.

### **Alagie Yanko Yaité, Sutokoba (Gambia)**

Alagie Yanko Yaité, tiene 46 años, vive en Sotokova. Me indica que aprendió “*la ciencia de Marabout*” de un Marabout que también enseñó a su padre, también Marabout, estuvo nueve años trabajando para este maestro y durante el décimo año éste le traspasó todo su conocimiento.

Alayi, para tratar a sus clientes, sólo utiliza los versos coránicos y en este punto hace especial hincapié: “sólo versos coránicos”, cuando un cliente viene a su casa a consultarle, le atiende en la habitación donde estamos realizando la entrevista: una cama, una mesa y en un rincón, sus herramientas de trabajo: tablillas de madera de diferentes tamaños donde escribirá los versos del Corán, una montaña de libros de aspecto extraordinariamente viejo “sólo Corán” vuelve a insistir.

Me explica que cuando visita a su cliente y éste le cuenta su problema, no le da la solución inmediatamente, sino que le cita para el día siguiente, durante la noche, mientras duerme, toma su Tasabío (nombre mandinga de un objeto formado por mil huesos de dátil unidos por un cordón, en forma de collar o rosario, cada cuenta contiene un nombre de Alláh según Alagie, Dawda, mi intérprete (y portero) me explica que aun que el Marabout no me lo diga, también contiene nombres de Satán y de djinnas, también me explican que Mahomma usaba un tasabío de 100 cuentas pero el Marabout, como no es santo como el profeta, precisa uno de mil cuentas).

Se pasará horas durante la noche pasando cuentas hasta que Alá le revelará la solución del problema consultado. Al día siguiente escribirá las palabras descubiertas durante la noche, lavará la tablilla y el agua resultante del lavado será entregada al cliente para que con ella se lave o la tome en la posología indicada por el Marabout. Me explica que cuando viene alguien a consultarle, lo primero que pregunta es si va al Hospital y si está tomando medicinas administradas allí, si es así, indica que deje de tomar las medicinas y las devuelva, entonces podrá acceder a la medicina del marabout.

Alayi no pertenece a ninguna asociación ni cofradía pero me explica que puede conseguir visado si un paciente agradecido lo solicita para él. Según él, el gobierno de Gambia no les ayuda en el desarrollo de su profesión pero tampoco la criminaliza, dado que son conscientes del campo terapéutico que cubren. Cabe señalar que el contexto de esta entrevista, realizada el año 2012, durante el mandato de Yahya Jammeh, está sujeta a una situación política que podría haber cambiado con el mandato, desde principios del 2017, de Adama Barrow.

En cuanto a las técnicas utilizadas, insiste en que ni él ni nadie de su familia utiliza el fuego en sus rituales (elemento asociado con el ritual del Magalasi, que trabaja con djinnas y fuerzas satánicas), en cuanto a la provocación de tos o estornudos en sus pacientes durante el ritual, acción relacionada en terapias de origen animista con la expulsión de espíritus y djinnas, me indica que emplea *itilekgaché*, hierba molida de la cual utiliza siete puñados que tira sobre el individuo para provocar en él las reacciones corporales mencionadas. El sacrificio de animales, relacionado con los rituales de adorcismo, consistentes en ofrecer en sacrificio la vida de un animal para que el djinn abandone el cuerpo del individuo (Mateo, 2010) sólo los utiliza, dice, si el cliente así lo solicita, como pago por su labor diagnóstica o terapéutica.

Alagie trata la malaria y la fiebre con productos del árbol *sabali*, la diarrea con *tahe* (arbusto común y silvestre que también se usa para la limpieza dental), trata la anemia con *bassi* y *kore*, el cansancio con *tumbé*, la epilepsia con el agua producto del lavado de los versos coránicos, las afecciones de origen psíquico con *jamba lulu* (árbol que crece cerca del río), las cefaleas y dolor abdominal las trata exclusivamente con versos coránicos.

En general la gente viene a consultarle primero preocupados por su salud y cuando ésta mejora, su mayor preocupación es la suerte. El marabout considera que la etiología de la enfermedad parte de un “trabajo” que ha encargado alguien próximo a la familia de la víctima, también considera que su medicina y la del sistema biomédico son incompatibles y la elección por parte de los pacientes de uno u otro sistema se rige por la eficacia del sistema biomédico que, según él, es el sistema de primera elección: si al cabo de unos días de iniciado el tratamiento el paciente no observa mejoría en su cuadro, acude al marabout.

### **Alissi Rahí, Baja Kunda (Gambia)**

El segundo Marabout entrevistado es natural de Baja Kunda, su nombre es Alissi Rahí, de cuarenta y siete años de edad y de etnia sarahule. También estudió durante nueve años en un *madrassa* o escuela coránica y durante el décimo año su maestro le traspasó su conocimiento sobre el maraboutage; este periodo de su vida transcurrió en Numuyel, población conocida por ser cantera de marabouts. A diferencia de los profesionales que desarrollan la medicina islámica en Marruecos y Senegal, en general afiliados a alguna cofradía, Alissi no pertenece a organización alguna. Según él, el gobierno gambiano (de Yahya Jammeh) reconoce la tarea de los marabouts.

Alissi también recibe la solución de la dolencia de su paciente durante el sueño pero no utiliza el Tasabío, se limita a pronunciar palabras sagradas mirando hacia el cielo. Según él, el agente causante de la enfermedad son los *djinnas*; durante la noche negocia con ellos, les amenaza con

enfrentarse con ellos en el caso de no abandonar su ataque a la víctima. El individuo que ha acordado con los *djinnas* dañar al individuo afecto de la enfermedad suele ser, según Alissi, alguien próximo a la víctima, un vecino o incluso un familiar pero no puede determinar si existe una relación de parentesco que propicie más frecuentemente la acción dañina.

Considera que el motivo por el cual los individuos abandonan el sistema biomédico es usualmente por la falta de profesionales cualificados, sin embargo, cuando abandonan el tratamiento de un marabout, dice, es debido a que éste no ha guardado el secreto del paciente, connotación ésta, no tan física como social. También menciona como causa de abandono de uno u otro tratamiento la falta de medios para pagarlos. Sólo en una ocasión no pudo curar a una niña, según él, por que vio en sueños su tumba bajo las estrellas, signo indicativo de que no había nada que hacer para salvarla.

Al igual que el primer entrevistado, refiere que para seguir tratamiento de marabout, el paciente debe en primer lugar abandonar el tratamiento biomédico. En cuanto a las técnicas terapéuticas utilizadas, coincide con Alagie en el uso de los árboles para el tratamiento de las mismas enfermedades, a las que añade la enuresis, la impotencia masculina y la locura, causadas por antonomasia por la acción de los *djinnas*, también utiliza productos que provocan estornudos y tos en su cliente durante el ritual de sanación pero niega de manera contundente el uso de elementos como el fuego o el humo, según él ningún islámico puede utilizarlos.

Ambos marabouts, como otros habitantes de Baja Kunda, consideran que el estado de salud de una persona se manifiesta en el rostro, especialmente en los ojos.

Tanto Alagie como Alissi aseguran haber visto alguna vez a un djinna pero no concretan cuándo ni dónde...

En Baja Kunda hay tres marabouts oriundos del lugar y uno de origen malinense.

### **Drahaman. Konobougou (Mali)**

Drahaman es marabout, aun que esta actividad la compagina con su trabajo de guarda de una torre de telefonía ubicada entre las montañas que hay próximas a Konobougou. Me cuenta Niaré que su hermano es un gran marabout y su padre también lo era. Vemos pasar por la pista forestal cercana varias *sotramas* que, según me cuentan, van cargadas de gente que acude a casa de su hermano para consultarle sus asuntos.

En esta ocasión Drahaman, después de almorzar, me hace adivinación mediante un procedimiento

geomántico similar al descrito en los libros de geomancia que he podido encontrar, luego le pregunto si no tiene miedo de la brujería, a lo cual responde que se protege bien. Me muestra unas botellitas llenas de un líquido pardo, con el cual nos lavamos las manos, la cara y la cabeza, huele a fermento lácteo. Luego nos entrega una de las botellas, dice que la compartamos Niaré y yo pero finalmente, quizás por mi olvido o no, se la acaba quedando Moussa.

### 3.7.4. Uso terapéutico de la magia

En África Oeste se parte de la premisa de que la enfermedad puede sobrevenir causada por la voluntad dañina de una persona, contra el sujeto afecto, vehiculizada por demonios o *djinnas*, especialmente en el caso de enfermedades como la epilepsia o los trastornos mentales, entendidos como posesión, de manera que el procedimiento terapéutico consiste a menudo en rituales de exorcismo o de adorcismo, que tienen como objetivo convencer al djinna que actúa como agente productor, para que salga del cuerpo del paciente o materle. La técnica empleada será la *roqya* en el caso de la magia islámica o el uso de talismanes y sacrificios adscritos a este tipo de magia y a la de origen tradicional, en el Corán, por otra parte, se contemplan tres causas de la enfermedad: la naturaleza, los hombres y los *djinns*. Por lo que se refiere a los especialistas de la *roqya*, existen, de igual modo, tres causas: la brujería, el mal de ojo y los *djinns*, de manera que resulta coherente que para devolver el equilibrio a la persona, ya sea su padecimiento físico como mental, será necesario utilizar medios que actúen en el plano sobrenatural: la magia<sup>47</sup>.

Expondré varios ejemplos extraídos del magnífico tratado sobre magia musulmana de Edmon Doutté<sup>48</sup>.

#### - Para curar todas las enfermedades:

Recitar 26 veces “Entonces Dios hizo descender la seguridad y el sueño sobre una parte de entre nosotros,...(4) Corán, sour. III, v. 148.228) “Moh'ammed, el enviado de Dios.... ellos son como esta simiente que él ha impulsado, ha crecido, se ha hecho gruesa, se ha afirmado sobre su tallo, etc... ((1) Coran, sour. XLVIII, v. 29.)” , mientras se recitan estas suras, hervir buen aceite, se debe unguir enseguida el cuerpo del enfermo con este aceite. Se pueden escribir los versos mencionados en una superficie y lavarla con agua que luego se mezclará con el aceite: finalmente se frotará al enfermo con esta mezcla. Otra opción es dar a beber al enfermo el agua resultante de lavar las palabras

---

47

. Kuczynski, 2008

48

. Doutté, 1909: 227-232

escritas del Corán. Se repetirá este procedimiento diariamente hasta que desaparezca la enfermedad. Los dos versos utilizados tienen la particularidad de contener, cada uno de ellos, todas las letras del alfabeto árabe, sin excepción, hecho que les confiere todo tipo de virtudes según la cosmovisión islámica.

#### - Para las cefaleas:

El autor indica: Escribid Bismillah y este verso: “ Has remarcado cómo tu Señor extiende la sombra. Si él quisiera la haría permanente, etc... (Coran, sour. XXV, v. 47.) calma, calma, calma (sâkinan, Árabe) oh, dolor de cabeza, por la fuerza y el poder de Dios, y por la virtud de Anoûch, Farioûch, Jerboûch, Anoûch, Ahiach, Terch, Terioûch: cálmate, oh, dolor, y deja al portador de mi escrito que está aquí”

#### - Contra la fiebre:

Escribir las palabras siguientes en tres hojas de olivo: en una “el infierno ha desobedecido”, en otra “ el infierno ha sido degollado” y en la última “el infierno ha sido alterado”. Quemar las hojas y envolver con el humo resultante al enfermo que llevará colgado del cuello un gri gri que contendrá las palabras siguientes: « Dí : c'est le Dieu Unique, c'est-à-dire, par Dieu, Dieu l'Éternel, c'est-à-dire, par Dieu, Celui qui n'engendre point, non, par Dieu, et n'est point engendré, non, par Dieu, et qui n'a point d'égal, non, par Dieu » junto con la elaboración de un djeduel.

Del mismo modo, describe las terapias a seguir para dolencias como las algias dentales o estomacales o las enfermedades del corazón (del alma en medicina profética) entre otras: se trata de procedimientos que mezclan la recitación de suras con otras encantaciones, la elaboración de Djeduels (gráficos a los cuales se atribuye propiedades mágicas), el uso de amuletos y rituales mágicos a realizar con un clavo o bien la colocación de objetos en lugares determinados.

En todos estos ejemplos se aprecia una gran permeabilidad entre medicina y magia, en gran parte magia simpática, en la cual ciertos materiales o elementos curan determinadas enfermedades, no necesariamente por sus cualidades químicas, si no por su poder simbólico. A lo largo de este trabajo se citan numerosos ejemplos de este tipo de magia encontrados durante el trabajo de campo.

### 3.7.5. Magia simpática

La magia simpática es el conjunto de prácticas basadas en las creencias metafísicas relacionadas con:

- *Lo similar produce lo similar*, es decir, los efectos se parecen a sus causas, llamada magia imitativa, llamada también por Frazer homeopática en el capítulo “Principles of magic” de su obra “La Rama dorada”
- Aquellas cosas que han estado en contacto siguen ejerciendo influencia mutua una vez separadas, este tipo de magia es conocida como magia contagiosa<sup>49</sup>.

Los elementos de base de muchos rituales, ya sean de orden material, oral o gesticular, encuentran su poder en el simbolismo o analogía que evocan algunas de sus propiedades<sup>50</sup>.

En mi trabajo de campo he podido observar abundantes casos de magia simpática, como es el caso del *fali foró*, vegetal de aspecto fálico, utilizado para incrementar el tamaño del sexo masculino, o la corteza del *n'pekou* hembra, de aspecto sanguíneo, usado para tratar la anemia, además, en el Grand Marché de Bamako, en la zona dedicada a productos animales, vegetales y minerales empleados en los rituales mágico terapéuticos, encontré pezuña de asno, que se usa para tratar la enfermedad que provoca que los dedos se doblen, probablemente el Dupuytren; las cabezas de diferentes pájaros, como la cabeza de caballo, la usan los *griots* y cantantes en general para conseguir un canto de calidad y que su público les escuche; los polvos resultantes de pulverizar la cabeza del cocodrilo, con su piel rugosa, son útiles para combatir las verrugas.

En Gambia he conocido traumatólogos tradicionales que, basándose en el principio, es decir, de que la persona a la que se administra el producto terapéutico adquiere parte de las propiedades del animal del cual es origen éste, utilizan grasa de león o de pitón para el tratamiento de las algias del aparato locomotor

Ejemplos similares nos muestra Insoll<sup>51</sup>: entre los Talensi, pueblo del Norte de Ghana, ciertas plantas que desprenden látex de color blanco son utilizadas para mejorar la producción de leche materna y la costilla de búfalo, incinerada y pulverizada junto con ciertos productos vegetales, se emplea para tratar el dolor costal.

Frazer, por su parte, ilustra este tipo de magia con ejemplos de brujería en imperios de la antigüedad

---

49

. Frazer, 1990

50

. Zahan, 1960

51

. Insoll, 2011

como India, Babilonia, Egipto, Grecia o Roma o en tiempos más recientes, en Australia, África, o entre los indios de América del Norte y Escocia<sup>52</sup>.

Similar es el mecanismo que subyace a muchos de los productos dietéticos usados en medicina profética islámica, de los cuales se habló en el apartado sobre el uso mágico de las plantas.

Enmarcado en la magia islámica encontramos también prácticas de magia simpática contagiosa, basadas en la creencia de que una porción del cuerpo o un objeto que ha estado en contacto con el mismo, puede reemplazarlo y ejercer efectos sobre él, Edmond Douuté muestra la fórmula para conseguir dominar la voluntad de un hombre, empleado en Blida (Argelia) , tomando cabellos, pelos, uñas, gotas de saliva (importante en la transmisión de la (*baraka*), lágrimas y cerumen de sus orejas, seguido de ciertos rituales y la mezcla de todos estos elementos con los alimentos que ingiere el sujeto sobre el que se realiza el sortilegio<sup>53</sup>.

También se trata de magia de contacto el caso que me explicaban , enzarzados en una conversación sobre *marabouts puissants* y *fetichieurs*, el traumatólogo tradicional Niaré, Modibo el *fetichieur* o *soma* y Drahaman el *marabout*, en el bosque próximo a Konobougou donde habíamos ido a buscar plantas, sobre un *fetichieur* que escupiendo en la punta de su dedo índice palabras del mandé, cuando apuntaba a alguien, a modo de pistola, podía tirarlo al suelo, o que sólo con tocarle el hombro o el sombrero tenía el poder de tirarte al suelo. En la misma línea estaría la historia tantas veces relatada por Dawda Sankaré sobre el *marabout* que en el año 2009 apareció por Baja Kunda y tuvo que huir al cabo de pocas horas por que le querían dar una paliza, acusado de, al encajar la mano a los hombres del pueblo, provocarles la pérdida de su miembro viril.

Otro ejemplo es la técnica utilizada por el Oncle Sam, *fetichieur* manyako y nativo de Guinea Bissau, afincado desde hace años en Serrekunda (Gambia), que me muestra como coloca el retrato de un individuo, con la cara mirando hacia la llama de la vela, de manera que se vé al trasluz. Afirma que puede hacer muchas cosas mediante este método que le permite trabajar con los individuos a los cuales pertenece la foto, luego me enseña retratos de gente de todo el mundo, incluso de América, a los cuales aplica esta técnica: de India, Italia, Francia, todos clientes suyos, de Freetown, Inglaterra, Alemania, España, Egipto, Francia, Liberia y Suiza.

No escapa al observador la intención legitimadora ulterior a tan amplia exposición de casos y la gran dispersión geográfica como elemento cuantificador de la popularidad del terapeuta.

---

52

. Frazer JG, 1990

53

. Douuté, 1909: 285



En esta práctica encontramos un paralelismo con el uso terapéutico del espejo que muestra en su estudio etnográfico D. Bourguet<sup>54</sup>. Estudio llevado a cabo en les Hautes Terres Centrales de Madagascar, donde el autor nos muestra como durante el ritual de sanación, el curandero rural utiliza un espejo, alrededor del cual se mueve, luego es poseído por los espíritus que le revelan el diagnóstico de la enfermedad, más tarde coloca el espejo en diferentes posiciones, para localizar el lugar del mal y su naturaleza causal, que podría ser, por ejemplo, celos. Finalmente administra al enfermo una bebida sagrada con el fin de exorcizar a los espíritus y unta un producto cicatrizante sobre la piel.

Crawley<sup>55</sup> explica estas prácticas con la teoría de la inoculación, que sostiene la actuación sobre un individuo únicamente observando su imagen o empleando una parte del mismo. Otros ejemplos al respecto los muestran los zulúes, que para pasar un río donde hay cocodrilos sin ser atacados, se untan previamente con la heces del animal o los Malayos que usan como antídoto al veneno de ciertos peces, el cerebro del pez que ha mordido a su víctima, untado sobre la herida, o en toda África del Norte, en que se trata la picadura del escorpión chafando al mismo sobre la herida de la picadura, y así un sinnúmero de casos que documentan este tipo de magia<sup>56</sup>.

### **3.7.6. Elementos mágicos utilizados con fin terapéutico**

#### **3.7.6.1. La roqya**

La roqya existe desde el siglo IX, como parte de la medicina profética islámica. Actualmente y desde hace tiempo, se trata de un fenómeno mediatizado por TV, internet y la prensa.

La roqya legal, según el texto editado por el Ministerio de Asuntos Islámicos de Qatar, ya citado anteriormente<sup>57</sup> debe cumplir varias características:

1- Que se realice empleando únicamente palabras del Corán o bien sus nombres o atributos con las palabras transmitidas por el Profeta

---

54

. Bourguet, 2015

55

. Crawley, 1902

56

. Doutté, 1909

57

. <http://islamweb.net/frh>

2- Que se lleve a cabo en lengua árabe, por aquél que la conozca o bien, al menos debe conocer el significado de las palabras utilizadas, para evitar cometer transgresiones involuntariamente.

3. Que aquél que practica la roqya esté convencido de que esta técnica por sí misma es ineficaz y que únicamente es la fuerza divina que le confiere su poder.

El ritual debe iniciarse con las palabras: “ En el nombre de Allah, yo te hago esta roqya para preservarte de todo lo que te daña, contra el mal de toda alma y contra todo mal de ojo. Que Allah te cure, en el nombre de Allah, yo te hago esta roqya” (Muslim).

La roqya se empleará en cuatro situaciones diferentes:

1- Bloqueos en la vida: cuando se repiten de manera sistemática en temas relacionados con el matrimonio, los hijos, el trabajo o los estudios

2- Problemas de salud anormales como enfermedades sin explicación ni tratamiento por parte de la biomedicina, heridas abiertas por tiempo prolongado, esterilidad o impotencia

3- Estados mentales anormales como lo son la depresión, cólera, pérdida de confianza o estados obsesivos

4- Pesadillas repetitivas: soñar con animales, muertos, cementerios, etc...

En cuanto a las enfermedades, la roqya será útil en aquellas a las cuales se atribuye origen en la brujería como son las úlceras, problemas digestivos, heridas abiertas por largos periodos de tiempo, psoriasis, queloides, impotencia, esterilidad, fallo renal, cáncer, hemofilia, discapacidad infantil, trastornos mentales, dolores y parálisis.

En el trabajo de Fátima Zohra<sup>58</sup> se analiza cómo los actores involucrados en la roqya construyen el sentido de la curación.

Se considera que los *djinns*, por intervención humana, pueden ser los responsables causantes de la enfermedad. El enfermo, en estado de trance, tiene el poder de diagnosticar a otros enfermos, es el *djinn* que a través del enfermo lo hace .el *râqi* anuncia la mejora y la curación mediante la interpretación de los signos que aparecen durante el ritual. El enfermo anuncia su curación mediante intuición, durante el trance o el sueño.

La curación sobreviene quemando o dando muerte al djinna causante o bien anulando la brujería responsable de la enfermedad. La prueba de la curación viene constituida por signos en el cuerpo,

---

58

. Cheraq, 2015

por objetos de brujería, bajo interpretaciones émicas, purgas, escarificaciones, cambios, transformaciones, comportamientos diferentes.

Puede tener lugar la curación a través de dos tipos de procesos:

1- La liberación de un mal

2- La conversión, es decir, la inversión en la relación entre enfermedad y *djinnas*, que se lleva a cabo por medio de rezos, manteniendo el respeto a lo prohibido, mediante herramientas espirituales (protección por la recitación de versos del Coran, amuletos, lavados con agua coranizada) o el arrepentimiento de las propias transgresiones.

Respecto a esta misma técnica terapéutica, Kadija Naamouni<sup>59</sup> muestra la técnica de encarcelamiento del paciente afecto de enfermedad mental, en muchos casos, de larga duración, con el fin de llevar a cabo un proceso de juicio y expulsión (exorcismo) del *djinn* responsable de tal afección.

Una figura que guarda grandes semejanzas con el *djinn* es la del *Zar*, Ketcham<sup>60</sup>, muestra en la región re-cristianizada (sobre el 1800) de Lalibella, al norte de Etiopía, cómo la enfermedad se explica como el ataque espiritual por parte de un *Zar*, ser de origen divino, hijo oculto de Eva, equiparable a un *djinn* o a Satán. El *Zar* actúa mediante sortilegios y maldiciones, puede, como los *djinn*s, tanto ser musulmán como cristiano y como ellos, enamorarse de un hombre o una mujer y causar desgracia o enfermedad por celos. A diferencia de los *djinn*s, el *Zar* se transmite de padres a hijos.

Durante los rituales de exorcismo del *Zar*, igual en en algunos rituales de roqya en casos de enfermedad mental, la víctima de la posesión permanece con la cabeza y el cuerpo cubiertos por una manta, emitiendo estornudos, gruñidos y gritos de hiena, animal considerado como maléfico (como veremos, en Mali se atribuyen poderes mágicos a las diferentes partes del cuerpo de la hiena)

### 3.7.6.2. La magia de las letras.

Son numerosas las formas de pensamiento mágico que centran el ritual en el poder simbólico de las palabras, no en vano, en la mayoría de cosmogonías, incluyendo las de las religiones del Libro (según la tradición judía, la creación de vida se basa en el poder evocador de las letras y el hombre

---

59

. Naamouni, 2015

60

. Ketcham, 2015

puede emular el acto creador divino si conoce la combinación adecuada<sup>61</sup> y las tradicionales africanas, Dios origina el universo a partir de la palabra. En el caso del Corán, la palabra, es directamente “dictada” por un Ángel a Muhammad, hecho que le confiere poder sobrenatural, es por ello que el creyente, al recitar los versos del Corán no realiza un acto únicamente litúrgico sino que se aproxima a la energía divina, penetrado por la eficacia sobrenatural atribuida a estas palabras. Este valor sagrado, considerado y acordado desde el principio del Islam, se ha deslizado, con el paso de los siglos, a prácticas utilitarias como la curación o la adivinación.

En el Islam, por otro lado, la palabra no constituye un elemento más de la dimensión mágica, si no que se trata del elemento que estructura la mayoría de prácticas mágico-religiosas, basando su poder en la analogía propia de la magia simpática que dota de eficacia simbólica a las palabras que denominan los nombres de Allah o ciertos versos del Corán, ya sean proferidas o escritas, al considerarse como participantes en la ontología de los conceptos que expresan y expresión de su esencia, Por otra parte, bajo la creencia de que estas palabras forman parte de leyes a las que obedece la sintaxis del universo, son erigidas en gramática cósmica, en la cual los sustantivos son considerados como esencias, los adjetivos como accidentes y los verbos, como procesos de transformación.

Un ejemplo son las suratas II, III y VII comienzan por las palabras *alif, lam, mîm*, llamadas por la ortodoxia musulmana, letras *moutachâbih*, de sentido impenetrable a la inteligencia humana, hecho en el cual se ampara la magia para utilizarlas<sup>62</sup>.

La palabra humana, a su vez, es considerada como paralela y soporte material de la palabra cósmica y por tanto, reflejo del orden del universo. Este sistema de representaciones tiene por consecuencia, por un lado, que quien conoce los secretos de la lengua (árabe), conoce los secretos del cosmos y por otro que, dado que cada letra, en su más alto grado, es un ángel, quien comprende esta estructura oculta, queda investido de gran poder.

Se trata de la ciencia de las letras, llamada *al-sîmîya*, término que significa “ciencia operativa de las letras” y que constituye la ciencia de la transmutación de la palabra, revelando su significado oculto, de carácter esotérico. Todo indica que su origen se encuentra en el sufismo, siendo Al-Bunî y Ibn Al-Arabi algunos de los autores más representativos.

Se concibe que el mundo ha sido creado a partir de las 28 letras del alfabeto árabe, que a su vez componen los 99 nombres de Dios, matriz, en sí mismas, de todos los seres creados y repartidas en el cosmos según las cualidades elementales de calor, frío, seco y húmedo. Partiendo de esta

<sup>61</sup>

. Álvarez, 2009

<sup>62</sup>

. Doutté, 1909

concepción, no hay asunto humano que escape a esta lógica y por tanto no pueda ser modificada bajo sus leyes por medio de la palabra sagrada.

Por ejemplo, la fiebre, entidad ligada a la cualidad caliente, se tratará mediante talismanes compuestos por leyendas donde dominan las letras frías, aunque a menudo, los escritos contienen nombres de Allah, de ángeles, de *djinns* o de demonios<sup>63</sup>.

Del mismo modo, durante el rezo canónico musulmán, dadas las posiciones que impone, como la flexión y la prosternación, que se suceden en el ciclo de la oración, el cuerpo forma sucesivamente las tres letras *alif-dal-mim* del alfabeto árabe en la posición vertical: estas tres letras componen el nombre de Adán, además, el rezo menciona a Abraham y Muhammad, con lo cual, pasa de ser un simple ejercicio corporal a constituir una toma de contacto del fiel con el universo<sup>64</sup>.

En definitiva, podemos observar hasta qué punto la palabra, en el discurso mágico,, se desnuda de su función referencial dentro de su función conativa y por tanto, libre de juicio de igual manera que un imperativo no es ni verdadero ni falso, se trata de una orden, buena o mala, estéril o eficaz. Instruir en el significado de la palabra mágica en lugar de someterse a su poder, que es el que le da valor, conlleva transformar el discurso conativo en referencial o dicho de otro modo, convertir el discurso-poder en discurso-saber, es decir, convertir el símbolo en signo<sup>65</sup>.

### **- Palabras sagradas en diferentes soportes**

Las palabras, dado su carácter mágico, son utilizadas en la elaboración de amuletos, escritas sobre papel o piel y cubiertas por una bolsita, comúnmente de cuero. Para este uso se emplean preferentemente las letras sin puntuación diacrítica, separadas mejor que ligadas, elementos que las hacen más ininteligibles y por tanto les dan más valor en esta función, aunque es su valor numérico el que les confiere mayor poder. También se utilizan, bajo la sencilla encriptación que supone ordenarlas, no según su posición en el alfabeto, sino en función de su valor numérico<sup>66</sup>.

---

63

. Lory, 1993

64

. Moisseron, 2013

65

. Favret, 1977

66

. Doutté, 1909

### 3.7.6.3. Magia oral. Encantaciones

La encantación es un rito oral en el cual, bajo la lógica de la magia imitativa, el gesto es reemplazado por su equivalente fonético, de modo que la enunciación de un suceso es suficiente para que ocurra, por otro lado, en este tipo de ritual tiene gran peso místico el aliento, principio vital que personifica el alma, sin olvidar la fuerza mágica del verbo, tanto en las religiones del Libro como en las de origen mandé<sup>67</sup>.

La encantación se utiliza en rituales médico-mágicos islámicos, en que se escriben fórmulas sobre las sustancias que ingerirá el enfermo, sobre el plato o el vaso que utilizará para comer o beber, en un papel que se quema, dando al enfermo a inhalar el humo, aunque en la encantación islámica es común la invocación a *djinns* o ángeles<sup>68</sup>.

En cuanto a los terapeutas entrevistados, prácticamente todos los *setter bone* gambianos, como los *traumatolegs traditionels* malinenses, utilizan encantaciones, veamos algunos ejemplos:

#### Encantaciones de Moussa Coulibaly:

Cabe señalar que todas las encantaciones se encabezan por el nombre de Allah, habitualmente “Bismilah” porque la medicina islámica y la medicina tradicional en contextos islámicos, concibe que sólo Dios tiene la capacidad de curar, el terapeuta y los medios empleados están a su servicio y vehiculizan el proceso terapéutico divino.

Las palabras mágicas de la encantación se suelen repetir o bien siete veces sin considerar el sexo del paciente o bien 3 veces si el paciente es varón y cuatro veces si se trata de una hembra. Las encantaciones comprendidas en este apartado consideran el sexo del paciente.

La etiología de la enfermedad, por los bambara, cuenta Moussa, puede ser de carácter natural o provocada por brujería. Existe la creencia de que los brujos se comen a las personas, también se cree que poseen la capacidad de transformarse en animales, de manera que cuando alguien ingiere uno de estos animales, contrae la enfermedad, del mismo modo, cuando el animal/enfermedad/brujo llega a la cabeza de la víctima, ésta muere.

Cabe mencionar el simbolismo encerrado en los animales nombrados en las encantaciones: al

---

<sup>67</sup>

. Insoll, 2011b

<sup>68</sup>

. Lory, 1993

buitre, animal carroñero, se le hace depositario del dolor generalizado del paciente, de lo cual se destila que este animal tiene una valencia negativa. De la misma manera, el gato (*Yakomá* en bambara) simboliza, en la tradición bambara, la brujería, especialmente los gatos de color negro (observamos una conexión con el simbolismo del gato negro en España). En bambara se dice que el gato es el transmisor de las brujas como las palomas lo son de los mensajes.

Por otro lado, para explicar características humanas se emplean metáforas de los elementos naturales, de modo que para definir a las personas de carácter agitado y apasionado, aquellas que primero actúan y luego piensan, se emplea la palabra *añama mayó* (Bamb.) que significa agua turbia y para describir a las personas calmadas y reflexivas se emplea el vocablo *añama yora* (Bamb.) es decir, agua tranquila, clara y quieta donde las partículas suspendidas se depositan en el fondo.

Veamos algunas de estas encantaciones:

1. Para las anginas o amigdalitis, *N`Konima dondí* o *Sofana N`Koni* (Bamb.) provocadas por *sorcellerie* (según Moussa las anginas pueden ser de causa natural o provocadas por brujería,, para el diagnóstico diferencial se considera que la segunda cursa además de con dolor, con sensación de ahogo y disnea secundaria a la compresión.

“ Espolón (Tongolí, bamb.) usado tanto para hacer el mal, ven”.

En la encantación a menudo se recita un acontecimiento análogo a aquél que se desea conseguir<sup>69</sup>, como en las encantaciones que me enseñó Moussa Coulibaly para el vértigo, *N`Tôri Djôlôkô* (Bamb.) o las cefaleas:

2. Para el vértigo, *N`Tôri Djôlôkô*:

“ En nombre de Dios (Bishmilah), el vértigo nunca afectó a la rana, del mismo modo, que no me afecte a mí.

El vértigo nunca afectó al pez, entonces que no me afecte a mí.

En nombre de Dios y su Profeta.”

4. Dolor de cabeza:

“Como la roca se rompe (de forma espontánea difícilmente) así se junte la cabeza”.

3. Dolor de cabeza persistente:

---

69

. Doutté, 1909

“El djinn malo, el djinn bueno ha entrado gratis y saldrá gratis”.

5. Neumonía o *Nginguelé* (Bamb.)

Coges 3 ramilletes si el paciente es un hombre y 4 si es una mujer.

6. Conjuntivitis:

“Que los líquidos que salgan, se sequen” *Durí Tarí* (Bamb.)

7. Dolor corporal generalizado:

“Si x (nombre de la persona afecta) tiene dolor, que este dolor salga de x y entre en el buitre *Duvá* (Bamb.) , que salga del *Duvá* y vaya a la tierra y que allí el dolor se acabe”.

8. Protección contra el mal de ojo y enfermedades causadas por *sorcellerie*, el *Dabalí* (Bamb.):

“*Shubié* (Bamb.),( palo usado por las *shubagá* (Bamb.) o *sorcieres* y parecido al *Bié* utilizado para separar el cabello en el procedimiento de trenzado habitual entre las mujeres del África negra, *Shu* + *bié* = palo puntiagudo de noche) sea de noche (*shu*), sea de día (*klé*) y el ruido *Ken ken*, que se dé la salud de noche, que se dé la salud de día, que se dé la salud en el aire, que se dé la salud del *Dabalí*. Si el gato (*Yakomá*) teje esto, que yo esté por encima y Dios quiera que yo no sea como desea mi enemigo”.

9. Tratamiento del *Fassá*, enfermedad del tejido conectivo:

“Si *Fassá* no afecta el tejido del sexo del hombre ni de la mujer, que tampoco afecte al resto de la persona” (para nombrar el sexo en esta encantación se utilizan palabras que resultan ofensivas).

10. Protección o antídoto contra el veneno de carácter *Dabalí* (hechizo maléfico puesto en la comida por los brujos):

“el muerto está en el árbol y la persona que lo contrae también está en el árbol”

“*Tou bishmilah choubeyirila la ata begabala ñako Allah*”.

Repetir tres veces.

**Moussa Niaré** también utiliza encantaciones con fines terapéuticos:

- Dolor torácico: se escupen las palabras en bambara “ *Asure akaké akakaká a tounka*” tres veces si el paciente es varón y cuatro si es mujer (religión bambara) en la crema de karité que luego se



utilizará en el masaje torácico descendente durante la espiración, también se utiliza la fitoterapia a base del fruto *kaña koró* mezclado con las hojas de *manden sun sun*, se hierven en agua y se hacen vahos con el vapor resultante.

- Sobre un trozo de tela de la que se haya utilizado para traccionar el ataúd de algún muerto, se escupen palabras secretas y luego se hace un nudo (maniobra común en rituales de *marabout* y brujería)

Otro de los traumatólogos tradicionales estudiados, **Bourama Doumbia**, se podría decir que el único producto que utiliza en su terapia es la manteca de karité. A veces puede añadir algunas hojas de árboles para que la curación sea más rápida y el componente más importante de su terapia, las “*Encantations*” según me dice Doumbia y que, como ya se ha visto, escupe incansable sobre la manteca.

Luego llego a saber que se trata de palabras del secreto mandé, no del Corán, las palabras del Corán no tienen poder para curar las fracturas pero las del secreto mandé o secreto bambara (secret noir -Kanté-), sí, según dice. Éste es, de todos los terapeutas estudiados, el que basa de una manera más explícita, su poder sanador en las palabras secretas y por tanto en el componente mágico presente en mayor o menor medida en todos los demás, sin embargo también utiliza medios físicos: varios bastones aislados bajo la tela y mallas de bastones (foto 1) que comúnmente utilizan los traumatólogos tradicionales.

Son muchos los terapeutas que hacen referencia al *secret mandé* como herramienta clave y de gran poder en el tratamiento de las fracturas: dónde acceder al conocimiento de esas palabras, quién las posee o no, sin embargo, no he conseguido acceder a su contenido, hecho que demuestra que se trata de un secreto bien guardado; por otra parte, el gran respeto que me despiertan estos profesionales me ha privado hasta hoy de mostrarme más tenaz o insistente frente a su voluntad manifiesta de ocultarlo.

Según cuenta Doumbia, aquel que no ha sufrido nunca una fractura, no puede curar las fracturas, aun que conozca las palabras secretas o la técnica, se trata pues, de un criterio de inclusión en la iniciación a estas artes terapéuticas.

Doumbia tiene un puñado de aprendices (siempre hay, junto a él, aproximadamente cuatro, aunque durante mis visitas he apreciado que no siempre son los mismos) que aprenden con él para seguir curando cuando él ya no esté. Todos estos aprendices son ex pacientes suyos que sufrieron fracturas. Su propio hijo, por ejemplo, está totalmente al margen por que él no ha sufrido nunca una fractura.

Asegura que si me trasmite las palabras secretas a mí que nunca he sufrido una fractura, sin lugar a dudas esto provocará que tuviera un accidente antes de llegar a casa.

### 3.7.6.4. Numerología

El poder mágico de los números, relacionado íntimamente con el de las letras, es el más extendido, basado en teorías pitagóricas importadas desde Egipto y Grecia, pero también común a las creencias tradicionales de los pueblos del África Negra, como los bambara, de origen mandé, cuya religión atribuye poderes sobrenaturales al número 7, como en el Islam y identifica el 3 con el género masculino y el 4 con el femenino<sup>70</sup>, estructura muy presente en la elaboración de fórmulas mágicas y de compuestos de fitoterapia, como observamos en los terapeutas estudiados.

Por ejemplo, Moussa Coullibaly me facilitó algunas recetas terapéuticas de otro terapeuta llamado Noura Mukan Keita donde el número es importante:

Contra la *perte blanche* (flujo vaginal consecuencia de infección fúngica o bacteriana) e infección urinaria se utilizan polvos que contienen tres ingredientes y tres sabores: agrio, ácido y amargo

Moussa Niaré, en todas nuestras estancias en el bosque para recoger la plantas que luego utilizará en sus terapias, me indicaba que para tratar la debilidad sexual y fatiga generalizada debía recoger hojas de *Baró*: tres ramilletes para los hombres y cuatro para las mujeres: Niaré dice que se utilizan siete árboles, o bien tres para tratar a los hombres y cuatro a las mujeres, “por que Allah lo dice así”, ciertamente, en la numerología islámica también se utilizan estas cifras, y en la religión bambara, como en muchas tradiciones de la zona, se equipara el 3 con lo masculino y el 4 con lo femenino, como hemos mencionado en varias ocasiones, éste podría ser un ejemplo de sincretismo entre ambas religiones.

Ibrahima Tambadou trata la parálisis resultante del ICTUS con árboles: utilizando la raíz en la mayoría de casos, a veces corteza u hojas, las sumerge en agua caliente, escupe palabras sagradas y realiza un masaje para que la sangre vuelva al miembro pléjico. Usa también trapos y hierbas secas...

Cuando alguien viene para curarse, él espera a la noche y durante el sueño conoce cuál es el tratamiento: a veces le vienen caras de personas vivas, a veces sólo palabras. Estos sueños, asegura,

---

70

. Dieterlen, 1951

los envía Allah.

Empieza con un árbol, si con este no puede curar, cambia, así hasta 3 ó 4 árboles y 3 ó 4 días, si aun así no funciona, envía al paciente al hospital

El masaje con estos productos lo realiza para los huesos, en los miembros pléjico.

Ibrahima Kanté me cuenta que en su terapia utiliza 7 árboles diferentes. Cada uno tiene un efecto diferente, así cura 7 enfermedades diferentes y puede escribir 7 fórmulas diferentes

No me puede decir cuáles son los siete árboles:

“Es secreto, la gente puede tener envidias”

Este temor es una constante en estas tierras, de manera que la mayoría de la gente lleva algún anillo, pulsera o gri gri que como protección contra las malas palabras, malas miradas, malas personas y vampiros.

El número tiene que ser impar, como 3-1-3, no puede ser un número par, equilibrado, como 8 ó 10.

La relación entre las sustancias medicinales y la repetición numérica presente en su elaboración y administración se ha observado de forma recurrente entre los terapeutas de otras áreas de África Subsahariana, como muestra Insoll entre los Talensi de Ghana, que utilizan 3 unidades de cada producto para pacientes de género masculino y cuatro para los de género femenino, como hemos observado en nuestro trabajo de campo. También coincide el tiempo empleado en el tratamiento, tres días para el hombre y cuatro para la mujer, así mismo, en los sacrificios se ha observado este mismo paralelismo, siendo despedazados, los animales machos en tres partes y las hembras en cuatro. Insoll propone una interesante interpretación al respecto: esta diferencia se podría deber al tamaño mayor de la pelvis del animal hembra, que conlleva, para conseguir pedazos de aproximado tamaño, la partición en dos de la pelvis y dos el tórax mientras que en el animal macho se consiguen tres trozos iguales con la pelvis por un lado y dos hemitórax<sup>71</sup>.

L. Lewis Hall observa como la medicina hausa, en la administración de los productos de su farmacopea, muestra gran respeto por la simbología numérica, en este caso utilizando cuatro porciones para las pacientes mujeres y dos para los hombres. También, como observamos en la receta citada de Noura Mukan Keita, tienen gran importancia las nociones de caliente, frío, dulce, amargo, agrio y salado, relacionados con la interpretación de la eficacia del tratamiento<sup>72</sup>, pero esta simbología no es exclusiva del Islam ni del África negra, en nuestra tierra hasta hace unas décadas

<sup>71</sup>

. Insoll, 2011

<sup>72</sup>

. Lewis, 1988

si el nacido hacía el número siete de hijos varones, se creía que tenía gracia para curar enfermedades. La misma creencia se tenía de la que hacía el número siete de las hijas y del segundo de los gemelos<sup>73</sup>.

En cuanto al Islam, se consideran de carácter especialmente místico los números formados por la adición o sustracción de la unidad: 9, 11, 13, 77, 99, 101, 111, 999, 1001, etc, por otra parte, los libros de magia dedican una parte importante de su contenido a las propiedades de los nombres en relación con su valor numérico<sup>74</sup>.

Según la creencia musulmana, los hombres poseen sólo cuatro de los 104 libros que les fueron revelados y estos cuatro se hallan condensados en el Corán, el último en la *fatihah*, se reagrupan en la fórmula *Bismillah al-rahman al-rahim*, condensada a su vez en el nombre de Allah. Las letras que componen la palabra Allah tienen un valor numérico de 66, cifra sagrada que engloba todas las cualidades de Dios y el Profeta. En la nosología musulmana, como ya hemos visto, las relaciones entre los números simbolizan las relaciones entre las cosas creadas, dimensión mística que causa gran fascinación entre las gentes iletradas<sup>75</sup>.

### 3.7.6.5. Amuletos (*gri gris* o *yuyus*)

Los amuletos, también llamados talismanes, reciben en África Oeste el nombre de *gri gris* o *yu yus*, puede tratarse de caories o huesecillos aun que habitualmente se trata de saquitos de cuero o tela, cosidos generalmente con hilo verde o amarillo, que sirven de envoltorio a un trozo de papel o tela encerada donde están escritos versos del Corán o invocaciones a Dios que pueden ir acompañados por unos granos de arena o tierra.

Estos saquitos se emplean para curar enfermedades, conjurar la suerte o preservar del ataque mágico por parte de un enemigo, es común colgarlos al cuello de los recién nacidos para protegerlos del mal de ojo, a la cintura los adultos o al cuello del ganado.

Los marabouts suelen venderlos a los creyentes y los hechiceros también, aunque en este caso el contenido no corresponde a elementos coránicos.

---

73

. Lasala, 2003

74

. Doutté, 1909

75

. Kassibo, 1992

En los amuletos islámicos, se suele utilizar tinta negra, azul o amarilla, esta última compuesta de azafrán y musgo, agua de rosa o agua de naranjo, para escribir letras árabes que no llevan la puntuación, como es habitual, hecho que les confiere mayor dificultad de interpretación y por tanto las reviste de mayor secreto. Según los versos coránicos o invocaciones empleadas, confieren al portador todas las gracias divinas, plena salud, la curación de enfermedades concretas, protección contra la brujería o éxito en el amor entre otras capacidades.

Algunos versos coránicos empleados son:

“Yo busco refugio, un preservativo cerca del Señor del Alba del día”

“Contra la maldad de los seres que él ha creado”

“Contra el mal de la noche, cuando nos sorprende”

“Contra la maldad de aquellos que soplan sobre los nudos” (práctica habitual en rituales de brujería)

“Quien sopla el mal en el corazón de los hombres”

“Contra los *djinnas* y los hombres”

“En nombre de Dios clemente y misericordioso! Que él expanda su gracia sobre nuestro señor Muhammad, sobre su familia, sus compañeros, y les otorgue salud!” Este amuleto preserva del ataque de hierro de los fetiches y los cañones, protege de la mala suerte, vuelve invisible y provee valentía contra los temores de la noche<sup>76</sup>.

El uso de amuletos, a pesar de tratarse de un ritual islámica, sitúa bajo sospecha de politeísmo a aquél que lo realiza y al que lo lleva, dado que otorga al objeto capacidades sobrenaturales de las cuales sólo dispone Allah y por que el soporte podría albergar encantaciones no coránicas.

### 3.7.6.6. Djeduels

Los djeduels, del árabe *douel*, “pizarra”, también llamados *khâtem*, “signo” o “dibujo mágico” son dibujos de carácter mágico en los que encontramos a menudo fórmulas en escritura bustrófedon<sup>77</sup>, consistente en redactar renglones, alternativamente de derecha a izquierda y de izquierda a derecha,

---

<sup>76</sup>

. Pallary, 1889

<sup>77</sup>

. Doutté. 1900

o viceversa, llamado en serpiente, usado en escritos arcaicos, entre ellos, griegos. Se utilizan en las ciencias ocultas islámicas y tienen origen en el kábala judío. Las palabras escritas pueden estar separadas, alineadas en series, distribuidas siguiendo dibujos geométricos variados, en cuadrados mágicos, mezcladas con cifras o figuras geománticas. Este conjunto de signos suele representar los nombres de Dios, nombres de ángeles, demonios, números, días de la semana, planetas, elementos o versos del Corán. En cualquier caso, el hecho de ser de difícil comprensión les confiere carácter mágico

En los dibujos mágicos de origen mandé además podemos encontrar representados animales y objetos.

Se podría decir que se trata de encantaciones de expresión escrita y gráfica o dicho de otro modo: talismanes figurados o escritos.

Entre los *djeduels* de carácter musulmán pero origen judío y de uso común en la *kábala*, cabe destacar la estrella de cinco puntas, también presente en la magia de origen semita o bien de seis puntas también llamada “sello de Salomón”, personaje histórico del cual se cree que Dios otorgó el imperio de los *djinns* y los animales. De nuevo nos encontramos con nombres de planetas, su correspondencia con los días de la semana, la transcripción de los 99 nombres de Allah, nombres de ángeles, a veces también de *djinns* y de demonios<sup>78</sup>.

A menudo, durante mi estancia en Bamako, cuando un terapeuta me facilitaba un *djeduel*, al ponerlo en común con otros informantes, su primera reacción era de horror porque descubrían caracteres prohibidos o incluso satánicos, como en el caso de la encantación mostrada por Niaré que tenía como fin conseguir dinero:

Escribir en un papel el nombre de Allah, ALAHOUTALA, y debajo el signo de geomancia de “puella”, la hija, a la cual se atribuyen, en geomancia, entre otras características, gusto por los placeres de la vida fastuosa.

I  
I I  
I  
I

---

78

. Doutté, 1909

Poner encima miel y los polvos de moler *tongué ladón* (fruta comestible), luego echar el papel al fuego.

Cabe anotar, respecto a este hechizo, su carácter satánico por incluir el procedimiento de quemar el nombre de Dios en el fuego, motivo de indignación entre los musulmanes más ortodoxos.

### 3.7.6.7. Cuadrados mágicos.

Una de las formas de djeduel más profusamente utilizadas, utilizando la virtud mágica de los números en el Islam, es la construcción de “cuadrados mágicos”, *ouifq* en árabe, consistentes en un cuadrado dividido en casillas, a modo de damero. Dentro de cada casilla se escribe un número, de manera que la suma de los números de cada columna vertical es igual a la suma de los números de cada línea horizontal, por ejemplo, en el siguiente cuadrado mágico, la suma es 34.

4	14	15	1
9	7	6	12
5	11	10	8
16	2	3	13

El más conocido es el cuadrado mágico de Saturno, cuyas filas y columnas suman 15.

La substitución de cada número por su letra equivalente dará lugar a palabras o nombres de carácter mágico, como los 99 nombres de Dios o pasajes del Corán, nombres de ángeles, *djinns* y demonios<sup>79</sup>. Los cuadrados mágicos se utilizan como talismanes y dentro de la medicina profética.

Un ejemplo es el cuadrado mágico cuyos números, equivalen a las letras de la palabra AL-BADOUH, sin tener en cuenta las vocales. El cómputo de cada fila y cada columna es 20

The image shows a handwritten magic square on a grid. The square is 4x4. The top row contains Arabic letters: ب, ا, د, و. The second row contains: و, ا, د, ب. The third row contains: د, و, ب, ا. The fourth row contains: و, د, ا, ب. Below the letters, the word 'badouh' is written in lowercase. To the right of the letters, the numbers 8, 6, 4, 2 are written in the first row; 4, 2, 8, 6 in the second; 2, 4, 6, 8 in the third; and 6, 8, 2, 4 in the fourth. Below the numbers, the word 'badouh' is written again in lowercase. The sum of each row and column is 20.

79

. Doutté, 1909

Este cuadrado tiene, en función de su modo de empleo, la virtud de romper una relación amorosa, de curar un dolor abdominal o de provocar el amor de una joven si se coloca bajo el ala de una paloma blanca, que se deja en la casa de la mujer. Este ritual debe llevarse a cabo en viernes, en una habitación oscura donde debe encenderse una vela a las 8 h, hora de Venus<sup>80</sup>.

### 3.7.6.8. Farmacopea mágica. Las plantas

Es bien sabido, y al respecto dedicamos un apartado de este trabajo, el muy extendido uso de las plantas en África como agente terapéutico, pero también se pueden atribuir propiedades mágicas a ciertas plantas, como la *kerbioûna*, la cual se cree en algunas regiones próximas al Nilo y en el Magreb, tiene la capacidad de transformar el plomo en oro, del mismo modo a otras plantas se les supone la virtud de transformar el hierro en plata o la leche en manteca. Es frecuente que las propiedades curativas de las plantas, mediadas por su composición química, sean confundidas con sus propiedades mágicas<sup>81</sup>, como podemos observar en los productos dietéticos empleados en medicina profética, a los que, siguiendo la lógica de la magia simpática, se atribuye propiedades curativas apoyadas en la forma y aspecto del producto: así las uvas, cuyo aspecto cuando están organizadas en racimo, asemeja al corazón, son aconsejadas para combatir los problemas cardíacos, la alubia, con forma de riñón, para los trastornos renales, o el higo, cuya estructura interna recuerda a los espermatozoides, para conseguir esperma abundante.

En Mali he podido observar cómo las flores secas del *N'Pekou* macho se utilizan para combatir la brujería ( la madera de este árbol también es la elegida por las sociedades secretas mandé para tallar las máscaras del n'domo, al parecer por que la multitud de frutos que produce este árbol simboliza la proliferación de los humanos, prototipo figurado de la máscara)<sup>82</sup> y cómo el *Fali foró*, hongo oscuro con aspecto muy parecido al glande humano, se utiliza cuando el miembro viril es de pequeño tamaño, para hacerlo crecer o la corteza de *N'Pekú* hembra, extremadamente roja, muy parecida a la carne de ternera cruda, que se usa para combatir la anemia: ¿nos encontramos ante un caso de magia simpática o de la existencia de propiedades ferruginosas?

---

80

. <http://www.solutionspirituelle.com/article-comment-tracer-les-carres-magiques-et-le-sceau-de-salomon-et-comment-les-utiliser-100358586.html>

81

. Doutté, 1909

82

. Zahan, 1960



### 3.7.6.9. La magia de la sangre

La sangre es un elemento importante en el ritual mágico de las religiones tradicionales africanas, en los cuales se adoran fetiches, habitualmente materializados por figurillas, por lo común de madera, sin embargo, en Mali he podido ver a *feticheurs* que utilizan como fetiche ciertas partes de animales, como cuernos, cubiertos de sangre seca, resultado de la consecución de sacrificios sobre ellos, incluso he conocido a algunos que utilizan como fetiches a los montículos formados por la sangre coagulada de los sucesivos sacrificios que se deposita a modo de estratos. Esta sustancia, en la cosmología bambara, junto con el aliento, es la sede de la vida y vehículo de fuerzas físicas y espirituales. El sacrificio sangriento libera estas fuerzas que alimentan los altares y objetos sobre los cuales se vierte<sup>83</sup>.

En África Subsahariana la sangre tiene gran protagonismo en el ritual mágico. Entre las religiones autóctonas, previas a la islamización de la zona, se identifica esta materia con el alma, por otro lado, es común en muchas culturas el tabú menstrual y entre los musulmanes la sangre como alimento del alma.

En África del Norte se evita el acercamiento allí donde hay un charco de sangre por que se considera que la sangre está frecuentada por los djinns. En los sacrificios rituales, llevados a cabo por *marabouts*, *feticheurs* y brujos, el derramamiento de sangre es vertebral y dónde se deposita también<sup>84</sup>.

Entre los pueblos mandé y concretamente los bambara, en la elaboración de los fetiches, llamados “*boli*” se utilizan productos vegetales y animales<sup>85</sup> y sobre ellos se practican actos sacrificiales sangrientos, que permiten establecer una relación entre estos objetos y Dios, este procedimiento tiene como consecuencia el que parte importante de la estructura del *boli* sea la sangre, portadora del *Nyama* del animal inmolado, fuerza de la cual, según los bambara, se hallan dotados todos los seres del universo y que capta el fetiche<sup>86</sup>

---

83

. Dieterlen, 1951

84

. Doutté, 1909

85

. Bazin, 1985

86

. Jonckers, 1993

### 3.7.7 Cosmogonía mandé

En la cosmogonía mandé encontramos puntos en común con el Islam, de manera que es difícil identificar el origen de algunos elementos de carácter mágico que encontramos en los rituales terapéuticos y adscribirlo al sistema de representaciones de uno u otro pensamiento, por ejemplo, la existencia de lugares sagrados, presentes en ambos, en el caso de la religión bambara, los cruces de caminos poseen carga mágica y por supuesto, los altares donde se ubican los fetiches; la noción de los siete cielos también es común a ambas y como ya hemos mostrado en este trabajo, la simbología oculta a ciertas cifras. La geomancia, de la que hablaremos más extensamente en este capítulo, se encuentra en el Islam pero también adscrita al pensamiento bambara, malinké, soninké, kagoro, mossi, kouroumba, gourmantché y ashanti, calificadas éstas de religiones tradicionales<sup>87</sup>.

Tamari Tal, en su artículo sobre las representaciones cosmogónicas mandé<sup>88</sup> realiza un profundo análisis comparativo entre numerosos elementos bambara, mandinga, dogón y musulmanes, basándose en otros autores como Germaine Dieterlen, que relaciona el pensamiento bambara con el mediterráneo y asiático, estableciendo similitudes, que posiblemente, encuentran su origen en las migraciones entre estas regiones<sup>89</sup>, así como con la herencia helénica, mediada por el contacto de los pueblos mandé con el Islam<sup>90</sup> apoyada por la gran similitud entre los sistemas de signos gráficos y por el alto contenido de palabras de origen árabe encontrado en las lenguas de África Oeste, estimando que el 20% aproximado de raíces en mandinga tienen origen árabe<sup>91</sup>.

La organización de la naturaleza en los cuatro elementos y la noción del séptimo cielo también son elementos comunes entre la cosmogonía bambara e islámica<sup>92</sup> como coinciden los mitos egipcio y bambara que representan la creación de los primeros seres organizada en cuatro parejas de gemelos de sexos opuestos<sup>93</sup>.

En efecto, el mito que explica en las diferentes religiones de origen mandé, la creación del universo, muestra que éste se concibe como una totalidad de relaciones duales: positivas y negativas, masculinas y femeninas, calientes y frías, fuertes y débiles, presentes en todos los elementos

---

87

. Brehima. 1992

88

. Tal, 2001

89

. Dieterlen, 1951

90

. Griaule, 1951

91

. Delafosse, 1955

92

. Griaule, 1965

93

. Tal, 2001

constituyentes de la realidad: el bosque, los animales, las plantas y los hombres, revelando la existencia de una fuerza ordenadora de todo lo que existe. Un sistema tal de representación genera gran profusión de simbolismos: las intersecciones de caminos, los termiteros, los gemelos o la sombra, estos elementos responden a las características del dios Faro, uno de los dos principales dioses bambara, visible y hermafrodita, junto a Pemba, deidad invisible y creadora.

Un elemento común en las cosmogonías tradicionales africanas es la representación del ser humano primigenio como ser perfecto, dado que es el interlocutor de la divinidad, pero que en un momento determinado rompe tal perfección, irrumpiendo en el mundo el bien y el mal, éste último a menudo representado por una mujer, como es el caso de *Moussou Koroni* entre los bamaras. La lucha entre el bien y el mal presente en los relatos africanos y trasladada a la naturaleza humana, es una creencia universal, común, por ejemplo, al Génesis.

El mito creacional bambara relata que Dios creó el universo a través de signos sucesivos, para representar la circulación de almas y de Nyama (Fuerza vital) entre él y sus criaturas. Entonces creó un par de gemelos, Moussou Koroni y Pemba. Un día, cuando Dios se negó a decir qué era lo que más le gustaba de la creación, Moussou Moroni, furiosa, saltó al cosmos después de empujar a su hermano. Su cordón umbilical se rompió y aterrizaron en la tierra<sup>95</sup>. De esta manera debuta el mal en la tierra.

Otro elemento fundamental en las cosmogonías de África Subsahariana es el poder y fuerza creadora de la palabra, común al pensamiento cristiano e islámico, como ya vimos. Así, entre los Baluba de República Democrática del Congo, el dios creador, Maweja, creó el universo a través del verbo, el gesto y el aliento, de esta manera, todo lo que señalaba con el dedo, existía y cobraba vida al recibir su soplo. En nuestro trabajo de campo hemos encontrado varios hechiceros y *marabouts* que aseguran que con señalar a una persona pueden hacerla caer al suelo e incluso matarla, esta creencia se basa en el poder del gesto. Entre los Dogón de Mali, el dios creador, *Amma*, crea el mundo a través de la palabra que regala a los hombres<sup>96</sup>, se trata de un dios hermafrodita, como entre los bambara, que poseía el verbo antes de crear a ninguna criatura. El primer ser fue hermafrodita, por eso se representa el signo masculino con los cuatro labios femeninos y el femenino con testículos, y los siguientes seres como gemelos; la idea del doble de cada individuo se identifica con la pareja sexual y social y también con la sombra del propio individuo; esta organización dual también es común a las diferentes cosmogonías de origen mandé.

---

95

. Cisse, 1981

96

. Palau-Marti, 1968

Los 266 primeros símbolos gráficos creados, correspondientes a 266 estrellas y constelaciones, según la cosmogonía mandé (malinké, bambara, dogón, bozo y minkanya), provienen de un único signo original y representan el fundamento del conocimiento, “*doni dyu*” (Bamb.), de la creación y son origen de todas las criaturas. Cuando Dios otorgó al hombre la capacidad de la palabra, éste quedó completado<sup>97</sup>. A esta enseñanza iniciática, por la cual Dios da a conocer los signos al hombre y por tanto, le hace partícipe de la aritmología divina, Zahan le llamó teomorfosis<sup>98 99 100</sup>.

El conocimiento mandé “*le secret mandé*” o “*secret noir*” como lo llaman todos los iniciados en medicina y magia, en estas tierras, basado en la cosmogonía mandé, es guardado celosamente por aquél que lo posee, la ausencia de documentos escritos que soporten este saber, refuerza su carácter esotérico.

No es de extrañar que tanto terapeutas, como traumatólogos tradicionales, o *fetichers* “*soma*” (Bamb.) presuman de este saber y lo utilicen como una poderosa arma de legitimación, por que normalmente se mezcla en la misma persona aunque en grados diferentes, la taumaturgia, adivinación y curación, así como la elaboración de venenos y sus antídotos.

En Mali, aquél que practica la geomancia, también llamada ciencia de la arena, es botanista y terapeuta<sup>101</sup>; las sociedades secretas de cazadores aglutinan a estos personajes eclécticos que dominan la farmacopea tradicional y paralelamente el simbolismo oculto tras las figuras geománticas, velando por su protección frente a las fuerzas ocultas con la ingestión, avándose con líquidos basados en la decocción de plantas, racionando su actividad sexual para guardar su pureza y poder adscrito y vistiendo el *bongolán*, casaca tratada con ciertas hierbas que le dan su característico color pardo, cubierto de conchas de caorí, gri gris y espejos que también les protegen contra los hombres, el alma de los animales cazados y los seres ocultos. El cazador, a pesar de disfrutar de gran prestigio dentro de la sociedad, es igualmente temido por su poder, que puede ser utilizado con fines positivos como negativos; no en vano, todos los informantes, para representar el poder del *fetichur*, siempre lo hacen en los mismos términos “puede matar a una persona”

---

97

. Cissé, 1973

98

. Zahan, 1970

99

. Kassibo, 1992

100

. Dieterlen, 1981

101

. Kassibo, 1992

Como vemos, entre los pueblos mandé islamizados prevalece un importante sustrato animista, lo cual conlleva que el mundo sea entendido como un soporte material en el cual se relacionan seres visibles e invisibles.

**Las enfermedades se categorizan en:**

- naturales, como la diarrea consecuencia de la ingestión de alientos en mal estado o la bronquitis tras estar sometido a frío.
- Debidas a la transgresión de prohibiciones: malaria perniciosa, problemas obstétricos, albinismo o lepra
- Por brujería: accidentes y hemorragias

Bajo esta representación de la enfermedad, el terapeuta buscará ante todo saber la causa y sentido antes que el mecanismo productor.

**Los tipos de terapeutas tradicionales que podemos encontrar en estas tierras**, ya mencionados durante este capítulo, son:

- herboristas: utilizan las plantas y fórmulas de encantación de origen mandé
- hechiceros: utilizan el poder de los fetiches juntamente con las plantas
- anti brujería
- Adivinos: emplean diferentes métodos de adivinación pero el más extendido es la geomancia, mediante la cual pueden diagnosticar la causa de la enfermedad, el carácter de la transgresión y su remedio, a menudo mediante sacrificios
- Marabouts: utilizan, como ya vimos, los poderes ocultos del Corán<sup>102</sup>.

La práctica terapéutica de todos estos especialistas, sin embargo, es sincrética, puesto que hacen uso de las prácticas propias de unos y otros terapeutas. En el caso de los traumatólogos tradicionales se ha podido observar el predominio de esta misma hibridez.

---

102

. Diakité, 1988

### 3.7.7.1. Fetiches

Los pueblos mandé son “fetichistas”, de manera más encubierta en países donde el Islam tiene un poder más coercitivo, como Gambia y de forma más visible en otros como Mali: su concepción de la repartición de fuerzas en el mundo lleva a aceptar la idea de que una parte de la fuerza cósmica se puede concentrar en un objeto, el fetiche cuyo propietario podrá utilizar este poder con fines diversos, entre ellos la terapia pero también con fines dañinos.

En la historia del imperio mandé encontramos la figura de Soumaoro Kanté, rey de los sosso en Koulikoro, actual Mali, durante el S XIII, principal adversario de Sundiata Keita, y conocido como el “rey brujo”, el cual debía su poder mágico a los fetiches que poseía<sup>103</sup>

El término “fetiche” ha sido ampliamente debatido, heredado del lenguaje colonial y con connotaciones peyorativas, porque denota “error” cometido por los otros<sup>104</sup>, Mauss, ya en 1907 instaba a abandonar este apelativo<sup>105</sup> que ha sido substituido, en los trabajos de otros antropólogos, por términos que expresan su carácter material y a la vez sobrenatural, como “trampa del espíritu”<sup>106</sup>, “cosas-dioses”<sup>107</sup> o “dios-objeto”<sup>108</sup>.

En la literatura etnológica se suele cualificar de “fetiche” a los objetos fabricados por el hombre a los cuales se atribuyen poderes. Por lo común se trata de pequeños objetos, empleados como soporte en rituales mágico-religiosos, a su vez designados, en función de la relación que se establece con ellos, como amuleto, talismán, reliquia, protección, medicamento, oráculo, captador de fuerza o de energía y un largo etcétera.

Partiendo de la representación, entre los pueblos mandé, de que la enfermedad se explica como un debilitamiento del *nyama* de la persona debido a la transgresión de alguna prohibición o a la

---

103

. Niane, 1960

104

. Colleyn, 1985

105

. Mauss, 1969

106

. Balandier, 1965

107

. Bazin, 1986

108

. Augé, 1988

agresión de una fuerza maléfica enviada por algún enemigo<sup>109 110</sup>, los fetiches se constituyen en soporte de rituales secretos mágicos con límites imprecisos con la brujería y dotan al individuo que los posee de gran poder benéfico sobre fenómenos tales como la llegada de la lluvia, la fertilidad en las mujeres o la salud, pero también les atribuye el poder maléfico de provocar la enfermedad o muerte a un individuo. Son estas prácticas negativas las que lindan y se confunden con la brujería<sup>111</sup>  
112 113.

Los fetiches pueden tener diferentes formas: bolas, anillos, cuernos, sacos, a menudo cubiertos de sangre coagulada. La sangre sacrificial, mezclada con polvos de origen vegetal, animal y humano, les dotan, de manera paulatina, de volumen y una pátina negra y brillante que dificulta la identificación del objeto subyacente, aunque también se puede tratar de tallas de madera, a menudo antropomorfas, como las que llenan los museos y a menudo los turistas occidentales adquieren a modo de recuerdo.

La adición de cada ingrediente se acompaña del enunciado de palabras secretas, protectoras contra la brujería y que confieren eficacia a la amalgama de objetos, entre los cuales, los elementos vegetales, que pueden superar el centenar, son de gran importancia, al ser considerados como medicinas que dotan de fuerza al fetiche cuya composición es guardada en secreto<sup>114 115</sup>.

El valor de estas plantas no reside en sus virtudes terapéuticas si no en su carácter simbólico relacionado al mito, que les confiere gran poder mágico. Habitualmente se trata de la corteza o la cutícula de la raíz, seca o calcinada y reducida a polvo, como se acostumbra a proceder en la fitoterapia, luego envuelta, dejando a la vista una pluma, trozo de corteza u otro objeto identificativo. Un error en el orden en que se añaden los elementos o la pronunciación de los encantamientos puede ser fatal para aquel que lleva a cabo esta función.

Ciertos vegetales son denominados en relación a las fórmulas mágicas para las que se utilizan, por ejemplo *kala kari ladon* (hymenocardia acida) recuerda a la expresión *ka ko kari*, “partirle la

---

109

. Griaule, 1940

110

. Dieterlen, 1947

111

. Colleyn, 1988

112

. Jaspers, 1976

113

. Jonckers, 1976

114

. Dumas-Champion, 1985

115

. Surgy, 1985

espalda” y se utiliza en una fórmula mágica que tiene como fin partir la espalda a los brujos<sup>116</sup>.

Como me explica Moussa Niaré:

“En la elaboración de los fetiches se utiliza sangre de pollo rojo o de cabra, este fetiche tiene el poder de matar a una persona pero existe la posibilidad de revertir el hechizo si quien lo induce cambia de opinión: se toman varias nueces de kola rojas y varias blancas, se muerden y luego se escupen los fragmentos recitando al mismo tiempo “yo me arrepiento”, sin embargo, si el hechizo se lleva a cabo con sangre de perro, no hay vuelta atrás, la víctima puede morir en menos de una semana.”

Cabe remarcar que en los países de África Oeste, fuerte y largamente islamizados, la adoración de otros seres, confiriéndoles atributos sobrenaturales, asociada a las tradiciones preislámicas, es conocida como *Shirk* en árabe y está considerada como un terrible pecado en el Islam, recibiendo quienes siguen tales prácticas el apelativo de descreídos, cafres, o *mouchrakoun* en árabe, término empleado también para designar a aquellos que se oponen al Islam<sup>117</sup>.

Durante mi investigación sobre los traumatólogos tradicionales, el uso de fetiches se ha cruzado en mi camino, asociado a la práctica terapéutica tradicional, muestra visible de la relación existente con ésta. A continuación muestro algunos casos en Gambia, Senegal y Mali.

---

116

. Jonckers, 1993

117

. Surty, 1990



## Fetiches en Mali

Mammadou Traoré

Cuando llego al pequeño cuartillo donde el joven hace sus trabajos de hechicero, él está en plena elaboración de un *gri gri* para un muchacho que espera sentado en un rincón de la estancia.

El hechicero, Mamadou Traoré, está en Bamako de paso, proviene de un pueblecito de las afueras y va camino de Dakar donde, dice, un ministro le ha pedido que vaya para hacer un trabajo.

Coge una bolsa que contiene hojas secas, escupe palabras secretas sobre las hierbas y escribe algo en un trozo pequeño de papel que cubre con un ramillete de las plantas de la bolsa, luego pliega cuidadosamente el papel hasta reducirlo aproximadamente a unos dos centímetros de lado, seguidamente lo ata, como si de un paquetito se tratase, con un fino cordón blanco.

El cliente toma el paquetito y lo lleva a un artesano, de los que elaboran el continente del *gri gri*, una bolsa de cuero atada con un cordón más o menos largo en función del lugar donde se vaya a llevar el amuleto, la cintura, el cuello u otra parte anatómica.

Mamadou toma de dentro del baúl metálico que hay a su espalda, el mismo de donde a tomado las plantas que ha usado en el *gri gri*, una estatuilla de madera oscura, de unos 30 ó 40 cm de alto y me la muestra. Me dice que es el Vieux, que todo lo que pida él lo concederá, pregunto si se trata de un dios a lo que me aclara que se un dios no es una condición necesaria para conceder deseos: se trata de un fetiche.

Me explica que los cazadores hacen adivinación por geomancia, él también.

En un rincón de la estancia hay un terrario con arena roja que dice haber recogido en el bosque, dibuja sobre ésta unos signos de geomancia y los borra repetidas veces con la mano en un movimiento de abanico, finalmente aparece sobre la arena una composición de geomancia, diferentes figuras geománticas situadas en las casas correspondientes, entonces inicia la interpretación.

Entre otras cosas me dice que en mi cabeza tengo un *djinn*, se trata de un *djinn* de agua, y es bueno. Para contentarlo me indica que de vez en cuando haga sacrificios de cosas de color blanco, como siete nueces de kola blancas o un cordero blanco cerca del agua de un río o un pantano.

Tanto los elementos expuestos en la adivinación como el sacrificio o ofrenda propuesto, inevitablemente recuerdan la relación entre la deidad mandé, Faro, el agua, los sacrificios ofrecidos

junto al río, principalmente de objetos de color blanco, símbolo de fuerza, de manera que podríamos encontrarnos ante un ejemplo de sincretismo entre religión mandé e Islam<sup>118</sup>.

La correspondencia entre los colores de los objetos sacrificados u ofrendados es común en la mayoría de rituales subsaharianos, el color blanco es relacionado con pureza, el negro u oscuro, con el demonio y el rojo simboliza el peligro. Como Turner, T. Insoll lo ilustra<sup>119</sup> en los rituales practicados por los Talensi de Ghana y S. Nicole<sup>120</sup> encuentra la misma tríada simbólica negro-rojo-blanco entre los bantú, como símbolo de transición.

### **Modibo, el soma de Konobougou**

Hoy, como cada domingo, Moussa Niaré va al bosque a buscar plantas terapéuticas, una vez más le acompaño. Primero pasamos por un pequeño poblado, Konobougou, , cerca de la torre de telefonía donde trabaja su amigo Drahaman Diarra, marabout, con el que compartiremos, como cada domingo, almuerzo. Un poco más allá está Doubabougou, hacia donde parten una *sotrama* detrás de otra cargadas de gente que va a consultar a un marabout considerado como muy fuerte, se trata del hermano mayor de Drahaman, Adama.

Paramos en casa de Modibo, el *Soma* (Bamb.), o sea, feticheur, que nos espera a la puerta de su casa, está preparando un remedio para la fatiga con *kongé* y un hongo grande y plano: ata el ramillete de kongé con la seta, luego escribe unas figuras de geomancia en la tierra, escupe unas palabras mandé sobre el ramillete que más tarde frota contra el lugar en la arena donde ha escrito los signos, luego meterá los vegetales en una olla con agua dispuesta para hervir al fuego del carbón.

Modibo, según Niaré, es muy fuerte y puede hacer cosas muy malas, aunque no parece mala persona...

### **Sobre los fetiches en Gambia**

Después de varios meses en Bamako tengo la sensación de que en los años que he pasado en Gambia sólo he podido ver la punta del iceberg del mundo de la terapia tradicional, la parte de hielo

---

<sup>118</sup> .Dieterlen, 1951

<sup>119</sup> . Insoll, 2011

<sup>120</sup> . Nicole, 1978

que sobresale del mar y que en Mali he podido acceder a la parte sumergida, comparativamente inmensa, del iceberg, pero sólo a la superficie de la roca de hielo, por que cada vez que he hurgado, se ha abierto ante mí una dimensión nueva del acto terapéutico, física, religiosa o mágica: técnica manipulativa, fitoterapia, religión, magia islámica y animista forman un entramado indisociable, subyacente y oculto a los ojos del profano.

Podríamos decir que en nuestra sociedad occidental prevalece una realidad, explicada a través del pensamiento racional, mientras el pensamiento religioso, se halla devaluado y cada vez menos compartido. En Gambia he podido constatar dos realidades, la racional y la religiosa que se manifiesta en una falta de espacios vacíos, el espacio es denso, Dios está en todos los rincones, en todos los actos: al despertarse, llevarse un bocado a la boca, ir al lavabo, salir de casa, tomar un medio de transporte, a parte de la normativa ritual sujeta a cinco rezos diarios, por tanto, a un ritual tan repetido que recuerda de manera constante la adscripción al grupo y la presencia de Dios. Pero hay otro componente importante que confiere densidad a ese espacio lleno: la explicación de los fenómenos mediante la fe islámica. En Gambia el hombre vive con los ojos vueltos a Dios, y acepta sin mayor problema la contradicción que pueda hallar con el pensamiento científico, por que la disonancia cognitiva, esta plasticidad, es característica del África negra.

Esta misma capacidad para integrar diferentes lecturas del mundo aunque contradictorias, sin que por ello resulten excluyentes, la he podido constatar en Mali, donde la existencia de una tercera realidad se suma a las otras dos anteriores, la mágica, también presente en Gambia, aunque se trata de una magia de carácter islámico y en Mali se entremezclan las magias islámica y animista.

El empleo de *djeduels*, *carrés maguiques*, partes de animales muertos para llevar a cabo magia simpática, las encantaciones mezcladas con las palabras sagradas del Coran, los espíritus y los *djinns*, los fetiches: forman un mosaico misterioso que hace que las leyes de la naturaleza, la casualidad y la causalidad, discurran por otros caminos donde los objetos, las letras, los números y los dibujos cobran una fuerza inusitada que estructura la realidad.

Ante tal corolario se despierta en mí la pregunta de si en Gambia no existe esta tercera realidad o bien existe y yo no he sido capaz de intuirlo en estos años a pesar de haber convivido con alguien oriundo del país, hecho que me ha permitido acceder a ciertos espacios que yo explicaría como mágicos y prescritos por el Islam donde los *djinnas* tienen una presencia constante.

He preguntado a los gambianos de mi alrededor si en el mercado se pueden encontrar productos animales (cabezas de hiena, mono, caballo, pezuñas y huesos de asno, camaleones, pieles de gato

salvaje, etc) como en Mali, obteniendo una negativa como respuesta; tampoco hay fetiches, me dicen.

Lo cierto es que estos elementos preislámicos y por tanto prohibidos por el Islam , considerados satánicos, tampoco se muestran de forma pública en Mali, donde la mayoría de la población es musulmana.

A pesar de que en Gambia, según me informan unos y otros, no se conocen los fetiches, un fin de semana, en que fuimos a dormir a un hotel en la playa de Kartoan, cual fue mi sorpresa al entrar en nuestra habitación-cabaña y descubrir que, con fines ornamentales, habían colocado dos estatuillas talladas en madera, de aproximadamente 50 cm de alto y que enseguida identifiqué como fetiches, no debería extrañarme por que son los occidentales los que acuden a estos alojamientos y en occidente valoramos estos objetos como bellos ornamentos que si nos caben en la maleta, nos llevaremos y colocaremos en casa; también pensé que quien había colocado aquellos fetiches en las habitaciones sí debía conocer su significado.

Bien, unas horas más tarde, cuando llegó mi pareja, de origen gambiano, a la habitación, lo primero que hizo fue girar las estatuas y colocarlas encaradas contra la pared, luego me explicó que estos objetos están prohibidos en el Islam por que Allah es celoso y no le gusta competir con ellos. Esta explicación denota que en Gambia también se les atribuye el mismo poder que en Mali, la diferencia está en que, con el mismo porcentaje aproximado de musulmanes en el país, Gambia es más fuertemente islámico que Mali y estos elementos animistas sufren mayor condena, por tanto, existe una mayor ocultación, debido probablemente al fuerte islamismo ejercido por la autoridad durante el régimen de Yahya Jammeh.

Es central comprender la interpretación africana de estas figuras, utilizadas en los rituales mágico-terapéuticos, extraña al ámbito artístico dentro de los parámetros estéticos occidentales: en África la interpretación es funcional y participa de la esfera sobrenatural, hecho que les confiere valor terapéutico<sup>121</sup>.

Hoy fui a ver a Mr. Bubakarr Sillah, director del Departamento de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud de Gambia: quería preguntarle si esta tercera realidad, como le llamaré aquí, existe en Gambia.

La oficina de Bubakarr Sillah está situada en la primera planta de un edificio de la época colonial cerca de Albert Market, en Banjul, corredores y escaleras llevan a su despacho; se trata de un

---

121

. Benjamin, 2011

hombre amable, en los últimos tres años sólo lo había visto dos veces antes y siempre me ofreció su colaboración sin reservas.

Arranco la conversación preguntándole por la existencia de fetiches en Gambia, me dice que por supuesto existen, pero como es algo prohibido por el Islam, se oculta, me da el contacto de un hechicero, el Oncle Sam, me dice que vaya a hablar con él pero acto seguido se enzarza en un sinfín de advertencias: me dice que los hechiceros tienen mucho poder y que me pueden hacer daño con el fin de conseguir dinero, que nadie hace nada por nada, que son satánicos, que si penetro en ese mundo no me dejarán salir, que es un camino de ida pero nunca de vuelta, que en Gambia son poderosos pero en Mali lo son más, me ruega que haga mi tesis sobre las técnicas físicas, porque así, me dice, podré volver a casa, en Europa y dormir tranquila por las noches.

Me cuenta la historia de un americano que conoció, el hombre empezó estudiando estos temas y fue penetrando poco a poco en este mundo, llegó un momento en que ya no pudo salir: le enfermaban mediante magia negra y le pedían dinero a cambio de sanarle, un día la embajada americana comunicó a Bubakarr que aquel hombre había muerto en la calle: lo habían destruido.

Le enseño fotos de productos animales del mercado de artesanía del Marché Central de Bamako: dice que estos materiales los emplean hechiceros y marabouts y que a menudo un mismo individuo es lo uno y lo otro.

Dice que en Gambia hay marabouts, hechiceros, adivinadores y las mujeres que hacen la clitorectomía.

Le enseño varios *djeduels* y le pregunto si los terapeutas tradicionales de Gambia los utilizan, entonces me adelanta que va a revelarme un secreto: de un cajón de la mesa de su despacho saca una libreta llena de *carrées magiques* a la manera de Al- Bouni, los hace él. Aunque ambos sabemos que se trata de magia islámica, él prefiere llamar a la magia islámica como la parte oculta del Islam, dado que la magia está condenada por esta religión.

En sus *carrées magiques* utiliza el poder mágico de los números y de las letras. Me promete que si algún día dispone de más tiempo me enseñará estas artes.

Marcho de su despacho con una certidumbre: esta tercera lectura de la realidad existe en Gambia pero está más escondida aun que en Mali

**Oncle Sam,** Kotu Kuaré, Serrekunda (Gambia) 18.12.16

Llego al *kompao* (conjunto de viviendas que aglutina a una misma familia por adscripción patrilocal) de Oncle Sam, Famara, mi pareja, conocía el lugar, había acompañado en una ocasión a su hermana Adama, de 17 años, por el dolor lumbar que aqueja desde hace años.

En aquella ocasión Oncle Sam le dijo a Famara que dejara de tomar *ataya* (té) por que alguien le podía haber puesto algo en la ataya (sorcellerie), recuerdo el día que Famara me dijo que había decidido dejar de tomar ataya, en diciembre del 2014, porque había tenido malos sueños y lo achacaba a que quizás alguien le había puesto algo en la ataya, como se trata de un líquido de color negro, el vaso corre de mano en mano y beben varias personas, me explicó que era fácil hacer brujería.

Oncle Sam está bajo un árbol jugando a cartas con otros dos hombres, cuando nos ve nos acompaña a un cuarto pequeño y abarrotado de objetos diversos, a su derecha una cortina y tras ella el recipiente con agua y media cáscara de coco que utilizará para la adivinación. Enciende una vela y empezamos la entrevista, durante la cual nos va enseñando plantas y polvos que utiliza para las terapias, entre ellas unos polvos verdes que dice, son muy peligrosos, haciendo muestras de un discurso de poder patente durante toda la entrevista.

Samuel Mendy cuenta con 67 años y vive en Kotu Kuaré. donde nació.

Su padre era originario de Guinea Bissao y su madre, gambiana, murió cuando nació él.

De etnia Manyak, en el pasado fue pintor, en Dakar, en una agencia musulmana y aprendió su saber terapéutico de su abuelo. Ejerce como herbalista y terapeuta tradicional (así se auto define) desde hace 39 años.

Sus instrumentos de trabajo son las protecciones, gri gri y diferentes medicinas: hierbas, raíces y polvos.

“Por la noche veo a los pacientes, el día en que nacieron, nadie puede engañarme. Dentro del agua puedo ver a la gente incluso si están en América, desde el agua te puedo llamar, te puedes lavar con el agua, y tiene efectos terapéuticos. Mi abuelo también veía.

Si alguien quiere matarte, cuando lo intente, se matará a sí mismo.”

A mi pregunta sobre las técnicas que usa, responde:

“Técnicas que me dio Dios, veo las cosas de la gente como si estuviera viendo la TV. Por la noche lo veo en sueños, puedo ver cualquier cosa que pase, el día que nacieron. Veo qué enfermedad tienen y por la mañana sé qué medicina

necesitan.”

Nos enseña unas latas de metal que contienen polvos de diferentes colores:

“Cada polvo es diferente. Se toman 3 veces, los polvos de varias plantas mezcladas, Incluso si una mujer no puede tener hijos, con otras plantas, hervidas, si hace vahos podrá resolverlo”.

Utiliza un vaso, con fuego y aspirando con su boca para hacer ventosa junto con la cuchilla para hacer sangría, de esta manera saca la sangre negra, con esto puede curar muchas enfermedades, me indica que los chinos también lo hacen,

Nos enseña varias hojas de plantas y polvos con las cuales puede conseguir vencer todas las enfermedades, como por ejemplo la impotencia, el asma o la malaria.

“Incluso si estás loco, tengo hierbas para tratarlo y en 7 días (número mágico en Islam y en cosmologías mandé) estás bien.”

Nos enseña un *gri gri*:

“Incluso si llevas drogas, la policía no puede verlo y no puede hablar...tengo muchas protecciones”.

Nos muestra otro *yu yu* que se pone dentro de un cuerno y se lleva en el bolsillo, por si alguien quiere matarte. Las medicinas hablan por la noche y dicen qué pueden curar y qué no pueden curar.

Incluso el gobierno me llamó para que trabajara con ellos.”

Pienso que se refiere a la persona que me ha facilitado su contacto, B.S., director del Departamento de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud.

“Mi abuelo nos traspasó este conocimiento a mi hermana y a mí, no se aprende en la escuela. Te podría explicar cosas que te sorprenderían... El conocimiento y las protecciones me las dio mi abuelo, luego estuve 6 años en Guinea Bissao y finalmente volví a mi país, Gambia.”

Utiliza palabras secretas que le son reveladas por la noche, las escribe para introducirlas dentro de los *yu yus* por la mañana. No usa el Corán ni practica Roqya, él es católico.

Pone polvos en el agua que luego bebe el paciente o las pone en fuego y el paciente huele el humo. Afirma, en un discurso legitimante, curar a curas y a doctores.

Hace adivinación con caorí shell, puede ver muy lejos, con un coco flotando en agua (que me muestra), con el cuerno de la vaca (coloca el cuerno sobre mi tórax, con la obertura contra mi

pecho, luego lo aparta y sitúa la parte estrecha en mi oído y oigo mi respiración).

Sin embargo, no utiliza la geomancia.

No usa djeduels, dice que los marabouts los usan porque lo que quieren es dinero (comentario parecido a Mamadou Kanté, el hechicero de Pikin, refiriéndose a los marabouts y Babukar Sillah refiriéndose a los feticheurs): de nuevo nos encontramos ante un discurso deslegitimante, frecuente en la arena política del campo de la medicina.

Afirma trabajar con diablos, no djinns, dice que por las noches vienen.

Me invita a volver el siguiente domingo a las 10 a.m., cuando le digo que el sábado vuelvo a Bamako me dice que lo voy a conocer muy poco., le digo que volveré en julio.

Me pregunta qué estoy haciendo en Gambia, yo le explico sobre mi tesis y el proyecto Fisiáfrica.

Me dice que si vuelvo me enseñará más sobre qué patologías trata: muchas enfermedades.

Cuando le pregunto si le puedo hacer más preguntas me dice que no, que mejor venga al día siguiente más temprano, que me enseñará más cosas, quedamos al día siguiente a las 3 p.m. pero cuando llego me lo encuentro comiendo y me dice que el día anterior había olvidado que tenía algo que hacer, me vuelve a invitar para el domingo a las 10 a.m., cuando le repito que estaré de viaje a Bamako me dice que si quiero, que le llame a esa hora, que él puede ver, respecto a esta hora, repite insistentemente, que a esa hora “ve”.

## **Fetiches en Senegal**

Mamadou Kanté

20.02. 2016

Pikin, Dakar (Senegal)

Mamadou Kanté es originario de Bamako pero lleva décadas afincado en el barrio de Pikin (Dakar). Atiende a sus consultantes sentado en la alfombra de rafia, rodeado de recipientes que contienen hierbas, sangre y otras sustancias. Las paredes que circunfan la estancia aparecen cubiertas de objetos colgados, presumo que están cubiertos de sangre sacrificial porque casi todos exhiben una pátina negra. De un clavo cuelga un fémur de asno y un bongolán, traje típico de los cazadores, ornado de *gri gris*.

Entre cliente y cliente me atiende. Después de presentarme le pregunto por el secreto mandé *le secret noir* empleado para la curación de fracturas en Mali.



“Todos los secretos son del Mandé , Mandacorá, él hace eso, ves a Sibí, a 50 km de Bamako, se llama Taboun. Cuando atraveses estarás en Guinée Tuti, las gentes que se llaman Kamisogó, si te has roto un hueso, ellos lo colocaran y lo pondrán normal, ellos lo hacen, ponen bastones y los amarran durante 15 días, verás la pus salir, que come a la gente y que está en la cabeza de las mujeres, va a salir, entonces estará curado el hueso.

“Veras: Ellos rompen la madera , ponen los secretos, los juntan y se pega”

Equipara hueso y tronco como hemos observado en la entrevista a Moussa Koné y la leyenda sobre el viejo Niaré.

“Ellos te darán los secretos, yo tengo las palabras secretas, te las puedo dar, dicen el secreto y el hueso se pega. Las palabras secretas no son palabras del Coran, el Coran no tiene esto, es un secreto negro, el secreto mandé. Sí, bambara, yo vengo del mandé, conozco mandé, todos los secretos vienen del mandé.

Ves a Sibiringoró, en Bamako, en la camino a Guinée Conakry, pregunta por un feticheur, se trata de mi hermano mayor.

Si los huesos están rotos, yo te puedo dar el secreto y tu podrás hacer eso. Si vas al mandé, te darán el secreto. Hay una montaña pasado Sibí, vas allí, vas a Sanamá , luego Quieba, allí hay un hombre que se llama Fagor, el te dará el secreto. Si no vas allí, vas a Ganyam, Banannigoró, allí encontrarás a Kamisogó (o Kamissokó), él rompe la madera y la junta con el secreto.

Los Niaré son los primeros que han hecho esto en Bamako pero no tienen el secreto por que ellos no son eso, yo te explico esto por que él (Seidou, el amigo que me acompaña) es mi amigo. Ellos no tienen ese secreto.

Si tu quieres, vamos a Mali y te llevo yo a todos esos sitios, y te darán todos los secretos, en Guinea y en Mali. ¿Donde has estado de Mali?”

Le digo que no he salido de Bamako por seguridad.

“En el lado mandé no encontrarás problemas de seguridad, allí estamos nosotros, los mandé, el problema es en el norte. Todos los secretos fetiches vienen del mandé.”

Señala los objetos colgados de la pared, Seidou me dice que el aspecto plastificado de color negro lo da la sangre seca con que los pinta.

“Todo esto son fetiches. Si quieres matar a alguien, pones un pollo rojo dentro de este fetiche y la persona va a morir. Esto no es el Coran, esto es fuerte: estés de acuerdo o no , esto va a funcionar. Esto viene del mandé”

.

A mi pregunta de cómo se llaman los fetiches que cuelgan de la pared, contesta:

“Éste *coungrí*, cada uno tiene su nombre, este se llama *tátula*, este no te lo dejo a ti porque si te lo dejo vas a morir, este se llama *tetian*, si lo tienes, tendrás todos los secretos, si quieres te enseño y serás un gran feticheur en España, yo soy grande. Los marabouts hablan mucho, yo no, yo no llamo a los fetiches, son los fetiches que me llaman y me traen la

información.

Yo no trabajo con el Coran, sino con los fetiches. El Corán lo uso como consulta, pero trabajo el secreto negro, animista. La consulta está aquí:”

Me enseña folios con geomancia y djeduels (dibujos donde utiliza la geomancia)

Va dibujando figuras geománticas en un folio en blanco:

“Esto es para los católicos, esto es Moisés, Moussa, David, Joseph, este es un santo cristiano, este es Salomon, este es Jesucristo, este es Adán, Adama, con esto hago adivinación, este es Dios, Allah, este es Emile, en el Coran se llama Badrá, pero los católicos dicen Emile, este es Abraham, es la route, Souleiman, es el primero, su padre, David. Yo veo con esto si te curarás, o si eres mala, son 8 personas, 8 diablos, este es Nanzonon, este es el que trae la enfermedad, este es otro diablo, se llama Lambara, este se llama Albayaro, es un diablo, yo miro las palabras, sobre estas palabras que dicen la verdad, yo trabajaré. También uso las caorí, no es lo mismo, es un poco diferente. Trato muchas enfermedades.”

Me enseña los diplomas de las fotos que lo atestiguan:

“Tengo mis diplomas y trabajo muchas enfermedades, soy marabout curandero.”

Señalando el recipiente que contiene un líquido rojo:

“Esto es sangre de oveja, si le le doy esto estará contento (el fetiche). Si tu quieres, me traes cabezas de hiena, de mono, etc, y yo lo trabajo, y si tienes necesidad de cualquier cosa, la obtendrás, hay que trabajarlo con el secreto, esto tiene su propio secreto, es otra manera...”

“Bismilae” es como se empieza la invocación para trabajar con el Coran, pero los fetiches no.

Si tu dices “Bismilae”, yo te daré los secretos.

Soy claro, tengo la cabeza llena de secretos, si tu quieres te enseño todos los secretos y serás un gran *marabout*, serás fuerte: podrás atrapar un chico y darlo a una mujer, podrás tomar una mujer y darla a un hombre, trabajaras el árbol de su corazón, los medicamentos están en el bosque, cada persona tiene su medicamento en el bosque.

He estado en muchos países, yo he aprendido en todos estos países: Benin, Liberia, (acompaña sus palabras mostrando de nuevo los diplomas que lo avalan).

He conocido a muchos *fetichers* y he aprendido de ellos. Aprendí de mi padre, que me dio todos sus secretos, él era fuerte, también de los viejos que me dieron sus secretos.

Si miro tu cara, veo todo, por ejemplo, si no puedes hacer el amor, o una mujer que no lubrica, yo lo veo en el caorí.”

Va mostrando amuletos mientras me explica:

“Si llevas esto, piel de rata como *gri gri*, no te puedes herir, ni en un accidente., con esto no irás a la prisión, con esto,

cuando tu quieras, te paras junto a un hombre, él vendrá a tu lado, a esto los africanos lo llamamos *Baéré*. Este es un medicamento del bosque, para la *sorcilliere*, la gente que come a la gente.

En Gambia no hay tradición *feticheur*, en Mali hay mucho, ellos usan el Corán pero no funciona. En Gambia todo el mundo se ha vuelto *marabout*, ellos no trabajan la madera y los cacahuetes, nosotros lo trabajamos.”

Le pido que use su técnica adivinatoria para ver mi futuro:

Accede. Entonces me pide que ponga el dinero con el que le pagaré junto a varias conchas de caori y susurre sobre las conchas y el dinero lo que yo deseo.

A continuación tira las conchas de *caorí* repetidas veces: en cada tirada interpreta según la disposición de las conchas sobre la alfombra y en función de si caen con la parte cerrada o la abierta hacia arriba.

Tras cada tirada realiza una afirmación sobre diferentes aspectos de mi vida, principalmente el laboral y emocional.

Después me indica cuál es el sacrificio que debo realizar para que para que todo funcione: debo encender siete velas, comprar cuatro nueces de kola rojas y cuatro blancas y entregárselas a alguien.

Finalmente dice:

“Tienes la cabeza cerrada, estas un poco decepcionada pero funcionará, a pesar de que alguien te ha traicionado, todo irá bien.”

### 3.7.8. Sacrificios

El acto sacrificial es un sistema de signos y símbolos y supone un enlace con el mundo sobrenatural, al cual se envía un mensaje desde el receptáculo mediador, ya sea el altar o el fetiche<sup>122</sup>. La escuela de sociología de Durkheim lo definió como proceso de comunicación, a través del ceremonial consistente en la destrucción de una víctima, entre dos esferas, una sagrada y otra no sagrada y en el cual el sacrificante recibe fuerza vital. En el caso del Islam, la *baraka*, fuerza oculta de la magia, es puesta al servicio del hombre, en los actos religiosos, con el objetivo de modificar la realidad, ya sea con fines benéficos o maléficos.

Hurbert y Mauss estructuran el sacrificio en tres fases:

<sup>122</sup>

. Surgy, 1976

- Fase preliminar en la cual se ven envueltos personas, lugares, objetos y periodos de tiempo.
- Inmolación: lleva a la víctima al interior de la esfera sagrada, entonces la energía circula entre las esferas sagrada y no sagrada.
- Todo aquél que ha entrado en contacto con la esfera sagrada, santificado, debe ser des-santificado antes de volver a la vida diaria<sup>123</sup>.

### 3.7.8.1. El sacrificio en la religión tradicional

Es común que el sacrificio tenga como fin expiar un pecado o transgresión, con el pago de la deuda debida a los espíritus o a Dios. Los mecanismos involucrados en el sacrificio son específicos de cada sociedad, por ejemplo, entre los Bantú, el sacrificio de la víctima tiene menos peso que el ritual de cocinado y consumo de la misma.

Griaule concibe el sacrificio bajo la teoría mecanicista sobre el pensamiento en África Oeste, según la cual este acto es un medio de purificación<sup>124</sup> aunque también puede tener fines adivinatorios, como ocurre entre los Bambara y los Minyanka en Mali, en que se combina con la geomancia<sup>125</sup>.

En el mito de la cosmogonía bambara, el sacrificio tiene un papel principal: cuando Dios arranca su árbol, después del penoso episodio protagonizado por Mouso Koroni, y lo arroja, el árbol queda partido en dos, excepto su corazón (piña), entonces las dos mitades se convierten en sendos gigantes gemelos blasfemantes. Es en este momento que Dios realiza los tres primeros sacrificios de la cosmogonía bambara:

1- Dios hace colisionar cielo y tierra con lo cual mueren muchos gigantes y los supervivientes se convierten en enanos.

Mouso Koroni responde transgrediendo las prerrogativas de Dios, teniendo relaciones sexuales con su hermano (tabú del incesto) y rasga la piel de Pemba con sus dientes, clítoris y uñas, en un intento de destruir el universo.

2- Dios crea un cordero blanco con patas, cuello y cabeza negros, excepto una estrella blanca en su frente, luego lo mata con un rayo y lo trocea: este acto da origen a los signos que simbolizan al varón y la hembra. Su sangre revive la creación. Dios manda a Faro y Pemba, los seres gemelos, a

<sup>123</sup>

. Colleyn, 1976

<sup>124</sup>

. de Heusch, 1976

<sup>125</sup>

. Bertaux, 1981

la tierra en un barco de oro que contiene todos los seres vivos y les enseña siete comandos, de los cuales seis deben sacrificios en altares erigidos en nombre de Dios. Mientras tanto, Mousso Koroni, acompañada de los enanos, usurpa a Dios la capacidad de conocer el futuro y conocer el secreto de las plantas, luego instiga a seres voladores a robar el secreto de la eterna juventud.

3- En respuesta, Dios les lanza un fragmento del quinto cielo que cae sobre ellos y hace desaparecer a muchas especies y empequeñecer a muchas otras. Dos fragmentos de cielo caen en la tierra y forman los primeros altares, que Faro confía a los herreros<sup>126</sup>.

El sacrificio entre los Dogón abre un circuito de *nyama* (fuerza vital) entre aquél que oficia el sacrificio y lo sobrenatural, vehiculizado por la sangre de la víctima, esta energía se incrementa al ingerir, el oficiante, el hígado de la misma<sup>127</sup>.

El sacrificio practicado por los Diolas de la Baja Casamance (Senegal) ofrece un puente de comunicación entre las fuerzas de la vida y las fuerzas de la muerte. La primeras son mediadas por ofrendas de arroz, granos, vino de palma o agua entre otros<sup>128</sup>.

### 3.7.8.2. El sacrificio en el Islam

En cuanto al sacrificio en el Islam, puede tener finalidades diversas: expiatoria, de iniciación, de purificación, dirigido a la fertilidad de los cultivos o adivinatoria.

El Corán y la Sunna recomiendan realizarlos solo a Dios, respecto a este sujeto, las diferentes escuelas de jurisprudencia difieren sobre la importancia de los sacrificios, que deben ser, con preferencia, blancos, color que simboliza la pureza. El valor de la víctima ofrecida más preciada es el camello, y en orden descendente de valor le sigue la vaca, el cordero, la oveja y el pollo<sup>129</sup>, siendo este último animal el más comúnmente usado y estimado en los actos mágicos dirigidos a los *djinnas*

“Anunciando el día, él parece iniciado en los designios de Dios, cazando con su canto los malos espíritus de la noche, él es el símbolo místico de la luz y la vida”<sup>130</sup>

---

126

. Cissé, 1981

127

. Griaule, 1976

128

. Journet, 1979

129

. Grandin, 1978

130

. Goldziher, 1971

Sea cual sea el animal sacrificado, debe ser puro, estar limpio y antes de inmolarlo se profieren palabras tales como “ yo consagro a Allah esta víctima”, luego se procede al degüello, fruto del cual debe derramarse abundante sangre, por que ésta está cargada de *baraka*. Algunos pueblos árabes utilizan esta sangre con fines diversos, como protección o medio terapéutico, como es el caso de los negros de Tlemcen (Argelia), que curan las cefaleas utilizando la pasta resultante de mezclar la sangre con henna. También se emplea para curar las estrías y otros trastornos de los senos y fresca para las algias dentales.

El objeto sacrificado, ya sea animal o vegetal, se constituye en agente entre el hombre y Dios, pero en el Islam también puede ser el hombre, como es el caso de los *sufies* y *marabouts*. De hecho, los teólogos musulmanes, para hacer referencia al sacrificio emplean el término *qourbân*, que significa “acción de aproximarse (a Dios)”. El sujeto que va a realizar el sacrificio es indispensable que se encuentre en estado de pureza, tras el rezo, dado que entrará en contacto directo con el intermediario de la fuerza divina, la víctima<sup>131</sup>.

### 3.7.9. Brujería

En el África Negra sigue existiendo la creencia colectiva y extendida sobre la existencia de la brujería, que se identifica con la realización de rituales mágicos por parte de ciertos individuos, cuyo interés se encuentra en conflicto con el grueso de la sociedad, con el fin de dañar a la misma en su conjunto o a un sujeto en concreto. Este tipo de magia maligna se sitúa como oposición a la magia lícita que sostiene estas sociedades, por tanto reprobada y clandestina, entre otras razones, por que vulnera la moral compartida. En el Islam se equipara brujería y *sih'r* pero, como ya vimos en el apartado dedicado a los fetiches, las prácticas preislámicas también son condenadas, de manera que se miden por el mismo rasero los dos tipos de ritual infieles, ambos asociados a los demonios, de límites borrosos y que sitúan de manera continua bajo sospecha a todo aquél que practica rituales que escapan a las prescripciones del Islam, entre ellos los *fetichers*, considerados politeístas y por tanto infractores, pero en la ley de esta religión, los brujos, si no causan daño, no son castigados más que con medidas correccionales.

La brujería, como la adoración de fetiches, incluso el sufismo o la magia islámica en cualquiera de sus formatos (geomancia, talismanes, cuadrados mágicos, djeduels, etc) , atribuyen poderes sobrenaturales a elementos externos a Allah, hecho que les sitúa en estado de transgresión, aunque una diferencia sustancial entre la primera y las otras dos es la carga moral que subyace a las

---

131

. Doutté, 1909

diferentes prácticas. A pesar de que en la actualidad, tanto sabios como jurisprudentes musulmanes dudan o niegan la existencia de la brujería, tildando las transformaciones obradas en el individuo víctima de supuesta brujería, de cambios de carácter ligadas a la sugestión, que puede incluso llegar a provocar enfermedad, entre las gentes, todo ritual secreto o desconocido, es sospechoso de brujería.

En conclusión, brujería y religión discurren paralelas, presentándose la brujería como anti-religión a pesar de que pueda constituirse en un verdadero teísmo pero, por supuesto, basado en la adoración de otro dios, un dios “malo”, no Allah.

En cuanto a los trastornos atribuidos a brujería encontramos la epilepsia, cambios de humor sin razón aparente, separación en la pareja, bloqueo en el ámbito laboral, problemas de salud, apatía, locura, sueños extraños, entre otros y el tratamiento contemplado por el Islam es la *Roqya* legal y los masajes con aceite de oliva (producto contemplado en la medicina profética).

En África Oeste se atribuye al brujo o bruja la capacidad de convertirse en ciertos animales, más comúnmente pájaros (causantes de enfermedades como la malaria), murciélagos, reptiles o gatos negros, que devoran los órganos de su víctima<sup>132</sup>.

La brujería irá apareciendo durante mi trabajo de campo como una constante o una coordinada siempre presente y que aflora por circunstancias diversas, con más facilidad, claro está, cuando nos adentramos dentro de la dimensión mágica y oculta de la terapia en África Oeste, como veremos a continuación.

## **Brujería en Mali**

La *sorcellerie* o brujería está muy presente en la vida cotidiana de las gentes de Bamako, dicen que en el barrio de Nafagi, al norte del barrio de Doumanzana, todo el mundo es brujo, incluso los niños.

Volviendo del bosque donde suele ir a buscar plantas medicinales Niaré, dejamos a nuestra derecha un pueblecito, entonces me indica el terapeuta que si alguien osa entrar allí, no dormirá por las noches, expresión exponente habitual de los efectos de la brujería, por que allí todos son brujos. Explica que la joven que he visto acudir a casa de Niaré los últimos días de consulta, hace poco que se casó pero no consigue quedarse encinta, hecho que se suele atribuir a la brujería, como tratamiento él le dispensa ramilletes de las flores secas y negras del N'Pekou que ella hervirá para luego beber la infusión resultante, se trata de un remedio contra la brujería.

---

132

. Benjamin, 2011

En una ocasión acude la muchacha consternada por que ha soñado con un brujo ( el brujo) que le pegaba con un bastón. Después no ha podido pegar ojo.

Moussa vuelve a darle los polvos negros de N'Pekou. Al cabo de unos días nos explica la chica que no ha vuelto a ver en sueños al brujo.

Debemos tener presente que tanto en las religiones tradicionales como en el Islam existe entre los practicantes una conciencia clara de que los sueños los inspira Dios, explicación que confiere a los sueños un peso y carácter totalmente diferente al del pensamiento racional, tanto para establecer un diagnóstico como para conocer el tratamiento, a menudo consistente en ofrendas o también llamados sacrificios.

La última de mis preguntas al vendedor de productos animales del mercado de artesanía, en el Grand Marché de Bamako, sobre si los brujos también son clientes suyos, le arrancó una carcajada, seguida de la pregunta de si yo había visto alguna vez a un brujo, a lo cual contesté yo, no sin cierta vergüenza y extrañeza, que no, ante la sospecha de que aquel individuo no creyera en la existencia de estos seres. Tal posición, en mi país nada tendría de extraño, pero en un lugar donde prácticamente toda la sociedad comparte una realidad mágica, donde estos personajes y sus hechizos atraviesan la vida diaria, me sorprendió.

A mi contestación de que no los había visto nunca, se apresuró a decirme, no sin cierto misterio, que a los brujos y brujas nadie puede verlos, ellos se convierten en animales como el gato, especialmente negro, o bien se introducen en el cuerpo del individuo y se lo comen por dentro: cuando llegan al corazón, la víctima muere.

Este mismo procedimiento de actuación puede encontrarse descrito en tratados sobre *Roqya* o exorcismos de carácter islámico.

Al cabo de unas horas, estoy junto a Niaré mientras él realiza sus tratamientos: en un momento en que no hay ningún paciente, le explico la conversación mantenida en el mercado a lo que él me asegura que es capaz de reconocer a un brujo/a si aparece por la puerta de casa, dice que estos tienen varios puntos, pecas oscuras en los de raza blanca y claras en los de raza negra: un punto en medio de la frente, uno en medio de cada mejilla, en la cara anterior de aproximadamente el segundo espacio intercostal y otro sobre el tercio medio, cara externa de cada brazo.

Pasados unos días, me encuentro con M., mi amigo *feticheur*, él me explica que los *sorcilliers*, a pesar de que parezca que anden sobre los pies, realmente caminan sobre las manos. Dice que hay un árbol en el bosque que si mezclas sus polvos con agua y te lavas la cara con el líquido resultante, podrás reconocer al *sorcièr* y ver como andan sobre las manos. El problema es que el *sorcièr*



también te reconoce y se da cuenta de que le has reconocido, así que hay protegerse bien.

En la práctica terapéutica también es necesario protegerse de los brujos:

La última maniobra de Moussa Niaré durante el procedimiento terapéutico, es extender sobre el miembro afectado un poco de la manteca de karité que ha mezclado con polvos de otros productos y donde ha escupido palabras del Corán, eficaces en el tratamiento de las afecciones naturales y encantaciones del secreto mandé por si la causa es provocada.

Un día pregunto a Niaré porqué, durante el acto terapéutico, realiza una maniobra tan forzada como es, teniendo a su izquierda el pote con crema de karité, describir un largo movimiento con el brazo derecho por delante de su cuerpo, para tomarla con la mano derecha. Yo pensaba que tal vez, al contener esta crema palabras secretas, clave del efecto terapéutico, no se debía tocar con la mano impura para los musulmanes, la izquierda. Pero no, para mi sorpresa me explica que mediante esta maniobra de cruzar con su mano derecha por delante de su cuerpo, dos veces, al ir a buscar la crema y al depositarla en el miembro enfermo, realiza una pantalla entre su paciente y él, pantalla de protección frente al paciente, frente al peligro de contraer la enfermedad del paciente o frente al posible brujo.

### 3.7.10. Sociedades secretas

Las sociedades secretas en la región mandé tienen gran peso cultural y político. Encargadas de traspasar el conocimiento de las religiones locales pre-islámicas, escaparon al control colonial y siguen vivas en la actualidad, de ellas, las más importantes en Mali son la sociedad de *komo*, sociedad de cazadores y *kôrè*, otras son la *gwan* y la *do*<sup>133 134</sup>.

Se trata de “escuelas de vida”, donde se enseña a los jóvenes los grandes principios de la sociedad mandé: saber guardar los secretos y prohibiciones, soportar pruebas físicas duras sin quejarse, ser valiente y trabajador, dominar su apetito, respetar, honrar a los ancianos y saber que la responsabilidad de la familia, en estas sociedades patriarcales, recae sobre el hombre<sup>135</sup>.

---

133

. Amselle, 1990

134

. Kassibo, 1992

135

. [http://www.africamission-mafr.org/charles\\_bailleull.htm](http://www.africamission-mafr.org/charles_bailleull.htm)

En resumen, el objetivo de estas sociedades es dirigir la vida del ser humano, hacerle conocer su origen y naturaleza, además de orientarlo hacia la unión con la divinidad, en palabras de Zahan, haciendo referencia a la sociedad *mandé* de *dyow*:

« Par le fait même qu'un homme est initié aux *dyow* et s'y intègre, il se réalise et accomplit son humanité » (por el mismo hecho de que un hombre es iniciado, él realiza y cumple su humanidad<sup>136</sup>).

Aunque las sociedades secretas *mandé* tienen mayor presencia en Mali, en los otros países estudiados, como Gambia y Senegal, también existen, de manera menos visible, un ejemplo es el *kankurang*, rito iniciático practicado por sociedades *mandingas* de estos dos países.

Otra sociedad secreta *bambara* de Mali, es la *Manyan*, a la cual se entra voluntariamente aunque, como en la de *Komo*, se impone la entrada a los hombres de renombre, mientras que las mujeres y los incircuncisos tienen prohibida la pertenencia. No todos los miembros de la sociedad tienen acceso a todos los conocimientos relacionados con los rituales, por ejemplo, sólo los maestros conocen la composición de ciertos fetiches o de ciertos venenos y sus antídotos. La mayoría de participantes, aunque aprenden las alabanzas cantadas en voz alta, no conocen las encantaciones secretas murmuradas por el jefe de culto en los sacrificios, también pueden ver y oír lo que ocurre en el recinto sacrificial pero no pueden entrar en el santuario. Todos conocen las reglas y prohibiciones adscritas a su pertenencia a la sociedad secreta<sup>137</sup>.

### 3.7.10.1. Sociedades de cazadores

Muchas de las sociedades secretas de África Oeste son también sociedades de cazadores, como la de *Komo* en Mali. Estas cofradías ocupaban un lugar central en el equilibrio de las sociedades del África Oeste pre-colonial, ya que no sólo regulaban la actividad cinegética sino que participaban en la defensa de los reinos, actuando bajo un código ético de vertebral importancia. Ante los cambios políticos, económicos y sociales sufridos primero en la época colonial, post-colonial y de globalización en la actualidad, estas sociedades han tenido un papel de resistencia y conservación de los principios culturales de la tradición *mandé*.

A menudo los cazadores son hechiceros, tienen un profundo conocimiento de la fitoterapia y practican sacrificios sangrientos que ofrecen a sus fetiches.

---

136

. Zahan, 1960

137

. Jonckers, 1993

Algunas etnias fetichistas de Mali son los Bambara, los Bobos, los Minyankas, los Sénoufos y los Dogones.

En las zonas rurales siguen ocupando, desde antiguo, el poder local, el cual les confiere la responsabilidad de velar por el orden y la seguridad de la comunidad. Al cazador se le reconoce por la camisa de *bongolán* (tejido teñido con arcilla) cubiertos de *gri gris* y caories que les proveen de protección contra el *nyama* de sus presas y otras fuerzas sobrenaturales.

Prácticamente todos los cazadores son terapeutas tradicionales y tienen un profundo conocimiento de la farmacopea terapéutica y mágica: productos vegetales cicatrizantes, contra la disentería; cuál es el mejor momento del año para recoger las plantas, habitualmente la estación lluviosa y el periodo de la recolecta, cuáles son las dosis y el proceso de elaboración oportuno. Este saber práctico (técnicas de caza, farmacopea y comportamiento social) y el saber oculto, (como las fórmulas mágicas *kilisi* y *dalakan* o los fetiches de caza *donso boli*), son partes integrantes de las técnicas de caza, dos aspectos indisolubles de los conocimientos de los cazadores, todo esto cubierto del esoterismo propio de cada sociedad. Este saber es transferido de maestro a alumno, pero el último no puede transmitirlo a su vez, hasta obtener la autorización o hasta que tiene lugar la defunción del primero<sup>138 139 140</sup>.

Los cantos de los cazadores son muestra de este saber:

*Dònni tè siganna* (el saber no puede ser prestado)

*Dònni tè ban fò ka jinyèn ban* (el saber no puede ser agotado hasta el fin de los tiempos<sup>141</sup>)

Un elemento esencial en el saber de las cofradías de cazadores, es el concepto de *Nyama*, ya nombrado en otros apartados: los cazadores están continuamente y directamente expuestos al flujo vital y fuerza vengativa de los animales muertos durante el ejercicio de la caza, la única manera de neutralizarla es con las enseñanzas de la cofradía, si no corren el peligro de contraer enfermedades tales como la lepra, la dermatosis o ciertos reumatismos.

---

138

. Cissé, 1994

139

. Cissé, 1964

140

. Sidibé, 1996

141

. Sidibé, 1994:58

Es histórica la fraternidad entre cazadores, materializada hasta hoy en el intercambio de conocimiento, ya en la *Charte du Mandé*, se menciona: este texto, fundamental en las sociedades de cazadores y verdadera proclamación de los derechos del hombre, contribuyó a la unión del Imperio de Mali de Soundjata Keita en el siglo XIII<sup>142</sup>.

En el Encuentro de Cazadores de África Oeste, que tuvo lugar entre el 26 de enero y el 1 de febrero del 2001, en que se reunieron representantes de Burkina-Faso, Costa de Marfil, Guinea, Mali, Níger y Senegal, el ministro de cultura de Mali, Pascal Baba Coulibaly hizo referencia a las sociedades de cazadores en estos términos:

*"Il est curieux que la recherche sur la chasse, dans la pratique, soit classée comme un fait social mineur alors qu'en le chasseur coexistent le guerrier fondateur d'empire, le thaumaturge et le devin, le protecteur et le nourricier, le rebelle et le pacifique. Et si nous avons besoin d'une conscience qui n'ait jamais porté le complexe de sa condition, vivant sa différence, voire ses archaïsmes, comme autant de titres de fierté, c'est au chasseur qu'il faudrait nous référer... Nous sommes, aujourd'hui, loin de cette ambiance de secte ethnologique qui confortait l'Occident dans son projet hégémonique, en évacuant du champ de la recherche certains secteurs de la réalité sociale<sup>143</sup>."*

A continuación transcribiré un episodio acontecido en Bamako y que ilustra la naturaleza del cazador en Mali:

### **Mamadou Jawara, le chasseur, Le Perroquet, Lafiabougou, 29.02.16**

Tonto Vieux tuvo un accidente hace 8 meses, una *sotrama* (pequeño microbús local) lo atropelló casi delante de su casa y le fracturó el cuello del fémur izquierdo por tres sitios, luego le pusieron una osteosíntesis (un clavo con grapas) en el Hospital de Katí (único centro hospitalario con traumatología fuera de Bamako), la fractura consolidó bien pero nunca le hicieron una reeducación de la marcha, sólo le dieron medicamentos y lo mandaron para casa, de manera que Tonto Vieux (así le llama toda su familia, incluso sus 6 hijos y su mujer, Bintu) padece una muy visible cojera. Le conocí una noche en el Perroquet. Andaba con la basculación típica de los afectos de cadera durante la fase de oscilación de la marcha. Para evitar el descenso de la hemipelvis y flexión de cadera, elevaba la hemipelvis oscilante, hecho que se traducía en una gran basculación de cintura escapular.

Uno de los días en que hicimos tratamiento en su casa ante los ojos divertidos de su madre, sus 6

---

142

. Cissé, 1991

143

. <http://www.africultures.com/php/nav=article&no=1835#sthash.oUx4odZ4.dpuf>

hijos y los otros miembros del kompao, tras finalizar insistió en acompañarme de nuevo al *Perroquet (maki)*, o bar donde sirven alcohol a pesar de la prohibición islámica) e invitarme a una cerveza.

Nos sentamos en la barra junto a un hombre: nada más llegar comenté a Vieux que venía de casa de los Niaré, conocidos *traumatolegs traditionels*, entonces arrancó a hablar el hombre de mi derecha, Mamadou Jawara, a explicar que aquel era su trabajo, después especificó que él era *chasseur* (lo cual es un orgullo en Mali y de gran trascendencia, por ejemplo, la asociación nacional de cazadores tiene gran poder político en Mali).

Entonces Mamadou y Vieux iniciaron un pulso con sus explicaciones, se alternaban y se solapaban: el padre de Vieux es imám de una mezquita próxima y Vieux conoce muchos secretos del Corán, como la pistola del Corán, “la *cortelle*, arma invisible que te dispara, te mata y no la puedes ver”; Mamadou explicó que todos los cazadores son traditerapeutas pero no todos los traditerapeutas son cazadores, los cazadores conocen todos los secretos del bosque y se los transmiten en secreto: el secreto de las plantas, los animales, de los *djinns* y los fetiches.

Mamadou se autodefinía como cazador pero también *feticheur* y fitoterapeuta, me explicaba que justo aquel día había vuelto del mandé.

Me enseñó sus uñas: las correspondientes al dedo anular y meñique de su mano izquierda eran extrañamente largas, como las de los guitarristas, me dijo que los *feticheurs* siempre tenían esas dos uñas así de largas porque las usaban como recipiente para depositar polvos y también venenos. Me explicó que él reconocía a un *sorcièr* en cuanto lo veía, por su forma de andar y por su mirada. Él estaba en la oficina de la asociación nacional de chasseurs, me enseñó las tarjetas de visita de varios chasseurs y *feticheurs*, altos cargos de la asociación y del ejército, dijo que el *feticheur* de Yahya Jammeh vivía en Magnabougou y que de vez en cuando el presidente venía a Bamako de incógnito o bien le mandaba ir a él un par de días a Gambia.

Le mostré varios *djeduels* que tanto él como Vieux conocían, otros sólo los conocía Mamadou. Una vez más, como las otras veces que los había enseñado, me dijo que no eran buenos, que servían para hacer el mal, cómo sirven para muchas cosas, “Incluso puedes matar a una persona”, también me mostró algún *djeduel* que guardaba en la cartera y que yo ya había visto en alguna ocasión, me enseñó signos de geomancia (con muchas figuras de la prisión, de lo cual deduzje que aquel *djeduel* no estaba destinado a hacer el bien).

Sacó de la cartera un palo de unos 10 cm y me dijo que era la pistola de los *feticheurs*, que si la tocaba podría morir, me explicó maneras de atrapar a una persona que tienen los *sorcièrs* y los *feticheurs* pero también me dijo que una persona puede atrapar a otra y la otra liberarse pero que nunca te puedes liberar si quien te atrapa es Dios.

Citó Mamadou a Hampaté Bah en su célebre frase: “cuando muere un anciano, una biblioteca se quema”, me explicó que muchos ancianos tenían el secreto mandé pero que habían muerto llevandoselo, a lo cual repliqué yo que lo transmitían a sus hijos, él dijo que no, que en los últimos años, como los hijos se han ido a la capital a hacer dinero, ellos consideraban que no estaban interesados en esas cosas y se llevaban el secreto a la tumba. De hecho, relacioné esta afirmación con aquella de Diallo, el kinesiiothérapeute del hospital Point G de Bamako, según él, la gente de capital no se atreve a llevar a sus hijos a los pueblecitos de donde son originarios por que las gentes de allí les meten en la cabeza esas ideas antiguas y extravagantes y luego no se les puede quitar

Me explicó Vieux que las tripas de hiena eran el peor veneno y que había mucha gente que decía que mataba con magia pero que en la mayoría de casos eran impostores y mataban con venenos.

### 3.7.11. Adivinación

La creencia en la adivinación ha acompañado a la humanidad desde sus inicios, trenzada con la magia y la terapia, cada una de estas intervenciones se practica utilizando elementos de las otras hasta nuestros días, en muchos lugares del mundo, como ocurre en África Oeste, donde tanto marabouts como feticheurs y terapeutas tradicionales, utilizan la adivinación para conocer el diagnóstico de su paciente, así como el tratamiento más adecuado como tenemos oportunidad de presenciar repetidamente en las incursiones al bosque, con Niaré.

En hebreo, magia y adivinación comparten etimología, en latín “vates” significó “mago” antes que “adivino”<sup>144</sup>.

Los primeros signos de adivinación aparecen en África Oeste se basan en la interpretación de las huellas en el barro de ciertos animales, como la hiena, el oso hormiguero o el zorro<sup>145</sup> relacionando incluso, esta última autora, la emergencia de la escritura en esta región con la adivinación a través de estos signos naturales<sup>146</sup>.

---

144

. Doutté, 1909

145

. Griaule, 1951

146

. Kassibo, 1992

El adivino, a menudo se constituye en puente de unión entre el mundo visible y el invisible, esta posición privilegiada le permite conocer la causa primera del infortunio y de la enfermedad, ya se trate de una transgresión o de la acción de alguien del entorno; y el remedio oportuno.

Sin embargo, en el Islam, a pesar de tratarse de una práctica común desde hace siglos, mediante numerosos procedimientos que serán expuestos en adelante, se trata de una intervención condenada por la jurisprudencia por que, como dice textualmente en el Corán: “Nadie en el cielo ni la tierra conoce lo incognoscible, a parte de Allah”<sup>147</sup> de manera que todo aquél que lleva a cabo adivinación, acusado de pretender competir con Dios en sus atributos, negociando con djinns, es categorizado de cafre o infiel<sup>148</sup>.

### 3.7.11.1. La adivinación por las conchas. Caorimancia.

Las conchas de caorí (*Cypræa moneta*, L.) son pequeñas conchas que tienen su origen en el Océano Pacífico y que fueron profusamente utilizadas en el comercio entre Asia y África durante el siglo XIX, entre otros, en el comercio esclavista. En la actualidad se utilizan como ornamento, amuleto y para la adivinación en el África del Oeste<sup>149</sup>.

También se les atribuye propiedades terapéuticas de carácter mágico (*Cypræa annulus*), en Şan`ā (Yemen) se emplea una receta para combatir las enfermedades mentales, cuando los causantes son djinns, elaborada a base de cinco caories apiladas<sup>150</sup>.

Durante el siglo XIII Ibn al-Bayṭār documenta el uso de estas conchas para combatir las úlceras oculares, por sus virtudes secantes, también para tratar la hidropía, el impétigo y contra el mal de ojo en recién nacidos<sup>151</sup>

---

147

. Coran 27/65

148

. <http://islamweb.net/frh>

149

. Doutté, 1909

150

. Regourd, 2009

151

. Procházka-Eisl, 2003

### 3.7.11.2. La adivinación por los sueños. Oniromancia

En el Islam, como en el mundo griego se considera que existen dos tipos de sueños, aquéllos cuyo contenido resulta irrelevante, fruto de lo vivido durante la vigilia *h'oulm* (Árabe) y aquellos otros que envía Allah *rou'ia* (Árabe), estos dos tipos de sueños se distinguen en los hadîts . Esta visión es común con otras culturas, en que se considera que lo soñado tiene conexión con lo sobrenatural o bien, que durante este estado fisiológico, el alma abandona el cuerpo.

En mi trabajo de campo, tanto en Gambia como en Mali, marabouts y terapeutas tradicionales, me explicaron que el diagnóstico del paciente y su remedio, les es revelado durante el sueño, como vemos en la transcripción de las entrevistas. Ibrahima Tambahou, en nuestro primer encuentro, antes de empezar yo con las preguntas que tenía preparadas me advirtió de que cuando yo acabara, él me iba, a su vez, a poner algunas cuestiones. Pues bien, cuando le anuncié que mi entrevista había finalizado me preguntó:

“¿No es verdad que los sueños únicamente son enviados por Dios?”, mientras yo balbuceaba una respuesta basada en la neurofisiología del sueño pero que no le contrariara en exceso, él afirmó: “Sí, todos los sueños los dicta Dios”

Niaré, a pesar de que la observación participante durante estos meses, lo contradijera, en nuestro primer encuentro me informó de que el diagnóstico del paciente lo conoce mientras duerme. Awa, la mujer de Pikin (Dakar) que practica adivinación con las cáscaras del cacahuete, también me contó que esta técnica, de la cual nunca tuvo noticia antes ni después, le fue revelada en sueños.

Una señora centenaria, (estuvo viviendo en Costa de Marfil y conoció personalmente a De Gaule, según cuenta ella misma,) acude a Brehima con edema distal en una de sus piernas y pide a Brehima que le practique la sangría, en efecto, se le practica por encima del maleolo externo. En su otra pierna presenta una fractura antigua de tibia no tratada y que actualmente presenta importante deformación a consecuencia de la mala reducción de la fractura.

Cuenta la mujer que la noche anterior al accidente soñó con las raíces alargadas de la mandioca y supo que era un mal augurio, al día siguiente tuvo lugar el accidente: una muchacha que conducía una moto de las que está llena Bamako, la atropelló en la misma puerta de su casa.



Estos son algunos ejemplos del papel del sueño en la práctica adivinatoria y terapéutica. Ibn Khaldoun<sup>152</sup> interpreta que el alma, durante el sueño, llega al conocimiento del mundo

espiritual:

“El espíritu de se despoja entonces de los sentidos exteriores y se acerca a las facultades internas...el alma se vuelve hacia las imágenes conservadas en la memoria, las combina, las descompone, les da otras formas... A veces el alma se vuelve, durante algunos instantes, sobre su esencia espiritual, a pesar de las resistencias que se oponen a las facultades internas, entonces es capaz de asir percepciones del mundo invisible, por su espiritualidad”.

Éste es el tipo de sueño que se atribuye a la inspiración divina.

### 3.7.11.3. Adivinación. La geomancia

El origen de la geomancia se presta a numerosas conjeturas, árabe o persa, chino, egipcio, indio o mesopotámico según las fuentes. Se encuentra desde hace siglos en el África Oeste, en la zona del Índico y en algunos países de Latinoamérica como Cuba, desde los tiempos esclavistas, en que los cautivos originarios del Golfo de Guinea, instalados en tierras americanas, la llevaron consigo. Algunos autores establecen paralelismos entre las figuras geománticas, los trigramas chinos, llamados *pakoua* y ciertas escrituras del Norte de África como las *tifinars* utilizadas para transcribir la lengua *amazir* o *berbere*. La gran extensión y antigüedad de esta práctica se ha prestado a la hipótesis de la existencia de un factor común de unificación cultural subyacente .

Es a partir de la escuela de Toledo, (XII et XIII<sup>e</sup>.s.), que en l'Ars Geomancie de Hugues de Santalla, o la Geomancia Nova atribuida a Gérard de Crémone según Thérèse Charmasson (1980) se usa el término “geomancia” para designar la técnica adivinatoria también llamada adivinación por la arena. Hasta entonces, este vocablo hacía referencia a la adivinación mediante la observación de los fenómenos telúricos, enmarcada en la clasificación de Verron de las artes adivinatorias, según los cuatro elementos: piromancia, hidromancia, aeromancia y geomancia. A partir del siglo XVI comienzan a aparecer tratados impresos de geomancia, haciendo referencia a la adivinación en la arena (Cornelius Agrippa, Gérard de Sabionetta, Jean de La Taille De Bondaroy, Robert Fludd, De Perruchio, etc.<sup>153</sup> ).

En el Islam el origen de la geomancia se atribuye a una revelación divina, la historia de cómo tuvo lugar esta revelación es ampliamente extendida entre las gentes y explica cómo Allah comunicó al

---

152

. Doutté, 1909 : 54

153

. Mouls, 2004

profeta Idriss el conocimiento del mundo superior: Idriss, que era un hombre que vivía según los preceptos de Dios, le pidió a éste una manera de ganarse la vida. Un día, estando el hombre sentado en la arena, hacía distraídamente dibujos en ella con sus dedos, cuando vio a un hombre que estaba de pie ante sus ojos. Éste, que no era otro que el ángel Gabriel, le enseñó los diez y seis signos de la geomancia y su significado, luego, para someterle a examen, preguntó a Idriss qué ángel estaba en el cielo más cerca de Dios, a lo cual respondió el profeta que *Jibril* (Gabriel), después le preguntó si en ese preciso instante el ángel estaba en el cielo o en la tierra, a lo cual Idriss, trazando un signo de geomancia en la arena, respondió que en la tierra; entonces prosiguió el ángel preguntando si Gabriel estaba al norte o al sur, a lo que el hombre, tras dibujar otra figura, respondió que estaba junto a él; en ese momento el ángel Gabriel, comprendiendo que su enseñanza había sido aprendida, desapareció<sup>154</sup>.

Cuentan que el ángel Gabriel reveló a Idriss 16 signos de geomancia pero que éstos no eran todos, se guardó otros tantos para evitar que el hombre compitiera con Allah, el único con capacidad de conocer el futuro.

A pesar de que la geomancia hunde sus raíces en la tradición islámica y hoy en día sigue utilizándose en toda la geografía que ocupa el mundo islámico, confiriendo a aquél que domina este arte, un gran prestigio, es ésta una práctica vivamente combatida por los *ulemas* por ser considerado un método no ortodoxo que entra en contradicción con los principios del Islam.

El procedimiento de la adivinación por geomancia comienza con el trazado sobre la arena, con el dedo (aunque actualmente también se realiza con un bolígrafo sobre una hoja de papel), de manera automática y azarosa, por parte del adivino, de 16 series de rayas, luego se cuentan los puntos de cada serie y si el resultado de la suma es impar, se dibuja a su vez un punto, si la suma es par, dos puntos. A partir de esta consecución de puntos se forman las figuras geománticas, que luego se irán combinando entre sí de una manera determinada, para formar las diferentes casas en las que se estructura este sistema de adivinación. La estructura de cada figura y el lugar determinado que ocupe dentro de la organización, le dará un significado concreto, interpretado como cristalización de un mensaje que proviene de una voluntad superior<sup>155</sup>.

La geomancia, llamada pagana, es un medio autóctono muy empleado ampliamente por los pueblos mandé, especialmente en las sociedades secretas<sup>156</sup> y basada, según algunos autores<sup>157</sup>, en los sistemas de representación del mundo propios de estas culturas pre-islámicas, en que los signos geománticos simbolizarían los arquetipos del mundo material, como ocurre en las cosmogonías

---

<sup>154</sup> Maupoil, 1943 : 1-94

<sup>155</sup> Khamballah, 2006

<sup>156</sup> Bertaux, 1981

<sup>157</sup> Dieterlen, 1951

bambara, dogón o bozo y que reposan en antiguos conocimientos astronómicos. Teniendo en cuenta la íntima relación entre todos los seres visibles e invisibles en esta concepción de la realidad, la práctica de la geomancia se convierte en una suerte de regulador de las tensiones del tejido social<sup>158</sup>  
<sup>159</sup> <sup>160</sup> <sup>161</sup>, sin embargo, muchos autores coinciden en considerar que la geomancia clásica islámica se vulgarizó en África Negra a partir del siglo XV, introducida en Wagadu, sin que difiera mucho la metodología empleada aunque también podemos encontrar variantes como la que practican Bambaras y Minyanka, que dibujan las dieciséis figuras en sendas hojas de ficus, luego las sumergen en agua, donde se baña el iniciado<sup>162</sup>.

Lo cierto es que las figuras geománticas, entre la población no letrada, se utilizan de forma corriente para la realización de fórmulas mágicas y conjuros, esta forma de geomancia se distingue de la clásica, más puramente islámica, aunque ambas han sufrido tantas transformaciones en su interpretación a lo largo de los siglos, que son difíciles de categorizar. En Mali se suelen designar las figuras con los nombres de los profetas, probablemente por razones nemonísticas y también hallan correspondencias, como hemos visto en la entrevista del feticheur de Pikin (Dakar), con nombres de *djinnns*<sup>163</sup>, de animales domésticos y salvajes, entre otros. Todas estas transformaciones denotan la adaptación del sistema geomántico clásico a las diferentes realidades sociales donde se ha asentado el Islam, así encontramos la introducción de un rosario y nueces de kola tanto en el Sudan occidental como en Benin y el acompañamiento con piedras y frutos en Madagascar<sup>164</sup>

Ya se mencionó que la adivinación por medios geománticos es común en la búsqueda del diagnóstico de los pacientes, como ilustra el episodio acontecido uno de los domingos en que fuimos al bosque, Moussa Niaré y yo: después de recolectar algunas cortezas y tallos de los que empleaba en sus tratamientos, fuimos a almorzar con Modibo (el *soma*) y Drahaman, el *marabout* y más tarde se añadió un hombre, por apellido Coulibaly que se acercó hasta allí para hacer una consulta.

Mientras estábamos allí llamaron a Moussa desde casa para decirle que había llegado un paciente

158

. Griaule, 1951

159

. Griaule, 1948

160

. Zahan, 1960

161

. Fainzang, 1954

162

. Bertaux, 1981

163

. Hébert, 1961

164

. Kassibo, 1992

urgente, fruto de un accidente: Moussa indicó a sus hermanos que lo trataran ellos, que al día siguiente él lo supervisaría.

Al colgar el teléfono, explicó el traumatólogo tradicional a los otros dos que tenía una paciente con una fractura que además desde hacía tiempo no podía deglutir alimentos, sentía una estrechez en la garganta que no se lo permitía; él le había dicho a la paciente que vería a Modibo y Drahaman y que les pediría que vieran si esta afección era natural o bien provocada por *sorcellerie*.

Entonces Drahaman pasó una hoja y un bolígrafo a Modibo que inmediatamente hizo todo el trabajo de geomancia, al tiempo que, al aparecer ciertas figuras, se sonreía para sí; un vez acabado se lo pasó a Drahaman, que después de mirarlo atentamente dijo que en efecto, se trataba de *sorcellerie* que había encargado una persona mayor de la familia y que, para curarse, el sacrificio que debía hacer la víctima, era repartir entre los niños dos litros *d'eau de vache* (leche).

### 3.8. Conclusiones

La cosmología de las sociedades de África Oeste, no deja lugar al vacío: todos los espacios son densos, llenos de sentido, una realidad paralela a la que es capaz de percibir el occidental preso en el sistema de pensamiento racional.

La magia como elemento terapéutico tiene gran presencia, tanto en los rituales de curación islámicos como de origen mandé, se entrelazan y confunden en una tejido de sincretismos y apropiaciones donde es harto difícil separar los elementos que pertenecen a una u otra cosmovisión, por que la cultura de estos pueblos en la actualidad, después de siglos de islamización, los ha fundido, creando un nuevo producto genuino. Resulta paradójico, sin embargo, el régimen de sospecha al que se hallan sometidos los practicantes de estos rituales; cafres y charlatanes, *feticheurs* que trabajan con el diablo y brujos, *marabouts* que trabajan con *djinns*, la espiritualidad condenada de los sufí. Rituales mágicos que tanto se practican como ocultan. Las cosas de Satán, las cosas de Dios y las cosas de los hombres aquí tienen límites borrosos y fronteras de gran porosidad.

Por otra parte, dado que la magia se encuentra entre las representaciones etiológicas de la enfermedad, entonces resulta coherente que la curación sea mediada por la misma y como vemos en este capítulo, son numerosos los rituales mágico-religiosos involucrados en el proceso curativo.

Esta dimensión de la práctica terapéutica le confiere una eficacia simbólica necesaria no muy diferente a ciertos discursos y representaciones presentes en el sistema biomédico.

Hablar de terapia tradicional en África Oeste sin contemplar esta dimensión, aprisionados en un positivismo que sólo valora la técnica física, mensurable, como los resultados que media, es un error porque nos privaría de gran parte de los elementos explicativos del fenómeno terapéutico entre estos pueblos.

## Capítulo 4. Análisis antropológico.

### 4.1. Tendencias desde la antropología

“Desde la antropología médica se intenta, mediante un proceso inductivo, encontrar el sentido de las acciones que analizamos, lo cual es la base para entender e interpretar ciertos comportamientos y formas de organización en el proceso de salud-enfermedad<sup>1</sup>”

El conocimiento de los referentes culturales relacionados con la salud en una sociedad determinada es fundamental para entender el proceso de salud y enfermedad comunitario. Para la consecución de este fin ha sido de especial importancia, en primer lugar, tener en cuenta la dimensión mística presente tanto en las representaciones de salud y enfermedad como en las etiologías y terapéuticas empleadas y en segundo lugar, la marcada dimensión social del individuo, cuya vida tiene sentido en la medida en que se relaciona con otros individuos.

Otro factor determinante es la tradición como normativa que guía y constriñe los comportamientos de los sujetos de estudio, fuertemente marcados por sus roles sociales: en este contexto la enfermedad afecta no sólo al sujeto que la padece, sino a toda la familia y la comunidad en que se halla inserto, de modo que las conductas a las que se atribuye la enfermedad, ya sea partiendo de una explicación física o sobrenatural, están reguladas y sancionadas por los valores que prestan servicio al control social.

El carácter específico de la antropología médica radica en el reconocimiento de que para el estudio de salud/enfermedad utiliza marcos analíticos de las ciencias sociales, interpretando a la sociedad y a su historia, es decir, deja claro que el enfoque interpretativo histórico-social es indispensable. La antropología médica generalmente, pero no necesariamente, parte de los conceptos centrales del materialismo histórico para explicar el carácter social de la realidad sanitaria<sup>2</sup>, analiza las diferentes representaciones de la enfermedad, el papel de los diferentes actores involucrados en el proceso de salud / enfermedad / curación y sus agencias, en función del contexto sociocultural en el cual se hallen insertos.

En los inicios de esta disciplina, los estudios sociológicos se adelantaron a los antropológicos bajo la influencia de dos historiadores de la medicina; se debe a Sigerist y posteriormente a Ackerknecht la inclusión de las fuerzas sociales, culturales y económicas en estos análisis.

---

1

. Rumbero, 2007:201-224

<sup>2</sup>. Ampudia., 2010

Según De Miguel<sup>3</sup>, en la configuración de la disciplina se aprecia la influencia de cinco líneas intelectuales con la siguiente cronología:

-A partir de 1924 surge el interés etnográfico por la magia y la brujería, que incluye a la medicina primitiva.

-La escuela Cultura y Personalidad, desde 1934, interpreta a Freud desde una perspectiva más antropológica.

-La Escuela de Chicago, a partir de 1939, relaciona problemas psiquiátricos y mundo urbano.

-Los estudios internacionales sobre salud pública, desde 1942, se desarrollan con el apoyo de la OMS y otras instituciones.

Existen diferentes orientaciones en el análisis del proceso salud/enfermedad, así, los trabajos de Hallowell<sup>4</sup> muestran una orientación funcionalista al explicar las representaciones y terapéuticas relacionadas con la enfermedad por su función de control social en las sociedades desprovistas de instituciones políticas y judiciales especializadas en la regulación de los conflictos.

Sin embargo, Ackerneth<sup>5</sup>, a pesar de su visión funcionalista, se inspira en el relativismo cultural al considerar la unicidad de cada sociedad, que determina la función específica que tendrá este proceso en cada una de ellas. El autor rompe con el evolucionismo de Rivers y de Clements, mostrando que las medicinas “primitivas” reposan sobre sistemas de pensamiento lógico, aunque irracional por que explican la enfermedad desde una visión mágico-religiosa, sin base empírica. Él subordina la noción de racionalidad a la de eficacia.

Turner (1968) sigue esta misma línea al dotar de función social a la institución adivinatoria de los Ndembu de Zambia, dado que el adivino, para conocer el origen de la enfermedad, considera el contexto social del enfermo, de manera que el diagnóstico emitido tendrá puntos en común con el procedimiento judicial al revelar conflictos subyacentes en el campo social y velar por darles solución, sobrepasando el campo estrictamente médico.

El uso de la enfermedad para el control social puede venir mediado por la explicación de la misma como sanción por la trasgresión normativa, como el adulterio o el robo, vehiculizada por los ancestros, como en los Bisa de Burkina Faso o por Allah en las sociedades islamizadas del África Oeste. El tratamiento pasará por la reparación de la falta cometida o bien por el sacrificio que simbolizará tal reparación.

---

<sup>3</sup>. De Miguel, 1980:13

<sup>4</sup> .Sapir, 1941

<sup>5</sup>

. Ackernecht, 1985:465-497

La orientación cognitiva, de la cual son ejemplo los trabajos de Evans-Pritchard (1968) sobre los Azande, explica como las diferentes culturas perciben y estructuran la experiencia de la enfermedad, organizadas en función de las concepciones y representaciones de la realidad de cada grupo humano, de manera que la interpretación de la enfermedad conduce a simbolismos particulares de cada sociedad.

Desde el punto de vista del construccionismo social, las enfermedades se encuentran particularmente incrustadas en un significado cultural.

El **construccionismo social**, **socioconstruccionismo** o más recientemente llamado **construccionismo relacional** es una teoría sociológica y psicológica del conocimiento que considera cómo los fenómenos sociales se desarrollan particularmente desde contextos sociales, se trata de un marco conceptual que hace hincapié en los aspectos históricos y culturales de los fenómenos concebidos a menudo como exclusivamente naturales.

Las sociedades llamadas “tradicionales” tienen en común la identificación de enfermedad y desgracia o infortunio, que remite a la dimensión social y metafísica del individuo. En el caso de las poblaciones del Sahel (songhay-zama, bambara, mossi, senoufo, dogon, soso), los diferentes estudios muestran una unicidad en las representaciones de la enfermedad<sup>6</sup>.

Sylvie Fainzang resume las diferentes orientaciones de la manera siguiente:

1. El examen de los problemas relativos a la salud y la enfermedad considerados desde una perspectiva antropológica, pueden contribuir a enriquecer la investigación médica.
2. Los problemas surgidos en el dominio de la antropología social y cultural encuentran en los estudios de antropología médica un terreno de reflexión privilegiado<sup>7</sup>.

En el primer caso la antropología se aplica al campo médico para esclarecer las razones subyacentes al comportamiento de terapeutas y enfermos y de esta manera mejorar la aplicabilidad de los programas sanitarios<sup>8</sup>. En este sentido cabe resaltar numerosos trabajos contemporáneos, especialmente de autores americanos.

En el segundo caso, la enfermedad se estudia desde el ámbito antropológico, estableciendo una relación indisociable entre desorden biológico y social. Esta visión es encabezada por Marc Augé con sus estudios en Costa de Marfil y Togo, bajo la observación de cómo los discursos relativos a la

---

<sup>6</sup> . Jaffré, 1999b

<sup>7</sup> . Fainzang, 2009b

<sup>8</sup> . Laplantine, 1986



enfermedad revelan el carácter social de la misma en las representaciones de los individuos de una misma sociedad.

Bajo esta perspectiva, Marc Augé<sup>9</sup> rechaza el término de “antropología médica” y opta por el de “antropología de la enfermedad” al considerar que la primera denominación situaría el campo de estudio a que hace referencia como subdisciplina de la antropología o bien de la medicina, mientras que el segundo se erige como un campo de conocimiento propio, constituido por fronteras y productos propios.

En palabras de este autor<sup>10</sup>:

“Gran cantidad de etnólogos que no tenían la enfermedad como objeto primero de su investigación, han constatado que no pueden intentar comprender la vida social, política y religiosa de las sociedades sin tomar en consideración el sistema nosológico (elaboración de diagnóstico, las prescripciones terapéuticas, las instituciones, los agentes) de la dimensión social de la enfermedad.”

Este término no ha tenido el eco deseado, especialmente en Estados Unidos, donde la disciplina está más desarrollada y sigue bajo el cuño de “antropología médica”, incluso para mencionar los trabajos de Marc Augé. En este continente, junto a la antropología médica y la antropología de la enfermedad, surge, durante los últimos años, una tercera rama, la etnografía de la salud.

## 4.2. Etnografía de la salud.

La etnografía de la salud comprende estudios de carácter multidisciplinario (sociología, economía, geografía, historia, etc). Los temas abordados son múltiples: políticas y sistemas de salud, factores socio-culturales y factores patológicos de carácter endémico, problemas de salud en minorías étnicas, así como factores culturales a tomar en cuenta en la elaboración de programas de educación sanitaria.

En cuanto a la vieja dicotomía entre racional y mágico, que establece el paralelismo del primer término con modernidad y el segundo con tradición. En los últimos tiempos numerosos autores coinciden en la dificultad que entraña este dualismo para dilucidar cómo el carácter simbólico de

---

9

. Augé, 1968

10

. Fainzang, 2009b:5

las concepciones menos racionales forman parte importante de las representaciones en las sociedades denominadas como modernas.

En cualquier caso, si hablamos de sociedad africana, no podemos obviar el intrincado binomio constituido entre “tradición” y modernismo, también adscrito al paralelismo “africano” y “occidental”, siendo la modernidad un eje que aleja al africano, conceptual y moralmente, de la propia historia, de la estructuración de la realidad en la que hallan lecho sus cimientos para entender el mundo, trocado por una “modernidad” que desgraciadamente a menudo obedece a las leyes de mercado y a una moral neoliberal.

Por otro lado, A. Kleinman<sup>11</sup> propone una nueva terminología que consiga expresar las diferentes dimensiones de la enfermedad, fruto de la experiencia íntima del enfermo, trascendiendo el puro fenómeno físico: así nacen los términos *illness*, *disease* y *sickness* en inglés, estableciendo una diferenciación entre dolor y sufrimiento, así como entre enfermedad y padecimiento.

*Disease* hace referencia a la noción biomédica de la enfermedad, *illness* a las experiencias y percepciones socialmente desvalorizadas (también incluiría el padecimiento) y *sickness* es un término neutro que contemplaría ambas dimensiones, biomédica y psicosocial: en esta perspectiva encontramos los trabajos de Marc Augé.

Allan Young<sup>12</sup> modifica ligeramente esta categorización al considerar *disease* como una entidad nosológica reconocida por la biomedicina, *illness* como el estado de enfermedad en referencia a la percepción del paciente afecto y *sickness* para designar a la enfermedad como entidad reconocida socialmente.

Good<sup>13</sup> acuña el término “réseau sémantique de la maladie” entendido como “la red de términos, de situaciones, de síntomas y de impresiones que son asociadas a una enfermedad y que le dan sentido desde el punto de vista del sujeto”. Se concibe como una red fluida, en cambio constante en función de las circunstancias del individuo.

El determinismo cultural, por su parte, afirma que la sociedad impone sus reglas al individuo, logrando así equilibrar los intereses individuales, tal reduccionismo se haría extensivo a las prácticas relacionadas con la enfermedad<sup>14</sup>.

---

11 . Porter, 1981

12 . Young, 1982

13 . Good, 1981

14 . Hobbes, 1995

Otro ámbito en intersección con la antropología médica es la antropología de la medicina, esta subdisciplina de la medicina tiene origen en los años 40 del siglo XX, con estudios sobre la enfermedad mental en grupos indígenas, los usos culturales del alcohol, el chamanismo y la psicoterapia. Un poco más tarde, en la década siguiente, los antropólogos empezaron a participar en la formación de los futuros médicos

Por último, otro campo relacionado es lo que se dio en llamar “medicina popular”, concepto introducido por el médico G. Pitré en 1896, haciendo referencia a aquellos conocimientos y terapéuticas diferenciados de la medicina alopática, y que previamente recibía el apelativo de *Folk-medicine*, los estudios enmarcados en esta línea, partiendo de un concepto etnocéntrico, tenía como objetivo aculturar los saberes médicos terapéuticos, calificados de superstición. Entre el 1880 y el 1920 se produjo una escisión entre folcloristas europeos y antropólogos, los primeros adscritos a la medicina biomédica y los segundos interesados por la dimensión sociocultural<sup>15</sup>.

### 4.3. Dimensiones de enfermedad, salud, curación y discapacidad.

*Toutefois, parler de dimension sociale de la maladie, ce n'est pas parler  
seulement de la cause sociale de la maladie, mais de l'« armature  
intellectuelle »*

Marc Augé<sup>16</sup>

En este apartado vamos a introducir los estudios sociales que diferentes autores, antropólogos africanistas de relevancia, como Marc Augé, Jean Benoist, Silvie Fainzang, Didier Fassin, Claudine Herzlich, Jannick Yaffre y Andrés Zempleni entre otros, la mayoría de ellos antropólogos de la medicina de origen francés.

Para poder realizar un análisis de las diferentes dimensiones de la enfermedad, no debemos olvidar campos como el de la epidemiología o la economía, dado que todas ellas se hallan entrelazadas en un entramado difícilmente aislable<sup>17</sup>.

En el estudio de las sociedades podemos observar que todas ellas han desarrollado, en torno a la enfermedad, concepciones que contemplan, por una lado al individuo, por otro, la sociedad y

---

15

. Lasala, 2003

16

. Fainzang, 2009b:6

17

. Jaffré, 1992

finalmente, los hechos observables relacionados con la enfermedad<sup>18</sup> sujetos a la procesos de subjetivación.

La dimensión social de la enfermedad corresponde al conjunto de elementos sociales que se articulan en torno a la enfermedad como hecho que construye y deconstruye, en transformación continua, la sociedad bajo su interpretación compartida de la misma, de manera que las prácticas diagnósticas y terapéuticas serán un reflejo de estas representaciones. Así pues, salud y enfermedad escapan a la biología o la filosofía como ámbitos exclusivos y se constituyen en conceptos redefinidos continuamente por el grupo social<sup>19</sup>. Esta polisemia tiene como resultado luchas simbólicas en torno a salud y enfermedad, llevadas a cabo por los diferentes actores involucrados, utilizando sus agencias para perpetuar los modelos respectivos.

### **4.3.1. Creencias, símbolos e instituciones**

**El sistema de representaciones y prácticas.**

**Representación de salud y enfermedad. Estudios psicosociales y antropológicos.**

Las representaciones sobre salud y enfermedad tienen un importante papel en las conductas relacionadas con la prevención, interpretación de síntomas, selección de itinerario terapéutico y adherencia al tratamiento. Estas representaciones son construidas socialmente y moduladas por el contexto cultural, del cual son expresión los valores, creencias y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad.

Una categorización de los sistemas médicos los divide en modernos (occidental, científico) y tradicionales, antiguamente llamados primitivos (creencias mágico-religiosas, considerados irracionales)

En cuanto al sistema biomédico, los avances tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ha situado en una posición dominante este sistema. Frente al determinismo biológico que ha conllevado, con pretensiones universalistas, la antropología propone una visión holística, otorgando protagonismo a las relaciones sociales, los procesos de economía y política y los sistemas de representación de los grupos humanos, convirtiéndose en un determinismo cultural como respuesta al determinismo biológico.

---

18

. Augé, 1983

19

. Fassin, 1996

La antropología de la salud interpreta fenómenos como salud, enfermedad y muerte como dependientes de la vida social y la cultura.

La sociedad y la cultura afectan las condiciones biológicas de la enfermedad de tres maneras por lo menos<sup>20</sup>.

1. Construcción social de la enfermedad, es decir, cómo conceptúa una sociedad normalidad y anormalidad
2. Prácticas y hábitos asociados a la clasificación causal de la enfermedad
3. Usos sociales y culturales que tienen un impacto en el campo de la salud

Lévi-Bruhl inició un debate, continuado por Evans-Pritchard sobre la racionalidad o irracionalidad de los sistemas de creencias y lo llevaron al terreno de las mentalidades. El primero postulaba que hay una mentalidad primitiva y prelógica que es la base del pensamiento mágico y religioso; el segundo le corregía al afirmar que las creencias religiosas eran racionales y lógicas en relación a sus postulados, aunque no lo fueran respecto a la realidad objetiva; a esta sólo se llegaba por el trabajo científico<sup>21</sup>. Ackerknecht pensaba que el error fundamental de estos razonamientos estribaba en la aceptación básica de que lo que es efectivo objetivamente es, a su vez, racional o científico.

Las representaciones compartidas por una misma sociedad, basadas en creencias comunes, legitiman las prácticas terapéuticas al reproducir estructuras técnico-ideológicas. Durkheim fue uno de los primeros autores en utilizar estos conceptos en su análisis, retomado más tarde por Mauss al analizar a magos y sacerdotes como agentes reproductores de las representaciones y prácticas del conjunto social<sup>22</sup>.

Este esquema es compartido por la sociedad occidental que, a partir del positivismo, troca un sistema de creencias de carácter mágico-religioso por uno mágico-tecnológico, en el que la sociedad secularizada otorga un papel relevante a la profesión médica, utilizando la eficacia simbólica basada en artefactos tecnológicos en cuya eficacia cree, en un acto de fe, tanto el terapeuta como el paciente, dado que desconoce su funcionamiento interno. Sin embargo el individuo dota de fehaciente credibilidad a un sistema médico basado en la tecnología e inserto en una sociedad donde impera el pensamiento racional, a pesar de que en este sujeto impera la irracionalidad y la fe<sup>23</sup>.

---

20

. Hann, 2007

21

. Cantón, 2001

22

. Lasala, 2003

23

. Sala, 2003

Hablar de enfermedad y sociedad es indisociable del concepto “desgracia” o “infortunio”, dado el carácter irracional, intolerable y absurdo de este acontecimiento que afecta no sólo al cuerpo sino también al espíritu.

En toda sociedad existe un modelo de interpretación de estos acontecimientos, para aliviar la angustia que se apodera del individuo cuando uno de estos eventos sobreviene de manera inexplicable; en el proceso de apropiación que tiene lugar en toda sociedad, se produce una aproximación entre lo físico y lo metafísico, en búsqueda de la respuesta al “¿porqué?” formulado por aquél que se ve tocado por el infortunio: toda sociedad dispone de respuestas de orden cultural y simbólico, que alivian la incertidumbre de la víctima. En este sentido, la sociedad occidental, basada en el pensamiento racional, sufre de un cierto grado de desconuelo, al quedar desprovisto de sentido ulterior el infortunio, sin embargo, en un discurso etnocéntrico basado en la idea de que el pensamiento racional es universal, tildamos de irracional, pre-consciente, pre-científico y primitivo al sistema de pensamiento que contempla la dimensión social de la enfermedad, prejuzgándolo como incapaz de eficacia en la resolución de los problemas de salud.

La enfermedad, a pesar de reconocerse su naturaleza biológica, en gran parte de las sociedades comparte la categorización de “infortunio” con otros eventos desgraciados como son la infertilidad, mala suerte, malas cosechas, pérdidas en los negocios o problemas legales. Esta adscripción explica que la interpretación de la enfermedad, tanto en lo que hace referencia a su etiología, diagnóstico como terapéutica, sigan metodologías comunes a todos estos otros eventos desgraciados, basados en la naturaleza no sólo biológica de la enfermedad, sino también social y religiosa, de manera que son los marabouts, adivinadores y hechiceros los encargados de desarrollar la función de tratar la enfermedad. Estos agentes realizan una valoración histórica de los accidentes y sus propiedades simbólicas en el seno de la sociedad, extrayendo la valencia atribuida según el contexto social, su estructura e implicando relaciones de poder existentes en el conflicto subyacente<sup>24</sup>.

Este proceso permite explicar la enfermedad confiriéndole sentido y coherencia con otros eventos vividos por el sujeto y la colectividad y vehiculiza la apropiación del problema por la significación simbólica que tiene dentro de la comunidad. Sin embargo este mecanismo no es estático ni determina de manera absoluta la interpretación y tratamiento de la enfermedad, si no que está sometido a constante cambio, sujeto a la biografía del individuo y a la evolución de la sociedad en la cual se halla inserto. No obstante, como defienden Samovar & Porter<sup>25</sup> dentro de este dinamismo

---

24

. Guillaume, 2008

25

. Samovar, 2015

que hace que ciertos componentes culturales varíen continuamente, la estructura profunda se resiste a los cambios mayores, así cambiaran antes los usos alimentarios, las construcciones urbanísticas o la vestimenta que los valores morales, representaciones y prácticas religiosas. Una forma de esta resistencia la encontramos en el uso, por parte de terapeutas y pacientes, de la medicina tradicional, con su importante componente mágico-religioso inserto en la dimensión social de la enfermedad.

Por otro lado, una segunda lógica hace referencia al orden social y a las normas vigentes, así depende de la posición y rol social del individuo, la adivinación, magia y la brujería actuará de manera diferente, mecanismo por el cual se refuerza la distribución de poder dentro de la sociedad y se determina la forma en que la ruptura de un tabú o la prohibición o bien la brujería se constituye en etiología de la enfermedad. Un ejemplo de este procedimiento es el de la medicina tradicional Seereer, como nos muestra Simone Kalis en que se cruzan dos juegos de poder, el que suponen las fuerzas disruptivas de la transgresión, ya sea mediada por un hombre, ancestro o djinna y la operada por la restauración que lleva a cabo el sanador, que procede guiado por los ancestros a través de ritos de adivinación.

Estas dos lógicas permiten dotar de armadura intelectual la explicación etiológica dentro de la sociedad, como en la sociedad occidental dota de armadura intelectual el método científico. En ambos casos el resultado es hacer posible la explicación de los acontecimientos.

En el caso de África occidental coexisten estas dos armaduras dado que, desde la época colonial, coexisten los dos tipos de pensamiento, constituyéndose el traditerapeuta en puente entre esas dos lógicas y los sincretismos y apropiaciones de los cuales se vale en su práctica, de herramientas que traducen y dan coherencia a esas dos visiones haciendo posible una terapéutica que da respuesta a las necesidades del individuo enfermo.

Un ejemplo de la coexistencia de estas dos lógicas, ampliamente citado en publicaciones de antropología médica, es el expuesto por Evans-Pritchard<sup>27</sup> sobre la caída de un sujeto al romperse bajo sus pies el techo de un granero Zandé, en que la víctima, a pesar de contemplar la defectuosa factura y deterioro del techo por las inclemencias del tiempo como causante de la caída, se pregunta porqué se ha roto en ese momento y no antes ni después y porqué precisamente mientras él estaba subido. En mi trabajo veremos cómo la familia Niaré obedece a esta misma lógica cuando, en la elaboración del ungüento que utilizan en todos los tratamientos de los pacientes afectados de trastornos del aparato locomotor, mezclan, sobre una base de manteca de karité, polvos de plantas quemadas y pulverizadas, de acción terapéutica en el orden físico, juntamente con palabras

---

27

. Evans-Pritchard, 1937

escupidas en la misma crema, palabras del Corán que serán útiles en los casos en que la enfermedad sea de origen natural y palabras del secreto mandé, efectivas si la causa es provocada.

Una vez más nos encontramos, como es común en África, con que la lectura mágica que relaciona la desgracia con el entramado social, no excluye la explicación física de los acontecimientos. Similar es el caso descrito por Sindzingre<sup>28</sup> en que se muestra cómo el enfermo, a pesar de utilizar la medicina moderna, se pregunta: “¿Por qué yo y ahora?” “¿Quién ha provocado el infortunio que me afecta?”. En ambos casos la medicina occidental se halla limitada a la hora de responder satisfactoriamente a estas preguntas pero la medicina tradicional no.

A continuación citaré algunos ejemplos de cómo en diferentes sociedades la enfermedad se entrelaza con el orden social:

En el pensamiento chino los conceptos de “curar” y gobernar” se traducen como “zhi”, “ordenar”, partiendo de una organización del mundo en nueve regiones, como el cuerpo humano, por donde se canalizan los líquidos en ambos casos. Esta equivalencia tiene un papel simbólico entre el orden biológico y el orden social<sup>29</sup>.

Otro ejemplo, de modelo acumulativo, nos llega de la mano del País Mina, al sur de Togo, donde se recurre al *voudou* bajo la idea de que hay dos tratamientos, el que restablece el orden social mediante la práctica de sacrificios u ofrendas y el que restablece el orden natural a través de la fitoterapia<sup>30</sup>, o entre los Mossi o los Bissa de Burkina Faso, en que el adivino representa la unión entre el mundo visible y el invisible, hecho que le permite conocer la causa primera del infortunio y particularmente de la enfermedad, entendida como una sanción por la transgresión de lo prohibido y que merece, para su resolución, una reparación de la falta cometida como parte del proceso terapéutico, sin embargo, si la causa es brujería o celos, uno de los elementos terapéuticos será la fitoterapia<sup>31</sup>.

---

28

. Sindzingre, 1984

29

. Despeux, 2001

30

. Guillaume, 2008

31

. YODA, 2005



### 4.3.2. Dimensiones culturales de la enfermedad

Las diferencias culturales explican las diferencias de conducta social ante las enfermedades.

Hofstede<sup>32</sup> define cuatro dimensiones culturales:

1. La distancia jerárquica vinculada a las diferencias de estatus entre sanador y enfermo
2. El control o evitación de la incertidumbre que causa la enfermedad
3. La masculinidad cultural, entendida como la fuerte diferenciación en los roles sexuales, presente en algunas sociedades, frente a la feminidad cultural, en las sociedades donde la diferenciación entre ambos sexos no es tan marcada.
4. Individualismo o colectivismo característicos de una sociedad concreta: un exponente de sociedad individualista es la de EEUU y de sociedad colectivista lo es la asiática, la subsahariana o la latinoamericana; éstas últimas se caracterizan por una mayor distancia jerárquica y evitación de la incertidumbre.

Las culturas colectivistas muestran menos ilusión de invulnerabilidad, menor percepción de control interno, menos sesgos atribucionales de auto-protección y mayor tolerancia de la disonancia cognitiva que la presentada por las culturas individualistas. Este último punto, la mayor flexibilidad ante la incongruencia nos ayuda a entender por qué en África Subsahariana es habitual el uso simultáneo del sistema biomédico y de los diferentes sistemas médicos tradicionales como muestra de utilitarismo. Por otro lado, la mayor percepción de vulnerabilidad explica una mayor aceptación de la enfermedad, así como reacciones de pasividad y estoicidad ante la enfermedad y la muerte, junto con una menor percepción de tristeza ante las mismas que la mostrada en culturas individualistas.

La aceptación de una mayor distancia social respecto al sanador está relacionada con el estatus que le confiere ser líder religioso y político en muchos casos.

Contrariamente, culturas individualistas como la de los países europeos y de Estados Unidos, muestran una mayor ilusión de invulnerabilidad y de control de la enfermedad.

Algunos autores han relacionado el Índice de Desarrollo Humano de la ONU con el grado de tristeza frente a la enfermedad y la muerte: resulta coherente que en sociedades donde se hallan

---

32

. Hofstede, 1991

satisfechas las necesidades básicas y unas mejores condiciones de vida, existe una mayor sensibilidad ante la enfermedad.

Se puede concluir que en sociedades individualistas, con mayor desarrollo socio económico, existe menor distancia entre terapeuta y paciente, menor masculinidad y una mayor percepción de tristeza frente a la enfermedad y la muerte.

En sociedades colectivistas como las subsahariana ocurre todo lo contrario, lo cual implica representaciones de la enfermedad y conductas asociadas diferentes, hecho que puede provocar malentendidos e incomunicación cultural entre los sujetos procedentes de éstas y los profesionales del sistema médico en países occidentales.

### **4.3.3. El cuerpo como símbolo**

#### **a. Espacio personal.**

Hall<sup>33</sup> describió cómo las personas de diferentes culturas se relacionan en el espacio físico: la distancia mínima es de 0 a 18 pulgadas, esta es la distancia propia de la comunicación íntima y permite percibir el olor, calor, tacto; la distancia entre 4 y 1,5 pies sigue permitiendo una comunicación enriquecida y la distancia social varía de 4 a 12 pies y se utiliza para los contactos públicos.

Se ha observado cómo pacientes provenientes de Medio Oriente disminuyen ostensiblemente la distancia de comunicación con el terapeuta, que sufre sensación de incomodidad o agresión.

#### **b. Contacto visual (varía de intenso a ligero):**

Por ejemplo, en individuos árabes la mirada es directa e intensa, no así en pacientes de origen oriental. En Baja Kunda, el paciente difícilmente sostiene la mirada del terapeuta, de hecho, las visitas de consultas externas transcurren con el paciente detrás del enfermero, mientras éste último le da la espalda, contrariamente a lo acostumbrado en Occidente. Sólo en momentos puntuales o cuando el paciente siente dolor como resultado de la maniobra del terapeuta, dirige su mirada directa e intensamente, cobrando el momento una fuerza inusitada. En cuanto a la expresión del rostro: cabe señalar que entre estas gentes, la expresión facial y verbal del dolor es mínima, estoica en la mujer y puede llegar a ser histriónica en el varón.

---

33

. Hall, 1977

c. Estilo de la conversación y tono de la voz;

Frente a la expresión sin rodeos y directa observada en pacientes de EEUU, en el área de estudio se observa que la respuesta a una pregunta concreta puede venir antecedida por fórmulas rituales de cortesía o declaración de principios. La narración, por otro lado, puede aparecer enriquecida por un tono legendario, naif, probablemente por una contaminación del islamismo, religión impregnada de citas e interpretaciones del Corán que se trasladan a lo cotidiano.

d. Concepto cultural de modestia y tacto apropiado:

La gran distancia entre paciente y terapeuta, propia de estas sociedades, marca un acusado respeto que se expresa en el paciente que escucha cabizbajo, sin osar mirar a los ojos del terapeuta, salvo en contadas ocasiones.

e. Comunicación de alto/bajo contexto<sup>34</sup>:

En la conversación de alto contexto se encuentra más información en el contexto de la conversación que en el mensaje verbal: los escandinavos, suizos, alemanes y americanos son generalmente de bajo contexto y los pacientes de Asia Oriental, Asia del Sur y Medio Oriente son de alto contexto, la población estudiada pertenecería a este segundo grupo.

De todo lo expuesto se deduce la gran importancia que tiene la penetración de la sociedad en la representación del cuerpo, fenómeno que explica usos del cuerpo como los pircings, tatuajes, en el mismo orden, la mutilación genital femenina y las escaraciones; del mismo modo, la enfermedad es una experiencia social compartida, con diferentes representaciones en función de la ecología local<sup>35</sup> y que convierten el cuerpo en una realidad fisiológica a la cual se añaden diferentes representaciones metafísicas y sociales.

---

34

. Hall, 1977

35

. Delacroix, 2015

## 4.4. Las causas atribuidas a la enfermedad.

### 4.4.1. Estudios psicosociales

Discernir la causa de la enfermedad generalmente constituye un procedimiento complejo en el cual se contemplan etiologías de diferente naturaleza, basadas en teorías organizadas y coherentes que dan explicación a la identidad de la enfermedad (síntomas y nombre), consecuencias (físicas, sociales, económicas), evolución, causas y curabilidad. Estos cinco componentes se hallan presentes en las representaciones de la enfermedad en las diferentes culturas.

Como ya hemos visto, al advenimiento de la desgracia que supone el debut de la enfermedad, surge la necesidad de entender, dar sentido<sup>36 37</sup> y secundariamente, controlar tal evento, así surge la necesidad de explicar el origen de la enfermedad.

Utilizando el modelo atribucional de Weiner<sup>38</sup> la localización de la causa se ubicaría en el individuo o en el ambiente (interna - externa), la percepción de control de los factores asociados a la enfermedad se manejaría en términos de controlables o no (controlabilidad-incontrolabilidad) y en la medida en que la causa sea percibida como perdurable o no, la enfermedad se definiría como estable o inestable (estabilidad-inestabilidad). Más tarde Klonoff y Landrine<sup>39</sup> en un estudio centrado en Estados Unidos, identificaron otras dimensiones a las cuales se atribuía el origen de diversas enfermedades: causas emocionales, castigo, causas naturales y místicas. Diferentes autores han coincidido en la relación entre atribución causal a conductas propias y una mayor ilusión de control de la enfermedad, que propicia una mejor aceptación y adaptación del individuo<sup>40</sup>.

### 4.4.2. Multicausalidad/ unicausalidad. Algunas taxonomías.

La causalidad a priori está formada por un conjunto de enunciados que definen las conexiones posibles, partiendo de una representación particular, entre síntomas y causas, agentes y orígenes. En las sociedades orales no existe una taxonomía fija sino que se parte de la integración de todos los

---

36

. Gerard, 1963

37

. Wong, 1981

38

. Weiner, 1974

39

. Klonoff, 1994

40

. Bulman, 1977

elementos relacionados con la enfermedad, entre ellos la posición del individuo afecto en su contexto social<sup>41</sup>. Bajo esta lógica, el *voudou* será el mediador de la curación para un terapeuta mientras que para otro será la causa de la enfermedad.

La biomedicina asume un modelo reduccionista según el cual las enfermedades son resultado de etiologías específicas de tipo biológico, contrariamente, la antropología contempla la existencia de redes multicausales, de orden cultural y social, considerando:

1. Patrón de la enfermedad: diagnóstico, pronóstico, evolución, causas y durabilidad. Otros factores: control de la enfermedad por el sujeto y ganancia proporcionada por la terapia.

2. Causas de sentido común atribuidas a enfermedades específicas, estructuradas en dos sistemas explicativos:

a. Personales: la enfermedad es causada por la intervención intencional de un ser no-humano como los *djinnas*.

b. Naturales: la enfermedad se explica en términos impersonales y sistémicos. Salud y enfermedad se explican por un equilibrio entre elementos.

En el área de estudio se superponen los dos tipos de explicación, como en la mayoría de la geografía africana: causa natural pero causada en primera instancia por una fuerza sobrenatural. Se suelen mezclar los diferentes niveles: natural, social y sobrenatural, interrelacionándose, en este orden está la explicación dada a los accidentes de tráfico en Bamako, según varios informantes: la causa de la lesión es la infracción circulatoria aunque también la presencia de un *djinna* en el lugar y el momento del accidente- Resulta muy próximo el procedimiento seguido entre los Fodonon de Costa de Marfil, en que los traumatismos y accidentes son tratados por los sanadores nookarga, especializados en este tipo de trastornos y que atribuyen su causa a la brujería.

3. Causas atribuidas a la persona afectada:

a. Internalidad: la persona es responsable de su afección: relacionada con hábitos y estigmatización de enfermedades

b. Externalidad:

b.1. Causas ubicadas en el mundo natural: germen o *djinna*.

b.2. Causas atribuidas al mundo social: se responsabiliza a otras personas o a conflictos

---

41

. Zempléni, 1985

interpersonales.: estrés y mal de ojo en México, “nervios” en Occidente, en África Oeste corresponde a las enfermedades causadas por intervención de otros individuos, a través de prácticas mágicas llevadas a cabo por brujos, *marabouts* o *feticheurs* y mediadas por *djinnas* o el propio brujo, transformado en animal u otros objetos, que penetran en el individuo, causando la enfermedad.

Landrine y Klonoff<sup>42</sup> sugieren que las causas atribuidas a la enfermedad reflejan los valores compartidos por el grupo, de manera que las causas interpersonales priman en sociedades colectivistas, donde tiene gran peso el entorno social, mientras que en las sociedades individualistas predominan las atribuciones de tipo intra-personal.

### **Implicaciones del mapa cognitivo**

Las implicaciones del mapa cognitivo<sup>43</sup> (procesos mentales que posibilitan codificar, almacenar, recordar y manipular la información del entorno) sobre las diferentes enfermedades dependen de:

1. La percepción de la relación entre diferentes enfermedades
2. La implicación de estas relaciones en el comportamiento de los individuos frente a la enfermedad
3. El escalamiento multidimensional en torno al cual se organizan las representaciones de las enfermedades, frente al análisis unidimensional del modelo biomédico, que entiende la enfermedad como una entidad de naturaleza únicamente biológica.
  - a. severidad: modelo biomédico
  - b. contagio: modelo biomédico
  - c. calor o energía: China
  - d. causas espirituales

Según Young<sup>44</sup> las enfermedades se clasifican en Pichátaro (Michoacán) en tres niveles:

- Primer nivel: de acuerdo a la causa
- Segundo nivel: en función de su gravedad
- Tercer nivel: de acuerdo a la etapa vital típica en que afecta la enfermedad.

Otra categorización<sup>45</sup> de la enfermedad contempla los siguientes niveles:

---

42

. Landrine, 1992

43

. Bishop, 1991

44

. Young, 1978 : 81-97

45

. Furbee, 1983 : 305-334

- Enfermedades enviadas por Dios: no son condenadas socialmente, tienen buen pronóstico por que tienen tratamiento y cura.
- 2. Enfermedades enviadas por seres humanos: brujería, producto de transgresiones sociales, por tanto consideradas moralmente malas y de difícil resolución.

El proceso de clasificar las enfermedades es un aspecto esencial en la construcción cultural de la enfermedad. Estas clasificaciones reflejan el conocimiento cultural, los valores y las normas de los grupos sociales. En el trabajo de campo se ha observado principalmente la categorización entre enfermedades naturales y provocadas.

La clasificación de la enfermedad define la estrategia seguida en su tratamiento.

Las enfermedades se clasifican fundamentalmente sobre cuatro dimensiones particulares<sup>46</sup>:

- Causa y tipo de tratamiento: las de causa espiritual se tratan mediante ritual y las de causa material, por medios físicos.
- Modo de transmisión: enfermedades heredadas y contagiosas.
- Grado de severidad: distingue las enfermedades comunes de las severas.
- Grupo de riesgo: las enfermedades son típicas de un grupo de personas, representación que contribuye a la estigmatización de ciertos grupos de población.

### 4.4.3. Algunos estudios antropológicos

Desde la antropología se aborda la dimensión cultural en la explicación de la causa de la enfermedad, así Foster y Anderson<sup>47</sup>, tras estudiar diversas sociedades, llamadas “pre-industriales”, dividen los sistemas explicatorios sobre salud y enfermedad en dos grupos: personales y naturales, los primeros hacen referencia a aquellas enfermedades provocadas por la intervención de un ser sobrenatural y los naturales son aquellos en los cuales la enfermedad viene mediada por un desequilibrio de elementos naturales: frío/calor, húmedo/seco, en el caso de la medicina islámica,

---

46

. León, 2003 : 39-70

47

. Foster, 1978

desequilibrio de los doshas en medicina ayurvédica o desequilibrio energético entre ying y yang en medicina china.

Helman<sup>48</sup> identifica un predominio de las causas de carácter social y sobrenatural en sociedades llamadas pre-industriales y un predominio de las causas de carácter natural en la sociedad industrializada occidental, aunque existe gran porosidad entre los diferentes niveles y la multicausalidad es la tónica dominante.

Frazer<sup>49</sup> por su parte, utiliza una oposición ternaria entre magia, religión y ciencia y Clements<sup>50</sup> clasifica las causas a las cuales se atribuye la enfermedad en cinco tipos:

- 1- Incorporación de un objeto maléfico
- 2- Pérdida de un alma
- 3- Posesión por un espíritu
- 4- Violación de una prohibición
- 5- Agresión de un brujo

En mi trabajo de campo he entrado en contacto con todos estos tipos de explicación causal.

En el libro recopilatorio de Jacobson-Widding encontramos un amplio corolario de estructuras basadas en la oposición<sup>51</sup>, esta obra presenta un sistema de clasificaciones basado en las oposiciones entre las representaciones y prácticas en torno a la enfermedad, mostrando gran riqueza de ejemplos etnográficos donde opera tal sistema de oposiciones: la elaboración de protecciones (fetiches) entre los Giriama de Kenya, basada en una génesis del mundo organizada en un sistema de oposición entre géneros, los agentes responsables de la enfermedad entre los Koma de Nigeria (ancestros, brujos y espíritus) o la terapia entre los Maasai, que oponen la naturaleza a la cultura y el bosque al poblado

En cuanto a África Subsahariana, Sindzingre muestra cómo entre los Senoufo existen cuatro operaciones, correspondientes a cuatro preguntas, en el proceso diagnóstico:

- 1- ¿De qué enfermedad se trata?, corresponde al análisis de la sintomatología

---

48

. Helman, 1994

49

. Tambiah, 1990

50

. Clements, 1932

51

. Jacobson-Widding, 1988



2- ¿Cómo ha sucedido? Hace referencia a los mecanismos instrumentales que han producido la enfermedad, explicación basada en las representaciones propias de la sociedad.

3- ¿Quién o qué la ha producido?. Consiste en la identificación del agente productor de la enfermedad

4- ¿Por qué la enfermedad ha sucedido en este momento, en esta forma de presentación y sobre este individuo?. Se trata de una reconstrucción de su origen.

Operaciones	Enfermedad	Causa	Agente	Origen
Preguntas	¿Qué enfermedad?	¿Cómo?	¿Quién o qué?	¿Porqué?
Descripción	Síntoma Taxonomía	Medio mecánico	Fuerza eficaz	Eventos Coyunturas
Terminología habitual		Causa instrumental (inmediata)	Causa eficiente	Causa última (eficaz)

Fuente: Sindzingre, 1984

#### Categorías etiologicas bisa y mossi

Esta nosología prima una causalidad de carácter circular, extensión de la teoría Bisa y Mossi del universo físico y de las relaciones sociales de los hombres, ya sea de parentesco como con la tierra, cabe señalar que, según las circunstancias, puede ser uno u otro el causante de una misma enfermedad.

Categoría	Ancestro	Djinn	Gemelos	Fetiches	Brujos	Destino	Dios
Naturaleza	Causa sobrenatural	Causa sobrenatural	Causa sobrenatural	Causa sobrenatural	Causa sobrenatural	Causa sobrenatural	Causa natural

Fuente: Fainzang, 1954

Tanto para los Mossi como los Bisa y también para los bambara<sup>52</sup>, la enfermedad deviene cuando tiene lugar un debilitamiento de la fuerza vital o del “doble” de la persona, comparte esta misma lógica la creencia, común entre estos pueblos y otros mandé, de que los brujos se “comen el alma”, atacando la fuerza vital de su víctima. Si el doble es “comido” se traducirá en la muerte de la persona, por esta misma razón, cuando me mostró Niaré la metodología a seguir para cortar únicamente la corteza expuesta al sol del N'Pekú macho, me indicó la necesidad de no cortar la propia sombra con el cuchillo que usa a modo de machete, porque de hacerlo así, se podría contraer alguna de las enfermedades que se tratan con este árbol. De este ritual podemos extraer una doble

<sup>52</sup>

. Dieterlen, 1951

lectura: la primera de carácter ecológico, puesto que la precaución de no realizar la sección en la zona sombreada de la corteza promueve el rápido secado de la herida causada en el árbol y evita la colonización por parte de hongos oportunistas; una segunda lectura nos remite al concepto de *dya*, en la religión Bambara, doble de la persona, materializado en su sombra.

Entre los zulú también encontramos tres tipos de etiología: la brujería, la cólera de los ancestros y la polución, las tres atravesadas de las lógicas patrilineales y de género. Sin embargo, algunos pueblos como los Nyuswa-Zulú, no asocian la brujería con las brujas, sino que cuentan con la brujería de la noche, del día y del linaje, siendo esta última la más peligrosa y de la cual suelen ser acusados únicamente hombres (nunca mujeres) con cierto poder local, relacionando esta actividad con la arrogancia<sup>53</sup>.

Una línea de estudio interesante es la relación entre la sospecha de brujería, posición social y género: en este sentido en Baja Kunda, son las comadronas tradicionales, las Dim Mutalá, que a pesar de gozar de cierto prestigio social por esta ocupación, son acusadas de convertirse en vampiros o en brujas y por la noche comerse a la gente desde dentro de su cuerpo, sin haberse podido observar el medio por el que penetraban.

Podemos concluir con la afirmación de Marc Augé<sup>54</sup> de que los sistemas médicos africanos constituyen un sistema plural, donde diferentes aproximaciones a la enfermedad no excluyen a otras, coexistiendo la etiología natural y la obrenatural.

#### **4.4.4. Enfermedad como maldición o castigo.**

Explica Ackerknecht<sup>55</sup> cómo el hombre “primitivo” cuando cae enfermo se pregunta cuál de las leyes sociales del grupo ha infringido, entendiendo la enfermedad como un castigo por la transgresión de la norma. En la moral judeocristiana esta construcción estaba y en cierta medida sigue estando presente, a pesar de que, como afirma J. Canals y O. Romani<sup>56</sup>:

“Cuando la hegemonía científica del paradigma positivista expulsó de la realidad todo aquello no verificable, muchas preguntas angustiosas suscitadas por la enfermedad quedaron sin respuesta.”

---

53

. Nicole, 1978

54

. Augé, 1983

55

. Ackerknecht, 1985

56

. Canals, 1996 : 51-60

La noción de culpa, más ampliamente tratada en la antropología, es la transgresión del tabú, vocablo proveniente de Polinesia, donde se usaba para denominar las prohibiciones mágicas en las islas<sup>57</sup>, este concepto se caracteriza por carecer de explicación racional aunque se explica por el entramado de representaciones propias de cada sociedad. La transgresión debe expiarse mediante el ritual, medio que evitará que la desgracia caiga sobre el individuo, su familia y el colectivo al que pertenece. De todas las prohibiciones, es la del incesto la considerada como universal<sup>58</sup> aunque son muy extendidos otros tabús como el de comer ciertos animales, correspondientes al tótem familiar o la del matrimonio entre grupos sociales diferentes.

En Mali sigue siendo vigente el tabú de comer o matar a ciertos animales, a cada apellido corresponde un animal tabú, no porque se considere ancestro del grupo familiar como en otras sociedades, el origen de esta prohibición se encuentra en relatos que relacionan al animal con un ancestro de la familia, en la mayoría de ellos, el animal salva la vida al ancestro, así pues, por ejemplo, los Traoré no pueden comer ni matar grillos y los Coulibaly deben respetar a un pez llamado *polyo* en Bambara.

Tabú no equivale a pecado, podría parecer el germen del concepto propio de las religiones monoteístas, el primero ataca el orden social, el segundo directamente a Dios. Las tres religiones del Libro tienen el común el origen del pecado en Adán y Eva. En los países de África Oeste, fuertemente islamizados, a la noción de tabú se suma el concepto de pecado, como dos realidades bien diferenciadas que coexisten pero hacen referencia a transgresiones de naturaleza diferente, aunque en algún caso se superpongan, como cuando la transgresión social coincide con la transgresión religiosa.

Sin embargo, en ambos casos, el final último del respeto de la norma, es mantener el orden social, como describe Carlos Salazar<sup>59</sup>, basándose en Émile Durkheim, que define religión como un sistema de creencias y prácticas, en la cual encontramos dos componentes: las creencias y las prácticas, de manera que la institución religiosa tiene como función el control social, se trata de la socialización del individuo: los antropólogos funcionalistas centran su explicación en los elementos de ese orden y los marxistas en el análisis del conflicto.

La enfermedad podría ser una de las caras físicas del pecado en las religiones monoteístas, así, por ejemplo, en Gambia se considera que las personas afectas de hemiplejía, padecen esta enfermedad

---

57

. Lasala, 2003

58

. Mauss, 2009

59

. Salazar, 2014

como castigo por haber cometido el pecado de realizar tratos con *djinnas* por medio de hechizos, en contra de Dios, para conseguir dinero.

Green<sup>60</sup> observó como en diferentes sociedades africanas y Snow<sup>61</sup> en comunidades afroamericanas, que la causa atribuida a las enfermedades de transmisión sexual, era la transgresión de las normas que rigen el comportamiento sexual.

Del mismo modo, las enfermedades congénitas y genéticas, es decir, que se presentan ya en el momento del nacimiento, es común que sean atribuidas a transgresión de normas por parte de los padres entre los Bisa y los Mossi<sup>62</sup>, Bonet explica cómo las representaciones de la procreación y sus alteraciones, entre los Mossi de Burkina Faso, no pertenecen al ámbito de lo biológico, puesto que si en ella se traduce la substancia de la persona, también tiene lugar el proceso de individualización, así como del destino singular, del lugar del hombre en el cosmos, el mundo, el espacio y la sociedad<sup>63</sup>.

En mi trabajo de campo he podido constatar esta representación de la enfermedad neonatal entre los bambara: según Moussa Niaré, la causa de la enfermedad a menudo es de orden mágico relacionado con la transgresión de ciertas reglas sociales: por ejemplo, si duermes bajo la luna llena, en ciertos momentos puede tener como consecuencia el nacimiento de niños zurdos y/o disléxicos, de igual modo, el nacimiento de un niño discapacitado puede deberse a una relación deficiente entre sus progenitores, el nacimiento de niños con parálisis cerebral se atribuye a que los padres lo concibieron mientras la madre tenía la menstruación y por lo tanto estaba en estado de impureza; esta relación entre menstruación e impureza es compartida en el Islam, que prohíbe las relaciones sexuales a la mujer en ese momento del ciclo menstrual y en las religiones de origen mandé, como la bambara, en que esta sangre supone un testimonio de la impureza de Mouso Koroni y el periodo infecundo de las mujeres, constituyendo una transgresión sumaria de las fuerzas creadoras sobrenaturales y protectoras de la vida.

El nacimiento de un albino se explica por un coito realizado mientras la madre duerme. En Baja Kunda (Gambia), por otro lado, se atribuye esta anomalía a que los padres en el momento previo al acto sexual que resultó en engendro del hijo albino, no pronunciaron el nombre de Allah y el acto tuvo lugar entre los padres y un *djinn*, mientras en la religión bambara, el nacimiento de un hijo con

---

60

. Green, 1992

61

. Snow, 1978

62

. YODA, 2005

63

. Bonnet, 1988

estas características se atribuye al resultado de las relaciones sexuales, por parte de los padres, al medio día, en que el sol está situado alto, momento considerado como cielo de cólera de Faro y en que las relaciones sexuales suponen una grave transgresión<sup>64</sup>.

El tabaquismo en exceso, por otra parte, desencadenaría la impotencia sexual en el hombre que le privaría de poder realizar el acto sexual dos o tres veces con su mujer en una noche.

En su estudio sobre los Bisa, Fainzang<sup>65</sup>, muestra que la causa de la enfermedad infantil puede deberse a dos tipos de contaminación:

1- la contaminación por contacto

2- La contaminación por sanción

La contaminación por contacto puede provenir del contacto directo con el agente patógeno, indirectamente a través de una persona o bien por ingestión: en la nosología Bisa se cree que el contacto directo o por la ingestión de alimentos que han estado en contacto con el *gecko*, una especie de lagarto común en la región, pueden causar la lepra.

El término “Oiseau” entre los Bisa hace referencia a dos tipos de enfermedad infantil, como entre los Bambara. En ambos pueblos una de las acepciones corresponde a la constipación y la segunda acepción está relacionada con la presencia de convulsiones y temblores, similares al aleteo de los pájaros, sintomatología común a la malaria cerebral aguda .

Entre los Bisa se cree que el niño contrae la enfermedad mientras está en el vientre de la madre si pasa el pájaro por encima de su casa, mientras que los bambara, cuando el niño pierde la consciencia entre convulsiones en la malaria cerebral, dicen que “l'oiseau à pris l'enfant”, los sarahules de Baja Kunda, comparten esta creencia, atribuyendo la responsabilidad de esta enfermedad a un pájaro negro, común en los poblados del interior del país.

La interpretación mágica de esta enfermedad constituye, desgraciadamente, un factor importante en el retraso que puede sufrir el niño en ser trasladado al hospital para el tratamiento con antipalúdicos.

Fainzang observó como la contaminación por contacto quedaba mediada por la asunción, por parte del enfermo, de las propiedades del agente causal, como pude observar en Mali, cerca del lugar donde estábamos recogiendo ramas de *Kongé* con Niaré, cuando ví un pequeño claro en el bosque, dispuestos en círculos una decena de montones de lo que parecen piedras y resulta ser carbón, cada montículo cubierto de ramas y coronado por un fragmento de *Tön* (termitero). Mi primera reacción fue acercarme, llamada por la curiosidad, a lo cual Niaré me sorprendió con un grito lleno de

<sup>64</sup>

. Dieterlen, 1951

<sup>65</sup>

. Fainzang, 1954

espanto que era una advertencia: “no toques eso, o contraerás una enfermedad que provocará que te salgan pústulas y agujeros en la piel de todo el cuerpo. Aunque vayas a Europa o incluso América, no podrás curar esa enfermedad”. Al parecer, las mujeres, cavan diversos hoyos en la tierra, dispuestos en círculos, allí introducen las maderas que quemadas serán carbón, este tesoro es cubierto de ramas de árboles a la espera de poder volver a recoger la mercancía que más tarde venderán al pie de la carretera o bien en el mercado de Katy. Para disuadir a los ladrones, encima de cada montón de carbón y ramas, sitúan un trozo de termitero cuyo poder mágico es conocido por todos, incluidos los ladrones que no osaran tocar el preciado botín. Se trata probablemente de un caso más de magia simpática dada la similitud entre el termitero, caracterizado por su infinidad de agujeros y la enfermedad dermatológica atribuida a la violación de la prohibición de tocarlo.

La relación entre pecado y enfermedad desde el punto de vista religioso es muy similar a la relación entre riesgo y enfermedad en el sistema biomédico: alejarse del pecado, como del riesgo, aleja de la enfermedad.

La medicina galénica, aun vigente en el siglo XVII, consideraba que la enfermedad, como el pecado, eran parte de la esencia natural del hombre y aun hoy, en sociedades laicas como la nuestra, la estrecha relación entre riesgo, pecado y culpa heredan el complejo entramado de prácticas, representaciones y liminidades con el que religión y medicina han evolucionado, cruzando a menudo los límites de la racionalidad y la irracionalidad<sup>66</sup>.

---

66

. Lasala, 2003

## 4.5. Dimensión política.

*“Il faut plutôt admettre que le pouvoir produit du savoir (et pas simplement en le favorisant parce qu'il le sert ou en l'appliquant parce qu'il est utile): que pouvoir et savoir s'impliquent directement l'un l'autre: qu'il n'y a pas de relation de pouvoir sans constitution corrélative d'un champ de savoir, ni de savoir qui en suppose et en constitue en même temps des relations de pouvoir”*

Foucault Surveiller et Punir, Paris: Gallimard 1975:32

### 4.5.1. Sistemas de legitimación

En este apartado vamos a analizar las lógicas y agencias de los actores involucrados en el tránsito entre funcionalidad y discapacidad (fisioterapeutas, traumatólogos tradicionales, médicos, la universidad, el ministerio, el hospital, el paciente, la familia, la sociedad) e intentaremos responder a las preguntas: ¿qué legitima al médico, al terapeuta tradicional, al *marabout*, al *Setter bone* y al *feticheur*?

Partimos de la base de que los diferentes sistemas médicos y fuentes de transmisión de conocimiento no son simétricas, sino que existe una marcada hegemonía de la medicina y el sistema formativo institucional de corte occidental, así, en términos de Gramsci<sup>67</sup>, bajo el prisma teórico del socialismo dialéctico, podríamos decir en cuanto a los sistemas de relación, que para hablar de lógicas y agencias en la arena social, hay que hablar de hegemonías, eficacias simbólicas y capital social, lo cual supone que la bata blanca y el fonendoscopio no sólo simbolizan, como ocurre en Europa, el poder hegemónico del sistema biomédico, basado en la tecnología y el pensamiento racional y científico, sino que una bata blanca en África acumula y superpone diferentes espacios de poder: al biomédico cabe sumar el occidental hegemónico sin que podamos olvidar el componente histórico, que sitúa la bata blanca en el poder colonial, con la aculturación y dominio implícitos. También hay que tener presente que las sociedades estudiadas en este trabajo se encuentran en un largo proceso de transición social y que las maneras de producir, de pensar y de comportarse individualmente se encuentran confrontadas con determinados límites internos y externos, los cuales impiden su reproducción, por lo que empiezan a descomponerse o a subordinarse a las nuevas lógicas que las dominan<sup>68</sup>.

---

67

. Gramsci, 1975

68

. Godelier, 1991

Bernard Hours<sup>69</sup> señala como la medicina occidental, convertida en medicina de los blancos, es importadora de normas de salud y de moral, así como de instituciones y vuelve un poco blancos a los actores negros, tanto profesionales como enfermos, al tiempo que pone acento en la burocratización del sistema de cuidado biomédico, factor que influye de forma importante en la accesibilidad de los pacientes a la atención sanitaria y es vertebral en la elección de itinerarios terapéuticos.

El caso de la universidad en los países africanos es similar, como denuncia Ferran Iniesta en *El Pensamiento Tradicional Africano*<sup>70</sup> : los intelectuales forjados en las universidades africanas reniegan del paradigma propiamente africano, con su tradición que consideran obstáculo para el desarrollo y vuelven los ojos a la visión occidental de los fenómenos.

En el mundo de la fisioterapia, tanto en el ámbito asistencial como docente, encontramos discursos contradictorios: negación de la intrincada red mágico-religiosa en la que se halla tejida la terapéutica tradicional, como veremos en algunos testimonios de fisioterapeutas malineses, la acusación del traditerapeuta de yatrogenia, mientras la prevalencia de pacientes afectados de problemas funcionales como secuela de una mala praxis observada en mi trabajo de campo, sitúan a la atención biomédica como primera causa de daños secundarios.

En las agencias y negociaciones de los diferentes actores involucrados subyace el sentido de alteridad como oposición, en África esta oposición no sitúa al individuo, ya sea terapeuta biomédico, tradicional o paciente, contra el otro sino contra sí mismo, donde anida la contradicción en la que se sume el africano.

Otro elemento presente en todas las sociedades es el estereotipo, el cual permite categorizar a los diferentes actores, bajo subjetividades compartidas que adolecen de la generalización contaminada de los conceptos antes referidos y que obstaculizan la transacción desde la objetividad.

Contradiendo discursos de unos y otros actores, se erige la eficacia simbólica como determinante de los resultados terapéuticos, como ilustra Antonio Lasala<sup>71</sup>

El concepto de eficacia simbólica tiene su origen en la necesidad de justificar la curación de un proceso biológico por medio de técnicas no biológicas, como pretendió justificar Lévi-Strauss

---

69

. Hours, 2006

70

. Iniesta, 2010

71

. Lasala, 2003



(2000: 211-228) en 1949, cuando examinó un canto que ayudaba a bien parir: se trataba de la incoherencia del mecanismo de causa-efecto.

Lévi-Straus parte de la consideración de que existe una proximidad cultural, siquiera simbólica, que permite la curación<sup>72</sup>

Por último, debemos tener en cuenta el capital social de los terapeutas, biomédicos y tradicionales, en palabras de Albert Roca<sup>73</sup>:

“Aquello que definiría la cantidad de confianza existente y la capacidad de desplegarla en redes expansivas concretas sería el capital social. (...) Además, al ser un factor ligado inextricablemente a la idiosincrasia de cada colectivo – y constituir, por tanto, un recurso en propiedad (...)

Sin embargo, al aplicar el concepto a zonas globalmente pobres como África, la situación se invierte. Se suele apuntar que las sociedades africanas, aun faltas de capital productivo, incapaces de explotar por sí mismas el capital natural -en razón de las carencias tecnológicas que contribuyen a definir su “cara humana”- y con un capital humano devaluado en el mercado de trabajo internacional -debido a su formación juzgada deficiente-, muestran importantes niveles de capital social.

(...) las aparentes posibilidades planteadas por este uso del capital social (...) el afroptimismo profundo, cultural y no puramente tecnocrático (no únicamente dependiente de las variaciones económicas); la recuperación de la “tradición” como objeto de estudio privilegiado, dejando de lado cualquier visión esencialista o estática, y haciendo hincapié en las iniciativas y códigos autóctonos en unos procesos continuos de creación social, que suponen tanto la definición dinámica de una identidad colectiva, como el intercambio constante de información con elementos “externos”.

El capital social de unos y otros actores se articula a partir de diferentes creencias y representaciones compartidas pero hay que señalar que de los tres sistemas médicos que coexisten, los usuarios se desplazan desde un extremo al otro de una misma línea de confianza. En el caso del profesional biomédico, va desde la fe hasta la desconfianza, y en el terapeuta tradicional, ciertas prácticas demonizadas por el Islam y aparentemente por la sociedad, son fuente de poder y temor a los ojos de los mismos que las rechazan.

Como hemos visto, al médico le legitima el estado, al terapeuta tradicional la tradición compartida, al *marabout*, la religión y al hechicero, la tradición negada pero presente en todas las representaciones; el miedo, poder del que disponen todos estos actores desde el momento en que la salud del sufriente está a su merced, se agudiza en el caso del *marabout*, como mediador de Dios, y en el caso del hechicero, por suponersele tratos con Satán en sus prácticas pre-islámicas.

La legitimidad de médicos y terapeutas tradicionales se establece a través de cierto grado de

---

72

. Lévi-Strauss, 1999

73

. Roca, 2002:5-17

consenso, ligado al grado de efectividad de sus prácticas, sin embargo, la base de ambos tiene una base social, que se explica con argumentos, ya sean físicos, ya sean religiosos o simbólicos. En el caso de los médicos, el paso por la Facultad es vertebral, mientras que en el caso de los terapeutas tradicionales lo es el acceso al conocimiento, como ya vimos antes<sup>74</sup>.

En la actualidad, dada la hegemonía del sistema biomédico, igual que los curanderos en España obtienen títulos de métodos terapéuticos reglados como la quiropraxia o el masaje, con el fin de legitimar sus prácticas, aunque mantienen un componente mágico en sus prácticas, los terapeutas tradicionales en África Oeste buscan la legitimación, amparados por el paraguas que supone la institución biomédica, acumulando títulos y reconocimientos por su participación en eventos de pluralismo médico, en que colaboran las asociaciones de terapeutas tradicionales e instituciones como la universidad o el departamento de medicina tradicional perteneciente al ministerio de salud y esgrimen como un arma legitimante el carné que acredita su pertenencia a TRAHASS en Gambia o a la Federación de Terapeutas Tradicionales de Mali. En este sentido, resulta paradigmático el discurso de Moussa Niaré, en el que, como ya hacía su padre y anterior jefe del negocio familiar de traumatología tradicional, afirma que ellos no pertenecen a ninguna asociación por que, a su parecer, la asociación sólo sirve para hacer juegos políticos. Este discurso muestra cómo el asociacionismo es percibido por los mismos terapeutas, se adscriban o no, como una agencia en la arena política.

En este contexto la vocación, como en el caso de los curanderos españoles, puede ser un factor predisponente, pero no determinante, como ilustra la trayectoria de Moussa Niaré, conductor de *sotrama* de profesión, aunque simultáneamente ejerciera la traumatología tradicional desde que tiene memoria, hasta que su padre valoró que se hacía mayor para dirigir el negocio familiar y que Moussa también era viejo para seguir conduciendo sotramas y le pidió al hijo que se ocupara exclusivamente de la traumatología tradicional.

De todos modos, un factor presente en la legitimación es la experiencia ligada a una eficacia, hecho que explica que algunas gentes de Bamako, como la paciente de Doumbia, vecina de Bankoni, donde vive la familia Niaré, cuestionada ante mi sorpresa de que hiciera un largo viaje para ser visitada por Doumbia, a pesar de ser vecina de los Niaré, me explicó que algunos amigos le habían dicho que al morir el viejo Niaré y ponerse al frente del negocio Moussa, habían perdido eficacia y que era mejor que fuera con el otro traumatólogo tradicional más reputado, junto con los Niaré, en la zona.

---

74

. Lasala, 2003

## 4.5.2. Dimensión política del secreto

Los productos prescritos por los sanadores tradicionales se hallan envueltos, a menudo, en misterio: es habitual que el paciente desconozca la composición de la sustancia que, según le es indicado, debe emplear para su curación; en otras ocasiones es el propio enfermo quien recoge las raíces, cortezas u hojas pero se le indica que debe hacerlo de noche y bajo la precaución de no ser visto por nadie.

Preservar el secreto es una manera que tiene el terapeuta de mantener su estatus y el negocio económico que supone la actividad terapéutica. En cuanto a los fármacos prescritos en el hospital, el misterio viene adscrito al desconocimiento del método científico empleado, aunque la automedicación a base de analgésicos y antibióticos es una práctica bastante común entre la población bajo la lógica de “un fármaco para cada síntoma”.

En cuanto a las relaciones de poder existentes entre los diferentes actores involucrados en los procesos de salud y enfermedad, resulta muy interesante el trabajo de Didier Fassin en un suburbio de Dakar. Señala el autor que en la gestión de la enfermedad y la muerte entran en juego lógicas de poder, presentes tanto en enfermos como en terapeutas, de manera que todo discurso sobre salud es un discurso político y toda práctica curativa es una práctica política, siendo los terapeutas investidos no sólo de poder sobre la salud, la vida y la muerte, sino también de poder político, conjunción que toma mayor relevancia en el caso del *marabout*, dado su poder religioso.

Bourdieu<sup>75</sup> define la posición de cada uno de estos agentes en función de su papel específico dentro de la sociedad, las hábitos de las individuos que la componen así como la distribución existente de capital social, simbólico, etc. Esta posición se halla sujeta a negociación y procesos de cambio constante<sup>76</sup>.

## 4.5.3. Transmisión de las palabras secretas

La forma de adquisición del conocimiento terapéutico reproduce las formas de legitimación, ya sea por pertenencia a un linaje de sanadores, elección onírica o paso por la experiencia de una enfermedad<sup>77</sup>, como ilustran los terapeutas entrevistados:

---

<sup>75</sup>

. Bourdieu, 1994

<sup>76</sup>

. Schirripa, 2011

<sup>77</sup>

. Jaffré, 1999

En Mali:

- Moussa Koné: el conocimiento terapéutico se lo dictó Allah después de un accidente que conllevó el padecimiento de varias fracturas: aquí observamos cierta relación con la transmisión del secreto en el caso de Doumbia.

- Bourama Doumbia: fue a aprender con un anciano del mandé que en el momento de la entrevista ya había muerto. Doumbia no traspasa las palabras secretas a su familia como en otros casos, él las enseña a expacientes suyos: según él es imprescindible haber sufrido una fractura para poder conocer estas palabras y utilizarlas, durante la entrevista asegura que si me las enseña a mí, antes de llegar a mi casa en Bamako, sufriré un accidente.

- Ibrahima Tambahou (Lleida): las palabras secretas, que según asegura, le resultan ininteligibles, no son del Corán, ni la lengua a que pertenecen es sarahule, bambara, ni mandinga, sino que se las dictó un *djinn* a su abuelo y él las fue traspasando a la familia que, por otra parte, es considerada como la más prestigiosa de *setter bone* de Gambia

- Mamoutou: no utiliza palabras secretas pero la crema de karité revela el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

- Moussa Niaré: las palabras secretas las heredó de su padre y este a su vez de su abuelo: utiliza palabras del Corán, útiles cuando la causa de la enfermedad es natural y palabras del mandé, poderosas para los casos en que el accidente es provocado. Él escupe los dos tipos de palabras en la crema de karité.

- Brehima Guindó: transmite su saber sin limitaciones a todo aquel que tiene interés por aprender. De hecho, tiene tres aprendices con él, dos jóvenes Guindó, de la familia y Balla Coulibally, un amigo de infancia que, viendo lo mal que estaba el mercado laboral, pidió a Brehima que le enseñara, o yo misma. Quizás la diferencia con el resto de terapeutas, que tienen como premisa la adscripción al grupo familiar o bien la historia padecimiento de fractura, esté en que Brehima sólo utiliza técnicas físicas, según dice, sin ningún componente mágico o religioso.

- Djeneba Touray (Gambia): a esta Dim Mutalá y terapeuta tradicional, le traspasó las palabras secretas, que ella asegura, son del Corán, un *djinna*.

El carácter sobrenatural y /o hereditario que caracteriza la revelación de las palabras secretas, elemento clave de conocimiento, vertebral en la acción terapéutica y conferidor de poder, se constituye en una muralla que evita que pueda adquirirlo cualquiera, de hecho, en los discursos de los diferentes actores, se utiliza la posesión del secreto mandé como garante de efectividad, como en el caso de Mamadou Kanté, hechicero maliense afincado en Dakar, que aseguraba que la familia Niaré, a pesar de ser la más reputada en cuanto a *traumatolegs traditionels* en Bamako, no podían curar las facturas porque no poseían el secreto mandé, *le secret noir*.

Si conocimiento es poder, el saber secreto potencia la fuerza de esta arma política: en occidente, el carácter incomprensible de diagnósticos médicos y composiciones de fármacos confiere un cierto grado de poder al profesional al sanitario, en África he podido observar cómo el secreto trasciende esta incompresibilidad, por que se oculta: es frecuente que el paciente desconozca el diagnóstico médico de su enfermedad y la medicación, como es habitual que los enfermeros administren los comprimidos sueltos en una bolsita de plástico, de manera que el paciente no conoce su nombre y menos aun su composición.

#### **4.5.4. Discursos de los usuarios del sistema médico**

La legitimación mediada por los valores éticos y deontológicos que comparten los profesionales del sistema biomédico, universales en apariencia, en estas tierras se ponen en entredicho como demuestran los testimonios obtenidos tanto en Mali como en Gambia:

En Mali

Me explica Bala (Moussa) Coulibaly, discípulo de Brehima Guindó, que cuando ingresan a alguien en el hospital (no especifica qué hospital, entiendo que es en genérico) es imprescindible que haya un acompañante que vele por los fármacos prescritos al enfermo durante su sueño o en caso de encontrarse inconsciente, por que los propios facultativos que los han prescrito puede ser que los roben durante la inconsciencia del enfermo para hacer uso en sus clínicas privadas; de igual modo, material como vendas, los facultativos lo venden al paciente por un precio que multiplica incluso por diez, el precio real del producto, para quedarse ellos con el 90% restante.

F. es una muchacha de 25 años que sufrió una luxación escápulo-humeral con parálisis del plexo braquial secundaria. Actualmente está realizando tratamiento con Brehima Guindó.

Explica el padre de la paciente que ésta sufrió, hace unas tres semanas, un accidente, un coche tumbó la moto que ella conducía. En un primer lugar fueron al Hôpital Gabriel Touré (HGT), donde le dieron comprimidos aunque no la derivaron al servicio de fisioterapia. Allí le hicieron pagar 17.500 FC por la venda tubular (de precio irrisorio en nuestro país), luego fue al Hôpital du Mali donde querían volverle a vender el mismo tipo de venda y donde tampoco le hicieron fisioterapia, por último acudieron a una clínica privada donde tampoco consiguió que le hicieran tratamiento físico.

En Gambia:

Cuento a Dawda Sankareh que existe la posibilidad de que reproduzca un trabajo de investigación del Medical Research Council Unit (MRC), consistente en la realización de entrevistas a la población de Baja Kunda, sobre la gestión familiar de la malaria, a lo cual él replica que quizás no sea bien visto por la población: el MRC no tiene muy buena prensa en Baja Kunda, hecho que me sorprende grandemente dado que en la capital goza de muy buena reputación, considerando este centro no sólo barato sino resolutivo.

Me explica mi informante que durante un tiempo equipos del MRC estuvieron trabajando en Baja Kunda, donde realizaban extracciones de sangre con el fin de analizarla. Las gentes del pueblo aun se preguntan qué hicieron con su sangre, esta situación muestra un fuerte paralelismo con la expuesta por Ashley Ouvrier en su libro centrado en la actividad del Institut de Recherche pour le Développement (IRD) en la región senegalesa de Niakhar, donde la población sospechaba que la institución de investigación robaba su sangre (recordar la creencia en vampiros (*suguñas*) en estas tierras, el poder simbólico de la sangre como elemento sacrificial y de las partes del cuerpo humano como símbolo mágico<sup>78</sup>).

Estos testimonios muestran la confrontación de discursos, que no siempre son coherentes con las prácticas de los diferentes actores, porque la política simbólica es habitual en el campo de la sanidad, y existe una política por parte de la población, expuesta al capricho de las políticas sanitarias de unos y otros sistemas, instituciones y actores.

---

78

. Ouvrier, 2014

## 4.5.5. Drogas y poder

En su constitución el año 1946, la OMS declara que la salud es un derecho universal, durante la Conferencia de Alma Ata, el año 1978, lo ratifica y proclama que el acceso a los medicamentos para la erradicación de enfermedades es prioridad, en la misma línea opera el mensaje central de la Declaración de Montreal del 2005, sin embargo, incluso en la actualidad, el acceso a los medicamentos en los países en vías de desarrollo constituye una de las mayores inequidades en el campo de la salud, a pesar de que el siglo XXI se caracteriza por la creciente medicalización de la sociedad, entendido como el proceso por el cual, a partir del siglo XXVIII, la medicina se constituye en una red que controla el cuerpo y el comportamiento de los individuos. Este proceso tiene lugar por la confluencia de dos elementos: el control por parte de la medicina de epidemias y la integración de la misma en el desarrollo económico<sup>79</sup>.

Uno de los elementos clave en el proceso de medicalización son los fármacos. Numerosos son los autores que han analizado este proceso, como Menéndez<sup>80</sup> que analiza las relaciones de poder, en términos de hegemonía/subalternidad y la estratificación social presente en el uso de los medicamentos, o Susan Reynolds<sup>81</sup> que estudia cómo en Uganda los medicamentos actúan como vehículos de transformación de las relaciones sociales entre pacientes, terapeutas y tradiciones. En el contexto que nos ocupa, en la transformación operada en el uso de los fármacos existe un componente de aculturación ya que la presentación de los fármacos en forma de pastilla o jarabe, constituye un símbolo de lo occidental con todas las representaciones implícitas.

Respecto a Mali, cabe destacar la investigación multidisciplinar llevada a cabo por el INRSP- Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (1993, 1995), en colaboración con Van der Geest sobre el uso racional de los medicamentos. Esta investigación, desarrollada entre 1994-95 en la Región de Ségou, forma parte de un programa comparativo de la OMS e incluye como elemento innovador el análisis de la percepciones y de las prácticas de los prescriptores y de los consumidores, los cuales afirman preferir los medicamentos en especialidad a los genéricos, recurriendo a menudo a la automedicación con comprimidos en especialidad<sup>82</sup>.

Cabe destacar la obra de referencia sobre la farmacopea tradicional de África Oeste, editada en el 2012 (PHARMACOPÉE AFRICAINE, Dictionnaire et monographies multilingues du potential

---

79

. Lasala, 2003

80

. Menéndez, 1988

81

. Reynolds, 1998

82

. Mendiguren, 2007

medicinal des plantes africaines. Afrique d'Ouest. Raphael D. Eklou-Natey, Annie Balet de Editions d'en Bas, sobre las plantas medicinales de ocho países de África Oeste: Benin, Burkina Faso, Costa de Marfil, Guinea, Mali, Níger, Senegal y Togo, esta magnífica obra, estructurada en dos volúmenes, un diccionario y un monográfico, incluyen el uso terapéutico de casi mil plantas y junto al nombre científico, su traducción en diferentes lenguas vernáculas de los países mencionados, con lo cual supone una guía completa para el estudioso de la fitoterapia africana. Son co-autores, de esta completa recopilación, académicos de diferentes países de África Oeste, entre ellos el Dr Drissa Diallo, presidente del Departamento de Medicina Tradicional del INRSP-Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública y tutor de este trabajo de investigación doctoral durante mi estancia en Mali.

La relación entre el campo médico y la esfera económica es bien conocida. Como menciona Pino Schirripa<sup>83</sup> en el artículo en que realiza un análisis comparativo entre sistemas médicos, el sistema médico plural no es armonioso sino que refleja conflictos transversales de la sociedad y una lucha por mantener un estatus privilegiado dentro de la misma, tanto por parte de terapeutas como de enfermos y se refleja en una constante competición entre todos estos actores, que parten de una asimetría en su posición. La posición social de los agentes, por otra parte, es resultado de la interacción entre capital social, económico y cultural.

Una herramienta terapéutica que también es utilizada como arma de poder es la droga, entendida ésta como “ sustancia específica o compuesto de sustancias, en una comunidad específica, que dada una situación histórica y social, es percibida como efectiva para resolver una dolencia, entendida como enfermedad”. Los mecanismos por los cuales se constituyen en arma de poder las sustancias utilizadas en las terapias, son tres:

- Coste

Los tratamientos de fitoterapia realizados por los sanadores tradicionales no son baratos para una población de bajo poder adquisitivo. En algunos casos el servicio de estos profesionales se paga por medio de donaciones voluntarias, pero cada vez son más los terapeutas que establecen un precio que puede ser en moneda o en especie, a menudo a base de corderos.

En lo que se refiere al sistema sanitario público, en Gambia el precio de los fármacos es bajo (cinco dalasis para pacientes mayores de quince años, uno para los comprendidos entre cinco y quince años y gratuitos para los niños menores de cinco años) pero cuando escasean, los enfermos deben acudir a establecimientos privados donde el precio del medicamento se ve incrementado de forma

---

83

. Schirripa, 2010



importante. Un hecho desafortunado que he podido presenciar, hace años, en Baja kunda, es el pirateo, por parte de enfermeros, de fármacos llegados al centro sanitario público, para luego venderlos a precios más altos a los mismos pacientes, que no encuentran los medicamentos prescritos por los propios profesionales sanitarios, en el hospital.

#### - Disponibilidad

Los centros sanitarios de las áreas rurales reciben una partida mensual de medicamentos, de manera que cuando se acaban las existencias, el paciente debe dirigirse al farmacéutico, que además de vender estos productos, realiza diagnósticos (a pesar de no contar con formación sanitaria específica).

En agosto del 2016, cuando ya se estaban dando casos de malaria en el Health Center de Baja Kunda, un día vino a verme Lamin, el enfermero que en esta época estaba al frente del hospital, en ausencia de su director; el muchacho estaba eufórico, nada más entrar me dijo, como si de una gran suerte se tratara: “hoy tenemos antipalúdicos en el hospital”, porque, a pesar de estar ya inmersos en la época de lluvias y por tanto, de mayor riesgo de malaria, el centro hospitalario de referencia para más de 10.000 personas, no disponía de antimaláricos.

En Bamako, durante la época en que mayor incidencia tiene la malaria, los meses de octubre y noviembre, el departamento de pediatría sufría un estado dramático: en un sistema sanitario de copago, donde los usuarios tienen que comprar los fármacos, gasas, vías, incluso la sangre de las transfusiones, he visto a padres llorando con sus hijos en brazos, en estado agudo de coma, afectados por malaria cerebral, o muertos por que no disponían del dinero suficiente para pagar los antimaláricos o la sangre para las transfusiones. En este contexto, no cabe duda de que el fármaco adquiere un precio económico y moral inaccesible.

Volviendo a Gambia y al ámbito rural: algunos sujetos compran medicamentos en la capital de comarca, llenan una mochila y luego los venden por todos los pueblos que hay al pie de la carretera, de manera que el producto lo venden a un precio más elevado en los establecimientos de víveres, donde a su vez, los adquirirán los usuarios a un precio que de nuevo se ve incrementado. En cuanto a las drogas utilizadas por los terapeutas tradicionales, en general no existen problemas de disponibilidad, dado que acostumbran a provenir de especies vegetales presentes en el entorno del pueblo.

En Mali, hasta hace muy poco, el terapeuta tradicional cobraba por sus servicios la moneda circulante más pequeña en ese momento, porque se consideraban mediadores de la gracia de Dios, el único con la capacidad de curar y las cosas de Dios no se pueden pagar con dinero; sin embargo,

si el proceso de curación es satisfactorio, el paciente puede hacer una donación, ya sea en especie o monetaria. Existe la creencia entre las gentes de Bamako, de que los terapeutas tradicionales que han establecido lista de precios, con ello han perdido su capacidad mágica para curar. Estas lógicas nos remiten a la teoría del don de Mauss: obligación de dar, obligación de recibir y obligación de devolver, atravesados por las directrices que marca la religión en este lugar.

#### **4.5.6. Apropiación de la medicina tradicional. “Biopiratería”**

En las últimas décadas se ha observado un gran desarrollo de la farmacopea tradicional, que se ha encargado de regular el Estado en diversos países africanos, como es el caso de Mali, no sin cierto conflicto de intereses debido a la violación de la propiedad intelectual por parte de laboratorios, como denuncian G Ollock y A Boubakry (Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CS-CHUM)) en su ponencia “Brevets pharmaceutiques, expropriations et privatisations des savoirs traditionnels en Afrique, enjeux économiques et éthiques” donde constatan cómo los medicamentos tradicionales son el recurso de primera elección en los itinerarios terapéuticos. El régimen internacional de protección de los derechos de la propiedad intelectual que se aplica a los productos, procesamiento y resultados de las investigaciones, se basa en la medicina tradicional, apoyado en la normativa específica en vigor en cada país, sin embargo existen importantes implicaciones económicas y éticas en el acceso a los medicamentos y la identificación de los propietarios de esos conocimientos. Este régimen permite a las multinacionales farmacéuticas la posibilidad de aislar, proteger y vender a precios de monopolio los principios activos de esas plantas, cuyas propiedades preventivas y curativas son conocidas desde hace siglos en África Subsahariana, de manera que se favorece la expropiación y privatización del conocimiento tradicional. La bio-piratería obstaculiza, pues, la difusión justa de los resultados de estas investigaciones y de los beneficios resultantes de la comercialización del conocimiento farmacológico tradicional, confundiendo descubrimiento con invención, conceptos separados por fronteras porosas, y olvidando la necesaria complementariedad entre ciencia occidental y conocimiento tradicional.

## 4.6. Significados de curar y estar sano.

*“Enfermar es como una noche en la vida”*

Y. Jaffré

*«Guérir, c' est donner sens à la maladie»*

Bonnet, 1988

Existe una gran variedad de expresiones de la curación según el contexto cultural y social que le da forma, tanto en el campo de la biomedicina como en el de la religión y de las etnomedicinas, que determinan diferentes definiciones de enfermedad, salud y curación, adscritas a cada institución, influenciadas por otras visiones de “curación” y íntimamente relacionadas con los elementos legitimadores de los diferentes actores.

En gran parte de sociedades, como es el caso de África Subsahariana, la terapia a base de plantas es indisociable de la adivinación, ambas prácticas unidas por un simbolismo compartido, parte de la representación que cada sociedad tiene del mundo. Así pues, empirismo y magia se hallan entrelazados en la terapéutica, de una manera indisociable<sup>84</sup>.

Afirmar que hay que hacer distinción entre curación biológica y social contradice la porosidad existente entre los espacios biológicos y sociales<sup>85</sup>. Se entiende “curación” como normalización, que pasa por lo social como veremos a continuación en las cuatro etapas de que consta la curación, como proceso social, biológico/médico y cultural.

J. Hermann<sup>86</sup> ejemplifica estos cuatro estadios con el caso de los enfermos de SIDA en Etiopía, durante los años 90, en que la curación de dicha enfermedad pasaba por un ritual de bautizo con agua bendita llamada en amara *Tsäbäl*, de la cual se realizaban grandes ingestas, lo cual provocaba importantes vómitos y diarreas que eran entendidos como el medio de expulsión del SIDA.

Así pues, en este contexto las cuatro etapas de curación se caracterizaban por:

1ª. Presencia de signos de curación culturalmente compartidos y religiosamente contruidos.

---

84

. Augé, 1983

85

. Benoist, 1996

86

. Hermann, 2015

2ª. Curación permanente, certificada por el centro sanitario, aun así, la persona es considerada socialmente un *Tsäbältagnas*, persona en proceso de curarse, en amara.

3ª. La persona ya está curada pero sigue siendo un *Tsäbältagnas* hasta que recibe la certificación de curación por parte de la comunidad religiosa.

4ª. El individuo es considerado normal, con lo que puede volver a integrarse en su comunidad de origen o bien permanecer durante un tiempo en el lugar de curación.

Extrapolando este caso concreto podríamos generalizar las cuatro etapas de la siguiente manera:

-1ª etapa: lectura de los signos de curación. Entra en juego la nosología particular de cada sociedad, realizando una lectura émic /étic<sup>87</sup>, que implica la percepción individual y del entorno de lo que significa curación.

-2ª etapa: validación por parte de los terapeutas biomédicos, considerados como depositarios del saber. En cada sociedad se decide el fin de la terapia bajo un proceso de co-construcción biomédica y social de la curación. Puede darse el caso de que el sistema médico considere curado al individuo pero la sociedad no, en ese caso se considera que el individuo continúa enfermo.

-3ª etapa: Validación por parte del entorno social. En esta etapa tiene lugar una reconstrucción del sujeto, que pasa por un estatus liminal, sujeto a las subjetividades y representaciones de la sociedad en que se halla inserto, sobre la enfermedad. El final de esta etapa tiene lugar cuando la ruptura biográfica que supone la enfermedad se resuelve en la aceptación del nuevo estado.

-4ª etapa: reintegración social, vuelta a la asunción de las responsabilidades laborales (elemento central tanto émic como étic), a los roles familiares y sociales. Se trata de la vuelta del individuo al estatus sano, de normalidad, específico en cada sociedad. En esta etapa tienen lugar fenómenos de resiliencia (reconstrucción) necesarios para la vuelta a lo que se considera normalidad.

Un ejemplo muy ilustrativo es el aportado por Phillippe Msellati<sup>88</sup> en Guinea Conakry, donde, durante la crisis del ébola del 2014, para asegurar la curación del paciente afecto de ébola, las autoridades sanitarias expedían un certificado de curación que se acompañaba de una foto del curado junto al terapeuta. La integración social del individuo que había padecido esta enfermedad venía mediada por la exhibición de tal certificado en los diferentes círculos sociales.

---

87

. Pike, 1956

88

. Msellati, 2015

Considerando las cuatro etapas descritas de la curación, el hecho de comenzar con el ámbito de la fisioterapia el proyecto de cooperación interuniversitaria FISIAFRICA con el objetivo de fortalecer los sistemas sanitarios de países africanos, en gran parte obedece a que la validación no sólo médica sino social de curación en los trastornos tratados por esta disciplina, de carácter físico, funcional y de gran visibilidad, resultan fácilmente mensurables y por tanto legitimables socialmente.

La curación, desde el punto de vista biomédico, puede ser una categoría o bien un destino. En esta concepción existen tres constantes:

1. Los médicos se defienden de la responsabilidad de curar.
2. Los médicos cargan la responsabilidad y esperanza de la curación en otros especialistas médicos.
3. Los médicos se resisten a emplear el término “curar” especialmente en el momento actual, en que la pirámide poblacional envejecida conlleva una gran prevalencia de cronicidad, ante la cual el profesional médico a menudo no cura, sino que cuida y acompaña.

Es interesante recordar las “enfermedades que no curan en los hospitales”, categorización presente en las sociedades de África Oeste<sup>89</sup>, se trata de trastornos que, según asegura la gente, “si vas al hospital te matan”. Esta categoría de enfermedades podría responder a una forma de resistencia por parte de la población frente al sistema biomédico visto como exponente del paradigma occidental colonizador.

Conclusión: el concepto “curación” es complejo y ambivalente, se trata de un concepto profano y social.

En la medicina coránica, las fronteras de la curación están supeditadas a diversos factores, como ilustra Fatima Zohra<sup>90</sup>, tales como:

- La duración de la satisfacción, que estará directamente relacionada con la evaluación de eficacia de la curación.
- La negociación establecida entre *râqi* (oficiante de la *roqya*), paciente, familia y *djinns* en el proceso de curación.
- constatación de los signos asociados a la curación

---

89

. Delacroix, 2015

90

. Cheraq, 2015

- Beneficios inherentes a la posesión: ganancia inherente al estatus social que confiere la enfermedad.

- *Savoir faire* del *râqi*

- Colaboración y adhesión por parte del enfermo

- Resistencia del mal a la *roqya*, en el caso de tratarse de *djinns* o brujerías rebeldes.

- Ciclos de mejoría y empeoramiento

- Explicaciones de la enfermedad sobre el pronóstico y curación.

Respecto a la figura del *râqi*, habría que tener en cuenta varias consideraciones:

- En todo este proceso puede darse una instrumentalización por parte del *râqi* de los *djinns*, con otros fines, los más comunes, tener suerte o conseguir dinero.

- En muchos casos, el *râqi* es una mujer, en Egipto la autora ha encontrado alguna o bien ayudante de *râqi*, sería interesante analizar este personaje desde el punto de vista de género y como en el caso de la posesión, común en muchas sociedades, como acto de resistencia y de lucha en la arena social.

Respecto a estos rituales de curación, también deberíamos considerar varias dimensiones:

- La representación del *djinn* varía de Egipto a Argelia o África Negra.

- Existen varias vías de curación: mediante endorcismo de los *djinns*, es la más comúnmente empleada en el *roqya*, mientras que en la curación dentro de los rituales propios de la Iglesia Pentecostal, la curación viene mediada por exorcismo del diablo.

- También existe una estrecha relación entre la representación de los *djinns* en el Islam y los espíritus en el marco del animismo, a pesar de históricamente, haber sido esta última demonizada y animalizada por parte de los musulmanes.

En el proceso de curación mediante la práctica del *roqya* podemos ver, una vez más, este rasgo común, en la representación de enfermedad y salud, común a todas las culturas vistas: recuperación equivale a restablecimiento social.

### 4.6.1. La curación como metáfora

Otro ejemplo, que muestra el uso social de la enfermedad y del proceso curativo, entendido como redención, es el que nos muestra F. Labbe<sup>91</sup> llevado a cabo en las Islas Fidji, con motivo del SIDA, en su trabajo se recoge el testimonio de individuos afectados de VIH-SIDA que muestran la interpretación de esta enfermedad como enviada por Dios para salvarles del pecado y la mala vida (entiéndase sexo, drogas, alcohol). La curación moral, es decir, el arrepentimiento del paciente, tiene carácter social y tiene lugar al abrazar la fé en Dios. Este fenómeno supone una curación psicológica, bajo el pensamiento de que Dios puede curar enfermedades incurables por el sistema biomédico, como queda reflejado en la Biblia en el caso de la lepra.

En este contexto, los testimonios de los enfermos muestran dos tipos de relación entre la curación mediante Dios y por medio del sistema biomédico:

- Incompatibilidad: “La única droga es la Biblia, no quiero medicamentos”
- Complementariedad: “Dios me envió la enfermedad y también los medicamentos”

La última afirmación muestra un paralelismo con la afirmación islámica de que Dios creó para cada enfermedad un remedio, y que en numerosas ocasiones he oído entre las gentes de los países islamizados de África Oeste: “Dios creó para cada enfermedad un árbol (que la cura)”

Querría citar algunas de las reflexiones que a modo de conclusión y cierre de las jornadas de antropología médica<sup>92</sup> expuso Y. Jaffré. El antropólogo médico dejaba en el aire varias propuestas de gran interés:

1- Analizar la porosidad existente entre el estado enfermo y de curación, tanto desde el punto de vista étic como émic, considerando el fenómeno de “curación”:

- En la biografía del sujeto
- Como fenómeno individual y como fenómeno colectivo
- Curación no únicamente entendida como recuperación de la salud sino como vuelta al estado anterior, en todas sus dimensiones.
- La porosidad del léxico de la temporalidad en el proceso de curación: términos como recidiva, recuperación o convalecencia.

---

91

. Labbe, 2015

92

. Jaffré, 2015

2- Estudiar el proceso de medicalización de la sociedades

3- Analizar la historicidad de la curación dentro de las coordenadas socio económicas y culturales, teniendo en cuenta los avances técnicos, procesos de globalización, procesos migratorios y resistencias.

4- “Curarse” concebido como derecho, no como hecho afortunado dependiente en cierto grado de la suerte. Este sería un ejemplo de cómo los espacios de la terapéutica constituyen subjetividades diferentes.

5- Una antropología de la sensibilidad y de la corporalidad, poniendo el acento en aquello que conmueve tanto a pacientes como a terapeutas.

6- Finalidades de la curación, es decir, la curación como proyecto personal del paciente.

7- Análisis de los “supervivientes”: qué representa la curación de una enfermedad potencialmente irreversible.

8- “Curarse” como obligación moral: esta dimensión se articularía con la ética de curar y la alianza terapeuta-paciente por un lado y con el léxico (expresiones como “debo curarme”, “puedo aceptar”, “tengo derecho a renunciar” “derecho a no curarse”).

10- ¿Curación como estado o como proceso?

#### **4.7. Fisioterapia, biomedicalización del “huesero”.**

Los conocimientos del “huesero” (Latinoamérica) o “arreglador” (España), han sufrido un proceso de invisibilización y desaparición en nuestro país, atezados además estos profesionales por un contexto sanitario donde disfruta de gran poder no sólo legitimador, sino también jurídico la medicina biomédica, los “hueseros” se han visto acuciados, como el resto de sanadores, por la necesidad de cubrirse la espalda mediante la obtención de títulos de quiromasaje, reflexología podal u otras formaciones, aunque alternativas, aceptadas socialmente, con el fin de poder desarrollar su conocimiento tradicional, ya sea de origen familiar o místico. Incluso han llegado a verse perseguidos por la ley, como me relataba, el Sr Josep, de St Fruitós de Bages, que, según cuenta, estuvo a punto de ser llevado a prisión. Este terapeuta, durante mi visita, me mostraba los apuntes facilitados en un curso sobre vendajes al cual asistió en uno de los centros de formación en fisioterapia catalanes, escandalizado por la contradicción con la fisiología a que se hallaban sometidas algunas de las indicaciones recibidas.



Antonio Lasala Meseguer, en su tesis doctoral en antropología médica presentada el pasado 2003, transcribe numerosos testimonios de “arregladores” que permiten vislumbrar la proximidad de las técnicas empleadas con las propias de la práctica fisioterápica y también con las de los *setter bone* y *traumatolegs traditionels* estudiados en mi trabajo, así como la concepción de globalidad en lo que al aparato locomotor y su patología se refiere, basado en el concepto de cadenas musculares<sup>93 94</sup>, premisa compartida con autores de máxima actualidad en el campo de la fisioterapia, estudiados en nuestras universidades. El concepto “cadena miofascial o “muscular” es referido por los “fisioterapeutas “ tradicionales, como veremos en el caso de la familia Niaré de Mali o Bakari de Gambia, o en los testimonios recogidos por Lacasa, con el término “nervio”. La argumentación fisiopatológica es de total coherencia con la explicación biomédica, como ejemplifica María Lafaja Oliver, conocida como “Maria La Guapa, de 88 años de edad en el momento del estudio, natural de Urrea de Gaén (Teruel)<sup>95</sup>:

“Ahora mismo viene una que lleva el cuello así, una cosa...pues el nervio, el nervio que se **le sube aquí todo el nervio**, pues hay que trabajar el nervio ese que sube hasta la cabeza y hay que trabajarlo bien y moverle la cabeza después y así a los laos, p’atrás y p’adelante”.

- “Pues la rodilla hay que trabajarla bien y muchas veces te se ponen los nervios aquí bajo, en un rebullo y hay que trabajar mucho. Y cuando se tiene el pié así, tan malo, antes de venir aquí les digo que **pongan el pié en agua bien caliente y un buen pizco de sal** y así cuando vienen aquí pues ya puedes trabajar mejor, que algunas veces te vienen con el pie que lo llevan hinchao: -“

Observamos cómo la terapia no se basa únicamente en la terapia manual, sino que, como hemos podido constatar en la práctica diaria de Niaré, es común a los centros de fisioterapia el uso de otros medios físicos en los tratamientos, como el calor, al agua y productos como la sal.

“Ya hace 15 días que lo llevo, fuimos al médico y me puso esto y me puso l’otro” y claro, pero **como el médico no lo toca...**te dan una pomada, te mandan unas pastillas y vale. Aquí han venido, el otro día vinieron de Valencia vinieron”.

Cabe señalar el acento puesto sobre el contacto directo, manual, como elemento de eficacia, presente en los criterios de elección del sistema médico tradicional frente al biomédico, en Mali, en la resolución de fracturas y común a los discursos que legitiman la labor del fisioterapeuta y del médico en nuestra tierra, donde es común el comentario “allí no te tocan” síntesis de la falta de eficacia ligada a una mala praxis, según el criterio del paciente.

---

93

. Denys-Struyf, 2005

94

. Busquet, 2005

95

. Lasala, 2003 : 52-62

-“Tia María vengo aquí y vamos a ver si esto..., hi estao en Barcelona, en Zaragoza y venimos de Alcañiz y sin ir a casa venimos aquí”. - ¡Anda, y si t’an mirao en tantos sitios!”

La amplitud geográfica de los itinerarios elegidos por el paciente como discurso legitimante se encuentran también presentes aquí, como hemos constatado repetidamente en las entrevistas llevadas a cabo tanto en Gambia como en Mali.

-“Aquí, hijo mío, han de venir tres veces. Yo se lo digo a todos, con la primera se conoce algo pero hay que seguir dos más. Algunos no vuelven pero la mayoría sí. Tres veces. Y si no se va, hay que volver a venir otras tres. Así lo hago”.

Las sesiones de tratamiento, en número tres, como medida de temporización de la eficacia, también presente en los traumatólogos tradicionales entrevistados y en nuestros centros de fisioterapia privada, donde se repite la exigencia del usuario que paga: si en tres sesiones no nota una mejora, considera que el tratamiento no es efectivo y cambia de itinerario.

Otro curandero especializado en el aparato locomotor del cual habla Lacasa, es Pascual, conocido como “el curandero de Castilla”, al cual acudían las personas de Vinaceite, Samper, Castelnou y Jatiel, este hombre no sólo arregalaba huesos mediante terapia física, si no que también trataba otras patologías como dolores gástricos, problemas circulatorios o dermatológicos mediante el uso de hierbas, ingeridas o en forma de emplastos.

En mi trabajo he podido constatar que ninguno de los “fisioterapeutas” tradicionales entrevistados trata únicamente los problemas del aparato locomotor, todos ellos tratan, mediante hierbas, otras patologías. En cuanto a la fisioterapia biomédica, la permeación a otros campos terapéuticos es un fenómeno silente pero que en los últimos años se está institucionalizando: son muchos los fisioterapeutas que simultanean esta profesión con la osteopatía visceral o la psiconeuroinmunología (PNI) entre otras. Siguiendo esta misma línea de intervención, durante el año 2016, la Facultad de enfermería de la Universitat de Lleida, ha puesto en marcha una doble titulación de Fisioterapia y Nutrición.

La asociación entre curanderismo y brujería, ilustrada por Lacasa con el caso de la curandera del barrio de San Antón, tildada de medio bruja, es una sospecha común, como hemos explicado extensamente, entre los terapeutas tradicionales de África Oeste.

## 4.8. Conclusiones

En este capítulo vemos cómo la antropología nos provee de herramientas para interpretar el peso de la magia y la religión dentro del proceso terapéutico, por que son indexales en la construcción que la sociedad africana hace de la experiencia de la enfermedad y que relaciona íntimamente lo sobrenatural con el control social, por ello se hace necesaria una interpretación histórico-social.

Las diferentes corrientes antropológicas, bajo enfoques diferentes, coinciden en establecer una relación estrecha entre desorden físico y social, dimensiones bien ilustradas por los términos *illness*, *disease* y *sickness*., aunque el determinismo biológico y pretendida universalidad del paradigma biomédico pueda tener un efecto cegador que contribuya a limitar el análisis de estos fenómenos.

Una vez sorteada la barrera etnocéntrica y entendida la enfermedad como infortunio que afecta al individuo de manera global, así como a su entorno familiar y social, la antropología médica establece bases sólidas que explican la eficacia simbólica del ritual mágico-religioso en el que el terapeuta, sea cual sea el sistema médico a través del que opera, legitimado por la sociedad, ayuda, acompaña y en el mejor de los casos cura al sujeto atravesado de sufrimiento.

Las categorías etiológicas de la enfermedad, así como el uso que se hace del cuerpo como símbolo, los significados de la curación, la relación entre transgresión y enfermedad, son hilos conductores de un complejo entramado en el cual se haya inserto el individuo, y en función de estas representaciones buscará ayuda en el proveedor de remedios alineado con la misma interpretación de lo que estar enfermo significa.

No debemos olvidar la dimensión política del proceso terapéutico, en la cual encontramos paralelismos entre el poder de los símbolos, el secreto y las drogas, sin olvidar la asimetría terapeuta-paciente, en ambos sistemas médicos, biomédico y tradicional.

## **5. Situación de la discapacidad y la fisioterapia en el área de estudio**

### **Introducción**

En este capítulo se muestran las políticas dirigidas a la discapacidad desarrolladas en los países de estudio, la situación de la atención en el campo de la rehabilitación, que en la mayoría de casos se reduce al campo de la fisioterapia, y analizaremos los datos extraídos de los registros de asistencia de los servicios de fisioterapia activos en Gambia y Mali.

### **5.1. El caso de Gambia**

La Organización mundial de la salud, en su documento NON COMMUNICABLE DISEASES PROGRESS MONITOR 2015, señala que en Gambia el 32% de las muertes tienen como causa enfermedades no transmisibles, constituyendo el 19% de muertes prematuras y unas 5.000 personas al año.

El plan de salud vigente en Gambia, REPUBLIC OF THE GAMBIA “HEALTH IS WEALTH” 2012 – 2020 (Minister of Health & Social Welfare (2012)) que tiene como objetivo principal la aceleración de la calidad de los servicios de salud y la cobertura universal, corrobora las cifras de la OMS según vemos en los datos epidemiológicos recopilados por el Ministerio de Salud, que revelan la gran incidencia de trastornos de salud que provocan discapacidad asociada:

#### **5.1.1. Datos epidemiológicos relacionados con la discapacidad**

La malnutrición, considerado como el mayor problema de salud pública del país, cursa a menudo con retraso psicomotor: datos obtenidos durante el 2006, muestran una incidencia de un 19% de retraso de crecimiento, un 6.8% de pérdida de peso y un 17% de bajo peso entre la población infantil

Se estima que un 1% de la población padece diabetes miellitus, trastorno metabólico que en muchos casos desemboca en necrosis de extremidad inferior sólo resoluble con la amputación del segmento distal del miembro, sin embargo, el 90.5 de adultos nunca realizó pruebas de glucemia.

Un 16% de las mujeres en el ámbito urbano padecen obesidad frente al 1% en el ámbito rural, esto es debido a la vida sedentaria de las primeras (el 18 % de la población global no realiza ningún tipo de ejercicio físico) y la alimentación rica en hidratos de carbono y grasas, común a la mayoría de población gambiana, dieta por otra parte, pobre en frutas y verduras (el consumo de estos alimentos varía entre un 3.3 y un 5.0 de días a la semana)

Alrededor del 24.4% de adultos gambianos tiene hipertensión arterial sin embargo sólo el 58.6% de la población ha realizado algún control al respecto: esta alteración frecuentemente desemboca en accidente vásculo cerebral y la consiguiente hemiplejía.

Entre los objetivos específicos de este plan de salud gubernamental está el plan de acción para la prevención de la discapacidad y la rehabilitación de personas discapacitadas de acuerdo con el *United Nations Standards Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* del año 2013<sup>1</sup>.

Veamos algunos datos comparativos:

INDICADOR DE SALUD	GAMBIA (2008)	AFRICA (2010)	EUROPA (2010)	MUNDIAL (2010)
Tasa de mortalidad por malaria (por 100.000 hab.)	93	94	0	12
Nº de casos notificados de malaria (por 100,000 hab.)	28.226	21.537	0	3.322
INDICADOR DE SALUD	GAMBIA (2010)	AFRICA (2010)	EUROPA (2010)	MUNDIAL (2010)
Tasa de mortalidad por tuberculosis (por 100.000 hab.)	49	30	6,8	15
Nº de casos notificados de tuberculosis (por 100,000 hab.)	273	276	47	128

Tabla 1.

INDICADOR DE SALUD	GAMBIA	AFRICA	EUROPA	MUNDIAL
Neonatos con insuficiencia ponderal al nacer (%)	20	13	7	15
Lactantes alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses (%)	41	33	24	37
Menores de 5 a con retraso de crecimiento (%)	27,6			26,7
Menores de 5 a con insuficiencia ponderal (%)	15,8			16,2

Tabla 2.

Las cifras más recientes siguen siendo preocupantes:

<sup>1</sup>

. Giustini, 2013

## **Mortalidad 2012.**

- Todas las causas : 1,316.1
- Enfermedades Transmisibles: 590.5 (44,8%)
- Enfermedades no Transmisibles: 629. (47,79%)
- **Enfermedades cardiovasculares: 299.6 (22,7%)**
- **EPOC: 38.6 (2,9%)**
- **Diabetes miellitus: 48.6 (3,69%)**

## **VIH/SIDA:**

- Muertes por VIH/SIDA (por 100.000 hab): 24,0
- Incidencia VIH/SIDA (por 100.000 hab): 103,0
- **Supervivientes al VIH/SIDA (por 100.000 hab.): 79,0 (0,79%)**

## **Tuberculosis:**

- Muertes por tuberculosis (por 100.000 hab) en población seronegativa: 18
- Incidencia de tuberculosis (por 100.000 hab por año): 174
- **Supervivientes a la tuberculosis (por 100.000 hab.): 156 (1,56%)**

## **Malaria. 2012:**

- Mortalidad (por 100.000 hab): 82
- Incidencia (por 100.000 hab): 29.095
- **Supervivientes a la malaria (por 100.000 hab.): 29.013 (29%)**
  
- % niños menores de 5 a que reciben tratamiento antimalárico (2007-2013): 30
- % niños menores de 5 a que duermen bajo mosquitera (2007-2013): 33
- Número de casos de lepra. 2014: 15

- **Número de niños entre 0 y 18 años con discapacidad (2003): 1.5 %, 7,470 casos<sup>2</sup>**

- **Prevalencia de discapacidad en todas las edades (por cada 100.000 hab.) en 2004: 11,0**

- **Prevalencia de discapacidad física en todas las edades (por cada 100.000 hab.) en 2003: 0,36%<sup>3</sup>.**

De las cifras epidemiológicas expuestas cabe destacar:

- Ha habido un aumento, acorde con las tendencias mundiales, de las muertes prematuras causadas por enfermedades no transmisibles, de las cuales las más altamente discapacitantes son de gran prevalencia, especialmente las cardiovasculares, que se cobran un 22,7% de vidas, sin menospreciar el casi 3% por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y el 3,7 aproximado de diabetes mellitus. La gran prevalencia de estas enfermedades, de secuelas altamente discapacitantes como veremos más adelante, es indicador de que un grupo importante de población está viviendo con limitaciones funcionales, trastornos que son tratados habitualmente en nuestros centros de rehabilitación.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, atendiendo a las cifras de mortalidad y morbilidad, se hace visible la presencia de una parte importante de población que sobrevive, posiblemente con secuelas funcionales, 0,79% de nuevos casos anuales, de discapacidad potencial a causa del VIH/SIDA, 1,56% de tuberculosis y 29% de malaria.

Cabe señalar que las medidas tomadas en la lucha contra el VIH/SIDA sitúa las cifras en este país por debajo de muchos otros países africanos, que la incidencia de malaria, a pesar de ser muy alta, el porcentaje de casos de malaria cerebral, la forma más agresiva y discapacitante de esta enfermedad, es menor en Gambia que en otros países como Mali, donde las cifras son sólo el reflejo de una realidad dramática, finalmente la tuberculosis sigue manteniéndose en niveles más altos que la media africana.

Podemos observar cómo gran parte de la población que sufre estas enfermedades, sobrevive a las mismas, pero en muchos casos con secuelas de carácter neurológico en el caso del SIDA, la malaria y las enfermedades cardiovasculares y limitaciones respiratorias en lo que hace referencia a la tuberculosis y las enfermedades obstructivas pulmonares crónicas (EPOC); secuelas incapacitantes que podrían mejorar e incluso minimizarse con el tratamiento de fisioterapia, sin embargo, la

---

2

. WHO, 2016

3

. WHO, 2011

disponibilidad de este servicio en Gambia es tan exigua que no abastece más que a un grupo poblacional muy bajo, diría incluso anecdótico.

En un país donde 2/3 de la población vive bajo el umbral de la pobreza, el acceso a los servicios sanitarios básicos para las personas discapacitadas es especialmente complejo.

Sólo el 5% de las personas con discapacidad han sido escolarizadas, contribuyendo a la exclusión social de la cual a menudo son víctimas y retroalimentando el círculo vicioso de la pobreza.

### **5.1.2. Políticas nacionales dirigidas a la discapacidad**

A pesar del vacío existente en cuanto a servicios de rehabilitación se refiere, en este país existen políticas dirigidas a la discapacidad y numerosas entidades privadas que se preocupan y se ocupan de colaborar en mejorar la calidad de vida de esta población, siendo un denominador común el trabajo en la esfera social y la provisión de aparatos de ortopedia, sin embargo la reeducación funcional sigue invisibilizada a pesar de ser, como ya vimos, el primer eslabón de la cadena de la integración de estas personas en una vida personal, social y laboral plena.

Algunas instituciones gubernamentales implicadas en las políticas nacionales que trabajan entorno a la promoción, protección y dignificación de los niños con discapacidad (menores de 18 años) son:

- Central Statistics Department
- Attorney General Department
- Department of Education/Training Children with Disabilities
- Department of Social Welfare
- Human rights Institutions
- Children attending educational institutions

El marco político y legislativo en torno a los derechos de las personas con discapacidad en Gambia cuenta con diferentes hitos:

- El año 1997 un proyecto de ley, en la Constitución gambiana, menciona, en la sección 30, el derecho a la educación de todas las personas. En la sección 31 hace referencia específica a los derechos de la población afecta de discapacidad, instando a la protección de la misma contra la explotación y marginación, así como al acceso a servicios sanitarios, educación y empleo. Sin embargo, en la sección 33, que constituye una clausula contra la discriminación, no se hallan



contemplados los discapacitados entre la población diana<sup>4</sup>.

En junio del 2011 el Ministerio de Educación publicó una guía que proveía de marco formal a las acciones de inclusión de las personas con discapacidad, focalizado en la educación<sup>5</sup>. Una vez más encontramos ausencia total de mención hacia la rehabilitación funcional.

Este documento aporta datos epidemiológicos interesantes sobre la población discapacitada, basados en la Encuesta Nacional sobre Discapacidad llevada a cabo durante el año 1998: el 1,6% de la población sufría algún tipo de discapacidad, detectándose una diferencia de género, siendo el 1,74% varones frente al 1,39% hembras. Esta diferencia concuerda con los datos aportados respecto a otros países en vías de desarrollo en el capítulo 2 de este trabajo, también se aprecia una diferencia entre el área urbana, donde el porcentaje de discapacitados es de un 1,25% y el área rural, de un 1,76%, mientras a nivel nacional se registra un 12% de hogares que contienen al menos a una persona discapacitada. Por otro lado, las cifras se engrosan con el aumento de edad, observándose un incremento de prevalencia del 2,4% del 1998 al 2003.

Otros eventos significativos son:

- En julio del 2013 el gobierno de Gambia firma y ratifica la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas.
- Proyecto de política nacional integrada de discapacidad (2009-2018).
- Proyecto de plan de acción nacional sobre el Decenio Africano de las personas con discapacidad (2010-2019).
- Anteproyecto de ley de invalidez revisado antes de ser promulgado.

A parte de la acción gubernamental, son numerosas las entidades religiosas, ONGs y asociaciones de personas discapacitadas que apoyan y trabajan en proporcionar una mejoría en la calidad de vida a esta población, organizadas en forma de federación y con las cuales también colabora el estado, apoyando sus proyectos por medio de subvenciones:

- The Gambia Organization for the Visually Impaired(GOVI)
- The Gambia Association of the Deaf and Hard of Hearing (GADHOH)
- The Gambia Organization for Learning Difficulties (GOLD)

---

4

. Blaustein, 1997

5

MOBSE, 2011

- The Gambia Association of the Physically Disabled (GAPD)
- The National Union of Disabled Youths (NUDY)
- The Rural Support for the Disabled (RSOD)
- The Gambia National Paralympics Association (GNPA)
- Gambia National Paralympics Committee (GNPC)
- Association for the Mentally Disabled of The Gambia (AMDG)
- The Gambia Federation of the Disabled (GFD), esta última aglutina a todas las otras asociaciones de discapacitados que trabajan principalmente en la defensa e integración de estas personas<sup>6</sup>.

Otras asociaciones no pertenecientes a la federación son:

- Foundation For Disabled People in The Gambia
- Bundung Association of the Disabled and their Children (BADAC)
- Second Home Foundation
- Hart House Home for Children with Learning Difficulties
- Save the Children with Learning Difficulties.

Por ejemplo, The Gambia Association of the Physically Disabled (GAPD), lleva 25 años constituida, colaborando con diferentes ONGs en tres áreas de trabajo, dirigidas a las personas con discapacidad:

- 1- Esponsorización para la educación
- 2- Defensa de la inclusión de esta población en el desarrollo de políticas y programas nacionales.
- 3- Provisión de herramientas y formación en costura a un colectivo de mujeres discapacitadas<sup>7</sup>.

Sulayman Colley , de Gambia National Paralympics Committee (GNPC) informa de la dificultad de las asociaciones para dar apoyo a sus miembros y la necesidad de colaboración con entidades privadas y públicas con el fin de conseguir una mejora en la accesibilidad física, social y laboral de ls personas afectas de discapacidad. Dado el modelo social actual, perciben tres tipos de barreras de

---

6

. MOBSE, 2011

7

. <http://www.accessgambia.com/biz1/gambia-association-for-the-physically-disabled.html>

acceso a las esferas mencionadas: de actitud, de entorno e institucional, entendido el término “barrera” como problema o situación que impide o vuelve imposible hacer algo<sup>8</sup>.

### **5.1.3. Fisioterapia en Gambia**

En la actualidad sólo hay algunos centros con servicios de fisioterapia a lo largo y ancho del país, pero únicamente en el Hospital de Edward Francis Small Teaching Hospital (EFSTH) podemos encontrar fisioterapeutas, en el resto realizan esta función técnicos en fisioterapia, formados para este fin, de manera precaria, durante unos meses. Estos centros se encuentran en los siguientes hospitales:

Hospital General de Bansang

Hospital General de Sulayman Junkung en Bwiam

Hospital de AFPRC General Hospital en Farafenni

Todos estos departamentos de fisioterapia, descentralizados y por tanto ubicados en distintos puntos de la geografía gambiana, atienden pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios en los hospitales y también auto referidos con el aumento extensivo de conocimiento sobre la fisioterapia.

Hasta hace poco, los servicios de fisioterapia se habían limitado sólo al hospital principal de referencia del país, el EFSTH. Personal calcificado había permanecido a pesar de los obstáculos, aunque en Bansang contaban con un departamento de fisioterapia completa con todos los equipamientos básicos de fisioterapia necesarios.

Sin embargo, tras la introducción de la iniciativa para la formación técnica de Salud en inglés, Higher Technical Training Initiative (HTTI), el inicio de la cual fue encabezado por el departamento de Planificación del Ministerio de Salud y la Secretaria Nacional de Sida en colaboración con la Escuela de Medicina y Afines Ciencias de la Salud de UTG , el número de auxiliares de fisioterapia certificados es de 20 asistentes.

Como denuncia Modou S. Joof el 15 de abril del 2011 en el diario digital The Voice, el sistema público de salud provee de servicio de fisioterapia, liderado por fisioterapeutas de formación universitaria, únicamente en el Edward Francis Small Teaching Hospital (EFSTH), en aquel momento llamado Royal Victoria Teaching Hospital (RVTH), existiendo un importante problema de

---

8

. <http://www.paralympicgambia.com/disability-in-the-gambia.html>

accesibilidad económica, dado que los costes que supone cada sesión de fisioterapia o cada visita médica son difícilmente asumibles por la población. A esta barrera habría que añadir la de accesibilidad geográfica que ofrece este centro, ubicado en la capital administrativa del país, Banjul y separado de la capital económica y demográfica, Serrekunda, por una sola carretera de once kilómetros y dotada muy pobremente de transportes públicos, además de la existencia de varios controles policiales que dificultan la circulación.

Banjul concentra todas las sedes ministeriales y militares, hecho que convierte a esta ciudad en una fortaleza de difícil acceso para los trabajadores y enfermos: durante todo el periodo matinal la vía que conduce hasta allí desde Westfield (Serrekunda) se encuentra regada de personas que esperan a que algún transporte privado les recoja. Estas condiciones de transporte son inasumibles para los pacientes discapacitados<sup>9</sup>.

Durante mi primera estancia en Gambia, el año 2012, supe que sólo había tres fisioterapeutas gambianos, de formación universitaria, en el país: dos chicas, formadas en Cuba y un varón, jefe del servicio, formado en Kenia y Reino Unido. Además trabajaba con ellos un fisioterapeuta de la entidad de cooperación Misión Cubana.

A partir de esta realidad surgió el proyecto de realizar una colaboración entre la Universitat de Lleida y las instituciones gambianas, si estaban interesadas, para crear una formación en fisioterapia, es cuando nace el proyecto Fisiáfrica.

En seguida el Vicechancellor de la University of The Gambia, en aquel momento, el profesor Mommodou Kah, mostró su interés por tirar adelante el proyecto, proponiendo que redactáramos desde la universidad catalana una propuesta de acuerdo marco.

En primavera del 2014 se firmó el acuerdo por ambas partes y en octubre del mismo año se inició el primero de los cuatro cursos que estructuran el Bachellor, equivalente a nuestros estudios de grado, en fisioterapia.

Se partió del plan de estudios del grado de fisioterapia de la Universitat de Lleida (Udl), creamos un equipo de trabajo con los cuatro fisioterapeutas mencionados, con el fin de realizar las modificaciones oportunas, atendiendo a la prevalencia de enfermedades discapacitantes en el país, de manera que se incrementaron las horas de formación en medicina interna, en ginecología y obstetricia y en pediatría.

El proyecto, llamado Fisiáfrica y liderado en un principio por la universidad de tierras de poniente, en seguida pasó a formar parte de un proyecto más amplio, liderado por la Xarxa Vives

---

9

. Joof, 2011

d'Universitats dels Països Catalans, que tiene como objetivo el fortalecimiento de los sistemas de salud de países africanos, mediante la colaboración en las formaciones universitarias en fisioterapia, hasta hoy dirigidos a Gambia, Mozambique, Ghana y Mali, adecuando la colaboración a la realidad de cada país, así que en Mozambique, donde estaba bien consolidada una formación técnica en fisioterapia, se adaptó el mismo plan de estudios de la Udl, implementando una recalificación de los trabajadores del sistema público de salud que desempeñan su función como técnicos en fisioterapia. En Ghana , donde desde hace años la Universitat de Balears colaboraba reforzando las asignaturas de la formación universitaria de una de sus universidades, se continuó en la misma línea y actualmente se proyecta una formación de máster en el mismo país, que permita continuar la vía académica a los graduados formados en los diferentes países africanos.

En cuanto a Mali, se han iniciado gestiones de colaboración con la institución gubernamental encargada de realizar la formación universitaria en fisioterapia, actualmente consistente en un máster de dos años dirigido a los estudiantes que ya han realizado previamente tres años de enfermería. Esta institución es el Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS).

Volviendo a Gambia, en la actualidad se está cursando el penúltimo curso en Gambia, una de las fisioterapeutas gambianas mencionadas ha cursado un máster en la Universitat de Lleida con la finalidad de cumplir con el requisito obligado en la UTG para impartir clases en un Bachellor y comenzará a impartir clases a los alumnos de fisioterapia durante el transcurso de este año 2017.

Se proyecta que los fisioterapeutas licenciados en el marco de este proyecto se ubiquen en los mencionados centros hospitalarios, como ya vimos, siguiendo un plan de descentralización.

## 5.2. El caso de Mali

### 5.2.1. Datos epidemiológicos relacionados con la discapacidad

Veamos algunos datos epidemiológicos referentes a Mali, que nos darán una idea de cual es la situación de la discapacidad en este país.

Tasa de mortalidad por causas específicas (por 100 000 habitantes)		
VIH/sida	Malaria	Tuberculosis población seronegativa para el VIH
2000-2009	2008	2000-2010
70-34	131	23-9.7 Mali
4.9-3.5	0,0	1,0-0,7 España

Incidencia (por 100 000 habitantes y año)					Prevalencia (por 100 000 habitantes)				
VIH/sida		malaria		Tuberculosis	VIH/sida		Tuberculosis		
2000	2009	2009	2000	2010	2000	2009	2000	2010	
67	35	18.093	124	68	869	581	206	101	Mali
...	...	...	23	16	282	294	28	18	España

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2012). Estadísticas Sanitarias Mundiales.

#### Mortalidad 2012 (por cada 100.000 hab)

Todas las causas : 1.573,9  
 Enfermedades Transmisibles: 588,3  
 Enfermedades no Transmisibles: 866,1.  
 Enfermedades cardiovasculares: 396,7  
 EPOC: 102,5  
 Diabetes miellitus: 54,6

#### VIH/SIDA. 2013

- Muertes por VIH/SIDA (por 100.000 hab): 36,0
- Incidencia VIH/SIDA (por 100.000 hab): 27,0

- **Supervivientes al VIH/SIDA (por 100.000 hab.): 9,0**

#### **Tuberculosis. 2014**

Muertes por TB (por 100.000 hab) en población seronegativa: 11

Prevalencia TB (por 100.000 hab): 91

Incidencia de TB (por 100.000 hab por año): 58

- **Supervivientes a la TB (por 100.000 hab.): 80,0**

#### **Malaria. 2012**

Mortalidad (por 100.000 hab): 87

Incidencia (por 100.000 hab): 20.399

- **Supervivientes a la malaria (por 100.000 hab.): 20.312**

% niños menores de 5 a que reciben tratamiento antimalárico (2007-2013): 32

% niños menores de 5 a que duermen bajo mosquitera (2007-2013): 46

Número de casos de lepra. 2014: 259<sup>10</sup>

En cuanto a la prevalencia de enfermedades no transmisibles, potencialmente discapacitantes, el mismo documento ya mencionado de la OMS sobre NON COMMUNICABLE DISEASES PROGRESS MONITOR 2015, informa de que en Mali el 31% de muertes son debidas a ENT, un 26% de muertes prematuras, suponiendo unas 53.000 muertes al año.

#### **Prevalencia de discapacidad en Mali**

País	año	prevalencia	Año	Prevalencia (por cada 100.000 hab)
Mali	1987	2,7	2004	13

WHO. World report on disability 2011.

### **5.2.2. Políticas nacionales dirigidas a la discapacidad**

En Mali existen también políticas sociales dirigidas a la discapacidad, aun que no he encontrado en mi búsqueda tanta profusión documental como en Gambia.

<sup>10</sup>

. WHO, 2016

En el PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL (PDDSS) 2014-2023, en el apartado dedicado a la discapacidad se cita<sup>11</sup>:

- Resultados obtenidos por el PDDSS en el periodo 1998 – 2011:

- Desarrollo institucional por la equidad en la oferta de salud.
- El refuerzo del ayuda social clásica por la puesta en marcha de servicios médicos dirigidos a las personas desfavorecidas, aparatos protésicos y la rehabilitación de muchas personas discapacitadas.

- Política a nivel de desarrollo social:

- Promoción de la integración socio económica de las personas discapacitadas
- Política de solidaridad puesta en marcha por el gobierno de Mali en 1993, caracterizada por una lógica de interdependencia recíproca y refuerzo del humanismo y fraternidad entre los ciudadanos para evitar fenómenos de exclusión. Tiene como finalidad la reducción de las desigualdades, la protección social y promoción socio económica de los grupos vulnerables que se considera, son los ancianos y discapacitados, las mujeres y los niños en situación difícil, las personas disminuidas y las reconocidas como indigentes.

- Visión del PDDSS 2014 – 2023: Se adoptan y ratifican los principios internacionales en materia de salud, desarrollo social y de promoción de la familia presentes en:

- La convención relativa a los derechos de las personas discapacitadas
- Las convenciones y pactos internacionales sobre los derechos de los niños, las mujeres, las personas discapacitadas y ancianos.

- Orientación estratégica del PDDSS 2014 – 2023. En función de los problemas prioritarios, la PDDSS se ha organizado en once objetivos estratégicos prioritarios:

---

<sup>11</sup>

. PDDSS, 2014



- Reducir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades transmisibles
- Reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal, infantil y juvenil.
- Reducir la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad secundaria a enfermedades no transmisibles, reflejadas en las siguientes cifras:

Tasa de prevalencia en diabetes mellitus en el 2008: 9,3%

Estimación deseada en el 2023: 5%

Tasa de prevalencia de HTA en el 2008: 10%

Estimación deseada 2023: 6%

Fuente: Gouvernement du Mali, (2014). PDDSS,

Este documento gubernamental dedica uno de sus objetivos estratégicos, el n° 3, a las enfermedades no transmisibles, marcándose varias metas al respecto: reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad secundaria a las mismas. Se mencionan de forma específica la diabetes mellitus, la drepanocitosis también conocida como anemia falciforme, que afecta, en su forma homocigótica, a un 12% de la población y al 0,8% de los recién nacidos, otras enfermedades diana son los cánceres, siendo los más comunes el de mama (13%) y de útero (16%) (año 2010), la hipertensión arterial, con una prevalencia del 10% de la población, caries dental (82,4%), epilepsia, trastornos mentales (1%) y traumatismos, señalando la gran incidencia de éstos como consecuencia de accidentes de tráfico: 2.963 accidentes que dieron como resultado 171 muertes sólo en el año 2010.

Respecto a esta situación epidemiológica, el PDDSS 2014 – 2023 se compromete a tomar las siguientes medidas:

- Desarrollo de un sistema de vigilancia para la prevención y el control de los factores de riesgo asociados a todas estas entidades clínicas.
- Refuerzo del sistema de salud
- Capacitación de recursos humanos.

### **5.2.3. Fisioterapia en Mali**

A diferencia de otros países africanos, como por ejemplo Gambia, Mali cuenta con una gran tradición en fisioterapia, desde los años 60 del siglo pasado y ha ratificado la Convención 159 de la OIT sobre la readaptación profesional y la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos

de las personas discapacitadas.

La historia de la rehabilitación funcional en Mali se remonta a los años 60, año de su independencia. Bamako conoció en 1959 una epidemia de poliomielitis sin que existiera ninguna estructura que pudiera dar respuesta precoz al tratamiento de los niños afectados. No existían recursos humanos, materiales ni técnicos especializados para hacer frente a las consecuencias de esta epidemia cuya víctimas habían comenzado a crecer.

Fue un *Kinésithérapeute* (este término, equivalente a fisioterapeuta, es el empleado en los países francófonos) francés, René Canvelle, y su esposa, educadora especializada, que crearon en 1963 el primer centro privado de reeducación funcional para niños que presentaban secuelas de poliomielitis.

### **Actores y responsabilidades**

Ese mismo año, el Presidente Modibo Keita recibió el Premio Lenin de la Paz librado por la Unión de las Repúblicas Socialistas y Soviéticas (URSS). Con una mitad de este Premio, hizo construir el primer servicio público de Rehabilitación Funcional y Psicomotriz (Centre Soundjata) en el recinto de la PMI Central (Protection Maternal Infantil Central) con vistas a asegurar la reeducación funcional de los niños que presentaban secuelas de poliomielitis. Este servicio funciona todavía, más adelante mostraré la información recabada durante mi visita.

La otra mitad del premio fue empleada en el refuerzo del Centro Canvelle, que sería el primer Centro de Rehabilitación para Minusválidos Físicos (CRHP), sobre un terreno que antiguamente había sido base aérea de Bamako. El 15 de mayo de 1973 se creó la Asociación de Ayuda a los Minusválidos Físicos (AAHP) para sostener el Centro. El CRHP tenía por vocación la rehabilitación funcional de niños y adultos, la fabricación y el suministro de órtesis, la pre escolarización de los niños discapacitados motores, el asesoramiento y acompañamiento a sus parientes y el seguimiento de los niños escolarizados.

Estos dos centros estaban, sin embargo, lejos de cubrir todas las necesidades en rehabilitación de las personas discapacitadas físicas; y sólo tenían como población diana a una sola categoría de minusválidos.

En 1985 la Asociación de Ayuda a los Minusválidos Físicos (AAHP) se convirtió en la Asociación Malí para la Promoción de los Minusválidos Físicos (AMPHP).

El AMPHP siguió una política de extensión de los servicios de rehabilitación a través del país y

abrió dos CRHP regionales: en Gao en noviembre del 1984 y en Ségou en enero del 1989.

Pero seguía existiendo una falta de personal dramática. Con el fin de responder a esta necesidad crucial de personal especializado que no había sido prevista ni en el ENMP, ni en el ESS, se implementó un ciclo superior de formación en fisioterapia, impulsado por la Asociación, bajo la dirección del Prof. Bocar Sall, Director médico del CRHP.

Una decena de fisioterapeutas siguió esta formación, pero su reconocimiento chocó con la ausencia de un cuadro de integración en la función pública: con una formación superior a los técnicos de salud pero inferior a los médicos, quedaron bajo la calificación de ‘Asistentes Médicos’.

La rehabilitación funcional también topó con la ausencia en Malí de estructuras de formación de médicos rehabilitadores, logopedas y terapeutas ocupacionales, especialidades que conforman, junto con el fisioterapeuta, el cuadro de recursos humanos necesario para la rehabilitación funcional.

Los estudiantes graduados en el INA, gracias a numerosas formaciones en el exterior y por la práctica sobre el terreno, fueron ocupando progresivamente el campo asistencial.

La cooperación francesa aportó durante una decena de años un médico rehabilitador (Gérard Truschell) aunque sólo prestaba sus servicios en el CRHP de Bamako para asegurar las consultas de medicina física.

Más tarde se obtuvieron subvenciones para la formación en cirugía ortopédica y traumatología, pero los profesionales graduados a su regreso al país no fueron puestos al servicio del centro especializado, sino en hospitales nacionales (Kati, HGT, Pt G, Sikasso) y la colaboración entre ellos y el CRHP se fue debilitando progresivamente, a causa de la discrepancia de orientaciones.

En el terreno de la prevención y de la integración de las personas discapacitadas motrices, la Asociación de Ayuda a los Minusválidos Físicos, en colaboración con el Instituto Nacional de *Réadaptation de Sant Maurice* de Francia, el Centro Internacional de la Niñez (editor de la revista ‘El niño en medio tropical’) y el Ministerio de Salud Pública y de los Asuntos Sociales, organizó un seminario de elaboración de un programa piloto de Cuidados de Rehabilitación en Atención Primaria entre 1982-83 que siguió realizándose hasta 1998 en el Cercle de Niono, liderado por Pierre Provost, con el apoyo de la asociación francesa Raoul Follereau y más tarde por la ONG Handicap International, de la cual se hablará más extensamente en las siguientes páginas.

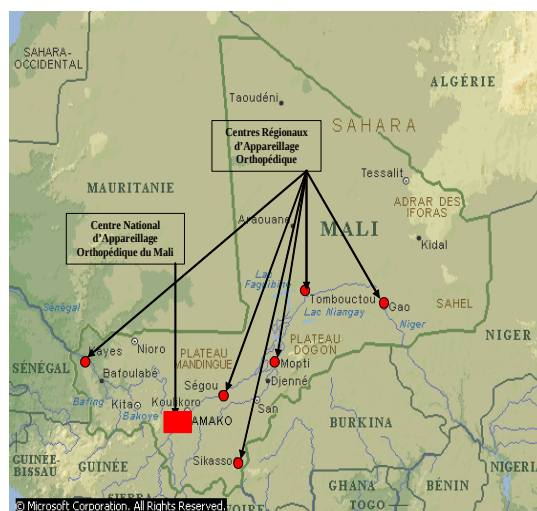
Dependiente únicamente de los esfuerzos de la sola persona de Pierre Provoost, este programa no pudo generalizarse a pesar del apoyo proporcionado por Handicap International durante dos años.

Más tarde tiene lugar una reestructuración con el objetivo de unirse a la pirámide de las SSP y la AMPHP, de manera que se creó un Instituto Nacional de Rehabilitación y de Formación Profesional para Minusválidos Físicos (INRFP-HP) en Bamako (1985), actual Centro Nacional de Appareillages Orthopédiques de Malí (CNAOM), de cuyo estado actual también se dará una

pinclada más adelante. Este centro se vio reforzado gracias a un acuerdo con la ONG Handicap Internacional que permitió abrir sedes en 1998-2000 en la mayoría de los hospitales regionales. El CNAOM recibió un importante apoyo del CICR tanto en la dotación en equipos y fungibles como en el refuerzo de capacidades de los recursos humanos mediante ayudas para estancias formativas.

En los años 90 dos nuevas estructuras de rehabilitación funcional vieron la luz. En primer lugar el Instituto Marchoux para las personas discapacitadas por secuelas de la lepra y luego un centro privado que nació de la iniciativa del Padre Vespieren y que se convirtió en 2005 en el centro PROPHETE. Este segundo centro ofrecía los mismos servicios que el CNAOM, pero con costes más elevados.

Más tarde, los fisioterapeutas graduados, a parte de ejercer en el sistema público de salud, fueron abriendo centros privados, principalmente en la ciudad de Bamako.



#### Mapa de localización de los 7 centros de readaptación funcional de Malí

Centro Nacional de Aparejamiento Ortopédico de Malí (CNAOM) a Bamako

Centros Regionales de Aparejamiento Ortopédico y de Reeducción Funcional (CRAORF) a Kayes; Sikasso; Ségou; Mopti; Tombuctú y Gao

Todos estos centros del CNAOM, en la actualidad ofrecen prestaciones de consulta, tratamiento, ortopedia, apoyo y educación a los usuarios. No obstante, la calidad de los servicios no es la misma que en sus orígenes y muy a menudo, el CNAOM resulta el último recurso de muchos pacientes, tanto de Bamako como del interior del país.

La oferta de servicios dentro del país está limitada a los Centros del Centro Regional de Apareillages Ortopédiques del CNAOM, ubicados en los hospitales regionales mencionados.

También allí chocan estas estructuras con la carencia de recursos humanos cualificados y de equipos apropiados.

En el marco del tratamiento de los niños afectados de pie zambo, el CNAOM es la única estructura que aplica el método Ponseti<sup>12 13</sup> desde 2006, en que se llevó a cabo una formación intensiva dirigida a médicos, fisioterapeutas y técnicos ortopédicos del CNAO y de otras estructuras de salud de Bamako y de otras regiones, gracias a la colaboración de una ONG austríaca: Doctors for Disabled.

En cuanto a resultados, cabe mencionar que sólo en el 2010, el CNAOM y sus sucursales realizaron:

- 627 aparatos ortopédicos, de los cuales 125 fueron bastones y muletas
  - - 92 prótesis
  - - 231 órtesis
  - - 25 materiales rodantes
  - - 76 férulas palmares
  - - 6306 consultas médicas
  - - 436 niños tratados de pie zambo
  - - 15.945 sesiones de rehabilitación

### **Equipos profesionales**

Los equipos profesionales no están estandarizados porque fuera de los organigramas oficiales adoptados para cada establecimiento público de carácter Científico y Tecnológico marcado por el Ministerio de Salud, no hay un estándar profesional adoptado en Malí que informe de cuál debe ser la estructura de los servicios de rehabilitación.

En el año 2006 CNAOM contaba con 82 trabajadores:

- 2 médicos
- 14 fisioterapeutas
- 12 técnicos ortopédicos
- 1 auxiliar de fisioterapia
- 4 zapateros
- 1 técnico en construcción metálica
- 2 soldadores

---

<sup>12</sup>

. Lehman, 2003

<sup>13</sup>

. Lourenço, 2007

El resto del personal se repartía entre los diferentes servicios administrativos y el personal de apoyo.

## **Financiación**

Los recursos financieros del CNAOM provienen esencialmente del presupuesto de estado: salarios, gastos de agua, de teléfono y de electricidad, dotación en materiales y suministros de despacho, dotación en fungibles, carburante, construcción, etc.

Sin embargo estos recursos son insuficientes y son completados en cierta medida por diferentes aportaciones de socios, sobre todo de organizaciones no gubernamentales como el CICR, Handicap Internacional, DfD, para paliar las dificultades coyunturales.

Los precios del CNAOM no son altos, pero chocan con la debilidad del poder adquisitivo de los usuarios, en un país caracterizado por una pobreza de masa, donde el 73% de la población se halla bajo el umbral de pobreza (vive con menos de 1 dólar por día).

## **Logros y cambios en el sector**

No se puede hablar de la rehabilitación funcional en Mali sin hacer mención a las personas discapacitadas debido a las secuelas de la lepra.

En el campo de la reinserción social y económica de los enfermos afectados de lepra, la asociación de los "Amigos de Samanko" conoció sus primeros éxitos en la recepción, la formación profesional y la reinserción de los primeros enfermos de lepra del Instituto Marchoux durante los años 70.

Esta iniciativa consiguió la rehabilitación funcional, junto con una integración socio económica de pensionistas venidos de una organización comunitaria donde la participación de los servicios sociales se hacía cada vez menos necesaria. La provisión técnica de aparateje se efectúa gracias a subvenciones de la Fundación Raoul Follereau.

Cabe señalar que la celebración del Año Internacional de las Personas Discapacitadas <sup>14</sup> favoreció en Malí la organización y autogestión de los colectivos de personas discapacitadas que participaron activamente en las actividades organizadas. Esta participación se tradujo en la creación de la Federación Malí de las Asociaciones de Personas Discapacitadas (FEMAPH) en abril 1982, basada en la voluntad de las personas discapacitadas de presidir sus propias organizaciones.

Estas transformaciones desembocarán en mutaciones en el seno de los OPHs que cambiarán sus

<sup>14</sup>

. <http://www.un.org/es/events/disabilitiesday/background.shtml>

denominaciones, reemplazando 'Asociaciones para' por 'Asociación de' por un lado, y por otro lado, sustituyendo al Ministro de Salud y de Asuntos Sociales por presidentes electos de manera asamblearia.

Una verdadera dinámica asociativa, ejemplar y única en la región, está instaurada gracias a la colaboración entre el estado Malí y los OPHs, que permite a sus miembros la participación en los encuentros internacionales.

A causa de las lagunas e insuficiencias legislativas, observando los instrumentos jurídicos internacionales, se elaboró en 1982 un Proyecto de Código de Amparo Social a las Personas Discapacitadas. Este documento se halla sujeto al Ministro de Salud Pública y al de Asuntos Sociales vigentes durante año 1983.

Treinta años más tarde sigue vigente y ha servido de inspiración a otros países de África del Oeste que han enviado delegaciones para estudiar el caso de Malí y que en la actualidad disponen de instrumentos jurídicos que dan amparo de sus ciudadanos discapacitados.

Sin embargo se sigue chocando con la falta de disponibilidad regular de fungibles y la extrema pobreza de ciertas familias que no que pueden hacer frente a los costes del tratamiento.

### **En Mali, sin embargo, existen otros servicios públicos de fisioterapia no sólo en Bamako, también en Segou, Mopti, Sikasso y Koulikoró.**

En este apartado nos centraremos en los centros ubicados en la ciudad de Bamako, en los cuales he tenido oportunidad de trabajar un tiempo variable, desde varios meses hasta pocos días, mientras, en algún caso, me he limitado a visitarlos y entrevistar a los profesionales que allí desempeñan su labor.

#### **Hôpital du Mali. 9/11/2015**

##### **Service de Kinésithérapie.**

Fisioterapeutas: Abdul, Fatu y Aramata.

El Hôpital du Mali se encuentra en el barrio de Moussabougou, en la parte sudeste de la ciudad, al sur del río Níger, se accede directamente por el último de los tres puentes que unen el norte y sur de la ciudad.

Se encuentra al pie de una de las montañas que circundan la ciudad, junto al hospital, un terreno amplio, vallado, ocupado por población de origen chino instalada en la ciudad.

El Hôpital du Mali se inauguró en el año 2010, siendo parte del proyecto de cooperación en salud entre China y el gobierno de Mali, que ha concentrado a todos los profesionales chinos en este centro (antes había también en otros hospitales, por ejemplo, en el de Katy). En el Hôpital du Mali se da asistencia utilizando la medicina biomédica y la tradicional china.

El servicio de fisioterapia lo componen tres fisioterapeutas: Abdul, Fatu y Aramata, Abdoul estudió en Cuba y las dos fisioterapeutas en Mali. Ellos trabajan con las técnicas propias de la fisioterapia como la entendemos en Europa y las patologías que tratan son aproximadamente las mismas que en el Hôpital Gabriel Touré, menos neuropaludismo, porque en el primer hospital es el departamento de neurocirugía del mismo hospital el que nutre un gran porcentaje de pacientes el servicio.

También, desgraciadamente, un gran número de pacientes de fisioterapia, acuden por los problemas funcionales que aquejan después de una intervención yatrogénica. En la mayoría de casos, según me cuentan, los pacientes antes de dirigirse al hospital, han ido a tratarse al terapeuta tradicional, de hecho, el itinerario habitual del paciente que llega aquí es proveniente del terapeuta tradicional o bien de otros centros de fisioterapia donde han quedado insatisfechos del tratamiento, otros vienen derivados de los médicos del propio H du Mali.

Me explican que existen en el país los siguientes centros donde se realiza rehabilitación, en la mayoría de casos fisioterapia: H Gabriel Touré. H du Mali, H Point G, H de Katy, Protection Materno Infantil (PMI), Centre National Orthopedic du Mali (Qartier du Mali) y AMALDEM (atiende a pacientes con deficiencias cognitivas, está ubicado en Lafiabougou).

### **Circuito del paciente en el Hôpital du Mali:**

Cuando el paciente llega al hospital, por ejemplo, por una lumbalgia, puede escoger entre pedir tiket para tratamiento de medicina china o bien biomédico, el primero lo realizará un profesional chino y el segundo, uno maliense. Si escoge la primera opción, seguirá un tratamiento basado en la farmacopea china y acupuntura, si escoge la segunda, el itinerario biomédico le llevará al servicio de fisioterapia.

Los tratamientos llevados a cabo no son de gran calidad técnica: por ejemplo, en la hemiplejia se realiza una potenciación global pero sin evitar sinergias ni realizar estimulación neuromotora de ningún tipo. La fisioterapia respiratoria en pacientes intervenidos de pulmón consiste en



respiraciones abdominales y trabajo espiratorio haciendo valer una botella con agua donde el paciente debe producir burbujas de aire

### **Service de pediatrie**

Este servicio, de 25 camas, atiende a pacientes entre 0 y 15 años. Existe una estacionalidad de las enfermedades prevalentes que atienden: en julio y agosto se trata principalmente infecciones respiratorias, como bronquiolitis, sin embargo, entre septiembre y noviembre se dedican principalmente a los casos de malaria grave.

También suelen atender a niños afectos de desnutrición infantil y casos de hidrocefalia derivados del servicio de neurocirugía.

Los protocolos de tratamiento son comunes al Hôpital Gabriel Touré, atienden a todos los pacientes que acuden allí. Los trabajadores son enfermeros generalistas en su mayoría y otros ya han realizado su especialidad. En consultas externas hay una enfermera por cada médico, también recetan fármacos de medicina china y tanto los pacientes de traumatología como los de neurocirugía pueden seguir tratamiento de acupuntura. Muchos de los profesionales de origen chino que trabajan en este centro están formados, sin embargo, en medicina occidental.

Los profesionales malienses que trabajan en este hospital, aun que no han recibido su formación básica en China, es frecuente que viajen a este país para realizar *stages* de formación en temas específicos, como la malaria, de 3 ó 4 semanas de duración.

Explica el responsable del servicio, que los pacientes a menudo, a causa de la pobreza, en primer lugar acuden al terapeuta tradicional, el cual aporta al paciente una explicación diferente de la enfermedad.

No conocen centros privados donde se practique medicina china, sin embargo, yo he visto algunos, como el de Doumanzana.

### **Hôpital Gabriel Touré. Service de kinesithérapie**

El Hôpital Gabriel Touré se encuentra en el centro de la ciudad, en el barrio de Medina Koura, frente al Grand Marché y la Grand Mosque: calles abarrotadas de gente, de coches, motos, paradas ambulantes, todo junto y revuelto en una orgía de colores y olores, toda esta algarabía trasciende al hospital, que a diferencia de los otros dos grandes hospitales públicos, está siempre repleto de gente,

gente que camina hacia alguna dependencia, gente sentada y estirada en el suelo, sobre las esterillas de colores, el olor de la enfermedad traducido en humores diversos, golpea, como el dolor de algunos rostros, especialmente en los alrededores del servicio de pediatría, porque estamos en la peor época para la malaria, pasada la estación lluviosa y el paisaje es apocalíptico: cien niños ingresan cada día, muchos de ellos afectados de malaria cerebral, *konó*, el pájaro que agarra el alma del niño, zombies que en muy pocos casos se recuperaran. Hasta cuatro cuerpecitos en cada cama, las enfermeras en prácticas corriendo de un lado para otro, las titulares sentadas en el office charlando, padres llorando, proyectos de vida truncados de raíz, porque esta enfermedad ataca a los más vulnerables: niños, enfermos y desnutridos.

Los pacientes de pediatría se derivan al servicio de kinesithérapie para recibir tratamiento, dado que en pediatría no hay espacio para llevarlo a cabo, sin embargo los pacientes adultos hospitalizados se tratan en planta de neurocirugía, neurología o traumatología.

Algunos ejemplos de los casos visitados por el fisioterapeuta en un sólo día en la planta de neurocirugía:

- Fractura con obstrucción de la 1ª a la 5ª vértebra cervical con anterolistesis de la 5ª por caída desde altura, concretamente desde la copa de un árbol cuando buscaba miel.
- Muchacha de 15 días con luxación de columna dorsal por tuberculosis ósea.
- Fractura de columna cervical con conservación del espacio medular.
- Mieloma múltiple en estadio bastante avanzado, el paciente desprende de manera continua mucosidad, practicamos bipedestación después de semanas de decúbito.
- Hemiplejia derecha que con el paso de una semana se ha convertido en una paraplejía, lo cual indica que no se trata de un ICTUS sino de otro tipo de proceso degenerativo.

Aquí todo es grave, los accidentes de tráfico con secuelas graves son dramáticamente comunes en una ciudad donde miles de motos circulan de manera absolutamente anárquica y la única educación vial es el respeto aunque a veces la única norma es la ley del más fuerte.

La yatrogenia es frecuente, tanto por parte del sistema biomédico como el tradicional aunque en los

pacientes que he tratado en estos meses podría asegurar que la mala praxis en el primero es mayor, de manera que los casos de inyecciones, sobre cuádriceps o glúteo que se siguen de parálisis o fibrosis muscular, las paraplejas tras intervención quirúrgica para la resolución de hernia discal, son pacientes que de manera habitual son tratados en el servicio de kine con el objetivo de paliar las secuelas funcionales que padecen.

Aunque en menor número, también he podido observar casos de mala praxis por parte de los terapeutas tradicionales como es el caso de un muchacho que presenta parálisis braquial tras habersele practicado una tracción axial para tratar una luxación de hombro o la mujer afecta de paraplejia secundaria a espondilolistesis, disminución del espacio discal y compresión medular a nivel de la charnela lumbosacra, que muestra profundas heridas perpendiculares al eje de las piernas en la parte posterior de los muslos, se trata de quemaduras de 2º grado resultantes de la práctica de sentar al paciente sobre una superficie caliente, según parece, en exceso.

### **Hôpital Point G**

El Hôpital Point G se halla en la Montagne de la Santé, Bamako está rodeada por la Montagne du Pouvoir, donde está establecido el gobierno presidencial, la Montagne du Savoir, donde está ubicada la universidad y la Montagne de la Santé, donde se encuentra este hospital, junto a la facultad de medicina.

Subiendo desde la Place de la Liberté, en el centro de la ciudad, al norte, una carretera serpenteante asciende camino de Katy, a la izquierda la montaña del poder, a la derecha la montaña de la salud, y desde esta última, una de las carreteras que conecta Bamako con Katy, Kaye y Senegal.

Varias hectáreas de terreno ocupadas por diferentes edificios asistenciales y amplias avenidas que contrastan con la densidad humana y urbanística, incluso agobiante, del Hôpital Gabriel Touré.

El Hôpital Point G fue construido en 1906, como hospital militar del gobierno colonial francés, luego se abrió al resto de la población y se fue ampliando. Actualmente cuenta con servicios de:

- neumología
- psiquiatría
- nefrología
- diálisis
- enfermedades infecciosas

- crujía visceral
- crujía general
- urología
- reumatología
- cardiología
- neurología
- gineco obstetricia
- fisioterapia

Cuenta con dos laboratorios, uno de anatomopatología y otro de hematooncología, además del servicio de urgencias, anestesia, reanimación, scanner, RMN y quirófanos pero no hay servicio de traumatología, éste está en el H Gabriel Touré.

### **Servicio de fisioterapia**

Al servicio de fisioterapia llegan pacientes afectos, en su gran mayoría, de afecciones neurológicas, principalmente ICTUS y paraplejia, provenientes del servicio de neurología, aunque también de reumatología y neumología, los pacientes con afectaciones traumatológicas vienen derivados del exterior. A diferencia del Hôpital Gabriel Touré, a este servicio no suelen remitir niños afectos de malaria cerebral, por que no hay servicio de pediatría en el propio hospital. En muchos casos, los pacientes hospitalizados en el Hospital de Katy (de excelencia en traumatología) y en el Gabriel Touré, cuando son dados de alta, acuden a realizar tratamiento de fisioterapia aquí. En todos los casos, el paciente llega con las pruebas diagnósticas y el informe médico (a diferencia del Hôpital du Mali).

Aquí trabajan cinco fisioterapeutas, Siné, Diallo y Maiga, los cinco formados en Mali, algún asistente y un fisioterapeuta sin sueldo que, paradójicamente es el único que atiende sin cesar un paciente detrás de otro. El coordinador del departamento es Siné, un hombre extremadamente delgado, serio pero afable.

El 67% de los pacientes tratados, acuden a causa de una hemiplejia, siendo la edad media de 51 años, edad preocupantemente temprana en que los objetivos de tratamiento deberían ser ambiciosos, sin embargo, el tratamiento seguido se reduce a movilizaciones pasivas. La parálisis braquial es tratada mediante el mismo procedimiento, hecho que no responde, sin duda, a la formación recibida

porque en el Hospital Gabriel Touré estas patologías se tratan realizando la estimulación sensitiva y motora que precisan, en el caso de este último cuadro clínico, en el mencionado hospital también utilizan taping para corregir tanto la posición de la cabeza humeral como de los dedos de la mano, poniendo especial atención en la abducción del pulgar.

Me explica Diallo que hay una gran prevalencia de parálisis braquial acompañada de fractura del brazo contralateral, a consecuencia de una mala manipulación durante el trabajo de parto.

Se muestran muy interesados por el tratamiento de la incontinencia urinaria, a pesar de que, según me dicen, es poco común, hecho contradictorio con la alta ratio de partos por mujer, que se acerca a la decena y teniendo en cuenta que un factor de riesgo es la condición de múltipara. Intuyo que la apreciación respecto a la baja prevalencia responde a un fenómeno de ocultación, basado en el pudor de la mujer musulmana en estas tierras. Sí conocen y les resulta preocupante, sin embargo, la gran prevalencia de incontinencia urinaria masculina post prostatectomía, de incidencia sin duda, mucho más baja, aunque desgraciadamente no existen datos que lo confirmen, la gran ratio de hijos nacidos por mujer es representativo. La preocupación por parte de la incontinencia post prostatectomía induce a pensar en dos posibilidades: el círculo de confianza que merece el compartir un trastorno de este carácter, es mayor de hombre a hombre, de hecho los fisioterapeutas entrevistados eran varones, o bien, existe una inequidad de género en la formulación de los problemas de salud que, por su puesto, resulta un primer factor en la desigualdad de acceso a los servicios especializados de salud.

Pregunto si en Mali realizan prótesis total de rodilla, a lo cual, Diallo me responde que él conoció a un traumatólogo que hacía intervenciones para colocar prótesis totales de cadera en el H Gabriel Touré, pero al poco tiempo dejó de hacerlas por falta de recursos. En la actualidad la gente que precisa una PTG o PTM, va a otros países a operarse, de hecho, en el H Gabriel Touré conocí a un señor que había ido a Túnez a intervenir de PTG aunque finalmente no lo hizo.

En cuanto a los recursos materiales: un aparato vibrador, un infrarrojo, una cinta rodante, una bicicleta estática, dos espalderas, unas paralelas y dos camillas de Bobath (más anchas de lo habitual).

Uno de los fisioterapeutas, Mr. Diallo Gaoussou, es el vicepresidente de la asociación nacional de *kinesiothérapeutes*, creada en 1991 y reconocida por el gobierno, que cuenta con 85 colegiados, en su mayoría malinenses aunque también hay algún *kine* de Guinea Conakry y de Nigeria.

La presidenta de la Asociación es Madame Coulibally

Me cuenta Diallo que las asociaciones de *kinesiothérapeutes* de los diferentes países de África

Oeste realizan reuniones periódicas, recuerda que, por ejemplo, en la que tuvo lugar en el 2006 supo que en Guinea Conacry existía un solo fisioterapeuta.

La presidenta de la asociación es Madame Coulibally, la cual trabaja como fisioterapeuta en la Protection Maternal Central, ubicada en la Avenue de la Independence.

### **Discursos sobre el origen mágico de la enfermedad**

Me explica Maiga, la fisioterapeuta militar del servicio, que ella no cree en *djinns* ni brujas, ella sólo cree en el esfuerzo y la voluntad de Dios, también cree en el destino, por eso no cree que nadie pueda hacerle daño mediante brujería. Ella se autodefine como optimista. Me explica que cuando sus hijos tienen exámenes, ella les aconseja que pidan la ayuda de Dios pero sobretodo que estudien.

Asegura que hay gente que la considera rara, casi como cafre (no creyente en el Islam), por el hecho de no creer en estas cosas.

Diallo dice que no entiende cómo la gente puede seguir relacionando la enfermedad con el sacrificio de un animal como solución, “¿qué relación puede tener ese animal con el organismo.?” Explica que estas creencias (*djinnas*, brujería) son cosas de los ancianos y que él cree que el 95% de las personas que creían en estas cosas, ya se han ido (han muerto).

Asegura que la visión de la gente de la ciudad es diferente a la de la de los pueblos, por eso los primeros no se atreven a llevar a sus hijos a los pueblos de donde son originarios, porque allí es fácil que alguien les dé esa información y ellos lo crean. Según él se trata de algo tradicional, que con la modernidad va desapareciendo, de hecho, él no cree en nada de todo eso, al contrario, cree que cuando el *marabout* pide al cliente realizar el sacrificio de un animal, lo que persigue es llenarse la panza, comérselo: así engaña a la gente.

### **Centre de Santé de Reference de la Commune II (Protection Maternal Central)**

Este centro, ubicado en l'Avenue de l'Independence, da atención de fisioterapia a niños de todas las procedencias geográficas con o sin derivación médica, en muchas ocasiones, procedentes de otros centros, ya en estado de secuelas (discurso deslegitimador que hace referencia a los otros centros). El precio es de 1000 CFO por sesión y en pacientes crónicos, 2 CFO al mes.

Al frente del servicio de fisioterapia, llamado Centre Sundjata, hay 9 fisioterapeutas, formados todos ellos en Mali, excepto uno que recibió su formación en Túnez. Uno de estos fisioterapeutas es Mme Coulibally, presidenta de la asociación nacional de Kinésiotherapeutes y otro es Fadiala Kamissoko, profesor de fisioterapia en el Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS). Estos dos últimos se dedican al tratamiento de la parálisis cerebral.

En el servicio no hay logopedas, médicos rehabilitadores ni terapeutas ocupacionales.

En cuanto a recursos materiales: el servicio cuenta con un aparato de electroanalgesia TENS y un infrarrojo, en este caso, pertenecientes al mismo servicio.

La patologías que podemos encontrar en este departamento, más frecuentes son: congénitas, de traumatología, prenatales, rigidez articular post fractura, parálisis del plexo braquial, pie zambo, artrosis, hemiplejia, (la paraplejia o tetraplejia es poco común), secuelas de malaria cerebral, fracturas no, éstas se suelen tratar en el H Gabriel Touré dado que cuenta con servicio de pediatría.

**Centre d'Apareillage et Orthopedie National du Mali,  
Quartier du Mali  
Bamako**

Cuando llego a las dependencias de este centro dedicado exclusivamente a la rehabilitación funcional, sorprende la amplitud de estancias, varios edificios y entre ellos, pequeños jardines que dulcifican los espacios.

En recepción me indican dónde está el servicio de fisioterapia, sorprendentemente no encuentro a ningún profesional en el gimnasio, ni en las consultas, ni en ninguna otra dependencia, así que voy en busca del director del centro, M. Sumaila Maiga, director adjunto, que me atiende, en un primer momento no sin cierto fastidio por presentarme, sin previo aviso, a interrumpir sus actividades, aunque poco a poco va demostrando más interés en la conversación.

La amplia sala de rehabilitación cuenta con jaulas de Rocher, paralelas, bicicletas ergómetros, escalera-rampa, pelotas de Bobath. Cuando paso por allí, al finalizar mi entrevista con el director, está llena de pacientes, también cuenta con una sala de electroterapia con boxes de tratamiento individuales.

Este es el centro dedicado a la rehabilitación motriz más grande, sin embargo carece de terapeuta ocupacional, logopeda y médico rehabilitador. El equipo profesional está formado por 2 médicos

generalistas, formados en traumatología, 8 kinesiothérapeutes, todos ellos formados en Mali salvo uno que recibió su formación en Francia.

En cuanto a la derivación de pacientes a este centro, no está estipulada un área geográfica ni una tipología de trastornos determinados, la gente viene a causa del boca a boca.

Las patologías tratadas de manera más frecuente son ICTUS, artrosis y traumatismos.

Recientemente se ha construido un nuevo edificio que se dedicará a neurocirugía por que están realizando intervenciones de *pied bot* (pie zambo). En este departamento trabajan dos médicos formados en cirugía en la Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

El precio de una sesión de fisioterapia es de 1000 CFO.

### **Centre psycho-educatif**

**Association Malienne de Lutte contre les Deficiences Mentales chez l'Enfant**

**AMALDEME**

**Lafiabougou**

**Bamako**

Este centro, producto de una de las obras hospitalarias francesas de la Orden de Malta, situado a la falda de las montañas mandingas , cerca del camino que abandona Bamako camino de Guinea Conakry, es el único que cuenta con un equipo de rehabilitación multidisciplinario, compuesto por:

- 1 kinesiothérapeute
- 1 especialista en psicomotricidad
- 2 educadores especiales
- 2 ergoterapeutas (o terapeutas ocupacionales)
- 3 ortopedistas
- 1 médico rehabilitador

Los diferentes departamentos están ubicados en edificios independientes, circundados por una zona ajardinada, aunque seca, con columpios.

Me recibe en el edificio circular, coronado de una cúpula, que hace las funciones de sala de rehabilitación, Adama Kuyaté, el único fisioterapeuta del centro, hasta hace poco había otro



fisioterapeuta más, Samba Coulibally, pero ahora trabaja con Handicap Internacional. El material de tratamiento se reduce a un par de colchonetas grandes que bien podrían utilizarse para realizar Bobath, también hay varios espejos, rulos y cuñas.

En este centro reciben tratamiento sólo niños, en la mayoría de casos, con parálisis cerebral, aunque también se atienden pacientes con malformaciones congénitas, bastante frecuentes, hemiplejia infantil y retraso psicomotor. Sin embargo, los pacientes afectos de trisomía del cromosoma 21, no pasan por el servicio de fisioterapia, sino que acuden directamente al psicomotor, porque en la mayoría de casos no padecen problemas funcionales.

En general, el circuito seguido por el paciente en AMALDEME es el siguiente:

1- Comienza con la visita del psicólogo, que realiza una evaluación y en función de la misma, deriva al paciente a un especialista u otro del mismo centro.

2- Durante la segunda visita, el paciente es valorado por los otros especialistas.

3- Todos los viernes se realiza una sesión clínica, multidisciplinaria, donde se resuelve el diagnóstico y tratamiento del paciente

4- Se explica a los padres del paciente cuál es el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, acompañado de pautas domiciliarias

La ratio de pacientes atendidos en el servicio de fisioterapia de este centro cambia en función del día semanal, así, los martes se atienden 10, los miércoles 6 ó 7, los jueves de 6 a 8 y los viernes 5.

### **Handicap International (HI) Programme Mali**

Handicap International tiene numerosos proyectos en Mali, que serán presentados en adelante.

La sede en este país se encuentra en el Quartier du Mali, Bamako, al sur del río Níger y muy cerca del Centre d'Appareillage et Orthopedie.

El programa y orientaciones operacionales estratégicas durante el 2016 en Mali se organizaban en 4 ejes:

## - Eje 1: SALUD Y REHABILITACIÓN FUNCIONAL

**A - Salud maternal e infantil:** proyectos de salud maternal e infantil basados en la reducción y atenuación de la morbilidad (y mortalidad), poniendo acento en la accesibilidad a los servicios de salud para las personas discapacitadas.

Esta línea de trabajo consta de dos proyectos:

1. *“Projet d'Appui à la Relance du bien-être de la femme, de l'Enfant et du Nouveau-né dans le cadre de la reconstruction de la région de Tombouctou (PARENT)”*. Reconstrucción de las fuentes humanitarias, la capacidad técnica, infraestructuras y equipamientos, los stocks de medicamentos y sensibilización de la comunidad. Puesta en marcha de mayo del 2014 a abril del 2017.

2. *“Projet ESSPOIR”*. Los niños malnutridos del Sahel son estimulados, protegidos, orientados e integrados en su comunidad, que se vuelve más resiliente. Región de Tombouctou, Distritos sanitarios de Tombouctou. Se trata de un proyecto multi país con Niger y Burkina-Faso. Duración: de septiembre del 2015 a agosto del 2017

**B- Rehabilitación funcional:** basado en el apoyo histórico por parte de HI para el desarrollo y la sostenibilidad de centros de rehabilitación física y de la expertez del país, consta de 4 proyectos:

1. *“Projet Prévention des incapacités des enfants de moins de 6 ans: détection, prise en charge et stimulation précoce dans les communes de Bamako, Sikasso au Mali (DPCCP)”*. Focalizado sobre el despistage, detección, referenciamiento y puesta en marcha dirigido a los niños que padecen parálisis cerebral, retraso de desarrollo neurológico y/o psicomotor. En colaboración con el Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social y los centros de Rehabilitación (CNAOM). Duración: de enero del 2014 a diciembre del 2017.

2. VIH e inclusión: *“Projet Amélioration de la Gouvernance en vue d'Inclusion des Personnes Handicapées dans la Réponse nationale au VIH au Mali (AGIR)”* En colaboración con FEMAPH y ARCAD-SIDA. Duración: de enero del 2014 a diciembre del 2017.

En elaboración, dos proyectos futuros:

3. *“Projet VIH Inclusif régional”* África Oeste. Subvencionado por le Banco Mundial

4. “*Projet SUDA*” de apoyo a la Asociación de Fisioterapeutas de Mali . Proyecto multi-país, África y Asia- USAID

## **Eje 2: PROTECCIÓN**

### **A- Reducción de los riesgos asociados a las armas convencionales.**

En las regiones de Mopti, Ségou, Tombouctou y Gao HI ha realizado un programa de prevención de los riesgos asociados a los REG y ALPC. Se trata de la desminación y neutralización de los restos explosivos de la guerra: recolección y consolidación de los datos sobre su impacto, entendido como la contaminación y las víctimas, a fin de permitir a las autoridades de Mali, a UNICEF y a UNMAS planificar y priorizar las operaciones de educación en los riesgos de descontaminación y destrucción y la asistencia a las víctimas. Esta línea de trabajo se traduce en el proyecto:

*“Projet RVA Réduction et prévention de la Violence Armée”* Puesta en marcha en las comunidades del Norte de Mali. Implementado en las regiones de Kidal y de Tessalit, Tombouctou: Círculos de Gouma Rharous. En Gao: Círculos de Ansongo, de Gao y de Menaka. Financiado por el MAE de Luxemburgo, UNICEF, Cooperación Mónaco. Duración de un año, el 2016.

### **B- Cohesión social y reconciliación**

*“Projet Les Femmes s'Organisent pour Rétablir la Cohésion sociale et l'Entente (FORCE)”*.

Financiado por la Unión Europea, tiene una duración de 18 meses, con puesta en marcha en marzo del 2015. En colaboración con la ONG GREFFA en Mali y TIN HINAN en Burkina Faso, cubre en Mali las regiones de Gao (comuna N'tilit) y Tombouctou (Comuna de Gossi); en Burkina Faso las provincias de Séno (Dori, campo de Goudebo) y de Oudalan (Gorom Gorom, Setséra y Darkoye).

En un futuro, se espera iniciar un proyecto que integre las acciones entorno a la reducción de la violencia armada /cohesión social /desarrollo socio económico/Investigación en Acción sobre la sensibilidad a los conflictos y lucha de poder. Se tratará de un proyecto multi-país, centrado en Mali y Niger, en consorcio con IRC & DCA.

### **- Eje 3: DERECHOS / INCLUSIÓN & ACCESIBILIDAD UNIVERSAL**

#### **A- La inserción socio económica de las personas discapacitadas.**

Los proyectos desarrollados dentro de este eje tienen como meta la autonomización y la participación de las personas vulnerables como son los discapacitados.

1. Proyecto: “*Insertion professionnelle orientée vers les métiers écologiquement responsables (IPOMER)*” En asociación con el Consejo Regional de Sikasso y la SNV. Inicio en junio del 2014 y con una duración de 3 años.

2. Empresas puestas en marcha en Favor de la Integración del Discapacitado (DEEFIH). En asociación con la FEMAPH y AMAGRH.

Este proyecto tiene como objetivo la inserción de las personas en situación de discapacidad en el seno de la población activa y de la mano de obra de Huambo. El programa ofrece a las personas discapacitadas una formación profesional individualizada dentro de los dominios de la actividad económica en desarrollo. La inserción se lleva a cabo mediante la integración de esta población dentro de las empresas existentes o por la asistencia a la creación de una micro empresa gestionada por los beneficiarios. Estos reciben el soporte a lo largo del proyecto para asegurar su inserción efectiva. Inicio en Bamako en marzo del 2015 con una duración de 2 años.

#### **B- Acceso de las personas vulnerables a los servicios**

1. Proyecto “*Education Inclusive*”. Un acuerdo marco entre AFD /HI permite, desde enero del 2012, la financiación de un programa sub regional de educación inclusiva (Projet APPEH: Agir Pour la Pleine Participation des Enfants Handicapés à L'école). El proyecto está en marcha en la comuna urbana de Sikasso hasta finales del 2017. Se ha conseguido financiación de la Fundación Lockmaldy, de la Fundación Orange Mali y USAID Mali para conducir las actividades hasta marzo del 2016.

2. Proyecto PAQAMA “*Amélioration de l'Accès, la Qualité et la Gouvernance de l'éducation fondamentale et secondaire*” en la región de Gao. Proyecto en consorcio con Aide en Action, IRC y NRC con una duración de 3 años.

## **C- Defensa y Asociación estratégica de inclusión de las ONG con fuertes capacidades**

Convenciones de asociación sobre la inclusión están discutiéndose con las NGO con fuertes capacidades (ACF, Oxfam, CRS...) a fin de incluir a largo término la temática del discapacitado en cada uno de los proyectos desarrollados.

El coordinador de Derechos e Inclusión está implicado en el Proyecto de Refuerzo de las Organizaciones de Personas Discapacitadas (PRCOPH) puesto en marcha en asociación con FEMAPH y International Service. Duración de 2 años, hasta marzo del 2016.

### **Nuevas líneas de trabajo.**

En un futuro, se desarrollará una colaboración multi actor en educación donde HI podrá jugar un papel de ONG transversal en inclusión a través de la financiación de la Fundación Qatar junto a las 18 Academias y 49 CAP de Mali – EAC pour Educate A Child.

Por otro lado, se promocionará la aproximación regional en DLI (Desarrollo Local Inclusivo) en la Región de Sikasso a fin convertir las planificaciones locales de los colectivos territoriales más inclusivas – PUBLIC para Plataformas Universales en Beneficio del Desarrollo Local Inclusivo de las Comunas de la región de Sikasso.

Desarrollo de una “Etiqueta de Inclusión” dentro de las prestaciones de servicios públicos y privados, por medio de una célula técnica de inclusión operacional y en colaboración con FEMAPH.

## **- Eje 4: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y RESILIENCIA**

### **1. Proyecto de apoyo a la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares más pobres en la Región de Tombouctou.**

Se esperan 3 tipos de resultados:

Resultado 1: Mejora de la situación alimentaria y económica de los hogares más pobres de las

regiones del Norte de Mali

Resultado 2: Riesgos de malnutrición mitigados a través de acciones de nutrición sensibles.

Resultado 3: Una concertación efectiva entre los actores regionales y nacionales de la protección social y de las ONGs para la apropiación de los útiles producidos por las CCFS.

Duración: desde febrero del 2016 a enero del 2017.

Zonas de intervención de HI: Círculo de Gouma – Rharous, Comunas de Rharous, Banikane, Serere y Hamzakoma.

Zonas de intervención del cuadro común: 24 comunas de los círculos de Ansongo, Ménaka, Bourem, Gao, Gourma-Rharous y Dire.

## **2. Proyecto de “Distribución de víveres y de transferencias monetarias para la mejora de la seguridad alimentaria de los hogares vulnerables de la región de Tombouctou”**

A fin de facilitar los recursos alimentarios para los hogares más vulnerables de los círculos de Tombouctou y de Gourma Rharous, se trata de 4.277 hogares, la respuesta será aportada en 2 ejes diferentes. Por un lado, las distribuciones alimentarias de víveres y por otra parte, la transferencia monetaria con fines alimentarios.

Duración: de febrero a diciembre del 2016.

### **Perspectivas de futuro:**

Programa para la Alianza para la Resiliencia Comunitaria (ARC).

Objetivo específico 1: acompañar a los hogares y grupos más vulnerables del Norte de Mali hacia el refuerzo sostenible de sus medios de vida.

Objetivo específico 2: apoyar a los actores del dominio de la protección social con la finalidad de contribuir a la puesta en marcha de un sistema nacional de protección social en Mali.

Miembros de la alianza: Handicap international, Acción contra el Hambre España, Danish Refugee Council, Oxfam, ACTED, Plan International, international Rescue Committee y Norwegian Refugee Council.

Zonas de intervención: regiones de Tombouctou, Gao, Mopti y Kidal

Duración aproximada: 36 meses

Número de beneficiarios estimado: 516.264 personas – 73.752 hogares (calculando 7 personas por hogar).

### **Actividad de fisioterapia**

En cuanto a la actividad en fisioterapia, cuenta con un solo fisioterapeuta, actualmente, Samba Coulibally, referente técnico que más que labores asistenciales, realiza actividades de gestión, con el objetivo de llevar a cabo la coordinación de HI con los centros de rehabilitación. Los centros con los cuales colabora HI en Mali son:

- AMALDEME
- Centre d'Appareillage et Orthopedie
- Centres Regionaux d'Appareillage et Orthopedie de Gao y Tombouktou.
- École de deficiencia auditive
- Association malienne de sords.

Toutes les associations maliennes de handicapées, aglutinadas en la Federation Malenne des Associations de PH (FEMAPH)

- Association d'Albinus Shalif Keita

### **3.3. Análisis de los datos epidemiológicos extraídos de los servicios de fisioterapia.**

A continuación mostraremos los datos más relevantes extraídos de los registros de asistencia de los centros de fisioterapia hospitalarios en los que se centra este estudio:

En Gambia se exponen datos del único servicio existente en el país, el del Edward Francis Small Teaching Hospital (EFSTH) , correspondientes a el año 2014, desde enero a diciembre.

En Mali se muestran los datos correspondientes a todo el año 2015 del Hôpital Gabriel Touré (HGT) y los que hacen referencia a los pacientes atendidos durante el mes de octubre del 2015 en el Hôpital du Mali (HDM) y a los que recibieron tratamiento durante un mes y medio en el Hôpital Point G (HPG), durante el mes de noviembre y diciembre del 2015

CARÁCTER	Nº CASOS (EFSTH)	% CASOS (EFSTH)
NEUROLOGÍA	215	53,7
NEUMOLOGÍA	15	3,7
TRAUMATOLOGÍA	15	3,7
DEGENERATIVAS	1	0,2

Casos tratados en el Eduard Francis Small Teacher Hospital (Banjul, Gambia). Clasificación.

CARÁCTER	Nº CASOS HGT	% CASOS HGT
NEUROLOGÍA	257	42,9
NEUMOLOGÍA	94	15,7
TRAUMATOLOGÍA	179	29,8
DEGENERATIVAS	57	9,5

Casos tratados en el Hôpital Gabriel Touré (Bamako, Mali). Clasificación.

CARÁCTER	Nº CASOS (HPG)	% CASOS (HPG)
NEUROLOGÍA	161	92
NEUMOLOGÍA	3	1,7
TRAUMATOLOGÍA	2	1,1
DEGENERATIVAS	2	1,1

Casos tratados en el Hôpital Point G (Bamako, Mali). Clasificación.

CARÁCTER	Nº CASOS (HDM)	% CASOS (HDM)
NEUROLOGÍA	97	72,9
NEUMOLOGÍA	21	15,7
TRAUMATOLOGÍA	3	2,2
DEGENERATIVAS	12	9

Casos tratados en el Hôpital du Mali (Bamako, Mali). Clasificación.

Podemos observar la gran prevalencia de trastornos neurológicos, seguidos por los de origen traumático y neumológico, variando las cifras de prevalencia en función de la existencia en el centro hospitalario, de departamento de traumatología, neurocirugía y neumología. En cualquier caso, es un denominador común la alta dedicación a problemas neurológicos, de los cuales el ICTUS con secuelas de hemiplejía, es el más prevalente con diferencia, como muestran los datos:

CENTRO HOSPITALARIO	Nº CASOS	% DEL TOTAL DE CASOS
EFSTH	132	33
HGT	46	9,5
HPG	118	67,42
HDM	38	28,6



Otro dato sorprendente es la edad media de los pacientes afectados de hemiplejia, muy baja en los hospitales de Mali mientras en el gambiano la edad media se parece más a la europea:

CENTRO HOSPITALARIO	EDAD MEDIA (años)
EFSTH	69
HGT	45
HPG	51,4
HDM	No disponemos de datos específicos

Atendiendo a los datos obtenidos, junto con los que mostraremos en el capítulo dedicado a los “fisioterapeutas” tradicionales, observamos una estratificación de la discapacidad, que determina los itinerarios terapéuticos, de manera que los trastornos neurológicos y respiratorios siguen el tratamiento biomédico de fisioterapia como primera elección mientras que aquellos secundarios a traumatismos, optan por el *traumatoleg traditionnel*, *setter bone* o “fisioterapeuta” tradicional, como hemos dado en llamarlos en este estudio, aunque cabe señalar la gran porosidad entre sistemas en un mismo proceso de curación.

Por otro lado, las alteraciones degenerativas acuden a ambos sistemas aunque son atendidos, en su gran mayoría, por el sistema médico tradicional, por la mayor accesibilidad económica y geográfica de la que disponen.

### 5.3. Conclusiones

Los estudios epidemiológicos centrados en Gambia y Mali arrojan cifras que cuantifican la importancia de las enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles cuyos mecanismos etipatológicos que desembocan en discapacidad física ya vimos detenidamente en el capítulo 2.

Ante la gran prevalencia de discapacidad asociada, realizando un mapeo del estado y estructura de la oferta en atención física y de rehabilitación existente en ambos sistemas de salud, observamos grandes diferencias:

En Mali existe ya desde hace décadas una tradición en la formación y asistencia en fisioterapia, incluso de las otras profesiones que aglutina la rehabilitación: logopedia y terapia ocupacional, aunque la presencia de estos últimos profesionales es casi testimonial, está concentrada en organismos

que dan servicio a una parte de la comunidad. Tanto en lo que se refiere a estas profesiones como a la fisioterapia, presente en mayor número, el problema está en la descentralización y atención a todas las comunidades; en un país de gran extensión geográfica, como es Mali, sólo tiene acceso la población del área urbana, principalmente de Bamako y de alguna otra capital regional. Las grandes distancias que median entre el centro de salud junto con el coste, inasumible por la mayoría de familias en un sistema sanitario de co pago, suponen un importante obstáculo para la accesibilidad a tales servicios. A esta situación debemos sumar la falta de recursos materiales, tanto en el campo de la fisioterapia como en el de las especialidades relacionadas, como son la neurocirugía o la traumatología, que disponen de medios muy precarios para paliar, por medios más intervencionistas, los trastornos del aparato locomotor,

En Gambia la situación es más dramática: la práctica inexistencia de fisioterapeutas, única profesión del ámbito de la rehabilitación, presente en el país, conlleva un panorama de desatención y abandono del paciente discapacitado. Existen técnicos en fisioterapia, con una formación muy discreta, de varios meses, que están asumiendo la responsabilidad terapéutica del fisioterapeuta sin a penas conocimientos al respecto.

Gambia sólo cuenta con un servicio de fisioterapia en que la asistencia está a cargo tres de fisioterapeutas, en el Hospital de Edward Francis Small Teaching Hospital (EFSTH), ubicado en Banjul, capital administrativa del país, aun que no económica ni demográfica, aislada del resto de la geografía gambiana, lo cual, junto con el problema que supone el pago de la atención, se erige en un enorme problema de accesibilidad para la población.

Como respuesta a esta situación, el proyecto de cooperación interuniversitaria Fisiáfrica, al que se adscribe la presente investigación, ha implementado, en asociación con la University of The Gambia, una formación universitaria en fisioterapia, de cuatro años de duración y que cumple los requisitos del plan Bolonia, con el objetivo de promover un fortalecimiento del sistema sanitario en el campo de la rehabilitación y crear profesionales con una formación de calidad, que no sólo den una asistencia descentralizada a la población gambiana, si no que también constituyan el futuro cuerpo docente de la licenciatura en fisioterapia en esta universidad, consiguiendo el fin último de todo proyecto de cooperación: desaparecer.

En ambos países, como vemos, las políticas dirigidas a la discapacidad se traducen pobremente en resultados adecuados y suficientes, de manera que la cooperación internacional y la sociedad civil, a través de asociaciones de discapacitados y de ONGs, tiene un importante papel en la asistencia técnica de la discapacidad. Los estudios epidemiológicos centrados en Gambia y Mali arrojan cifras que cuantifican la importancia de las enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles cuyos mecanismos etiopatológicos que desembocan en discapacidad física ya vimos detenidamente.

Ante la gran prevalencia de discapacidad asociada, realizando un mapeo del estado y estructura de la oferta en atención física y de rehabilitación existente en ambos sistemas de salud, observamos grandes diferencias:

En Mali existe ya desde hace décadas una tradición en la formación y asistencia en fisioterapia, incluso de las otras profesiones que aglutina la rehabilitación: logopedia y terapia ocupacional, aun que la presencia de estos profesionales es casi testimonial, está concentrada en organismos que dan servicio a una parte de la comunidad. Tanto en lo que se refiere a estas profesiones como a la fisioterapia, presente en mayor número, el problema está en la descentralización y atención a todas las comunidades; en un país de gran extensión geográfica, como es Mali, sólo tiene acceso la población del área urbana, principalmente de Bamako y de alguna otra capital regional. Las grandes distancias que median entre el centro de salud junto con el coste, inasumible por la mayoría de familias en un sistema sanitario de co pago, suponen un importante obstáculo para la accesibilidad a tales servicios. A esta situación debemos sumar la falta de recursos materiales, tanto en el campo de la fisioterapia como de las especialidades relacionadas como son la neurocirugía o la traumatología, que disponen de medios muy precarios para paliar, por medios más intervencionistas, los trastornos del aparato locomotor,

En Gambia la situación es más dramática: la práctica inexistencia de fisioterapeutas, única profesión del ámbito de la rehabilitación, presente en el país, conlleva un panorama de desatención y abandono del paciente discapacitado. Existen técnicos en fisioterapia, con una formación muy discreta, que están asumiendo la responsabilidad terapéutica del fisioterapeuta sin a penas conocimientos al respecto.

Gambia sólo cuenta con un servicio de fisioterapia en que la asistencia está a cargo tres de fisioterapeutas, en el Hospital de Edward Francis Small Teaching Hospital (EFSTH), ubicado en Banjul, capital administrativa del país, aun que no económica ni demográfica, aislada del resto de la geografía, lo cual, junto con el problema que supone el pago de la atención, supone un enorme problema de accesibilidad para la población.

Como respuesta a esta situación, el proyecto de cooperación interuniversitaria Fisiáfrica, al que se adscribe la presente investigación, ha implementado, en asociación con la University of The Gambia, una formación universitaria en fisioterapia, de cuatro años de duración y que cumple los requisitos del plan Bolonia, con el objetivo de promover un fortalecimiento del sistema sanitario en el campo de la rehabilitación y crear profesionales con una formación de calidad, que no sólo den una asistencia descentralizada a la población gambiana, si no que también constituyan el futuro

cuerpo docente de la licenciatura en fisioterapia en esta universidad, consiguiendo el fin última de todo proyecto de cooperación: desaparecer.

En ambos países, como vemos, las políticas dirigidas a la discapacidad se traducen pobremente en resultados adecuados y suficientes, de manera que la cooperación internacional y la sociedad civil, a través de asociaciones de discapacitados y de ONGs, tiene un importante papel en la asistencia técnica de la discapacidad.

## **6. Situación de la medicina tradicional en el área de estudio**

### **6.2. Gambia.**

#### **6.2.1. Las terapias tradicionales en Gambia. Situación legal de la medicina tradicional en Gambia**

En este país no existe una política nacional centrada en la medicina tradicional encargada del desarrollo de un marco legal que regule su práctica, aunque sí un departamento de Medicina Tradicional.

En el año 2000 se inició un programa para el control de enfermedades respiratorias agudas, a cargo del Ministerio de Salud, estableciéndose un comité de expertos en medicina tradicional el año 2002, aun que no existe ninguna institución dedicada a la investigación de la farmacopea autóctona, regulación de la manufactura, composición, ni registro de la misma<sup>1</sup>.

En Gambia existe un departamento de Medicina Tradicional perteneciente al Ministerio de Salud que trabaja de manera coordinada con el sistema biomédico público dependiente del citado ministerio, con la University of The Gambia y supervisa las acciones de la Traditional Healers Assembly The Gambia (TRAHASS), asociación nacional de terapeutas tradicionales.

Siguiendo las directrices de la Declaración de Alma Hata existen programas de trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y TRAHASS en el ámbito materno infantil y en salud mental.

Entre los principios que guían REPUBLIC OF THE GAMBIA “HEALTH IS WEALTH” (HIW) 2012 – 2020 se encuentra la preservación de la identidad cultural, el reconocimiento de la importancia de los valores locales y las tradiciones, así como de estructuras tradicionales como los Kabilos, Kaffos, terapeutas tradicionales y líderes religiosos.

En este documento gubernamental se considera el sistema médico tradicional como un importante componente del sistema nacional de salud y como primer punto de contacto de gran parte de la población gambiana con el mismo, dado que los traditerapeutas se encuentran dispersos en toda la comunidad

HIW 2012-2020, en lo que respecta a la terapia tradicional, tiene como objetivos:

<sup>1</sup>

- Estrechar la relación entre medicina tradicional y biomédica, persiguiendo una complementariedad en el sistema público de salud.

- Promover la asociación con los traditerapeutas con la visión de mejorar los servicios materno infantiles

Respondiendo a estos objetivos, se marcan varias líneas de trabajo:

- Implementación de políticas en medicina tradicional

- Establecimiento y mantenimiento de mecanismos reguladores para el control de las prácticas tradicionales en el ámbito de la salud

- Colaboración con agencias de medicina tradicional de otros países para facilitar el intercambio de información y experiencias

- Promoción de la investigación en medicina tradicional, unificando criterios

## 6.2.2. Traditional Healers Assembly the Gambia

La Traditional Healers Assembly the Gambia (TRAHASS), se compone de los traditerapeutas (TT) que desempeñan su labor en el país, en su mayoría gambianos pero también de otros países de África Oeste como Senegal, Nigeria, Ghana, Níger, Mali, Sierra Leona. Es bien conocida la gran movilidad existente entre todos estos países, sea por razones económicas, familiares o a menudo por que los servicios del TT son solicitados a gran distancia, de manera que el TT se traslada y ejerce en el territorio durante un tiempo, al respecto, cabe observar que entre los *marabouts* existe mayor movilidad que entre los fitoterapeutas o aquellos que realizan su función sanadora a través de manipulaciones, los *Setter bone*.

Esta asociación también aglutina a profesionales de otros continentes, así hemos encontrado algún TT procedente de India, Suiza, un irlandés que trata principalmente la malaria a través de productos extraídos de las plantas y una mujer inglesa que ha creado una escuela donde se realiza formación en terapias energéticas.

Existe un amplio corolario de técnicas utilizadas por los integrantes de TRAHASS: comadronas tradicionales, llamadas *Dim Mutalá*, medicina profética a través del uso del Corán, energía pránica, fitoterapia, homeopatía y terapias manuales, en este último grupo, llamados en su mayoría *Setter Bone*, nos centraremos en este trabajo.

Un amplio abanico de dolencias, tanto de carácter físico como mental y espiritual son tratadas: Malaria, VIH-SIDA, diabetes, impotencia, cataratas, infertilidad, discapacidad física y trastornos mentales principalmente.

TRAHASS celebra anualmente el Día de la Medicina Tradicional, además participa en ferias nacionales y reuniones internacionales.

Esta organización, sin embargo, carece de laboratorios para la elaboración de productos terapéuticos extraídos a partir de las plantas, de registro legal, por otro lado la formación profesional de muchos de los asociados a menudo de avanzada edad y pertenecientes al ámbito rural, es precaria. A esta situación se suma la deforestación creciente que priva a estos profesionales de las herramientas básicas para desempeñar su función, los árboles.

#### LISTADO DE TERAPEUTAS TRADICIONALES DE TRAHASS FACILITADO POR SALIEU PUYE, vicepresidente de TRAHASS, agosto 2013

Nº	REGIÓN	DIRECCIÓN	NOMBRE	CATEGORÍA
1	KM	New Jeshwang	Mommodou Jamba	Bone setter
2	KM	Kololi	Pa Ali Dem	Gout "Naab"
3	KM	Kololi	Adama Jammeh****	Fracture/sprain
4	KM	New Jeshwang	Kyle Imaolatin	Massage/rheumatism
5	KM	Bakau	Lamin Camara*	Massage
6	KM	Latrikunda	Pa Kajally	Bone setting
7	KM	Bakoteh	Sheikh Jonga*	Massage
8	KM	Kololi	Salieu Puye	Massage/rheumatism
9	KM	Serrekunda	Sainey Camara **** ** TB	Sprain/painful joints/rheumatism
10	KM	Serrekunda	Gibbie Touray HTA	Gout/fracture/painful joints
11	WR	Sukuta	Salieu Faal***	Fractures/massage
12	WR	Kunkujang	Ousainou Suwareh***	Massage
13	WR	Serrekundanding	Bakary Darboe	Bone setting
14	WR	Brufut	Momodou Darboe	Bone setting
15	WR	Somita	Memba Camara	Bone setting

16	WR	Sibanor	Pa Gomez	Bone setting
17	WR	Lamin	Lamin Sanyang Jarrai Sanyang Mustapha Sanyang	Bone setting
18	KM	Serrekunda	Biema Tambadou	Bone setting
19	UR	Din gi ir	Ibrahima Tambadou	Bone setting
	KM	Bakau	Eileen	Pranic Energy Healing

\* food therapy

\*\* bone dislocation

\*\*\* manipulative techniques

\*\*\*\* children

TB tuberculosis

HTA hipertensión arterial

### 6.3. Terapia tradicional en Mali

La República de Mali, según el informe de la OMS sobre políticas de regulación de fitoterapia del 2005, no disponía de una normativa gubernamental al respecto, a pesar de la publicación, en 1973, de un programa nacional que incluía una reglamentación y del establecimiento, como veremos más adelante, de organismos institucionales, desde hace décadas, como es el caso del Departamento de Medicina Tradicional, parte integrante del Ministerio de Salud, constituido en el año 1968 y institutos regionales de investigación. Siguiendo esta línea, el año 1994 se definió un reglamento sobre la producción de medicinas a base de plantas.

Existen monografías nacionales de farmacopea y la reglamentación vigente monitoriza la composición de los medicamentos naturales por medio de pruebas de laboratorio, centradas en la detección de sustancias potencialmente nocivas, desde el año 1990 también existe un sistema de vigilancia post venta que incluye el control de efectos adversos<sup>2</sup> y que elimina la ausencia de legitimidad legal que padecían los traditerapeutas, equiparándolos a los profesionales del sistema biomédico en cuanto a inmunidad en caso de yatrogenia y en cuanto a legitimidad legal protectora. Este programa sólo va dirigido a todos aquéllos que se adhieren a alguna asociación de terapeutas tradicionales y disponen del carné de miembro que con mucho orgullo muestran los terapeutas tradicionales entrevistados que lo poseen. Sin embargo, este sistema también a comportado efectos

<sup>2</sup>

. WHO, 2005b



adversos como es el establecimiento de listas de precios abusivos, por parte de algunos terapeutas, al equipararse con los profesionales del sistema biomédico<sup>3 4</sup>.

El gobierno de Mali, como vemos, desde hace décadas apoya la investigación y desarrollo de la medicina tradicional: dispone de un Departamento de Medicina Tradicional dentro del Instituto National de Recherche en Santé Publique (perteneciente al Ministère de Santé) fundado en 1968, donde se producen medicamentos a base de plantas que forman parte de la lista nacional de medicamentos esenciales, como son la Hepatisane (antihepatitis), Malarial (antipalúdico), Balimbo (contra la tos) y Cacia Laxa (antidiarreico), además se realiza formación y acompañamiento a los terapeutas tradicionales del país. Ya en el Programa de Desarrollo Socio sanitario 1998-2007 (PRODESS) se preveía la apertura de establecimientos especializados en medicina tradicional sujetos a los controles de seguridad ya mencionados, más tarde, en el 2005 se adoptó una política nacional de medicina tradicional que tenía por objetivo contribuir a la mejora del estado de salud de la población y el desarrollo humano sostenible, mediante la utilización racional de los recursos de la medicina y la farmacopea tradicionales. Desde 1979 uno de sus objetivos es el desarrollo y estandarización de los medicamentos tradicionales<sup>5</sup>.

Los practicantes de medicina tradicional juegan un papel importante en el sistema de salud de Mali. Existe un marco legal establecido para la práctica de medicina tradicional, de manera que estos profesionales pueden certificarse tras evidenciar su conocimiento y experiencia.

En Mali existen 32 asociaciones de medicina tradicional, donde la ratio aproximada de los mismos es de uno por cada 500 habitantes.

Un factor importante a tener en cuenta, por otro lado, es la fuerte percepción de efectividad de las terapias empleadas por los traditerapeutas, entre la población de Mali y la visión compartida, por terapeuta y paciente, de lo que representa la enfermedad, en todas sus dimensiones, física, espiritual y social.

Hemos visto cuál es la visión de los profesionales del sistema institucional de salud sobre la medicina tradicional, a continuación expongo la entrevista llevada a cabo a Abdoul Karim Diallo, antropólogo maliense dedicado, desde hace años al estudio del papel de la terapia tradicional en el tratamiento de la trepanocitosis. En su relato vemos cómo permea, a la visión académica, el enfoque

---

3 . Pairault, 1993

4 . Tinta, 1999

5 . Mendiguren, 2007

religioso islámico y las raíces preislámicas tan presentes entre las gentes de este país.

## 6.4. Abdoul Karim Diallo. Antropólogo

*El terapeuta tradicional trata todo aquello que no se ve de la enfermedad*

Abdoul K. Diallo

Después de varios intentos fallidos, conseguimos encontrarnos Karim y yo, los últimos días su hija ha estado enferma, se trata una alergia de la cual no acaban de determinar los médicos el alérgeno, y que la ha mantenido en estado crítico, ahora parece que va mejorando.

Este antropólogo, de origen malinense, hace años que investiga las prácticas de los terapeutas tradicionales en el tratamiento de enfermos de trepanocitosis (anemia falciforme) porque se trata de una enfermedad en la cual el sistema médico se halla limitado mientras los traditerapeutas cuentan con buenas herramientas, explica que en Mali se confunde esta enfermedad (*kolotí* en bamb.) con el dolor reumático (*Gelichí Baná*, en bamb.). Su investigación tiene como objetivo conocer las técnicas tradicionales de tratamiento y darles reconocimiento.

Este hombre de unos treinta años, viste *bou bou* y bonete, mientras habla, cierra los ojos para concentrarse mejor en sus palabras pero llega un momento de la conversación en que temo que se pierda en su introspección y se quede dormido allí sentado, en el bar donde discurre nuestra reunión.

En sus respuestas puedo comprobar cómo a las argumentaciones de corte antropológico, su disciplina de estudio, se cruzan sesgos propiamente musulmanes.

Hablando de los terapeutas tradicionales en Mali...

Cuenta Karim que:

“Dios creó las enfermedades y por cada una de ellas creó una planta, para tratarla”

La misma sentencia, oída y leída, proveniente de diferentes fuentes, de carácter islámico, tanto en Gambia como Mali.

“Se considera que cuando un terapeuta tradicional abandona su casa, el secreto que le da fuerza como terapeuta, pierde su efecto”

Esta representación, común a la expuesta por algunos sujetos de origen Nigeriano, en entrevistas posteriores, llevadas a cabo en Lleida, explicaría porqué no hay muchos terapeutas tradicionales entre los emigrantes a España.

Continúa Karim con su disertación:

“La terapia tradicional es tan antigua como el dolor, el paciente, cuando va al traditerapeuta para que le trate, descarga en éste todo su sufrimiento”

En el discurso del antropólogo, siguiendo una línea de pensamiento biopsicosocial, se marca la diferencia entre sufrimiento y dolor.

“Prácticamente todos los grandes terapeutas tradicionales practican la geomancia, la utilizan para el diagnóstico, para conocer las plantas necesarias para el tratamiento y los sacrificios necesarios para tratar a cada paciente”

Estas afirmaciones coinciden con la metodología observada *en brousse* entre Niaré, el *marabout* y el *soma*.

Cuando le cuento que los terapeutas de origen dogón que conozco son los únicos que no emplean en su terapia palabras secretas, únicamente terapia física, asegura que no puede ser cierto, de ninguna manera puede creerlo, muestra, una vez más, de cómo se halla el terapeuta bajo sospecha continua de franquear los límites permitidos por el Islam en su práctica.

Emigración de Mali a Gambia:

“Siempre ha habido un gran flujo de población de Mali que ha emigrado a Gambia y Senegal y viceversa, de hecho, en el *carrefour de Geli*, en Bamako, existe un barrio llamado Wolofoubougou, donde habita un importante núcleo de senegaleses venidos a Mali.”

Explica que durante la 1ª república de Mali, en el 1960, siendo presidente Modibo Keita, comunista y pan africanista convencido, se creó una Federación entre Mali y Senegal, cuando se vino a abajo, el gobierno senegalés instó a la población de Mali a que volvieran a su país. Gran parte de estos retornados habitan en Wolofoubougou. Otro ejemplo es el caso de Toumani Diabaté, virtuoso de la kora, hijo de gambianos pero de nacionalidad malinense.

En cuanto a la agencia social del terapeuta tradicional:

“No cualquiera puede ser terapeuta tradicional, el saber se traspasa de padres a hijos o bien de maestro a discípulos, que están a su servicio a cambio de recibir los conocimientos tradicionales. En otros casos, se da un intercambio de conocimiento entre traditerapeutas. El secreto del conocimiento de los traditerapeutas viene transmitido por los espíritus (Ibrahima Tambadou de Lleida, Niaré – el caballo-)”

El entrevistado enumera diferentes vías de transmisión del conocimiento, que podemos ilustrar con la información obtenida en el trabajo de campo. Así:

- a. De padres a hijos: es el caso de Niaré y de Guindó, en que la transmisión es estrictamente por vía familiar, en el caso del segundo, interlineal.
- b. De maestro a discípulo “*aprentí*”, es el método practicado por Doumbia y Brehima Guindo, que, a diferencia de su padre, trasfiere el conocimiento a aprendices, no sólo miembros de la familia.
- c. Entre traditerapeutas: Moussa Coulibally nos muestra, durante los meses de trabajo de campo, numerosas fórmulas terapéuticas, con grados variables de componente mágico, como veremos en el apartado dedicado a este anciano terapeuta.
- d. Transmitido por los djinns o espíritus: concordaría con el relato de Ibrahima Sumaray Tambadou y con la leyenda que explica el origen del don de curar fracturas, del viejo Niaré, comunicado por su caballo.

A mi pregunta de si cuando dice espíritus hace referencia a la religión tradicional, el animismo, me responde que esa religión es satánica porque interpone al objeto, también llamado fetiche, entre Dios y el enfermo.

Como vemos, son numerosos los ejemplos en que unos y otros niegan el componente preislámico de sus prácticas, a pesar de ser de uso común.

Me explica una leyenda que ha oído contar a su alrededor desde que era un niño: cuenta que un traumatólogo tradicional tenía dos co-esposas, una de ellas rompió el mazo de su mortero y la otra le dijo que tenía que arreglarlo, cuando el marido de ambas vio que se enfrascaban en una discusión, escupió palabras secretas sobre el mazo y juntó los dos fragmentos rotos. Él no recuerda de qué terapeuta se trataba, cree que quizás se tratara del viejo Niaré, en cualquier caso coincide con la historia que Niaré me explicó de su propia familia y con la metáfora que me mostró Moussa Koné antes de nuestra entrevista.

“Entre los *tradipraticiens de la santé* (TPS) los hay que van contra Dios y otros que simplemente hacen su trabajo, los

mediocres son considerados charlatanes, por tanto, mal considerados por la sociedad, pero los que son buenos son muy respetados, éstos normalmente sólo se dedican a esta ocupación”

El término “charlatán”, de uso frecuente en la literatura islámica, emerge como concepto que simboliza, por lo común, la desautorización de ciertos terapeutas. Este fenómeno es observado ampliamente entre los africanos migrados a España entrevistados, para hacer referencia a los *marabouts* y traditerapeutas desplazados a nuestro país. Por otro lado, la relación establecida entre eficacia terapéutica y exclusividad laboral explicaría porqué la mayoría de terapeutas, ante mi pregunta de si tienen otras ocupaciones laborales, suelen contestar negativamente, aunque después, en algunos casos, descubro que no es cierto.

Respecto a este tipo de prácticas me explica:

“Yo conocí a un “Charlatán” que tenía una “croix de fer” (tablilla, habitualmente de madera, que utilizan los *marabouts*) de las que usan los estudiantes coránicos, escribía en árabe palabras del Corán y luego lo ponía al sol”

Se trata de un proceder satánico, dado que se queman las palabras sagradas, como en el encantamiento de Niaré dirigido a conseguir dinero, se quema uno de los nombres de Dios, hecho que le confiere carácter de trasgresión.

En cuanto a la relación entre sistema médico tradicional y biomédico:

“La colaboración entre ambos sistemas propuesta en la Declaración de Alma Ata por la OMS quedó en el papel, nunca se ha traducido a la realidad. El traditerapeuta concibe que el sistema biomédico es mercantilista, que sólo le interesa el dinero”

Estas apreciaciones se suman a las informaciones obtenidas, tanto en Mali como en Lleida, en que la población descalifica a los profesionales que establecen precios altos. Por otra parte, la diferencia entre los precios establecidos en uno y otro sistema lo corroboran.

La enfermedad como símbolo:

“En Mali, cuando un niño padece malaria cerebral, en el momento en que pierde la consciencia, se dice que *L'oiseau (Konó) à pris l'enfant*. El vocablo para denominar la hemiplejía es *fangelé sa*, que significa en bambara, muerte de un lado.”

En el capítulo dedicado a enfermedades discapacitantes se explica de manera más extensa esta

atribución causal de la malaria cerebral.

“Cuando tiene lugar un accidente, por otro lado, tristemente común en Bamako, la gente da como explicación que en el lugar donde tiene lugar el choque había un *djinna*. Si el accidentado llega a casa explicando esto, se mezcla manteca de karité con otros productos y palabras secretas, que se unta en la zona de dolor. Sale una anciana hablando en la radio que asegura que untando karité los 365 días del año se pueden curar todas las enfermedades”

El *djinn* como agente causante del accidente constituye una creencia común que explica porqué Niaré escupe en la manteca de Karité que emplea en el tratamiento de sus pacientes, palabras sagradas del Corán, por si la causa es natural, y palabras del secreto mandé, por si es de carácter provocado, mediada por *djinns* o brujería.

Posiblemente podríamos enmarcar el discurso de Abdoul Karim Diallo en lo que se ha dado a conocer como “antropología islámica”, o estudio de los grupos musulmanes, realizando una lectura del Islam más sociológica que teológica, realizado por investigadores vinculados a los principios universales del Islam; esta rama no excluye a los antropólogos no musulmanes pero sí a aquéllos que desconocen los mencionados principios<sup>6</sup>. Se trata de un proyecto que, “des-occidentalizador”, cuestiona las ideas adscritas tanto a la antropología orientalista como a la antropología occidental, eurocéntrica, partiendo de una epistemología islámica<sup>7</sup>.

La antropología islámica aboga al problema de la legitimidad, cuestionando el hecho de que un observador ajeno pueda emitir discursos respecto a otros pueblos, sin compartir una identidad que le autorice. Estamos hablando de colonialismo y post colonialismo y se trata de una expresión más de la respuesta islámica frente a este fenómeno y resistencia del pueblo colonizado que le lleva a reivindicar con más fuerza su propia cultura<sup>8</sup>.

Esta corriente contrapone las “miradas externas” a las “miradas internas” o en palabras de C. Geertz<sup>9</sup>, prima el trabajo desde los “conceptos de experiencia próxima” nativos a los “conceptos de experiencia distante” que le son propios a la antropología<sup>10</sup>.

A continuación dedicaré unas páginas a exponer las observaciones y aprendizaje extraídos durante

---

6

. Ahmed, 1986 .

7

. Momin, 1989

8

. Adam, 2001

9

. Geertz, 1994

10

. Montenegro.

el trabajo de campo, mediante observación participante, referente a los terapeutas junto a los cuales pasé meses. Estas líneas reflejan el gran corolario de técnicas y concepciones habituales entre estos profesionales, que discurren desde la terapia física hasta la magia, sin discontinuidades ni contradicciones, al contrario, con exquisita naturalidad las mezclan y entrelazan, de manera que forman parte de una misma lógica.

## 6.5. Moussa Coulibaly

*“La palabra conocimiento en bambara  
no tiene traducción al francés, porque  
es pequeño.*

*Para decir conocimiento en bambara se usa  
la misma palabra que para decir pequeño: doni”*

Moussa Coulibaly

Las recetas terapéuticas, encantaciones y djeduels aquí presentados son de autoría anónima, al anciano terapeuta le han llegado primero de sus padres y durante toda su trayectoria, de otros terapeutas y de la propia experiencia. Le he oído decir en diversas ocasiones que él siempre ha guardado gran respeto a los ancianos, por eso ellos le han brindado sus conocimientos siempre, como ahora hace Moussa con todo aquel que se acerque a él hambriento de saber.

Nuestro tutor del Departamento de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud nos ha conducido hasta este anciano terapeuta por considerarlo uno de los más sabios de Bamako: en efecto, es no sólo sabio, también generoso con su saber. Moussa ha viajado a Francia, Gambia (vivió en Brikama, quizás sea ejemplo de esas raíces malineses que encuentro en los traditerapeutas gambianos), en el curso de su vida ha aprendido de mucha gente sabia.

Moussa cobra por realizar un tratamiento 50 CFX, la moneda de menor valor en curso actualmente: al parecer, es tradición que los traditerapeutas cobren la moneda más pequeña en circulación por que conciben, del mismo modo que el paciente, que el único con capacidad de curar es Allah, ellos son meros mediadores y lo sagrado no se puede, de ninguna manera, pagar con dinero.

Me informa, días más tarde, un compañero fisioterapeuta del hospital Gabriel Touré que actualmente algunos terapeutas tradicionales tienen carta de precios y la gente considera que desde

que obran de esta manera han perdido la capacidad o gracia que dios les dio.

El primer día, como todos los que siguieron, cuando llegamos encontramos a Moussa sentado en el suelo, plegado sobre sí mismo (intuyo que la espondiloartrosis ha vencido su columna lumbar), como un hombre sin piernas, las rodillas sobrepasan la altura de sus orejas, sobre la alfombra de rafia animada por formas geométricas de colores.

Enciende un incienso y toma varias de las carpetas rebosantes de papeles que guarda encima de la mesa, detrás de él; las abre y empieza a explicarnos los secretos y anécdotas que guardan, vuelan los secretos, escapados de las carpetas, mariposas temerosas de perecer con él: este ritual se repetirá en cada una de nuestras visitas.

En una primera visita, el anciano explica que realiza el diagnóstico mediante geomancia y para conocer los remedios apropiados, como he visto en casa de Fadiala Traoré.

El anciano explica el origen de la geomancia, explicación que luego he visto corroborada por Maupoil<sup>11</sup>: el ángel Gabriel dotó a Abraham del don de la adivinación mediante la geomancia, luego bajó a la tierra y se le presentó preguntándole si sabía donde estaba el ángel Gabriel, si en el cielo o la tierra, a lo que Abraham contestó que en la tierra, prosiguió el ángel preguntando si estaba cerca o lejos del hombre, a lo que Abraham contestó que cerca, muy cerca, entonces Gabriel, viendo que en efecto, el mortal tenía tal capacidad sólo divina, se fue pero no le dejó a Abraham todas las figuras geománticas, se llevó unas cuantas, de manera que hasta el día de hoy el hombre, utilizando esta técnica adivinatoria puede conocer sólo una parte del futuro, mientras sólo Allah puede conocerlo en su totalidad.

Más tarde habla sobre una enfermedad de la mujer que según él, los doctores *toubabs* (Europeos, en las lenguas mandé, no saben curar (frase común al tratamiento de una enfermedad que describen en Gambia como Mali como caracterizada por los ojos que se vuelven amarillos, según dicen, si el paciente acude al hospital, acaba muriendo con el tratamiento biomédico). En el caso de la enfermedad de la mujer de la cual nos habla en esta ocasión Moussa, el cuadro cínico podría ser compatible con los pólipos en el útero, adheridos al colon, la crujía tiene riesgo de perforación intestinal que puede obligar a la paciente a la coleostomía.: Moussa dice tener un remedio.

En otra ocasión nos lleva al mercado de hierbas medicinales donde él se surte de sus remedios, ubicado en el Marché Nouveau, en la parte más alta, justo en la falda de la montaña, allí podemos observar mujeres en su mayoría que venden manojos de hierbas y puestos dedicados

---

11

. Maupoil, 1943:1-94



exclusivamente a los polvos resultantes de la pulverización de raíces y cortezas de árboles ( foto 2 y 3). algunos de los puestos están ubicados dentro de unas estructuras de hierro pintado en verde, fruto de un proyecto de cooperación entre FEMATH y Naciones Unidas, que tuvo como objetivo apoyar a las mujeres herboristas (foto 4)

Junto al mercado, lindando con la estación de autobuses, hay una empresa dedicada al procesamiento de estos productos, moliéndolos, la regenta Mr. Jousuff Diallo desde hace décadas (fotos 5 y 6).

Durante otra de nuestras sesiones explico a Moussa que un terapeuta me ha dicho que antes de proferir una encantación debía pronunciarse la palabra *similae*, le pregunto qué significado tiene esa palabra, en un primer momento, como yo, él piensa que me he equivocado y pregunta “¿*Bismilae*?”, cuando le confirmo que se trata de *similae*, no *Bismilae* me explica que algunas personas, cuando van a realizar un encantamiento no en nombre de Allah pero no desean que los demás se den cuenta de esta transgresión, evitan encabezar sus palabras con la palabra *Bismilae*, como harían si mediara Allah y no otra fuerza su acción. Este proceder me recuerda a una práctica bastante habitual, según parece, en Gambia, donde la presión social es tan acuciante como en Mali y el no musulmán, cafre, evita proferir el nombre de Allah pero para que los de su alrededor no se den cuenta, saluda con “sam aley kum” en lugar de “Asalam aley kum” y responde “aley kum sam”

Uno de los últimos días nos muestra dos bastones de los que utiliza para realizar masaje (foto 7). toma uno y realiza un movimiento oscilatorio repetido al tiempo que profiere palabras secretas, luego coloca el bastón aguantándose en posición vertical sobre una piedra que tiene junto a la entrada de la sala de tratamiento: si se mantiene en su verticalidad, significa que la persona a la que está a punto de tratar se curará, de no aguantarse, no se curará. Esta maniobra recuerda enormemente al procedimiento utilizado por Moussa Koné el día que fuimos a entrevistarlo (ver Moussa Koné)

### **6.5.1. Recetas terapéuticas**

Nos explica Moussa que hay ciertas plantas que cuando las recoges en el bosque, para que conserven su acción, no debes hablar con nadie por el camino, hasta llegar a casa.

#### **Recetas dadas en el Seminaire International de la Medicine Traditionnelle Africaine que se celebra cada año en el Estadio Modibo Keita**

##### **Contra el dolor de espalda (raquialgias)**

### **Receta 1:**

Masaje con aceite de citronella

### **Recta 2:**

Ingredientes:

- La hierba que crece bajo el árbol del cual se han cortado las ramas, “goringe roun kontene din”
- La sangre de un pollo negro

Procedimiento de fabricación:

Mezclar la hierba con la sangre, el residuo se mezcla con manteca de karité.

Aplicación:

- Entre el dedo gordo y el segundo dedo del pie derecho si se trata de una paciente hembra.
- Entre el dedo gordo y el segundo dedo del pie izquierdo si se trata de un paciente varón.
- Sobre la espalda

### **3. Para volver el esperma abundante.**

En una sociedad en la cual es tan importante la fertilidad y la virilidad, la calidad del esperma es de suma importancia, así como la fertilidad de la mujer.

Ingredientes:

- Un pollo blanco (magia simpática: atribución de carácter benigno a la color blanco)
- **Tres raíces de *dioro* (*diro* *Securidaca longepedunculata* (*polyga*))**
- Granos de guisantes puestos a macerar en leche fresca durante toda la noche, en la proporción siguiente: 3 kg de guisantes por 3 kg de leche.

Procedimiento de fabricación:

El pollo desplumado y perforado por el ano es rellenado con las raíces de *dioro* y cocido.

Machacar el pollo y los guisantes macerados en leche.

Secarlo todo y molerlo.

A este polvo se le llama *Michiba*

## Remedios de Noura Mukan Keita

### 4. Contra la migraña

Ingredientes:

- **sunturo ( o turo je ma) (sùtoro** **Ficus sycomorus gnaphalocarpa (mora) gd sycomore)**

Recitación:

Bisimilah Rahmam Rahinu

Procedimiento:

Quitar la corteza y pulverizar.

Mezclar con manteca de karité y luego ponerlo todo dentro de una olla con agua que se colocará sobre una piedra del fuego de la cocina.

Aplicación:

Inhalar el vapor de esta inmersión

### 5. Gonalgia

Ingredientes:

Flor de maíz, la parte alta de la planta.

Elaboración:

Incinerar esta corona y mezclarla con karité

Aplicación:

Se aplica sobre la rodilla dolorosa

### 6. Contra la incontinencia urinaria

- bakoron pegu (bàkòrònpeku Lannea velutina (anac) raisinier velu)

- **mogo yiri (mògòjiri Stereospermum kunthianum (bign)**

**+ Lonchocarpus laxiflorus (faba))**

- nten bleni (nti mi ni) (ntèn(bilen) Erythrina senegalensis (faba) érythrine)

Escrito en N'ko

### **7. Contra la perte blanche (flujo vaginal consecuencia de infección fúngica o bacteriana) e infección urinaria**

Se utilizan unos polvos que contienen tres ingredientes y tres sabores: agrio, ácido y amargo. Esta fórmula guarda relación con medicina humoral

### **8. Para tratar los dolores articulares y de espalda (foto 8)**

Karité mezclada con polvos negros resultantes de diferentes plantas incineradas

Se utiliza para masaje o en algunos casos se come.

### **9. Para tratar enfermedades creadas por *dabali* (Bamb.), brujería o *sorcellerie* (foto 9)**

Se incinera un pollo negro y se mezclan las cenizas resultantes con otros productos y karité.

Aparecen, de esta misma fuente, recetas de carácter mágico, que por escapar a este estudio no transcribo, tales como: para evitar que una mujer se vaya con otro hombre, cuando alguien te quiere “ver”, promover la inteligencia, promover el comercio (cabe recordar que en Mali da la impresión de que todo el mundo vende algo, mujeres con una palangana que sólo contiene dos jabones y una botella, tortitas, etc, cualquier cosa), contra la adversidad, para dormir a una mujer, contra la brujería, para frenar la humillación de una mujer, ganar un juicio en los tribunales, para tener éxito, para hacer buenos negocios, contra todos los males, contra un rival, contra la mala suerte, para atraer a alguien, hacerse amar por todo el mundo, volver ciego a un enemigo, destruir el reino de alguien,

También encontramos recetas terapéuticas, todas compuestas de productos vegetales y animales y recitaciones mágicas en bambara o árabe, como por ejemplo para curar el sida, la menopausia, la falta de virilidad masculina, neumonía, tos y dolor pectoral, epilepsia, la pelagra, forúnculo vaginal, devolver el deseo sexual, contra las epidemias, contra todas las enfermedades, contra el aborto, hernia umbilical, hernia testicular, constipación, digestiones lentas y fatiga (alcohol de menta)

### **Autor anónimo**

10. Tratamiento para la tuberculosis

- Esperma humano
- Otros productos

## 4.5.2. Encantaciones mediante objetos:

1. **Para tratar el ombligo de los niños cuando se pone negro** (foto 10) entre en la tierra y que allí el dolor se acabe” .

Se toma el carbón adherido a las paredes de la cocina y se mezcla con telarañas (simbolismo basado en la magia simpática)

2. **Protección contra los accidentes** (foto 11)

Se toma el fragmento del extremo de la calabaza y se lleva encima.

3. **Protección contra las malas personas** (foto 12)

Se toman piedras de una casa abandonada y se escupen las palabras (en bambara): “ las personas que vivían en la casa donde pertenecen estas piedras se fueron, si alguien quiere hacerme daño se irá también”

4. **Para proteger la plantación del daño que pueda causarle alguna persona** (foto 13)

Se colocan varias *fanakisé* (Bamb.), habas de color rojo.

### Djeduels

1. **Para hacer daño a una persona** (foto 14).

Escribir el nombre de la persona a dañar en el centro del dibujo.

Las figuras de geomancia de alrededor harán el trabajo (se trata de las figuras de cárcel, alegría y/o tristeza, depende de cómo se oriente en el espacio el papel donde están dibujadas)

2. **Para hacer volver a una mujer que ha abandonado el domicilio conyugal** (foto 15)

Coger un huevo de *bani kono* , pájaro blanco de patas largas, llamado por los bambaras *ángel de los animales* y ponerlo encima del dibujo, que se ha dibujado en el suelo o en un papel, diciendo:

“ como el *bani kono*, pájaro fiel que siempre permanece en el mismo lugar, de la misma manera que mi mujer vuelva”

Volver a poner el huevo en su lugar.

Si se puede disponer de la escoba de la mujer y ponerla encima, mejor.

### **3. Para recuperar a la persona amada (foto 16)**

En un papel no muy grande se escribe el nombre de la persona amada en el círculo, en la posición inferior y el nombre de la persona amante arriba, luego se coloca un trozo de carne roja en el centro del dibujo, se pliega bien el papel, incluso se puede coser una vez plegado y se le da a comer a un perro del mismo sexo que el amante que quiere recuperar a su amada/o.

### **4. Para destruir el reino de alguien (foto 17).**

Los signos de geomancia que circundan el dibujo simbolizan el nombre de Salomón, la figura del interior del círculo es la de la “cárcel”.

- Se dibuja este *djeduel* en el suelo.
- Matar un *kolonchè* (pollo) y ponerlo sobre el dibujo: el acto de matar al pollo simboliza que la persona a la que queremos arrebatar su poder, perderá sus funciones y no las recuperará jamás.
- Cerrar el lado abierto del círculo.
- Poner una piedra grande encima cubriendo todo el dispositivo

### **5. Para fidelizar a una mujer, ser el único jefe y en caso de ser una co-esposa, ser la preferida del marido. (foto 18)**

**6. Para evitar que roben en casa:** Se cuelgan las dos hojas con sus respectivos dibujos, el que contiene la circunferencia con los 30 hombres, contra la pared, se coloca al lado de la puerta.

## **Conclusiones**

Respondiendo al mandato de la OMS, durante la declaración de Alma Ata del año 1978, en muchos de los países africanos, como es el caso de Gambia y Mali, se han puesto en marcha políticas de integración de la terapia tradicional, así como de investigación y de creación de marcos legales que regulen estas prácticas.

Los resultados son dispares: por ejemplo, entre los países que nos ocupan, estas líneas de trabajo se han desarrollado en grados diferentes: en Mali, el año 1968 ya existía un Departamento de Medicina

Tradicional, así como instituciones de investigación y monografías sobre la farmacopea propia del país, pertenecientes al ministerio de salud, mientras que en Gambia, a pesar de disponer también de un Departamento de Medicina Tradicional, carece de otros elementos institucionales que potencien la integración y regulación del saber local.

En lo que respecta a la organización entre traditerapeutas, existe una asociación nacional gambiana, TRAHASS, mientras en Mali, una federación nacional aglutina 32 asociaciones de medicina tradicional. El desarrollo, tanto institucional como asociativo y la colaboración entre ambos dispone en Mali de una larga trayectoria, mientras que en Gambia se encuentran en un estadio más incipiente.

En ambos países, como es común en África Subsahariana, la ratio de terapeutas tradicionales es de uno por cada 500 habitantes aproximadamente. Si comparamos con las ratios de médicos, de uno cada 20.000 hab en Mali y de uno cada 6.132 en Gambia, y de profesionales de enfermería, de uno por cada 3.333 habitantes en Mali y uno por cada 1.554 en Gambia, se deduce una mucho mayor accesibilidad a la atención por parte del terapeuta tradicional que por parte de los profesionales del sistema biomédico.

En ambos países existen experiencias de colaboración entre el sistema biomédico institucional y el tradicional, aprovechando la presencia de los terapeutas tradicionales en todas las comunidades y otorgándoles la función de agente de salud comunitario. Estas experiencias se han centrado principalmente en el ámbito de la salud mental.

Cabe destacar que una de las acciones innovadoras vinculadas al proyecto Fisiáfrica es la integración del saber local en la formación universitaria en fisioterapia. Esta colaboración se traduce, hasta el momento actual, en la realización de varias jornadas, de carácter anual, de intercambio de conocimiento entre la facultad de medicina de la Universidad de Gambia y TRAHASS, que han resultado de sumo interés. Con estas acciones se persigue aprovechar las virtudes de uno y otro sistema médico, tanto en conocimientos como en habilidades comunicativas, representaciones sobre la enfermedad, mejorar las debilidades, como son la falta de conocimientos de asepsia, anatomía básica por parte de los traditerapeutas o la distancia conceptual y falta de accesibilidad por parte de los profesionales biomédicos. El objetivo final: proveer de la mejor atención posible a la población.

Otro aspecto que resulta interesante de este capítulo es la lectura antropológica, desde dentro de la propia sociedad, de las prácticas y paradigmas en que se basa la medicina tradicional, en la cual tiene un importante papel la moralidad islámica.

Por otra parte, acercamos la mirada a casos concretos que materializan la complejidad ampliamente mencionada en este trabajo, de la práctica terapéutica tradicional, de la cual Moussa Coulibally representa un ejemplo paradigmático, a parte de ser considerado un hombre sabio: en sus enseñanzas encontramos desde elaborados a base de plantas empleados para la curación de enfermedades hasta hechizos para conseguir éxitos de diferente índole, en algunos casos incluso, para dañar a otras personas; es en estos casos que la disonancia cognitiva consigue resolver la oposición moral entre estas prácticas y los dictados del Corán.



## 7. “Fisioterapia” tradicional en Gambia y Mali

### 7.1. “Fisioterapia” tradicional en Gambia. Los *Setter bone*

El tratamiento de las fracturas y otros trastornos del aparato locomotor por diferentes medios que incluyen técnicas físicas como la inmovilización, el masaje o el uso de plantas, junto con elementos mágicos, es bien documentado: Ackerknecht<sup>1</sup> menciona el uso de estas técnicas entre los creek, los winnebago, los burundi o los bavendas entre otros, incluso la utilización de prótesis entre los masai . La técnica del entablillado, que encontraremos continuamente en nuestro trabajo de campo, es común a otros pueblos como los chip-pewa, los nez-percé, los hotentotes o los esquimales, de manera que se encuentra presente en todas las latitudes del planeta.

En nuestra investigación observamos cómo, aunque existe un solapamiento tanto en los trastornos tratados por las diferentes categorías de terapeutas como en las técnicas utilizadas, en la práctica terapéutica se da una cierta especialización, de manera que, en función del desorden sufrido, el profesional de primera elección será uno u otro:

PATOLOGÍA	ESPECIALISTA	TÉCNICA
Mental Impotencia	Marabout	Espiritual: Corán
Orgánica	Fitoterapeuta	Productos derivados de los árboles
Embarazo	Din Mutalá	Terapia manual y fitoterapia
Aparato locomotor	Setter bone	Terapia manual y por medios físicos

#### 7.1.2. Los *setter bone* de TRAHASS

Desde el año 2013 hasta hoy mi relación con la asociación TRAHASS ha sido de colaboración, permitiéndome la inmersión en el conocimiento de las prácticas de los terapeutas socios y mediando la organización de eventos de intercambio de conocimiento entre esta asociación y la Facultad de Medicina de la University of The Gambia, con el objetivo de crear una dinámica de trabajo multidisciplinario que permita la integración final de los TT en la formación curricular universitaria.

---

1

. Ackerknecht, 1985

Dada la extensión de las entrevistas realizadas a gran número de estos profesionales, a continuación se reflejará, en forma de cuadros sinópticos, la información general obtenida de los *setter bone* entrevistados y más adelante presentaré algunos relatos que creo, resultan de interés.

Cuadro sinóptico entrevistas Gambia

CUADROS SINÓPTICOS ENTREVISTAS *SETTER BONE* GAMBIA

NOMBRE	EDAD	CIUDAD NACIMIENTO	GRUPO ÉTNICO	MAESTRO	ANTIGÜEDAD COMO TT
Seha	28	Bakotah (Serrekunda)	wolof	Curso de formación	4 años
Salieu Fall	63	Basse Santa Su	fula	Abuelo, padre y madre	Desde los 15 años
Sainey Cámara	38	Serrekunda	mandinga	Padre y madre	Desde los 31 años
Momodou	51	Tambakounda (Senegal)	fula	Padre	Hace 6 años
Gibby Touray	42	Balana	wolof	Padre	Hace 19 años
Ousainou Suwareh	52	Banjul	Fula	Padre, madre y abuelos	Hace 40 años
Cathan Omahonain "Kihe"	50	Bannagherren (Ireland)	Caucásico	Investigación autodidacta	10 años
Lamin Sande (padre) / Mustapha Sanyang (fill)/Jarriatou Sanyang (hija)	80/54	Gunyur (Gambia) / Lamin	Djola	del padre (toda la familia) pero el padre se ha concentrado más en enseñar a sus hijos e hijas	Desde los 10 años / desde niño aprendieron del padre (vía paterna)
Bakari Dabo	62	Serrekunding	manding	Transfirió el conocimiento su padre, que a su vez lo había adquirido de su abuelo paterno (vía patrilínea)	Desde el año 1973 (40 años)
Adama Dem	33	kololi	wolof	Padre, sus hermanos no	Desde pequeña

NOMBRE	EDAD	CIUDAD NACIMIENTO	GRUPO ÉTNICO	MAESTRO	ANTIGÜEDAD COMO TT
Adama Jammeh	65	Batibu (Norte de Gambia)/	Manding	Padre y abuelo, sus hermanos no porque eran pequeños	Desde los 21 años (44 a)
Salieu Puye	53	kololi	Lebu	Padre, madre y abuelos	
Samba Tambadou	29	Din gi ri (Upper River)	Sarahule	de su padre y éste, a su vez, de su abuelo	Desde hace 3 años
Ellin Carloss	64	England		en Gambia y otros países del África Oeste. Tuvo un profesor filipino, Choa Kok Sui (Fundador de Pranic Healers) (75 países en todo el mundo)	Hace 6 años

NOMBRE	EDAD	CIUDAD NACIMIENTO	GRUPO ÉTNICO	MAESTRO	ANTIGÜEDAD COMO TT
Ibrahima Tambarou	48	Din gi ri (Upper River)	Sarahule	De su padre, ta transmisión sigue linea masculina. A las hijas no se les transfiere	Desde los 12 a.
Ibrahima Kanté	51	Baja Kunda (Upper River)	Sarahule	su abuelo materno	Desde el 1981 (34 años)
Djeneba Touray		Hamdallay (Basse)	Manding	De su padre, que era un gran marabout, de sus 6 hermanos sólo aprendieron ella y un hermano varón.	

## Origen terapeutas tradicionales

NOMBRE	ORIGEN FAMILIAR	PARIENTE
Seha		
Salieu Fall		
Sainey Cámara	Mali y Guinea	Abuelos
Momodou		
Gibby Touray		
Ousainou Suwareh	Mali y Nigeria	Abuelos
Cathan Omahonain “Kihe”	Irlanda	
Lamin Sande (padre) / Mustapha Sanyang (fill)/Jarriatou Sanyang (hija)	Casamance	
Bakari Dabo	Gambia	
Adama Dem	Gambia	
Adama Jammeh		
Salieu Puye	Dakar (Senegal)	
Samba Tambadou	Mali	Bisabuelo
Ellin Carloss		
Ibrahima Tambarou	Región de Yakounou (Mali)	Abuelo
Ibrahima Kanté	Mali	Abuelo
Djeneba Touray		

## Interpretación etiológica

NOMBRE	ENFERMEDAD	CAUSA
Seha	Artritis	Falta de Vit E
Salieu Fall	Cefaleas  dolor esternal  Desnutrición infantil	Gas intestinal  constipación  Tenia áscaris
Sainey Camara	Dolor articular y desmayo	Afección dérmica (Kuli)
Momodou	Dolor	Por la comida, constipación y kuli
Gibby Touray	dolor	Lo sabe al explorar al paciente
Ousainou Suwareh	Dolor  Afecciones fúngicas	Lo sabe en la anamnesis  djinnas familiares + problemas alimentarios (terapia nutricional)
Cathan Omahonain “Kihe”	Malaria	Problemas de oxígeno en sangre
Lamin Sande (padre) / Mustapha Sanyang (fill)/Jarriatou Sanyang (hija)	HTA diabetes	normalmente van asociadas la HTA y la diabetes. Utilizan medicinas basadas en las raíces de los árboles
Bakari Dabo	Dolor	En las fracturas la causa es la propia fractura, en los otros casos, el dolor es de origen reumático
Adama Dem	Dolor	Inspección
Adama Jammeh	Dolor	Traumático o por problemas emocionales ( entonces utiliza las palabras del Coran para solucionarlo)
Salieu Puye		
Samba Tambadou	Dolor	Exploración y anamnesis

NOMBRE	ENFERMEDAD	CAUSA
Ellin Carloss	Dolor	Se trata de la congestión de un <i>chakra</i> . Por ejemplo, un mal funcionamiento del <i>chakra</i> de la xifoides, produce cefaleas
Ibrahima Tambarou	Fractura	Palabras secretas, por eso hay que curarlo con palabras secretas
Ibrahima Kanté	Dolor	Por el accidente o por trabajo duro
Djeneba Touray	Dolor  Convulsiones en la malaria cerebral (KRIKRIKURÁN)  Retraso psicomotor	En función de lo que le explica el paciente (anamnesis)  La presencia de djinnas en el interior del paciente.  Debido a que un fantasma (djinna) que sujeta la pierna al niño. Hasta que no se haga el sacrificio de un cordero, no andará

Qué causa la enfermedad

Herramientas terapéuticas.



NOMBRE	PALABRAS SAGRADAS	INSTRUMENTOS	ESTORNUDO / TOS	FUEGO	SACRIFICIOS
Seha	no	No	No	No	No
Salieu Fall	sí		Sí, después de beber agua coranizada, toser	Sí, para quemar ampollas cutáneas	Sí, pollos y corderos
Sainey Camara	Sí, para detener a los djinns, escupidas sobre agua que contiene plantas	Karité y <i>bambutulú</i> (árbol de bambú)	No	Sí, para la decocción de plantas	No
Momodou	<b>No, sólo Corán</b>	Red de palos e inmovilización en fracturas	Sólo tos, depende del color de la medicina	no	No
Gibby Touray	sí	Leche de cabra	Sí, es Corán	No	Sí, después de la adivinación con caorí shell
Ousainou Suwareh	Sí, Corán	Piedras del mar, calientes. En el lugar de dolor	Sí, en el tratamiento del asma	Para calentar las piedras	Sí, pollos y corderos para los djinnas
Cathan Omahonain “Kihe”	No. explicación dual biomédica de la enfermedad, causa no divina sino en el comportamiento de la persona (transgresión)	Terapia nutricional	No	No	No
Lamin Sande (padre) / Mustapha Sanyang (fill)/Jarriatou Sanyang (hija)				Sí, para calentar el área de dolor	

NOMBRE	PALABRAS SAGRADAS	INSTRUMENTOS	ESTORNUDO / TOS	FUEGO	SACRIFICIOS
Bakari Dabo <i>“Los djinnas son hermanos de madre de los blancos, por que tienen o demasiado dinero o demasiado conocimiento”</i>	Sí	Utiliza pequeñas tablillas de bambú (como Travalley de Madina (Brikama Ba)) en la inmovilización,		Lo utiliza para calentar el líquido obtenido de las plantas y agua y también para calentar los emplastes. Para el tratamiento del dolor	Ofrece nuez de kola, gallinas, <i>pam dits</i> (pequeño animal), depende de lo que vea
Adama Dem	No las escribe, las susurra en el preparado que se tomará el paciente (son secretas)		No	No	No
Adama Jammeh	Sí	Vendas + bolsa con el nudo en el esternón	No	No	
Salieu Puye	Hadith y Suras del Coran		no	Sí, para calentar los emplastes que usa en el masaje	Sólo para la protección contra los djinnas
Samba Tambadou	Sí, palabras sagradas (más tarde sé que no son del Corán)	Karakame	No	Sí, para hervir las plantas	
Ellin Carloss	No		No	No	No

NOMBRE	PALABRAS SAGRADAS	INSTRUMENTOS	ESTORNUDO / TOS	FUEGO	SACRIFICIOS
Ibrahima Tambarou	Sí	Calabaza	Sí, para el dolor de muelas se pone un producto dentro del fuego, que hace estornudar	Sí	No, sólo árboles
Ibrahima Kanté	Sí, los nombres de Dios, cada nombre de Allah sirve para una cosa diferente, para “arreglar” los huesos también	Calabaza	No	Sí, para calentar las hierbas medicinales. Cuando están calientes, hervidas en agua, sumerge la calabaza dentro del agua un rato y cuando está caliente hace fricción con la calabaza, para quitar el exceso de sangre en las fracturas y para el dolor	No

NOMBRE	PALABRAS SAGRADAS	INSTRUMENTOS	ESTORNUDO / TOS	FUEGO	SACRIFICIOS
Djeneba Touray	Sí, dice en un principio que se trata de palabras del Corán pero al insistir un poco más en el origen de tales palabras, reconoce que se las dictó un djinna (como a Tambadou)				No

## Técnicas y productos empleados

NOMBRE	TÉCNICAS	PRODUCTOS
Seha	Terapia alimentaria	Alimentos, no árboles
Salieu Fall	Corán y palos sumergidos en agua para adivinación	Veneno de serpiente, Nuez Kola, Caorí shell, Fanta Kola
Sainey Camara	Masaje, fitoterapia	Hojas de plantas
Momodou	Masaje, tracción	Plantas, árboles
Gibby Touray	Masaje y palabras sagradas	Raíces pulverizadas y agua, aceite de león* (Mali), aceite de karité, paiton o phyton oil*, solucum (wolof) para realizar masaje en el tratamiento del dolor
Ousainou Suwareh	Masaje, fitoterapia, energía (origen en Indochina)	Karité con limón, plantas, especialmente eucalipto y hojas de limón,
Cathan Omahonain "Kihe"	Fitoterapia	Plantas  Crema para infecciones cutáneas, dolor
Lamin Sande (padre) / Mustapha Sanyang (fill)/Jarriatou Sanyang (hija)	Depende del problema con el que vienen: luxación, esguince, fractura... Fractura: pequeños palos planos de bambú + vendas + fármacos (biomedicina en caso de fracturas abiertas) Luxación: vendaje sin palos (telas comunes) Dolor: pregunta al paciente si han ido a la farmacia para comprar los fármacos que le recetan los médicos/enfermeros y los combina con productos tradicionales Masaje: movilización de rótula, masaje con pulgar o con codo Incluye conocimientos occidentales en el tratamiento: compresión isquémica, cyriax, técnica de Jones, técnica de Lewis (bandas miotensivas)*	Árboles y manteca, animales no, No usa aceites

NOMBRE	TÉCNICAS	PRODUCTOS
Bakari Dabo	En fractura ósea: tracción + masaje + palabras secretas Determina dónde está situada exactamente la fractura con fuerte presión digital, luego realiza tracción axial fuerte ayudado de otra persona que inmoviliza al paciente, entonces él reduce la fractura No utiliza palos sino pequeñas tablillas de bambú (como Travalley de Madina (Brikama Ba))	En la inmovilización de las fracturas, debajo de la banda de tela, esparce sobre la piel un aceite resultado de la mezcla de: ajo, polvos (de raíces), sal, cacahuets (aceite, no la semilla), karité y manteca de camello
Adama Dem	Cuando llega el paciente, ella mira de qué tipo de dolor se trata: usa Coran + palos de cortezas de árboles para infusión (no para uso externo). Usa las medicinas todos los días de sábado a jueves, menos los viernes, que no se pueden usar.	Sólo usa la corteza de un árbol, pero su nombre es secreto
Adama Jammeh	Para las ampollas cutáneas usa velas + Corán (palabras sagradas secretas) + masaje consistente en tracción axial del miembro + fricción suave + movilización articular suave (si hay limitación del balance articular) + torsión suave + escupe palabras sagradas en el miembro.	Crema de farmacia + vendas + bolsa con un nudo en el esternón del paciente
Salieu Puye	Aromaterapia, masaje, árboles.	Plantas
Samba Tambahou	Masaje con kalama (calabaza) y manipulación	Karité + cortezas y raíces de árboles de la zona de Din gui ir, hervidas y bebidas, hojas no
Ellin Carloss	Energía (sin tocar) trabaja con los <i>chakras</i> , hace limpiezas energéticas, similar al Rei ki Ayudan al paciente a ayudarse a sí mismo	Cristales, sal, incienso, cactus
Ibrahima Tambarou	Masaje con calabaza	Karité, palabras sagradas. Productos animales: gusanos, grasa y hueso de oveja, articulaciones. Grasa de oveja para los casos de parálisis (hemiplejia)

NOMBRE	TÉCNICAS	PRODUCTOS
Ibrahima Kanté	Sus técnicas están dentro de su cabeza (secreto) si alguien tiene problemas, toca con sus dedos y ve qué le pasa, entonces aplica masaje con la calabaza + vendaje que deja durante 2 ó 3 días o bien una semana y se cura	Karité (no la mezcla con nada, es lo mejor, la manteca va haciendo su trabajo, es lo mejor + palabras sagradas) + palos de baobab pelado + vendaje  7 árboles diferentes. Cada uno tiene un efecto diferentes, curan 7 cosas diferentes y puede escribir 7 cosas diferentes No me puede decir qué siete, es secreto, la gente puede tener envidias (constante en las protecciones contra las malas palabras, malas miradas, etc...). El número tiene que ser impar, no puede ser un número par, equilibrado, como 8 ó 10: 3-1-3.
Djeneba Touray	En el tratamiento de las fracturas no usa palos, sólo reduce la fractura con tracción axial de los segmentos óseos y luego realiza una tracción suave mientras recita palabras secretas, luego envuelve el miembro con una tela que pasados 3 días retira para controlar el estado del miembro.	Plantas: hojas y cortezas del tronco de árboles

Técnicas y productos empleados

## Colaboración con otros profesionales

NOMBRE	COLABORA	CON QUIÉN
Seha	Sí	Hospital, en caso de diabetes
Salieu Fall	Sí	Terapeutas de su familia
Sainey Camara	Sí	Doctores, les da medicamentos
Momodou	No	Sólo Allah
Gibby Touray	---	---
Ousainou Suwareh	Sí	Asociación GOVI (programa pránico) ubicada en Lamin
Cathan Omahonain "Kihe"	Sí	Colabora en el tratamiento de las cataratas, no con <i>setting bones</i>
Lamin Sande (padre) / Mustapha Sanyang (fill)/Jarriatou Sanyang (hija)	Sí	Con los miembros de la propia familia
Bakari Dabo	Sí	Trabaja conjuntamente con el hospital. Depende de las necesidades del paciente. Aprovecha las férulas del hospital
Adama Dem	Sí	Normalmente no trabaja con el hospital pero a veces desde el hospital le envían pacientes
Adama Jammeh	No	No, sólo con su padre
Salieu Puye	Sí	Otros terapeutas
Samba Tambadou	Sí	La gente le conoce y del hospital van a verle a él
Ellin Carloss	Sí	Actúan conjuntamente con los hospitales



NOMBRE	COLABORA	CON QUIÉN
Ibrahima Tambarou	Sí	Le envían muchos pacientes los médicos y él a ellos En la mayoría de casos médicos de Senegal (el hospital de Tambakounda (Senegal) es el más cercano a Dingiri), también en caso de accidente
Ibrahima Kanté	Sí	Muchas veces envía pacientes al Health Center de Baja Kunda, por ejemplo en el caso de una fractura abierta, curan la herida en el hospital y luego él arregla la fractura al cabo de 2-3 días
Djeneba Touray	Sí	La conozco mientras acude al Health Center de Baja Kunda para colaborar en el trabajo de parto de una mujer

Colaboración con otros terapeutas

## Trastornos tratados

NOMBRE	FRACTURAS	PARÁLISIS (ICTUS)	TUBERCULOSIS	NEUMONÍA	DESNUTRICIÓN INFANTIL	HTA	DIABETES	ANEMIA	MALARIA
Seha	No	Fisioterapia y jengibre	No	No	Sí, zumo de hojas de zanahoria y "greenfruits"	Sí, ajo, 6 dientes		Sí, Vit E, con boniato	Sí, zumo de hojas de zanahoria y "greenfruits"
Salieu Fall	Sí, red de palos	No	Sí, con Corán	Sí, con Corán	Sí	Sí, agua coranizada, té local y árboles	Sí, con té local	---	---
Sainey Camara	Sí, con bambutulú	Sí, masaje con aceites y hierbas, durante 3 ó 4 meses	Sí, con hierbas	Sí, con hierbas	Sí, con hierbas	Sí, con hierbas		Sí, con hierbas. Mejoría en 7 días	Sí, resultados muy rápidos
Momodou	Sí	No	No	No	No	Sí, con el tallo del <i>Ronrop</i> (wolof) y <i>Sinjan</i> (mandinga)		Sí, cortezas y té local	Sí, corteza de <i>Batiu</i> (mandinga)
Gibby Touray	---	Sí, si el origen es natural, con masaje. Si el origen son djinns, con palabras sagradas	Sí, la cura totalmente	Sí, normalmente	Sí, a muchos	Sí, siempre. Con hojas de <i>Robaru</i> (wolof)		Sí, continuamente	Sí

NOMBRE	FRACTURAS	PARÁLISIS (ICTUS)	TUBERCULOSIS	NEUMONÍA	DESNUTRICIÓN INFANTIL	HTA	DIABETES	ANEMIA	MALARIA
Ousainou Suwareh		Sí, Usa masaje y polvos de árboles, pero primero mira a los ojos al paciente (para detectar HTA) Usa aceite de bambú + karité + Corán + karité	Sí, con raíces y hierbas	Sí, infusión de hierbas	Sí, con hierbas y raíces	Sí, con tres plantas: Valeriana, salvia y con terapia nutricional vegetariana basada en los productos locales, Agua, zumo de VITARIUM (VITABS) sinya (Cassia siberiana) zumo de NONÉ (mutarda citrifolia) los médicos cubanos la traen, útil para diabetes e infecciones fúngicas cutáneas, ambas (HTA y infecciones cutáneas por hongos) son enfermedades heredadas y por djinnas del padre o de la madre)		Sí, Terapia nutricional con TABA (wolof), TABOO (mandinga), kola nut, green kola, bebida en infusión, con magnesio	---

NOMBRE	FRACTURAS	PARÁLISIS (ICTUS)	TUBERCULOSIS	NEUMONÍA	DESNUTRICIÓN INFANTIL	HTA	DIABETES	ANEMIA	MALARIA
Cathan Omahonain "Kihe"			Sí				Sí		Sí
Lamin Sande (padre) / Mustapha Sanyang (fill)/Jarriat ou Sanyang (hija)	Inmovilización de 3 a 6 semanas con vendas y yodo. A las 3 semanas hacen una visita de control, valoran el aspecto y utilizan antiséptico si hace falta								Sí
Bakari Dabo	Sí	Ayuda	No	No	No	No	No	Sí	No
Adama Dem		No	No	No	No	No	No	No	Sí, Trata a menores de 14 años
Adama Jammeh		No	No	No	Sí, con masaje	No		No	No

NOMBRE	FRACTURAS	PARÁLISIS (ICTUS)	TUBERCULOSIS	NEUMONÍA	DESNUTRICIÓN INFANTIL	HTA	DIABETES	ANEMIA	MALARIA
Salieu Puye	No	Sí, hace masaje con aceites esenciales, para relajar la espasticidad	Sí, para la clínica asociada usa eucalipto	Sí, con jengibre, <i>cassaba</i> (mandioca) y raíces de moringa		Sí, con moringa y <i>colie vitales</i>			
Samba Tambahou	Sí	Si es causada por HTA sí	No	No	Si el causante es Satán o los <i>djinnas</i> , utiliza hojas de árboles y el Corán				No
Ellin Carloss		Sí, ayuda a equilibrar la energía						Sí, ayuda a equilibrar la energía	Sí, ayuda a equilibrar la energía

NOMBRE	FRACTURAS	PARÁLISIS (ICTUS)	TUBERCULOSIS	NEUMONÍA	DESNUTRICIÓN INFANTIL	HTA	DIABETES	ANEMIA	MALARIA
Ibrahima Tambarou	Sí, con los palos de corteza pelada de baobab + vendaje	Se puede curar alguna, la mayoría no	No	No	Sí. Retraso psicomotor: con los niños de más de 5 años que no andan usa el gusano que vive en el suelo, Kukuí: se ata el gusano vivo a la pierna del niño con un trapo y se escupen palabras sagradas. El efecto beneficioso del kukuí tiene lugar por que el niño, al notar que algo se mueve en su pierna, tiene la reacción automática de correr	No	Sí, con árboles	No	No
Ibrahima Kanté	Sí	No	No	No	No	no	No	No	No

NOMBRE	FRACTURAS	PARÁLISIS (ICTUS)	TUBERCULOSIS	NEUMONÍA	DESNUTRICIÓN INFANTIL	HTA	DIABETES	ANEMIA	MALARIA
Djeneba Touray	Sí	en el ICTUS, cuando ya no hay sangre, no puede curarlo (la ausencia de sangre simboliza la ausencia de función como de vida)	No	Sí, con plantas.	Sí		No	Sí, con árboles	Sí, incluso la cerebral (Krikrikurán), con árboles

**Patologías tratadas**

## Testimonios e historias de vida de *setter bone*

A continuación, algunos testimonios e historias de vida de *setter bone* que, creo, resultan de interés:

### 7.1.3. Ibrahima Konté

Mi primer encuentro con Ibi, Ibrahima Konté tuvo lugar durante el mes de agosto del 2012, él fue el primer *setter bone* que conocí, la categorización, según mi informante, Dawda, era “Tambadou”, los sarahules llaman con este apelativo a todos los *setter bones*, más tarde supe que Tambadou es el apellido de una de las familias sarahules más reputadas como arregla-huesos y tuve la oportunidad de entrevistar a diferentes miembros en diversas ocasiones.

Ibi vive en la misma kunda que Dala konté, el padre de Mamadou, el niño hemipléjico y epiléptico como secuela de una malaria cerebral a la edad de 11 años, ahora ya tiene 14. Ibi es pobre, vive en una cabaña en medio de la kunda o kompao, circundada de una gran casa de *topo topo*, el ladrillo local y suelos de cemento pulido, como es costumbre.

Ibi había estado trabajando en la construcción del Health Center de Baja Kunda durante el año 2009 pero luego hubieron problemas y le echaron o se fue.

Él es de los pocos pescadores del pueblo, me cuenta en la primera entrevista que si consigue pescar 4 pescados al día, vendiéndolos ya tiene suficiente para comprar arroz y alimentar a los suyos ese mismo día.

Actualmente y ya desde hace un año, trabaja de guardia de seguridad nocturno en el Health Center, también barre las salas...

En el 2016, vuelvo al Health Center con mis alumnos gambianos y españoles, a realizar tratamientos de fisioterapia: hemos visitado a un hombre que padece un bloqueo sacro ilíaco, por lo cual le realizo una maniobra miotensiva. Ibi observa y cuando acabo, le pregunto qué haría él en este caso: toma el ilíaco del paciente y buscando ampliar el



brazo de palanca desde el isquión del lado lesional, realiza un empuje oblicuo que tiene como objetivo el desbloqueo de la articulación afecta, exactamente con la misma finalidad que nuestra técnica de origen francés.

Entonces me explica la técnica que emplea para desbloquear vértebras: con sus dedos ejerce una presión firme sobre la apófisis transversa de la vértebra afecta, desbloqueándola en destorsión, como hacen los osteópatas.

#### **7.1.4. La familia Tambadou**

##### **7.1.4.1. Ibrahima Tambadou. El jefe de la familia.**

La entrevista transcrita corresponde a dos encuentros en Baja Kunda, el primero en agosto del 2014 y el segundo en abril del 2015. en junio del 2013 había ido a su casa en Din gi ir para conocerle y si era posible, entrevistarle y verle trabajar pero él estaba en Senegal, donde está casado por tercera vez y ninguno de sus hijos accedió a darme información sobre las técnicas terapéuticas empleadas por esta familia, arguyendo que sólo podían hacerlo bajo la autorización del padre, por otro lado, jefe de familia.

Ibrahima Tambadou, sarahule de 48 años de edad en el momento de la primera entrevista, vive en Din gi ri (Upper River, Gambia), en la región más alejada de la capital gambiana y próxima a la ciudad senegalesa de Tambakounda aunque la familia proviene de Mali: Saibo Tambadou, su abuelo paterno llegó a Gambia, ya ejerciendo la traumatología tradicional, sobre los años 20 buscando medios para vivir.

Ibrahima es el jefe de la familia como ya dije, todos los descendientes varones practican esta profesión pero, según me informan varios de sus hijos, sólo él está autorizado a facilitarme según qué información al respecto. Al comienzo de la primera entrevista, sin yo haberlo preguntado, , empieza el TT su exposición con este discurso legitimante:

“ Me vienen pacientes de Gambia, Senegal, Burkina Faso, Guinea Bissau, Mali...y el final del tratamiento sólo lo sabe Dios”

Ibrahima sólo se dedica a la medicina tradicional, excepto en época de lluvias, en que también cultiva sus campos. Tiene tres mujeres, hecho indicativo de poder adquisitivo, aunque una de sus mujeres es la viuda de su hermano Bakari; él se casó con ella a la muerte de su hermano: el levirato es costumbre entre los musulmanes.

Su herramienta principal en la práctica terapéutica, es la calabaza (*Karakame* en sarahule) para el dolor “de la piel con la carne, para los huesos rotos”, que alinea con la calabaza. Me muestra su calabaza, que usa desde el año 1996. En el masaje realizado con la calabaza, usa manteca de karité,

Me cuenta que a veces acuden pacientes para que él les cure y aunque él quiere hacerlo, algo en su cabeza le dice que no debe hacerlo, por que iría en contra suya, porque el trastorno que aqueja al paciente está relacionado con *djinnas* que después le atacarían a él.

Cura una enfermedad del hígado, durante el curso de la cual se ponen los ojos amarillos (hepatitis).

Su trabajo empieza en Gambia, pero también vienen a su casa para curarse gentes de Guinea Bissau, Senegal, Mali, Burkina Faso, Ghana y Nigeria.

“Nadie puede curar hasta el final, sólo puede Dios.

Cuando están los huesos rotos se curan, los riñones también. Hay una enfermedad aquí, en que se hinchan los huesos sin golpe ni nada (artritis), también lo curo”

Para el dolor también usa *Sonhe*: las mujeres hacen esta crema que ayuda a cerrar la cisura craneal en los recién nacidos y también se utiliza para el tratamiento de la luxación temporomandibular, se usa junto con karité más aceite, colonia, con una hierba (que es secreta)

Una de mis preguntas, como queda reflejada en el cuadro sinóptico, es si trata la parálisis (cabe puntualizar que por parálisis se entiende, en general, entre las gentes de estas

tierras, la hemiplejía), a lo cual responde afirmativamente, indicando su protocolo de tratamiento que veremos a continuación y me explica que hace 30 años no había mucha parálisis (LOYURU. Sarah.), la gente dice que lo ha traído el mundo occidental. Él no toma té ni jumbo (condimento similar al avecrem), tampoco el aceite que viene de fuera de Gambia (aceite de palma): observamos en estos comentarios una clara referencia al fenómeno de gastroeconomía sobrevenido con la globalización, responsable, en parte, del incremento de enfermedades no transmisibles, como la hipertensión arterial, factor de riesgo principal del accidente vasculocerebral que se suele manifestar en forma de hemiplejía.

Cuando acabo mis preguntas Tambadou me dice:

“ahora te voy a hacer unas preguntas yo”, la primera pregunta es: “¿No es cierto que todos los sueños son inspirados por Dios?” y la segunda: “ ¿no es cierto que los *sukuña* (vampiro, en sarahule) existen?”. Previamente, durante mi entrevista, ha afirmado que los *Sukuña*, que comen la sangre de las personas, en Gambia existen y que el sueño viene de Dios.

¿Qué significan estas dos preguntas? ¿Una curiosidad real por la respuesta desde el pensamiento biomédico que yo encarno en este momento o bien una búsqueda de discursos y sistemas de comprensión comunes? ¿Tal vez una manera de mostrar su conocimiento de la dimensión sobrenatural?.

Yo, en respuesta, le explico la teoría de que durante el sueño continuamos trabajando las experiencias que hemos tenido durante el día, que es un mecanismo común a todos los seres humanos: pero no parece satisfecho y añade que en el mundo hay muchas personas, muy diferentes y que es imposible conocerlas a todas.

En cuanto a los vampiros (*sukuñás*), gente que come gente, chupando su sangre, según me cuenta, la gente a veces grita por la noche “¡que le están chupando la sangre!” Él cree que existen. Yo le hablo de la enfermedad llamada porfiria, donde existe un déficit de hemoglobina que se trata con la transfusión sanguínea.

Días después Dawda me explica que las mujeres mayores que tienen conocimiento de cómo cambiar la posición del feto en el vientre de la madre, y también las *Dim Mutalá*, son sospechosas de ser *Sukuñas*. Que sólo puede ver al *sukuña* la persona atacada, los

demás no lo ven. Sólo se puede curar con un cuerno, de vaca por ejemplo, que se pone en la pared y que le hace huir.

Las dos veces que ha venido Tambadou a Baja Kunda para que le entreviste ha tenido lugar el mismo fenómeno: gentes de Baja Kunda acuden en procesión: según parece han oído que el terapeuta ha venido al pueblo y aprovechan para pedirle que les visite. Se ha dado la circunstancia, durante mi segunda entrevista en el 2014, de que coincidió su visita con los pacientes programados para tratamiento de fisioterapia con mis alumnos de la Udl; a la vista de Tambadou, los pacientes, en cierto grado, desplazan su interés de nuestros servicios a el TT y le piden que les visite. De esta respuesta social deduzco que realmente es un hombre respetado y considerado como eficaz.

Le pregunto si vendrá al work shop de julio, que organizamos entre la UTG y TRAHASS, él me contesta que si yo quiero que vaya él, él vendrá, que si no vendrá uno de sus hijos, Samba.

Dice que le dará permiso para que venga: en esta afirmación tenemos un claro ejemplo del control sobre la transmisión del conocimiento que ejerce el jefe de familia. Este fenómeno también resulta claro en la gestión que hace la familia Niaré de Bamako de mis visitas: únicamente Moussa Niaré me facilita conocimientos, algunos secretos, aunque a veces me invita a observar cómo trabajan sus hermanos.

#### **7.1.4.2. Samba Tambadou. El hijo.**

Samba Tambadou, hijo de Ibrahima Tambadou, en el momento de la primera entrevista, junio del 2013, cuenta con 29 años de edad, natural de Din gi ri, aunque lleva años instalado en Serrekunda, donde tiene un pequeño colmado, próximo al mercado de Serrekunda, el más populoso de la ciudad, donde atiende a sus pacientes también.

En diciembre del 2013 volví a visitar a Samba en su tienda próxima al mercado de

Serrekunda, pero no quiso contestar a mis preguntas sin la autorización de su padre, como hizo su hermano la primera vez que fui a Din Gi Ri, en junio del 2013, con la intención de entrevistar a Tambadou padre. Esta actitud repetida muestra el respeto por el jefe y cuán fuerte es el poder del patriarca sobre este negocio familiar y su control sobre el secreto terapéutico.

En aquella ocasión pude observar la estructura de la clínica de Tambadou: era muy parecida a la de Travallé en Madina, cerca de Brikama Ba), en ambos casos, a parte de la vivienda familiar, alrededor del patio central del *kompao*, se han construido pequeñas cabañas donde el TT ingresa a los pacientes que así lo precisan.

Durante los primeros minutos del encuentro me explica Samba que ayer, en Banjul, un abuelo fracturó su columna lumbar, fue al hospital Royal Victoria (actual Eduard Francis Small Teacher Hospital), le hicieron un TAC y dijeron que no podían hacer nada por él, entonces Samba le ayudó con su tratamiento: constituye este relato un elemento legitimante, estrategia similar a la empleada por su padre. Continúa relatando que algunos doctores, él desconoce si se trata de traumatólogos o fisioterapeutas, le conocen y le envían pacientes, otras veces es el propio paciente quien acude para que él le haga tratamiento arguye que él no es un empleado gubernamental, es un sanador local, así que él trata a los pacientes cuando vienen, pero que si trabajara para el gobierno se coordinaría con los profesionales del hospital.

Mucha gente que tiene problemas acude a él antes que al hospital o van al hospital y luego vienen con él, entonces él les hace tratamiento, otros van a Din gi ri, a tratarse tras sufrir accidentes, pueden venir a la consulta de Samba, en Serrekunda o allí, en cualquier caso, sus hermanos, que están en Din gi ir, indican a los pacientes que pueden venir aquí.

Samba, que trabaja como *setter bone* desde hace años de manera independiente, es decir, sin la supervisión de Ibrahima, su padre, también emplea, como instrumento terapéutico principal, la calabaza (*Kalama* en mandinga, *Karakame* en sarahule), karité y cortezas de árboles. Atribuye la desnutrición infantil a la acción de Satán o de los *djinnas*, coincidiendo con la visión ya vista por el padre de Ibi, el niño de Baja Kunda afecto de desnutrición infantil, cuyo vientre hinchado respondía, según su padre, a la presencia de un *djinna* alojado en su abdomen. En estos casos Samba utiliza hojas de árboles sobre las

que escupe versos del Corán, dice.

### **7.1.4.3. Ibrahima Sumaray Tambahou. El sobrino**

Ibrahima Sumaray Tambahou, de 24 años, nació en Din gi ri, aunque desde hace años vive en Lleida. Unos meses antes, a finales del 2015, conocí a su hermana, Aisetou Tambahou, en el servicio de rehabilitación del Hospital de Santa María. Al conocer su apellido le pregunté por su filiación con los Tambahou de Din gi ri, conocidos en todo el país como la familia de *Setter bone* más reputada, hasta el punto de categorizar esta profesión, la de huesero, con el nombre de “tambahou”. Al menos entre los sarahules.

Ibrahima me explica que tiene un hermano en Blanes, él también ejerce la profesión de *setter bone* allí, pero, según dice, sólo acuden a tratarse allí los negros, por que los blancos no le tienen confianza en lo que hace referencia al acto de escupir palabras durante el proceso terapéutico.

Me explica que hay gentes que sólo emplean el “*tuputup*”, onomatopeya para hacer referencia al acto de escupir, pero él no sabe qué palabras escupen. Al contrario, él y su familia, primero reducen la fractura y luego escupen las palabras sagradas: de nuevo nos encontramos con un discurso legitimante durante los primeros minutos del encuentro.

Desde los 18 años ejerce como *setter bone*, aprendió esta profesión de su padre, que era el jefe de la familia Tambahou, hasta que murió y pasó a ser el jefe su tío, Ibrahima, del cual se ha hablado antes en este capítulo.

Como el resto de sus familiares entrevistados, escupe palabras secretas, usa la calabaza como medio mecánico en la terapia manual, facilitada por manteca de karité e inmoviliza las fracturas con palos, aguantados con telas viejas. También trata dolores de espalda, de piernas y hombros, entre otras dolencias.

En cuanto al uso de palabras secretas, su testimonio resulta revelador por que, durante las

entrevistas realizadas en los últimos cuatro años en Gambia, todos los *setter bone*, incluidos los Tambadou, aseguraban utilizar palabras del Corán en el trascurso de la terapia; en Mali pude comprobar cómo es común entre los terapeutas el considerar a estas invocaciones de carácter islámico, eficaces en el tratamiento de muchas patologías, sineficaces en el caso de las fracturas, para lo cual son más poderosas las palabras llamadas del “*secret mandé*” también llamado “*secret noir*”: afirma Ibrahima usar palabras ancestrales, no se trata del Coran, esas palabras se las dijo un *djinna* a su abuelo; asegura que los vocablos que profiere en sus invocaciones no pertenecen al sarahule ni a ninguna otra lengua que pueda reconocer Ibrahima, ni mandinga ni bambara.

Esta información fue crucial para mi investigación porque me ofreció la pregunta que necesitaba para poder obtener ciertas respuestas: más tarde, de vuelta a Gambia, volviendo a cuestionar sobre este punto a los terapeutas entrevistados años atrás, reconocieron que, como hace Moussa Niaré en Mali, utilizan palabras del Corán o palabras del “secreto mandé” dependiendo de la naturaleza de la patología a tratar.

Como ocurriera con el tema de la magia islámica, los *fetichers* y brujos, una vez más se desvela un secreto bien guardado en un país fuertemente islamizado, como es Gambia, especialmente en los últimos años, debido a las influencias de la facción más conservadora del Islam, mediadas por un presidente que ha llegado a ser tildado en muchos medios de comunicación como fanático religioso.

Ibrahima asegura que:

“Cuando veo al cliente, reconozco de qué mal aqueja, por ejemplo tomando la pulsación al miembro. Mi padre sólo con ver a la gente aparecer por la puerta, ya sabía de qué padecían, si los podría curar y si se iban a morir del trastorno que presentaban.”

“Mis abuelos trataban el retraso psicomotor: usaban tres ramilletes de *Kândé* (*Abelmoschus esculentus*), siempre tres, los sumergían en una olla con agua, cuando hervía, el líquido resultante se utilizaba para ducharse o bien metían un trapo dentro de la olla que ponían sobre la piel, siempre tres veces.”

De nuevo el número tres, especialmente presente en la numerología islámica y en la cosmogonía mandé.

“Una vez conocí a un jugador de fútbol profesional. Se fracturó la pierna, en el hospital le pusieron unos hierros (osteosíntesis) y le dijeron que no volvería a jugar a fútbol nunca más. En seis meses de tratamiento conmigo caminó e incluso volvió a jugar a fútbol.”

Se repite la asociación entre la colocación de osteosíntesis con la atribución de la perpetuación de la discapacidad, presente en los testimonios de Ousmann Koné y la familia Niaré respecto a la paraplejia del primero, atribuyendo al material metálico la causa de la discapacidad permanente del muchacho.

Ibrahima detecta algunas transformaciones en la práctica de la traumatología tradicional en España, respecto a Gambia:

- Gran dificultad para conseguir el bambú necesario para los bastones que utiliza en la inmovilización.
- La calabaza que utiliza en el tratamiento se la traen de Gambia.
- Acuden a tratamiento pacientes de toda África Occidental.
- Es común que los clientes le pregunten por su título.

La exigencia del título es común a los curanderos españoles en las últimas décadas, que se ven obligados a cubrirse de diplomas que les legitimen para ejercer su profesión en nuestro país, este hecho es una de las consecuencias de la fuerte hegemonía biomédica y consiguiente medicalización en Europa.

Explica Ibrahima que sobre las tres de la tarde es la hora en que suelen salir los fantasmas.

“Un día vi a una vieja en las montañas, mientras yo iba en carro por un camino. La mujer me pidió que la subiera al carro y así lo hice, cuando más tarde me giré a mirarla, había desaparecido. He visto fantasmas una o dos veces en mi vida de día y más de cuatro de noche: puedes ver fuego en los árboles. La gente no



sabe, pero los djinns tienen miedo de los hombres porque nuestro aliento es fuego para ellos”

A continuación comparto conmigo las palabras del Corán eficaces para echar a los djinns:

“ Kolay Al Kafrina”

## **Conclusiones**

Seguimos enfocando cada vez más la mirada, y nos centramos en los “fisioterapeutas” tradicionales, llamados en Gambia *setter bone*, término que podríamos traducir por “arreglador de huesos”, en un claro paralelismo con el vocablo “arreglador”, como se denominaba en España desde antiguo. El estudio realizado en Gambia nos aproxima a una amplia muestra de profesionales dedicados al tratamiento de los trastornos del aparato locomotor con medios de carácter tradicional: en las tablas encontramos ciertos elementos comunes: la técnica física se acompaña de fisioterapia, de palabras presuntamente sagradas, de origen coránico, aunque todo parece indicar que por lo común, en este tipo de cuestiones, se les otorga más poder a las palabras de origen mandé; en cualquier caso, el poder mágico de la palabra media la curación; la mayoría de profesionales entrevistados no se dedican exclusivamente a la traumatología si no que tratan otras enfermedades prevalentes entre la población.

El origen malinense, que me llevó hasta esas otras tierras, está presente en muchos casos y por su puesto, la transmisión familiar, frecuentemente patrilineal y mediante oralidad, del conocimiento necesario para desempeñar esta tarea, de manera que ejercen desde jóvenes y de forma independiente a partir de la autorización o muerte del antecesor que suele ser jefe del negocio familiar.

En cuanto a las explicaciones del dolor y la enfermedad, cabe resaltar la gran familiaridad discursiva que presentan en su mayoría con la interpretación etiológica biomédica y que por otra parte, en general determinan durante la anamnesis e inspección, pudiendo atribuir la enfermedad tanto a causas naturales como sobrenaturales.

Las técnicas usadas son variadas, predominando la fitoterapia y dado que se trata de

traumatólogos tradicionales, la inmovilización en todos los casos, con redes de tablillas cuyo origen es la corteza de diferentes árboles locales. Muchos, utilizan como terapia física el calor, como analgésico o preparación para la terapia manual, que puede consistir en masoterapia, bien manipulaciones o ambas.

Otra constante es la negación de todos aquellos elementos rituales relacionados con prácticas de exorcismo o endorcismo: fuego, estornudos o tos son negados una y otra vez, sin embargo, el sacrificio, parte componente del mismo ritual, afirman practicarlo muchos de ellos.

Algunos productos empleados nos remiten a la magia simpática, como son la grasa de león o de pitón. El Corán, profusamente utilizado, legitima en estas tierras las prácticas terapéuticas, por que es Allah quien media la curación, el terapeuta es un sencillo vehículo y todos utilizan, como es común en toda la extensión del continente africano, la red de palos para llevar a cabo la inmovilización de las fracturas.

No todos realizan sacrificios, aunque es común, así como el empleo de palabras, presuntamente del Corán, aunque en algunos casos han confesado, después de adquirir más confianza, que se trata de palabras del llamado “*secret mandé*”. Esta declaración viene mediada por la confianza dado que el uso de estas invocaciones es altamente condenado por el Islam.

La mayoría de los profesionales entrevistados, a pesar de estar especializados en el tratamiento de las fracturas y otros trastornos del aparato locomotor, tratan otras afecciones, combinando, como hemos visto, terapia manual, fitoterapia y medicina profética islámica, utilizando tanto elementos espirituales como nutricionales.

Un aspecto revelador es cómo trata el entrevistado el tema de la colaboración con otros profesionales: esta pregunta a menudo es utilizada como acicate para mostrar la posición del terapeuta dentro de la arena política, revelando legitimaciones y desautorizaciones, propias y ajenas. A menudo son endogámicos en sus relaciones profesionales y cuando dicen colaborar con el sistema biomédico un rasgo común es el discurso legitimante mediante el cual explican esta relación.

En lo que hace referencia a los itinerarios seguidos por los pacientes, varias historias de vida hacen visible la alternancia entre sistemas médicos, los problemas de accesibilidad y las representaciones a las cuales se haya sujeto el fenómeno de la enfermedad y que supuestamente es vertebral en la toma de decisiones terapéuticas.

En este capítulo la práctica terapéutica de los *setter bone* se nos presenta claramente vertebrada en varios ejes: el físico, el espiritual y el sobrenatural .

En conclusión, la práctica de la “fisioterapia” tradicional en Gambia resulta un ejemplo ilustrativo del sincretismo y apropiación entre sistemas médicos argumentado en este trabajo, donde tanto la terapia física y la espiritual, de carácter mágico-religioso, como el conocimiento local y el biomédico, se entrelazan construyendo un nuevo sistema médico de naturaleza híbrida.

## **7.2. *Traumatolegs traditionels* en Mali. Análisis biomédico de las técnicas de tratamiento**

Existen numerosos estudios, centrados en Mali, que avalan la eficacia de la farmacopea tradicional pero son escasos los trabajos que analizan la eficacia de las técnicas físicas en el campo de la traumatología tradicional.

En este sentido se han realizado estudios sobre la traumatología tradicional en la región de Bandiagara, que revelan su idoneidad en función de los resultados, pero nunca se ha llevado a cabo un análisis de las técnicas empleadas desde el punto de vista biomédico.

Concretamente, resultan de gran interés los resultados obtenidos del trabajo adscrito a un proyecto de apoyo al Centro regional de Medicina Tradicional y las Asociaciones de Traditerapeutas de salud de Bandiagara (Mali), consistente en el seguimiento del trabajo de los traumatólogos tradicionales del País Dogón, con el objetivo de evaluar su alcance, eficacia, deficiencias y dificultades.

Este estudio prospectivo, realizado sobre el terreno entre abril del 2000 y mayo del 2001,

en 17 poblaciones, con una muestra de 101 pacientes atendidos, demostró que el tratamiento mediante traumatología tradicional resultó efectivo en el 8,91% de fracturas abiertas o con complicaciones, en el 43,56% de fracturas simples y el 47,53% de luxaciones y entorsis tratadas.

Los autores concluyen en la idoneidad, dada la falta de capacidad resolutive del sistema biomédico en este área, por la gran carencia de medios materiales y humanos. de la actuación de estos profesionales como agentes de salud, previa formación en protocolos de atención de urgencia y identificación de los medios de transporte correctos, con el fin de mejorar la gestión general de las fracturas y la prevención de complicaciones post-traumáticas. Por último, proponen la realización de una estrategia nacional de atención en traumatología, contando con la colaboración de los *traumatolegs traditionels*<sup>1</sup>

Durante los últimos meses he tenido ocasión de entrevistar a varios *traumatolegs traditionels* del distrito de Bamako y observar su actuación, principalmente la familia Niaré, ubicada en Bankoni y realizar un registro del curso clínico de sus pacientes, afectos de fracturas, entorsis y .luxaciones, estos dos últimos cuadros clínicos conocidos de forma genérica como *déplacements*, los resultados de este seguimiento muestran una buena evolución en decenas de pacientes que avala la buena praxis de estos profesionales, como veremos más adelante.

En lo que respecta a las técnicas empleadas, tanto Niaré como Guindó y Doumbbia realizan la reducción de la fractura tras cuidadosa palpación del foco de fractura, en cuanto a la inmovilización del segmento óseo, cabe destacar varias virtudes de la metodología empleada:

1- Sólo se inmoviliza el segmento óseo dejando libres las articulaciones adyacentes, lo cual evita el efecto secundario indeseable de la rigidez articular que en nuestros hospitales obliga a gran parte de los pacientes tras la consolidación de la fractura, a realizar durante meses una rehabilitación particularmente dolorosa.

2- En lugar de un yeso estático, la familia Niaré utiliza una inmovilización dinámica,

---

<sup>1</sup> . Dogon, 2004

consistente en un la colocación de un fragmento rectangular de cartón ondulado y grueso, con las líneas estructurales del mismo paralelas al hueso fracturado, el cartón envuelve el segmento de manera que se adapta al perímetro del miembro, tanto cuando hay más inflamación en que se abre ligeramente como cuando ésta cede y éste que se cierra, ciñéndose en una adaptación perfecta a la superficie corporal y maximizando su función de fijación sin compresiones vasculares ni holguras que pondrían en peligro la correcta consolidación ósea. Doumbia y Guindó utilizan un entramado de bastones atados entre sí con cordón y orientados de forma paralela al hueso fracturado, a modo de inmovilización pero previamente a su colocación sitúan un palo guía sobre el hueso fracturado que cumple la función de asegurar la especificidad de la fijación.

3- Otra ventaja del protocolo de tratamiento seguido por estos terapeutas es que no colocan la inmovilización de manera fija durante todo el periodo de consolidación ósea, consistente en semanas o meses, como acostumbramos a hacer en nuestros hospitales, no, ellos visitan al paciente cada dos o tres días, retiran la inmovilización y valoran la posición de los fragmentos óseos, tumefacción, etc, en caso de fractura abierta, realizan las curas oportunas combinando el uso de fitoterapia y productos biomédicos como la povidona yodada y las pomadas antibióticas. Cabe destacar las medidas de asepsia utilizadas por Guindo en la realización de curas y sangrías, técnica antigua y de documentada eficacia por su efecto purgativo tisular.

Otro aspecto importante es la accesibilidad del paciente:

1- Accesibilidad económica: El gasto dedicado a todo el proceso terapéutico, desde la primera visita hasta que el paciente es dado de alta por el terapeuta tradicional puede llegar a suponer la décima parte del gasto empleado en caso de seguir la vía biomédica en un sistema público de co pago.

2- La accesibilidad en el tiempo es también importante, el terapeuta, a pesar de tener unas franjas horarias de visita, atiende a las urgencias en todo momento.

3- Finalmente, la accesibilidad geográfica: en primer lugar, los terapeutas tradicionales, más o menos especializados en la traumatología, están presentes en todas las comunidades, siendo la ratio de pacientes por terapeuta mucho más baja que la correspondiente a los fisioterapeutas y en segundo lugar, estos profesionales habitualmente dedican unas horas al día para desplazarse al domicilio del paciente en el caso de que este no pudiera acudir a su consulta por las barreras funcionales, sociales o arquitectónicas existentes.

Para acabar, se expondría un fenómeno social que está teniendo lugar en Samankó, barrio donde más de 300 pacientes con fracturas viven acogidos, gratuitamente, en los domicilios de los vecinos para poder así seguir tratamiento con Doumbia, el traumatólogo tradicional que se hace cargo, no sólo del seguimiento de las fracturas sino también de su manutención, si es necesario.

ENTREVISTAS *TRAUMATOLOGES TRADITIONELS* DE MALI. CUADROS SINÓPTICOS

A pesar de que posteriormente expondré detalladamente las técnicas empleadas por los traumatólogos tradicionales junto a los cuales estuve durante un periodo de tiempo más largo, a continuación se muestran varios cuadros sinópticos donde se pretende resumir la información adquirida durante las entrevistas llevadas a cabo en Mali.

NOMBRE	EDAD	CIUDAD NACIMIENTO	GRUPO ÉTNICO	MAESTRO	ANTIGÜEDAD COMO TT
Toumani Diakité	50 años	Kitá (Mali)	Peul	Padre y este a su vez del abuelo, siempre por vía masculina	Desde 1974, en que tenía 9 años
Moussa Niaré	52 años	Sirakoló (junto a Katy, Mali)	Malaké (sarakolé)	Padre y éste a su vez del abuelo	Desde que era un niño
Mamoutou Kanabay		Badiangara (País Dogón, Mali)	Dogón	Tío materno, el padre de Brehima Guindo	Hace 20 años
Moussa Koné		Foroukouna (Región de San, Mali)	Bobó	Allah, no a través de una persona	Hace 15 años
Brehima Guindo	46 años	Koró (región de Mopti, Mali)	Dogón	Padre, ésta a su vez, aprendió de su abuelo	Hace 10 años (desde el 2005)

NOMBRE	EDAD	CIUDAD NACIMIENTO	GRUPO ÉTNICO	MAESTRO	ANTIGÜEDAD COMO TT
Djibril Djombera		Barrio de Medina Couré (Bamako, Mali)	Sarahule	Padre y abuelo, sólo vía masculina	Desde niño
Bourama Doumbia	47 años	Samankó (Bamako, Mali)	Bambara	De un anciano, Guindo Balá Diakité, murió con 115 años, vivía en Asamañana Basi (Mali)	Hace 24 años

### Origen terapeutas tradicionales

NOMBRE	ORIGEN FAMILIAR	PARIENTE
Toumani Diakité	Etiopía	Abuelo
Moussa Niaré	Sirakoló (Mali)	Padre
Mamoutou Kanabay	Badiangara (País Dogón, Mali)	Él, su tío y parte de la familia
Moussa Koné	Foroukouna (Región de San, Mali)	
Brehima Guindo	Koró (región de Mopti, Mali)	Su padre y parte de la familia
Djibril Djombera	Kayes	
Bourama Doumbia	Samankó	



## Interpretación etiológica

NOMBRE	ENFERMEDAD	CAUSA
Toumani Diakité	Luxación articular  Fracturas	Mal posicionamiento óseo  Hay dolor si no está bien alineado
Moussa Niaré	Dolor	Depende de si el paciente presenta un picadura o de el sitio del cuerpo donde presente dolor
Mamoutou Kanabay	Dolor	Lo explica a través del karité: diagnóstico por el karité (al realizar el masaje, a la palpación). No necesariamente el área de dolor coincide con el trastorno inicial (síndrome miofascial)
Moussa Koné	Dolor	Lo conoce mediante la anamnesis y exploración
Brehima Guindo	Dolor	Palpando con karité busca el lugar doloroso. A veces el paciente viene con un trastorno y realmente el origen está en otro lugar (síndrome miofascial)
Djibril Djombera	Dolor	Exceso de trabajo
Bourama Doumbia		

## Herramientas terapéuticas

NOMBRE	PALABRAS SAGRADAS	INSTRUMENTOS	ESTORNUDO / TOS	FUEGO	SACRIFICIOS
Toumani Diakité	Sí	Utilizas cuchillas (sangría) para hacer salir la sangre negra responsable del dolor.  Palos de bambú para la inmovilización de las fracturas	No	No	No
Moussa Niaré	Sí	Cartón y venda para la inmovilización. Púa de erizo para el tratamiento de los abscesos	No especialmente pero depende del tratamiento, puede ayudar	Para la preparación de las plantas	No es frecuente. Depende de los medios del paciente. Por “juntar” el hueso le cobra al paciente el precio de la venda pero si tiene que desplazarse a buscar plantas, le cobra el desplazamiento. A veces, si el paciente puede pagarlo, sí hacen sacrificios de animales
Mamoutou Kanabay	No	Red de bastones con tela para las fracturas	Sólo en caso de problemas costales	Para quemar la aguja que utilizan para el tratamiento del dolor de cabeza	Sólo en el caso de personas poseídas por los djinns o Satan, que ven cosas que no ve nadie.

NOMBRE	PALABRAS SAGRADAS	INSTRUMENTOS	ESTORNUDO / TOS	FUEGO	SACRIFICIOS
Moussa Koné	Sí (supongo que las palabras secretas empleadas no son del Corán sino del secreto mandé.)	No	Depende del tipo de enfermedad pero en general no	No	Depende de la enfermedad. Sobre todo en enfermedades mentales, en que los pacientes gritan, van solos, ven cosas que no ve nadie (atribución a causas sobrenaturales)
Brehima Guindo	No	Agujas estériles, cuchillas de un solo uso, ventosas, red de bastones	En el tratamiento de la cefalea tensional, cuando sale la sangre, usa un producto para que el paciente estornude y así salga más sangre	Sí, para desinfectar y calentar el <i>Bien</i> (Bamb.) (pincho de hierro con mango de barro) utilizado para el tratamiento de los abscesos	No
Djibril Djombera	Sí. Muchas palabras secretas	Bastones y venda en la inmovilización	No	Para la cefalea seca al sol hierbas de KUMBABI (Bamb.), luego las pone al fuego, donde escupe palabras secretas. Con el humo resultante de la cocción se hacen vahos	

NOMBRE	PALABRAS SAGRADAS	INSTRUMENTOS	ESTORNUDO / TOS	FUEGO	SACRIFICIOS
Bourama Doumbia	Sí, "Encantations" se trata de palabras del secreto mandé, no del Corán	Malla de bastones	No	Para calentar el karité. En Samankó, dice, a veces hace mucho frío y el contacto con el karité frío resulta doloroso al paciente	No

## Técnicas y productos empleados

NOMBRE	TÉCNICAS	PRODUCTOS
Toumani Diakité	Reducción de la fractura primero por técnicas físicas, luego inmovilización con bastones de bambú, algodón para respetar la circulación, los bastones no deben herir el brazo, así que hay que poner algodón antes que los palos, luego la venda	Karité, mezclada con polvos de plantas (WOLO)
Moussa Niaré	Inmovilización, manipulaciones articulares, masaje	Karité con palabras secretas y mezclada con polvos de plantas. Gua caliente con Npékú, Tombé y Yala Fitoterapia
Mamoutou Kanabay	Palpación con karité, de esta manera diagnostica donde está el dolor, si se trata de una fractura tracciona y alinea, luego coloca las tablillas para inmovilizar. Quiropraxia. Ventosas En las cefaleas miran dentro de la nariz con la aguja caliente que les ayuda a ver mejor, entonces pinchan donde está el problema y salen fluidos, baba o moco y sangre, luego el paciente mejora	Karité mezclada con plantas pulverizadas. Plantas específicas para cada trastorno. En casos resistentes al tratamiento puede usar grasas de origen animal
Moussa Koné	Escupe palabras secretas en los extremos del hueso fracturado u los alinea	No usa plantas ni ninguna otra cosa, excepto cuando hay inflamación

NOMBRE	TÉCNICAS	PRODUCTOS
Brehima Guindo	<p>Palpación con karité, de esta manera diagnostica donde está el dolor, si se trata de una fractura tracciona y alinea, luego coloca las tablillas para inmovilizar.</p> <p>Quiropraxia.</p> <p>Sangría</p> <p>Ventosas</p> <p>En las cefaleas miran dentro de la nariz con la aguja caliente que les ayuda a ver mejor, entonces pinchan donde está el problema y salen fluidos, baba o moco y sangre, luego el paciente mejora</p>	<p>Karité mezclada con plantas pulverizadas, fitoterapia ingerida, si la cápsula articular está muy rígida, usan grasa de una serpiente grande <i>MINIA</i> (Bamb.), pomadas antibióticas</p>
Djibril Djombera	<p>Tisanas y palabras secretas. Su padre realizaba sangría a nivel articular</p>	<p>Karité</p>
Bourama Doumbia	<p>Reducción de la fractura, karité donde ha escupido palabras secretas e inmovilización con red de bastones.</p> <p>En otras patologías, sólo manteca de karité con “Encantations”</p>	<p>Karité con “encantations”</p>

## Colaboración con otros profesionales

NOMBRE	COLABORA	CON QUIÉN
Toumani Diakité	Sí	Con otros terapeutas tradicionales, igual que ellos le derivan pacientes a él, A veces va a Katy (Hospital especializado en traumatología ) por que le consultan, a veces también a HGT para consultar las radiografías
Moussa Niaré	Sí	Únicamente con sus hermanos
Mamoutou Kanabay	No	Hay gente que viene de otros profesionales para tratarse aquí. QUITAN YESOS. Tiene un hermano que es enfermero y está con ellos en la consulta. Le parece muy interesante la combinación de los dos tipos de medicina
Moussa Koné	Sí	Cuando se trata de una fractura abierta, como el paciente necesitará puntos de sutura, lo deriva al centro de salud
Brehima Guindo	No	He podido presenciar cómo se desplaza al Point G Hôpital a petición de algún traumatólogo
Djibril Djombera	Sí	Con los terapeutas de la Federación y profesionales de l'Hôpital Point G
Bourama Doumbia	Sí	Con sus aprendices

Trastornos tratados

NOMBRE	FRACTURAS	PARÁLISIS (ICTUS)	TUBERCULOSIS	NEUMONÍA	DESNUTRICIÓN INFANTIL	HTA	DIABETES	ANEMIA	MALARIA
Toumani Diakité	Sí	Sí, parálisis braquial obstétrica. Mediante inmovilización	Sí, valorar si existe tuberculosis ósea	Sí, con plantas	Sí, no sólo de los niños, con plantas nutritivas como DETARION (cientif.) (TAMBA KUMBA) (Bamb.)	Sí		Sí, La trepanocitaria, las avitaminosis, la desnutrición: espinacas y otras plantas dan sangre para el organismo	Sí, la anemia y deshidratación de los niños
Moussa Niaré	Sí	Sí, a veces el problema es de circulación y hay dolor: entonces realiza masaje y utiliza decocciones de plantas, para beber y realizar baños	Sí, con plantas	Sí, Vahos con el vapor de las plantas + masaje	Sí, con plantas	Sí, y la hipotensión también. Con plantas	Sí, con plantas	Sí, con plantas	Sí, con plantas



NOMBRE	FRACTURAS	PARÁLISIS (ICTUS)	TUBERCULOSIS	NEUMONÍA	DESNUTRICIÓN INFANTIL	HTA	DIABETES	ANEMIA	MALARIA
Mamoutou Kanabay	Sí, luxaciones, contracturas.	Parálisis no muy avanzadas ( secuelas leves y/o en primeros estadíos). Realizan masaje y aspiración de líquidos	Sí, con plantas	Sí, con masaje y plantas	No	Sí, con ventosas y plantas	Sí, con plantas	Sí, con miel (medicina profética islámica)	Sí, con diferentes plantas

NOMBRE	FRACTURAS	PARÁLISIS (ICTUS)	TUBERCULOSIS	NEUMONÍA	DESNUTRICIÓN INFANTIL	HTA	DIABETES	ANEMIA	MALARIA
Moussa Koné	Sí, también luxaciones y problemas abdominales	En algunos casos sí. En primer lugar utiliza palabras secretas, luego plantas	No	No	No	No pero el ICTUS causado por HTA sí (conocimiento etiológico)	No	No	No, pero la malaria cerebral sí, con palabras secretas, porque en este tipo de malaria el problema está en la cabeza (conocimiento etiológico)

NOMBRE	FRACTURAS	PARÁLISIS (ICTUS)	TUBERCULOSIS	NEUMONÍA	DESNUTRICIÓN INFANTIL	HTA	DIABETES	ANEMIA	MALARIA
Brehima Guindo	Sí	Sí. Cuando el ICTUS es reciente el tratamiento de sangría con ventosas da buen resultado. A veces utilizan plantas mezcladas con miel que serán consumidas	Sí, con plantas	Sí, con productos que producen estornudo, otros que hinchan los pulmones, también con terapia manual dirigida a abrir las costillas manualmente	Sí, con plantas que se mezclan en la comida y con masaje en todo el cuerpo y maniobras estimulantes reeducan el retraso psicomotor secundario	Sí, con plantas. Algunas de ellas para tratar la constipación, nociva en HTA, , sangría y ventosas	Sí, con plantas	Sí, la sangre se incrementa con la ingestión de miel. Con cortezas de árboles y limón para incrementar el apetito (medicina islámica profética)	La malaria cerebral la tratan por medio de vahos de ciertas plantas, humo que se debe aspirar
Djibril Djombera	Sí, inmovilización con red de v;bastones	Sí, con decocción de plantas	Sí, con plantas	Sí, con plantas	Sí, con plantas ingeridas y en baños	Sí, con plantas incineradas, tomadas después de las comidas	Sí, con plantas pulverizadas	Sí, con <i>Gelí</i> (Bamb.) mezclada con leche	Sí, con plantas pulverizadas

NOMBRE	FRACTURAS	PARÁLISIS (ICTUS)	TUBERCULOSIS	NEUMONÍA	DESNUTRICIÓN INFANTIL	HTA	DIABETES	ANEMIA	MALARIA
Bourama Doumbia	Sí	No, si la persona ha perdido la función nerviosa él no tiene nada que hacer.	No, él sólo hace fisioterapia y traumatología	No	Karité, para facilitar la digestión	No		No	En malaria cerebral sí. El karité ayuda: cuatro días haciendo masaje con karité por la mañana y por la tarde, sin lavarse

Como vemos, igual que en Gambia existe gran sincretismo en las prácticas.

A continuación se exponen los resultados de la observación participante llevada a cabo durante los meses de trabajo de campo. Se describen los protocolos de tratamiento empleados, se analizan, desde el punto de vista biomédico, las técnicas terapéuticas utilizadas por los *traumatolegs traditionels* estudiados y se muestran los resultados obtenidos del seguimiento de la evolución clínica de aproximadamente 70 pacientes.

De manera indisociable aparecerá el componente mágico presente en el proceso terapéutico y algunos testimonios de actores involucrados.

### **7.2.1. Moussa Niaré. La inmovilización en las fracturas.**

*“Aprenderás sólo aquello que pueda  
retener tu cabeza no tu lápiz”*

Moussa Niaré

Cuentan las gentes de Bamako que el viejo Niaré tenía dos mujeres, una de ellas rompió el mazo del pilón de madera que utilizaba para moler, de manera que dijo a la otra co-esposa del anciano que no podía cocinar, la otra mujer, enojada le respondió que comprara otro, a lo que la primera argumentó que no tenía dinero, entonces ambas se enzarzaron en una disputa. Cuando el marido vio que sus mujeres se estaban peleando a causa del mazo roto, fue a ver a su caballo, el cual habló y le dio a Niaré el don de soldar los dos extremos rotos.

Esta leyenda me ha llegado por varias fuentes, también hay quien dice, resumiendo la historia, que el don de curar las fracturas óseas lo han adquirido los traumatólogos tradicionales de sus caballos por que los trataban bien y éstos les regalaron, a cambio, esta capacidad.

Dicen las gentes que si los miembros de esta familia curan no es por dinero, de hecho,

siguen manteniendo la tradición de cobrar la moneda más pequeña circulante o a la voluntad del paciente. Cobran el precio de la venda de algodón que utilizan en la inmovilización, cubriendo el cartón y si se tienen que trasladar a atender al paciente a su domicilio o a recolectar las plantas que precisa para su tratamiento, el gasto que supone el viaje. El pago con animales no es habitual.

Durante mi estancia en Mali he podido constatar la existencia de dos tipos de terapeutas tradicionales: aquellos que se protegen y hacen un esfuerzo continuo por legitimarse y aquellos que regalan generosamente su saber, Moussa pertenece a la segunda clase. El hombre del cual hablaré a continuación, de una manera natural se ha convertido en mi maestro, situándome más allá de *l'apprentí*, común en estas tierras, mi sentimiento es de iniciado, como Hamadi de Amadou Hampaté Ba, persigue las enseñanzas de Kaidara, yo sigo las enseñanzas de este exponente del saber bambara, donde se da un maridaje entre técnicas físicas, religiosas y mágicas: poco a poco su secreto ha ido goteando sobre mí, elementos que entiendo y otros que no llego a entender pero que resultan absolutamente fascinantes.

Todos los taxistas de Bamako conocen donde vive la familia Niaré, tal es su fama y tantos son los pacientes que han conducido a solucionar sus fracturas: en el barrio de Bankoni, cerca de Hipodrome y del Nouveau Marché, frente a la carretera polvorienta y atestada de vehículos, un puestecillo de cacahuets, varios hombres de la familia entretienen la tarde, Ousman, el joven que quedó parapléjico al hundirse sobre él una mina en Abidjan y hace un año que viven su mujer, su hija y él con la familia Niaré, pero en otro momento hablaremos de Ousman.

La primera vez que fui a casa de Niaré me presenté sin previo aviso ni introducción, la compañera que me acompañaba, oriunda de Bamako y conocedora del protocolo social, tenía poca confianza en que nos atendieran, al presentarnos de manera tan inapropiada: pero para nuestra sorpresa no sólo nos atendió amablemente sino que además nos permitió realizar la entrevista en la cual contestó a mis preguntas y nos habló de su padre. Finalizada la entrevista, le hice la petición que en otras ocasiones he hecho a los

terapeutas que me resultan más interesantes: le pedí venir algún día a ver cómo trabajaba, proponiéndole a cambio traerle de España el material que el considerase que necesitaba y no podía encontrar en Mali, a lo cual contestó que podía ir el siguiente viernes, sin embargo arguyó que los *toubabs* suelen prometer pero cuando se van olvidan: al cabo de unos días le traje el deambulador que pidió y conseguí encontrar en Bamako, al cabo de unas semanas, cuando volví de España, le traje las tijeras para cortar yesos y una lámina del esqueleto humano. El siguiente viernes era el primero de muchos otros días, durante todos los meses de mi estancia en Bamako, en que le acompañé mientras él trataba a sus pacientes.

Se accede al patio interior por un callejón estrecho. Alrededor del patio, las viviendas de todos los hermanos y sus respectivas familias, la abuela, la tía, las hermanas no, que se casaron y como los bambara son patrilocales, se fueron a vivir a otros barrios pero cada tarde vuelven a atender a sus pacientes. La madre, a sus 82 años, junto con la tía, no mucho más joven, se ocupan de las vendas de algodón que emplearán luego para inmovilizar las fracturas, antes las tejían ellas mismas pero desde hace unos años les resultaba una carga y ahora prefieren compararlas, también se encargan de aconsejar y reconfortar a los pacientes que soportan mal el dolor que les infringe el tratamiento de Moussa. Las mujeres de mediana edad cocinan, las más jóvenes sacan agua del pozo con las bolsas de caucho que se pueden encontrar en el mercado para ese fin, alguna se encarga de proveer del agua caliente que los terapeutas mezclarán con polvos de *Tombé* (Bamb.), N'Pekú hembra y macho y las grandes hojas, *Yala* (*jala* *Khaya senegalensis* (*méli*) *caïlcédrat*), mezcla que luego utilizan durante la terapia, los niños juegan y se mezclan con los pacientes que esperan su turno.

Un sinfín de sillas de hierro, recuerdan a retazos que algún día fueron de color azul celeste, se organizan en zonas de espera de los pacientes que recibirán tratamiento de parte de los diferentes hermanos, las sillas de los siete terapeutas y frente a éstas, las de los respectivos siete pacientes.

A las cuatro de la tarde empiezan su trabajo, hasta las seis, pero un rato antes ya hay gente esperando. La algarabía de niños, los polluelos de la casa, va y viene a oleadas, las

mujeres sacando agua del pozo situado en medio del patio, proveyendo de agua caliente a los terapeutas, trayendo bolsitas con polvos de fitoterapia o ramilletes de hojas terapéuticas.

Frente a la silla que ocupará Moussa Niaré, la silla que ocupará el paciente, a su izquierda dos líneas de sillas alejadas uno y dos metros respectivamente que ocuparán los pacientes mientras esperan y a su derecha otra línea de sillas, casi tocando la suya: una la ocuparé yo cada día y en la otra ya reposa su bolsa de saco llena de las herramientas que utilizará en su práctica terapéutica, tesoros de lo más variado que poco a poco me irá mostrando: una caracola *farasafiné* (Bamb.) que utiliza para guardar cuidadosamente unos polvos que no debo tocar si estoy impura (tengo la menstruación), el gasterópodo que ocupa este molusco, de sabor fuerte, se utiliza en Gambia y Senegal para cocinar; media calabaza como la que utiliza la familia Tambadou de Gambia para realizar el masaje pero que aquí se utiliza como cucharón, nueces de kola que mezclará con plantas para obtener medicamentos.

Moussa Niaré, es el jefe de la familia de *traumatolegs traditionels* más reputada de Bamako desde hace décadas. A sus 52 años, después de la reciente muerte de su padre a los 98 años, (cuatro meses antes de nuestro primer encuentro), es el responsable moral y económico de la familia: los siete hermanos se dedican a la traumatología tradicional y en una tarde pueden visitar a más de 100 personas.

Moussa sólo atiende pacientes los lunes, miércoles y viernes de 16 a 18 h, le pregunto hasta en tres ocasiones diferentes si tiene alguna otra ocupación, a lo cual responderá, como hará en muchas otras ocasiones ante mis preguntas: mirará al frente largamente, esbozará una sonrisa y quizás responderá o no. A esta pregunta siempre ha contestado que además de las fracturas óseas, trata otras dolencias y esa es su única ocupación.

Al final de mi estancia, camino del bosque, donde vamos a buscar plantas terapéuticas, asistimos a la boda de un amigo de Niaré, es en Kati, se casa con la que será su segunda mujer. Ese día me explica Moussa que ese hombre era compañero suyo de trabajo y que hasta poco antes de la muerte de su padre su actividad laboral principal era la de conductor de *sotrama*, hasta que su padre le aconsejó dedicarse sólo a la terapia



tradicional, él contaba con 50 años y consideró que sus reflejos no eran los apropiados para continuar con el primer oficio, así que decidió hacer caso al anciano: desde entonces se dedica exclusivamente a la terapia tradicional.

El día que le acompañó al bosque a recoger plantas dirá a Drahaman, el amigo *marabout* con el que desayunamos, que hago muchas preguntas y que es bueno, muy bueno.

Este hombre está casado con una sola mujer, a pesar de que su religión, islámica, le permite casarse incluso con cuatro, pero él considera que mientras más mujeres tenga peor será su potencia sexual cuando llegue a los 60 años.

Tiene 7 hijos, me pregunta cuántos tengo yo, al contestarle que uno, considera que es poco, que es importante tener muchos hijos para traspasar el legado, el conocimiento.

Moussa afirma que ellos no colaboran con otros profesionales que no sean de la familia, ni del sistema biomédico ni tradicional, a diferencia de otros traumatologs tradicionels, que aseguran la derivación de pacientes por parte de los profesionales del hospital.

Sin embargo, muchos días él parte con la moto a visitar a pacientes que no se pueden desplazar por problemas funcionales o barreras arquitectónicas o sociales o por ser de avanzada edad, a sus domicilios y en muchas ocasiones al propio hospital, como es el caso de una mujer que cayó de un árbol y se halla ingresada en el hospital, él irá a neurocirugía a visitarla.

El menor de los hermanos Niaré, Drissa, tiene formación sanitaria técnica, trabaja en el Hospital de Katy, por cierto, referente nacional de excelencia en traumatología. Drissa, como el resto de sus hermanos, ejerce la traumatología tradicional, combinando con esta práctica conocimientos y técnicas biomédicas. También hace de consultor a las dudas de sus hermanos. Esta colaboración, junto con el uso, extendido entre todos los hermanos, de productos farmacológicos biomédicos como povidona yodada o el consejo dirigido a algunos pacientes, de la toma de paracetamol para el dolor, suponen una muestra del sincretismo presente en las prácticas terapéuticas de estos profesionales

Por otro lado, durante estos meses he podido presenciar cómo pacientes que yo había conocido en el hospital, abandonan este itinerario y acuden a casa de los Niaré para seguir tratamiento: tal es el caso del padre de un niño afecto de paraplejia tras un

accidente de moto, que visité en hospitalización de neurocirugía del Hôpital Gabriel Touré: el TAC muestra una fractura de sacro y una ocupación de espacio secundaria a la fractura, a nivel de la cola de caballo. Respecto a este paciente Moussa asegura que el primer objetivo a conseguir es el control de esfínteres para luego seguir con la recuperación motora y sensitiva.

Aunque no es muy común, a veces recibe llamadas telefónicas desde París u otros países africanos, como Congo, para pedirle medicamentos tradicionales.

Respecto a los fisioterapeutas que tratan las secuelas de las fracturas en el hospital, a Niaré no le parece bien que provoquen tanto dolor al paciente durante la movilización articular que realizan para tratar la rigidez articular, efecto secundario de la inmovilización, indeseable y habitual en nuestros hospitales. Señala que una persona incluso puede morir de dolor. Tampoco cree que la mejor opción sea inmovilizar durante semanas: cuando se retira el yeso, si la fractura no ha consolidado correctamente, la única opción terapéutica es la crujía: ellos controlan la fractura, retirando la inmovilización cada dos o tres días, en días alternos en caso de concurrir con heridas.

Con el tiempo he podido constatar su colaboración con otro terapeuta entrevistado, Djibril Djombera. Se podría decir que prácticamente todas las tardes Moussa acude a visitar pacientes, en muchas ocasiones durante su hospitalización.

Los hermanos Niaré no forman parte de ninguna asociación de terapeutas tradicionales: su padre le aseguró a Moussa que estas organizaciones tienen un carácter eminentemente político.

Su posición en el negocio familiar es de una gran responsabilidad pero él no tiene miedo, cuando le digo que en mi tesis hablaré de él y que antes de presentarla le enseñaré todo lo que a él concierne, me dice que puedo escribirlo todo, incluso los secretos, porque todo es cierto y porque él no teme compartir su saber por que él cura por gracia de Dios; en cualquier caso, le avala toda una vida de aprendizaje junto a su padre y de experiencia, pues la tradición familiar se transmite desde la primera infancia.

Dice la historia que Niaré es uno de los apellidos fundadores de Bamako , de hecho, uno de los barrios de la ciudad lleva el nombre de Niaré Là. Pero estos Niaré, de etnia Malaké tienen sus orígenes conocidos en Sirakoló, una villa cerca de Kati, ciudad que se encuentra en la carretera de Kaye, la que lleva a Tambakounda, Senegal, aunque cerca de Kati también nace la carretera que lleva a Mauritania y Marruecos. Allí nació Moussa. A diferencia de muchos otros malienses, los miembros de esta familia no han viajado fuera del país, cuenta Moussa que su tío quería que él viajara fuera de las fronteras de Mali pero su padre se opuso, en una sociedad patriarcal y gerontocéntrica como es ésta la autoridad paterna no se puso en duda.

Como única ocupación la terapia tradicional, no sólo trata los huesos fracturados y *déplacements*, como llaman los traditerapeutas aquí, de manera inespecífica a luxaciones, entorsis, meniscopatías y capsulitis, aunque esta es su actividad principal, también cura gran variedad de enfermedades orgánicas como se verá más adelante.

Aprendió esta profesión, como sus hermanos, de su padre, que murió a los 98 años y éste a su vez del abuelo, que murió a la edad de 125 años. Desde que nació presencié, como ahora lo hacen sus hijos, el acto terapéutico repetido, aprendió a andar y a correr entre pacientes.

Cuando me encuentro por primera vez con Moussa Niaré hace sólo cuatro meses de la muerte de su padre, pasado un tiempo, cuando se cumplen siete meses aproximadamente, me explica cómo fueron los últimos días de este hombre venerado y respetado: una noche las jóvenes de la casa prepararon para cenar una ensalada excesivamente cargada de sal, al día siguiente el abuelo se cayó, al parecer sufrió un accidente cerebral isquémico transitorio (AIT) que no dejó secuelas funcionales pero murió al cabo de pocos días. El día de su muerte, su padre llamó a Moussa y le dijo: “hoy me muero, está en manos de Dios que así sea, así que no quiero que nadie llore por mi muerte”. Mientras me lo explica, veo cómo los ojos de Moussa se encharcan.

El procedimiento terapéutico empleado será descrito más profundamente en adelante pero en líneas generales se puede decir que:

La exploración comienza cuando llega el paciente, Niaré le observa atentamente desde

que entra en el *kompao* hasta que se sienta en la silla para iniciar la exploración mediante cuidadosa palpación para determinar si se trata de una fractura o un *déplacement* y donde está focalizado. También determinará si la causa es natural o provocada, preguntando al paciente cómo se ha desencadenado el accidente productor del traumatismo. Asegura que para el diagnóstico no utiliza ninguna técnica de adivinación, aunque en el transcurso de estos meses me ha mostrado varias encantaciones en las que emplea figuras geománticas. Un signo de que la fractura es provocada por brujería, cuenta Niaré, es la presencia de tres puntos oscuros en la piel, entonces utilizará infusiones de *Kalakarí* (*Hymenocardia acida*, *Euphorbiaceae*)<sup>2</sup> para lavar el miembro afecto.

En el mismo orden de cosas, en algunas ocasiones me ha mostrado productos de los que emplea en sus terapias pero bajo la advertencia de que no debía tocarlos, bajo ningún concepto, si en aquel momento tenía la menstruación: veremos que prohibiciones de este tipo se encuentran durante todo el protocolo de recogida de plantas terapéuticas.

A mi pregunta de si se le revela el tratamiento del paciente durante el sueño, como he observado en algunos *marabouts*, me dice que no, que a veces enciende un fuego e inhala el humo, entonces conoce la solución del paciente.

También diagnostica enfermedades de carácter orgánico como las gastritis, problemas dermatológicos o respiratorios.

El tratamiento de la tuberculosis, dice, es muy rápido y lo lleva a cabo con plantas, para tratar la neumonía el paciente debe hacer vahos con el humo resultante de la incineración de ciertas plantas, procedimiento que acompaña con masaje sobre la caja torácica.

Tanto la malnutrición infantil como el VIH/SIDA, la hipertensión arterial, la diabetes, la anemia o la malaria las tratan con plantas.

El origen del dolor se explica en función de la manera de presentación de la enfermedad, por ejemplo si responde a la picadura de un insecto, también en función del locus dolenti y de su relación con otras partes del cuerpo que también presenten dolor.

La recolección de los componentes vegetales utilizados en estas terapias, como veremos

---

<sup>2</sup> . Tourneux, H. (2013). Compte rendu de Eklu-Natey Raphaël D., Balet Annie (en collab. avec MA Ahyi, EJ Adjanohoun, L. Ake Assi, F. Borst, C. Chatelain, D. Diallo, K. Hostettmann, L. Sanou, M. Koumaré), 2012, Pharmacopée africaine, Dictionnaire et monographies multilingues du potentiel médicinal des plantes africaines. Afrique de l'Ouest. Vol. 1: Dictionnaire. Vol. 2: Monographies, Genève, Traditions et Médecine; Lausanne, Éditions d'en bas. Volume 1: xlv (dont 5 p. de planches photographiques) + 912 p. Volume 2: lii+ 1 002 p .... *Journal des Africanistes*, 83(2), 202-205.

más adelante, es un proceso lleno de componentes rituales, hecho que puedo vislumbrar cuando Moussa, durante la primera entrevista, nos muestra uno de los 6 cuchillos que llevaba su padre colgados de la cintura cuando iba al bosque a buscar las plantas y que utilizaba para cortar cortezas y ramas, uno u otro en función de qué valoración hacía del paciente a quien iba dirigida la fitoterapia. En la actualidad él usa uno de esos 6 cuchillos durante las terapias para cortar el cartón, la venda de algodón y la cinta elástica que utiliza para la inmovilización.

Veamos cómo es la técnica terapéutica para el tratamiento de las fracturas de manera genérica aun que más adelante se describirán casos clínicos concretos.

#### **7.2.1.1. El diagnóstico.**

Cuando visita al paciente por primera vez, lleva a cabo una breve anamnesis en que pregunta por las circunstancias en que tiene lugar el traumatismo, luego realiza la exploración, valorando el movimiento entre segmentos óseos, la movilidad pasiva y activa de las articulaciones adyacentes o comprometidas, realiza manipulaciones articulares que podrían revelar un problema ligamentoso, por ejemplo, bostezos externo e interno, para testar los ligamentos lateral externo e interno de rodilla o los cajones anterior y posterior para valorar los ligamentos cruzados. También comprueba si existe el signo de fóbea que suele acompañar a la fractura, es decir, la presencia o no de depresión de la piel tras la presión mantenida durante unos segundos, con el pulpejo del dedo pulgar y si la temperatura local está incrementada. En el caso de sospecha de fractura, también evalúa la movilidad articular y la capacidad funcional del miembro afecto y en caso de fractura abierta, el estado de la herida. Finalmente el diagnóstico es dual: fractura o *déplacement* para designar luxaciones, entorsis, meniscopatías o capsulitis.

En el dolor de hombro y codo, realiza varias pruebas activas: pide al paciente que lleve la mano del lado afecto a la espalda, o al otro hombro, etc.

Si se trata de una fractura procede a la reducción mediante tracción axial y la correcta colocación de los segmentos óseos. Me explica que cuanto más reciente sea la fractura, menos dolorosa será la reducción: la reacción endorfinica asociada al traumatismo apoyaría esta afirmación.

Luego extiende la crema de Karité *xi tulú (Bamb.)* mezclada con polvos resultado de la incineración y/o pulverización de diferentes partes de ciertos árboles sobre la que ha escupido previamente encantaciones, luego cubre el segmento con una primera capa de venda de algodón ancha, parecida a la venda de crêpe pero más gruesa, utilizan este tejido por considerarlo mejor para dejar pasar el frío, el calor y transpirar, igual que en shiatsu y yoga utilizan prendas de algodón para dejar pasar mejor la energía, un cartón corriente envolviendo el miembro, las líneas rectas estructurales siguiendo la dirección del hueso roto y luego más venda que se fija finalmente con cinta elástica. Esta inmovilización se mantendrá durante dos o tres semanas, salvo en el caso de huesos que sufren la carga como son fémur, tibia o columna en que el periodo de inmovilización se verá alargado considerablemente.

Durante el tiempo de inmovilización cada 2 ó 3 días retiraran la inmovilización y valorarán la evolución del paciente, si se trata de una fractura abierta se valorará al paciente en días alternos.

Nunca cubren las articulaciones adyacentes al hueso fracturado, de manera que el efecto indeseable de la inmovilización que encontramos en nuestros hospitales, la rigidez articular que somete a nuestros pacientes en muchos casos a meses de dolorosa rehabilitación, es evitada. Además, en las visitas realizadas cada dos o tres días el terapeuta moviliza las articulaciones adyacentes y cabe señalar que la técnica de movilización, de alta velocidad y máximo recorrido, es la misma observada en los terapeutas tradicionales de Gambia y Senegal y también en los fisioterapeutas de Mali, de formación biomédica: quién se apropió de la técnica de quién es un misterio pero puedo constatar que tanto en Europa como en Latinoamérica la técnica de movilización es más lenta y progresiva.

En mi primera entrevista Moussa me muestra los palos enlazados de *Bambanahiri*

(Bamb.)<sup>3</sup>, en forma de red, atados con cordel, el mismo instrumento que tantas veces me han mostrado otros terapeutas, especialmente en Gambia, los cuales utilizan los tallos de bambú seccionados longitudinalmente. El *ateil* que me muestra es el que, según dice, utiliza para las fracturas de fémur aunque en todos estos meses no le he visto nunca emplearlo, en su lugar suele utilizar cartón.

Si el paciente presenta heridas, primero se limpian con el agua caliente mezclada con *N'pekou* y *Tombé* que utiliza para el masaje y que no administra directamente con la mano sino con una gran hoja de *Yala*, luego puede rociar la herida con povidona yodada pero en cualquier caso acabará, antes de cubrirla, echando por encima polvos negros resultado de la incineración de *Kañá koró* para el tratamiento de heridas de corta evolución y de el mismo fruto mezclado con los fragmentos de huesos insertos en los muros de adobe de las casas, en el caso de las heridas de larga evolución, incluso de años, consideradas producto de brujería.

Si se trata de un *déplacement*, la técnica empleada, tanto en la terapia manual como en la inmovilización, varia si se trata de una luxación de rodilla, una entorsis de ligamento lateral externo de tobillo o una capsulitis interfalángica, metatarsofalángica o metacarpofalángica.

Pero de todo esto hablaré más adelante.

También trata la parálisis, término genérico y que aglutina paresias y parálisis de uno, dos o cuatro miembros, aun que la frecuencia de hemiplejias en esta tierra es dramática.

Para el tratamiento de los problemas neurológicos “*problemes des nerves*” mezcla la manteca de Karité con productos de origen animal. En otras ocasiones se atribuyen a problemas circulatorios que producen dolor (relación con fisiopatogenia del dolor que justifica la sangría según Brehima) , en ese caso se realiza masaje y se utilizan plantas bebidas o para que se lave el paciente con la infusión obtenida con ellas y agua. Las

3

. Tourneux, H. (2013). Compte rendu de Eklu-Natey Raphaël D., Balet Annie (en collab. avec MA Ahyi, EJ Adjanohoun, L. Ake Assi, F. Borst, C. Chatelain, D. Diallo, K. Hostettmann, L. Sanou, M. Koumaré), 2012, Pharmacopée africaine, Dictionnaire et monographies multilingues du potentiel médicinal des plantes africaines. Afrique de l'Ouest. Vol. 1: Dictionnaire. Vol. 2: Monographies, Genève, Traditions et Médecine; Lausanne, Éditions d'en bas. Volume 1: xlv (dont 5 p. de planches photographiques) + 912 p. Volume 2: lii+ 1 002 p .... *Journal des Africanistes*, 83(2), 202-205.

parestias las explican como un problema de “nerves”, coincidiendo con la explicación biomédica, tal es el caso de una paciente tratada por un síndrome subacromial que presentaba parestias de distribución cubital. Del mismo modo, el lumbago por bloqueo de articulación sacro ilíaca, lo achacará al levantamiento de pesos excesivos.

Las palabras secretas, por lo común son palabras en árabe, del Corán, dado el poder mágico que se atribuye a la palabra en el Islam, hecho basado en primer lugar en la transmisión directa de Dios a Moh'ammed, del texto coránico. Pero en estas tierras, está muy extendida la recitación de otro tipo de palabras secretas, llamadas *encantations*, proferidas en bambara, se trata del secreto mandé o del *secret noir* que dicen algunos. Al parecer el Corán no es considerado como tan poderoso en el tratamiento de las fracturas como el secreto mandé: Niaré escupe en la manteca de Karité palabras del Corán que le serán útiles cuando la fractura es de origen natural, por que existe la creencia de que en ese caso sólo Allah tiene la capacidad de curar y palabras del secreto mandé, fuertes cuando la causa del accidente es provocada, ya sea mediante brujería, mediada por los *djinnas* o bien por medio de fetiches.

Las *encantations* se inician con “Bismilae” en el nombre de Dios cuando tienen por objetivo hacer el bien.

En algunas ocasiones, como vimos en el apartado referente a Moussa Coulibaly, las *encantations* beben de las fuentes de la tradición Bambara y en lugar de Suras, contienen metáforas relacionadas con las dolencias y el mundo natural, en general el mundo animal. Respecto al inicio de ciertas *encantations* con la palabra *Similae* ya hablé en el capítulo dedicado a este último terapeuta, en otra ocasión me indica que para hacer encantaciones dañinas, éstas se inician con *Tubismilah*.

Moussa no provoca tos ni estornudo en el paciente, maniobra utilizada en tradiciones animistas para conseguir la expulsión de espíritus, pero afirma que en algunas ocasiones estas maniobras ayudan en el proceso terapéutico.

El fuego sólo lo utiliza para el procesamiento de las plantas: incineración de los polvos o ebullición de las tisanas.

No acostumbra a pedir a sus clientes sacrificios, ni animales ni por medio de otros



productos, salvo nueces de kola, blancas o rojas, o ambas, dependiendo del carácter de la enfermedad o trastorno.

Sólo cobra el precio de la venda que emplea en la inmovilización y si tiene que ir al bosque a buscar plantas o visitar al paciente en su domicilio, el precio de la gasolina que gasta en el desplazamiento. Según he podido observar, por lo general los pacientes pagan por cada sesión desde monedas de 100 ó 200 CFO hasta billetes de 500 y 2000 francos cefar.

### 7.2.1.2. El protocolo de tratamiento.

Una vez establecido el diagnóstico, el protocolo de tratamiento es el siguiente:

1- Masaje utilizando a modo de guante (barrera a un posible contagio) una gran hoja de *Yala* (Bamb.)(foto 19 y 20) siempre sumergida en agua muy caliente. Durante las sesiones de tratamiento un fuego mantiene permanentemente caliente el agua en una olla, este agua contiene polvos de *Tombé* (Bamb.) y *N'pekou* (Bamb.)<sup>4</sup> hembra y macho, que le confieren un color rojizo, periódicamente las mujeres de la casa cambian el agua de la lata de tomate frito que utiliza de recipiente durante el tratamiento.

A los pacientes que presentan capsulitis, esguinces, fisuras o fracturas en las articulaciones o huesos de la mano, les indica que hagan baños de inmersión directamente en el agua caliente de la lata.

La técnica de masaje llevada a cabo consiste en fricción longitudinal pero contrariamente a los fisioterapeutas y masajistas occidentales, que realizamos esta fricción partiendo de la porción más distal del segmento corporal a tratar y seguimos una dirección proximal con la finalidad de evacuar el líquido intersticial en los ganglios centrales situados en abdomen y tórax, ellos siguen una dirección que parte de craneal a caudal siempre,

4

. Tourneux, H. (2013). Compte rendu de Eklu-Natey Raphaël D., Balet Annie (en collab. avec MA Ahyi, EJ Adjanohoun, L. Ake Assi, F. Borst, C. Chatelain, D. Diallo, K. Hostettmann, L. Sanou, M. Koumaré), 2012, Pharmacopée africaine, Dictionnaire et monographies multilingues du potentiel médicinal des plantes africaines. Afrique de l'Ouest. Vol. 1: Dictionnaire. Vol. 2: Monographies, Genève, Traditions et Médecine; Lausanne, Éditions d'en bas. Volume 1: xlv (dont 5 p. de planches photographiques) + 912 p. Volume 2: lii+ 1 002 p .... *Journal des Africanistes*, 83(2), 202-205.

porque se entiende que la enfermedad se expulsa por los extremos de los miembros. Cuando va a realizar una maniobra que presume, será dolorosa para el paciente, pregunta a éste su nombre, con la finalidad de despistarle y hacerle más llevadero el dolor.

Además de masaje también realizará maniobras de terapia manual tales como tracción, coaptación/descoaptación, manipulaciones articulares y maniobras de alta velocidad y corto recorrido “trust”, en luxaciones/bloqueos articulares, dependiendo del trastorno que presente el paciente, principalmente los primeros días de tratamiento, en los siguientes, si la evolución es buena, la terapia manual perderá protagonismo:

- Tanto en la luxación de rótula, como en el síndrome fémoropatelar (ambos categorizados como *déplacements*) y en la fractura rotuliana en estadíos avanzados de recuperación, realiza una maniobra de fricción profunda con el talón de la mano, siguiendo la aleta lateral rotuliana, desde la inserción en rótula hasta su extremo más lateral, elastificando e incrementando la irrigación en la misma aleta.

Luego realiza fricción vigorosa en sentido descendente, alrededor de la rótula y longitudinal descendente, siguiendo la pata de ganso y la cintilla íleopectínea. Esta fricción se acompaña, bloqueando la rodilla en extensión máxima, de una vibración, también con la eminencia tenar derecha, sobre la rótula, en todas direcciones, con un efecto de bombeo y de recentraje de la rótula.

- Meniscopatía: Se induce pasivamente a cajón posterior de rodilla, con una presa posterior de tibia que se arrastra en sentido anterior mientras los cóndilos femorales son empujados en posteriorización. Realiza una fricción vigorosa acompañada de vibración sobre la interlínea lateral del menisco afecto, deslizando en sentido anteroposterior. Según explica Niaré, esta maniobra pretende restablecer la posición correcta de un pequeño hueso (menisco) existente entre los dos huesos que conforman la rodilla. Finalmente realiza una movilización de la rodilla en todo el arco articular de flexo extensión.

- En entorsis de muñeca y fracturas de Colles ya consolidadas, a parte de la fricción

longitudinal, realiza masaje transverso con ambas eminencias tenares, dirigiendo una mano contra la otra e induciendo a una prono-supinación pasiva que, se indica al paciente, debe realizar en su domicilio, luego se procede a una movilización en extensión de la articulación radio carpiana y tracción axial, entrelazando sus dedos con los del paciente. También moviliza la muñeca en prono-supinación, flexo-extensión del codo y de los dedos de la mano afecta.

- Fractura, fisura y entorsis de metatarsianos y metacarpianos: fricción sobre cara dorsal del metatarso o metacarpo, alisando el foco de tumefacción y tracción axial de los dedos.

- Fractura de clavícula: masaje de fricción siguiendo la dirección de las fibras del músculo pectoral mayor y la clavícula y tracción axial desde el húmero en abducción.

- Cervicalgia: masaje de fricción enérgica con el pulpejo del dedo pulgar partiendo de la zona suboccipital y dirigido hacia la parte baja del cuello, también siguiendo los trapecios superiores, el paciente flexiona el cuello llevando el mentón al esternón.

Tracción cervical utilizando una presa con los dos antebrazos del terapeuta, soportando con uno el mentón del paciente y con el otro el área occipital. El paciente se encuentra en posición sedente y la tracción sigue la dirección ascendente.

- Esguince de tobillo: fricción enérgica con el pulpejo del pulgar siguiendo la dirección del ligamento lateral externo, fascículo anterior, inferior y posterior, desde el maleolo peroneal hasta el astrágalo. Vibración vigorosa sobre el maleolo peroneal con el talón de la mano.

Manipulación posteriorizando el maleolo peroneal en esguince de ligamento lateral externo o tibial, en caso de afectación del interno, en fractura de peroné tras semanas de evolución también se realiza esta maniobra.

Movilización tibioastragalina en flexo extensión., inversión y eversión.

- Retraso psicomotor en niños de pocos meses: toma las manos y los pies del niño juntos, elevándolos e imprimiendo un balanceo y volteo al niño.

- Fractura de metacarpiano: tracción axial seguida de fricción desde la cabeza del metacarpiano hasta la base (excéntrico) y movilización en flexo extensión. de un metacarpiano contra otro. Movilización de muñeca en todos los arcos de movimiento.
  
- Capsulitis metacarpofalángica: inmersión de los nudillos en agua caliente con *n'pekou* y *tombé* (efecto similar a la parafina en nuestros servicios de rehabilitación) como preparación a la terapia manual, consistente en fricción longitudinal y vibración sobre la articulación metacarpofalángica afectada (efecto de bombeo)
  
- Rigidez articular de larga evolución (por ejemplo, rigidez de codo tras luxación): masaje en fricción transversa, despegando tegumentos y movilización forzada en todos los arcos de movimiento.
  
- Tumefacción y edema: masaje de fricción en **sentido excéntrico o caudal** e instrucción en posiciones de declive a realizar en el domicilio.
  
- Contractura del músculo piramidal: masaje vigoroso de fricción siguiendo la dirección de las fibras musculares. Presión imprimiendo vibración con el talón de la mano en la inserción de las fibras en el sacro y sobre las apófisis espinosas lumbares
  
- Tendinitis De Quervain: masoterapia, tracción axial del dedo pulgar, movilización en flexo extensión maximal de articulación carpo-metacarpiana y metacarpofalángica, amasamiento circular insistiendo en la eminencia tenar y alrededor del tendón del abductor largo del pulgar.
  
- Luxación de codo: fricción longitudinal suave en sentido caudal, movilización en todos los arcos articulares de codo, des-coaptación y coaptación articular de alta velocidad.
  
- Dolor de hombros y tórax: masoterapia. Se explica como un signo de fatiga.

- Síndrome subacromial: movilización y recentraje articular de cabeza de húmero, masaje siguiendo la dirección de las fibras del pectoral mayor y vibración con el talón de la mano sobre el mismo músculo.

- Lumbago por bloqueo de la articulación sacro ilíaca: masaje de fricción sobre ligamento sacro ilíaco de la articulación afecta y fricción junto con vibración sobre músculo piramidal llevado a cabo con el talón de la mano. Flexo extensión pasiva de rodilla en todo su rango articular por si está el nervio bloqueado. En términos biomédicos diríamos que esta técnica, de neurodinamia, tiene como objetivo movilizar el nervio ciático.

- Coccigodinia: con el paciente decúbito prono, el terapeuta apoya todo el peso de su cuerpo en su pie, situado sobre el sacro del individuo, presionando con el talón sobre coccis en un intento de verticalización sacra mientras otro terapeuta lleva pasivamente las dos extremidades inferiores a la extensión de cadera, movilización que acentúa la posteriorización sacra entre los dos ilíacos anteriorizados. Seguidamente se realiza masaje sobre la musculatura aductora que mantiene un espasmo de protección. Movilización pasiva de las extremidades inferiores en el rango articular que permite el paciente.

- Fractura del trocánter femoral: masaje en la dirección de las fibras del piramidal en decúbito supino e inmovilización.

- Fractura de cuello femoral: tracción axial para reducir la fractura. Posteriormente movilización de rodilla (movilización neural ) e inmovilización (ya vista).

- Fractura o contusión costal: masaje del hemitórax afecto en sentido descendente.

- Desplazamiento traumático de fíbula peroneal: masaje y vibración recentrando la fíbula respecto a la tibia.

### 7.2.1.3. Inmovilización

A pesar de que durante nuestra primera entrevista Moussa Niaré me mostró la red de bastones que utilizan habitualmente todos los demás traumatólogos tradicionales entrevistados, en la práctica, en lugar de un yeso estático, la familia Niaré utiliza una inmovilización dinámica, consistente en un trozo de cartón ondulado y grueso, del que están comúnmente construidas las cajas de transporte, recortado convenientemente en función de la patología a tratar y su localización. Este cartón se sitúa alrededor de los segmentos afectados por la fractura o entorsis, con las líneas estructurales del mismo paralelas al hueso fracturado, el cartón envuelve el segmento de manera que se adapta al perímetro del miembro, tanto cuando hay más inflamación en que se abre ligeramente como cuando ésta cede en que se cierra, adaptándose perfectamente a la superficie corporal y maximizando su función de fijación sin compresiones vasculares ni holguras que pondrían en peligro la correcta consolidación ósea. El cartón puede estar en contacto directo con el Karité y la piel del paciente o bien interponer un par de vueltas de la misma venda o bien algodón, sobretodo en problemas secundarios a compresión neurológica como la compresión vascular de Wollkmann.

El cartón se fija alrededor del miembro envuelto por venda de algodón, a veces se hace un pliegue o cambio de cara justo encima de la fractura, maniobra que confiere más especificidad a la fijación, esta venda, a su vez, se sujeta con cinta elástica de mercería de unos 3 mm de ancho.

En los trastornos menores y en pacientes que se encuentran en los últimos estadios evolutivos de curación se emplea sólo la venda en la inmovilización, sin cartón y en los casos más benignos tras el tratamiento no se coloca nada.

A continuación describiré las diferentes modalidades en que usan el cartón como medio inmovilizador.

- En la fractura de clavícula la inmovilización viene mediada por una venda de algodón con dos disposiciones posibles:

- 1 . colocada en “ocho”, abrazando ambos hombros y cruzada a nivel del esternón y el espacio interescapular, limitando la ante-pulsión y retropulsión de ambos hombros y

clavículas.

2 . el “ocho” se efectúa pasando la venda de la axila contra-lateral (la sana) al hombro afecto y luego, de la axila del lado de la fractura al mismo hombro, repitiendo esta maniobra un par o tres de veces, se consigue reforzar la sujeción del hombro y clavícula afectos. Esta sujeción también se puede utilizar para la inmovilización del hombro en caso de tendinitis de la corredera bicipital.

- Luxación de la articulación acromioclavicular: se utiliza el último vendaje descrito.

- Fractura de Colles (extremo caudal de radio y cúbito): cartón de unos 20 ó 25 cm de largo, que cubre los dos huesos citados pero deja libres muñeca y codo. En caso de observarse tumefacción en el dorso de la mano, se coloca el brazo en cabestrillo utilizando una tela que pasa por la parte baja del cuello.

- Entorsis de tobillo: a la parte inferior del rectángulo de cartón se le recorta una concavidad curva que corresponderá a la cara anterior de la articulación del tobillo, de manera que los dos extremos laterales cubren ampliamente ambos maleolos, limitando los movimientos laterales sin impedir el movimiento articular de flexo extensión., luego se cubre con un vendaje en “8”. También utiliza a veces un pequeño cartón por encima del maleolo peroneal en lugar de la inmovilización antes citada.

- Desplazamiento de rótula: luxación o bien lo que identificaríamos con una condromalacia rotuliana. Después de la maniobra de bombeo ejercida con el talón de la mano, probablemente para drenar y mejorar la irrigación del cartílago afecto, se sitúa un fragmento de cartón de aproximadamente 2 x 7 cm bajo la rótula, cubriendo el tendón rotuliano, ejerciendo la función de contención del mismo modo que hacemos en el sistema biomédico con el uso de esparadrapo (*tape*, vendaje funcional) o las órtesis de apoyo rotuliano.

En otras ocasiones el cartón se sitúa lateralmente a la rótula, con el fin de empujar a la misma internamente, alineándola.

- contractura isquémica de Wollkman yatrógena, por un yeso mal colocado en el tratamiento de una fractura supracondílea, causa clásica de contractura isquémica de Volkman, en que el fragmento desplazado hacia anterior daña la arteria o vena braquial o el nervio mediano: Niaré coloca dos pequeños cartones cubriendo la cara palmar y dorsal de los dedos, con el fin de corregir la deformidad en flexión metacarpofalángica y interfalángica secundaria a la parálisis del nervio mediano.
  
- Fractura de peroné: utiliza dos cartones, uno caudal y anterior, apoyando en la mortaja tibio astragalina la superficie cóncava y otro más grande, sobre la cara posterior de la pierna, sobre el tercio superior de gemelos.
  
- Luxación de la articulación metacarpo-falángica: cartón de aproximadamente 10 x 7 cm sobre la articulación afectada.
  
- Fractura de cuello de fémur: vendaje abrazando la cintura y luego una vuelta abrazando sólo el muslo afectado. Se repiten, alternativamente, las vueltas que se cruzan a nivel superior del trocánter, reforzando con ello la fijación a este nivel.
  
- Fractura costal: cartón cubriendo el hemitórax afectado.
  
- Fractura de falanges en la mano: un solo bastón sirve de guía situado sobre las dos falanges comprometidas.
  
- Disfunción témporo mandibular: vendaje con venda elástica alrededor de la mandíbula

#### **7.2.1.4. Reeduación y pautas domiciliarias**

- Fractura de Colles: fortalecimiento muscular y ganancia de rango articular en flexo extensión de muñeca tomando el asa de un cubo con agua, realizar movimientos de flexo



extensión de muñeca.

- Se indica al paciente ejercicios de auto movilización articular activo y pasivo asistida dirigidos a las articulaciones afectadas o adyacentes a la fractura ósea. En caso de pacientes infantiles, las indicaciones van dirigidas al padre o madre acompañante.

- Se realiza reeducación de la marcha, en un estadio inicial, de cuatro puntos, insistiendo en el apoyo unipodal fisiológico de talón – planta – punta, en estadios posteriores, la marcha de tres puntos o con una sola muleta, la indica fijando la muleta axilar de madera al tronco del paciente, del lado de la pierna afecta, debe avanzar al mismo tiempo que la muleta, como si de una sola extremidad se tratase.

- Apoyo: se temporiza la fase de apoyo unipodal en función del tipo de fractura y su localización. Por ejemplo, en una fractura de peroné no se indica el apoyo hasta los 25 días de evolución.

- Para mejorar la tumefacción aconseja posiciones en declive, por ejemplo, en una mano tumefacta como resultado de una fractura de Colles, la mano deberá estar elevada, también utiliza el cabestrillo para miembro superior.

- Para mejorar el dolor se aconseja la toma de diclofenaco a domicilio.

### **Resultados del seguimiento clínico de casos.**

A continuación muestro el resultado de las anotaciones tomadas sobre la evolución clínica de 68 casos, durante el periodo comprendido entre noviembre del 2015 y marzo del 2016. durante este tiempo tomé anotaciones de muchos más casos clínicos pero sólo se muestran aquéllos de los cuales pude hacer seguimiento durante varias sesiones de

tratamiento.

Se valoró la evolución de varios parámetros:

- Funcionalidad
- Dolor
- Movilidad
- Tumefacción
- Estado de la marcha
- Estado de la herida

La cuantificación de las variables va de 0 a 5, correspondiendo en todos los casos:

- 0: Muy mal
- 1: Mal
- 2: Regular
- 3: Bien
- 4: Muy bien
- 5: Excelente

La muestra valorada en cada una de las variables no corresponde con la total, dado que sólo se hizo en los casos en que cada uno de estos síntomas clínicos era relevante en la clínica y evolución del paciente.

A continuación, los resultados obtenidos:

**Trastornos tratados:**

Capsulitis dedo mano	2
Desplazamiento cabeza de peroné	1
Desplazamiento de rótula	1
Entorsis LLE tobillo	8
fract MTT	4
Fract tibia y peroné	2
fractura	1
Fractura 1/3 ½ de húmero	1
Fractura cuello de fémur	1
Fractura de Colles	15
Fractura de fémur	2
Fractura de peroné	2
Fractura de tibia	2
Fractura I-F 1er dedo mano	1
Fractura peroné	1
Fractura tibia	8
Luxación de codo	4
Luxación de rótula	8
Luxación muñeca	2
Problemas respiratorios	1
(en blanco)	
Total general	67

**Funcionalidad:**

EVOLUCIÓN FUNCIONALIDAD	Nº CASOS	% TOTAL CASOS
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	1	2,2
4	14	30,4
5	31	67,4
<b>Total general</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

**Dolor:**

EVOLUCIÓN DOLOR	Nº CASOS	% TOTAL CASOS
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	2	4,4
4	14	31,1
5	29	64,4
<b>Total general</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

**Movilidad:**

EVOLUCIÓN MOVILIDAD	Nº CASOS	% TOTAL CASOS
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	2	4,2
4	6	12,7
5	39	83
<b>Total general</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

### Tumefacción:

EVOLUCIÓN TUMEFACCIÓN	Nº CASOS	% TOTAL CASOS	
	0	1	1,8
	1	0	0
	2	1	1,8
	3	3	5,6
	4	13	24,5
	5	35	66
<b>Total general</b>		<b>53</b>	<b>100</b>

### Marcha:

EVOLUCIÓN MARCHA	Nº CASOS	% TOTAL CASOS	
	1	0	0
	2	0	0
	3	1	4,1
	4	7	29
	5	16	66,6
<b>Total general</b>		<b>24</b>	<b>100</b>

### Herida:

EVOLUCIÓN HERIDA	Nº CASOS	% TOTAL CASOS	
	1	0	0
	2	0	0
	3	0	0
	4	0	0
	5	5	100
<b>Total general</b>		<b>5</b>	

Los resultados obtenidos y que reflejan las tablas como altamente satisfactorios, serán comentados más ampliamente en las conclusiones de este capítulo

### 7.2.1.5. Tratamiento físico de otras patologías

- Heridas: limpieza exhaustiva con povidona yodada y un algodón hasta eliminar todo el tejido necrosado hasta dejar sólo el tejido sano, de aspecto rojizo, luego deposita polvos negros, resultado de la pulverización e incineración del fruto del *kaña koró*, sobre la herida y Karité alrededor, cubre con un fragmento de hoja de *Yala* (Bamb.)

- Abscesos: Pincha la herida con una púa de erizo, especie de punzón de unos 15 cm de largo, utilizado por los zapateros, las mujeres para separar el cabello crespo y las brujas en sus hechizos.

- Problemas respiratorios acompañados de abdomen hinchado: polvos de *kañakoró* y *mandesunsún* (màndènsunsun. *Annona senegalensis* (anno) ) ( Bamb.) para hacer vahos.

- Hipertensión arterial: Berengena africana o *goyó* (Bamb.) cruda.

- Algias dentales: Hojas de *Kukení* para colocar dentro de la muela dolorosa.

- Impotencia: sal gema molida en el *kulum* (mortero) y mezclada con hierbas. Un día viene un anciano y con gran secreto le pide que le subministre este compuesto, dice Niaré que pasadas 18 h de tomarlo recuperará la potencia sexual.

- Para curar toda las enfermedades: líquido turbio compuesto de siete árboles (cifra de gran importancia tanto en la religión Bambara como la islámica), Niaré lo toma todas las mañanas como preventivo.

- Caparazón del caracol de mar, *Keleketé koeté* (Bamb.) incinerada y pulverizada, útil en el tratamiento de la gonartrosis.

- Carne del caracol de mar, *Keleketé koeté* (Bamb.) en aceite, se utiliza para combatir la

mucosidad del resfriado.

- Para tratar la infertilidad causada por brujería: las flores del *N'Pekú* macho, machacadas y quemadas, en polvos. El paciente es atacado en sueños por el brujo y un síntoma de curación es que el brujo desaparezca de los sueños de su víctima.

#### 7.2.1.6. Tratamiento de otras patologías con encantamientos

. Círculo formado por figuras de geomancia, simboliza el mundo, otra circunferencia sin cerrar en su interior: se escribe el nombre de la persona dentro y luego se cierra el círculo.

- Para curar las ampollas de la piel cuya causa es brujería: Se toma un trozo de tierra hundiendo el cuchillo en un termitero “*tön*”(Bamb.)<sup>5</sup>, se sumerge en agua limpia y cuando está húmedo se compacta bien con la mano izquierda (manipulación de elementos fronterizos con lo impuro, como es el caso de la brujería, con la mano impura), luego se deja secar al sol mezclado con polvos blancos, el polvo resultante se deposita sobre la piel de la persona afectada. Es importante que este procedimiento dure un solo día.

Existen estudios sobre las propiedades químicas terapéuticas de la tierra del termitero, por las altas concentraciones de sodio y estroncio<sup>6</sup>, de hecho, varios pacientes de los atendidos por mí y mis alumnos en el Health Center Hospital de Baja Kunda (Gambia), por dolores articulares y musculares, cuentan que previamente han acudido al terapeuta tradicional por la misma dolencia, el cual les ha aplicado tierra de termitero caliente, presionando sobre el área dolorosa.

---

5

. Tourneux, H. (2013). Compte rendu de Eklu-Natey Raphaël D., Balet Annie (en collab. avec MA Ahyi, EJ Adjanohoun, L. Ake Assi, F. Borst, C. Chatelain, D. Diallo, K. Hostettmann, L. Sanou, M. Koumaré), 2012, Pharmacopée africaine, Dictionnaire et monographies multilingues du potentiel médicinal des plantes africaines. Afrique de l'Ouest. Vol. 1: Dictionnaire. Vol. 2: Monographies, Genève, Traditions et Médecine; Lausanne, Éditions d'en bas. Volume 1: xlv (dont 5 p. de planches photographiques) + 912 p. Volume 2: lii+ 1 002 p .... *Journal des Africanistes*, 83(2), 202-205

6

. Insoll, 2011

### 7.2.1.7. Hechizos o encantaciones con fines no médicos

Durante los meses que he pasado junto a Niaré he observado una progresión en el flujo de información de carácter mágico que ha ido compartiendo conmigo, aunque la estructura de este trabajo no lo refleje: mis anotaciones de las primeras semanas reflejan estrictamente la observación participante y particularmente, de las técnicas físicas empleadas, pero poco a poco mi libreta se va poblando de explicaciones causales de carácter mágico, hechizos y tratamientos dirigidos a los efectos de la brujería.

- Para conseguir dinero: tomando el dibujo de nudos que representa “la serpiente del mundo” ya visto en el apartado referente a Moussa Coulibaly y explicada por Moh'ammed, se enciende una vela que alumbra el centro del dibujo, seguidamente se repite 1000 veces los nombres de Dios “*Subajanalay Alehandulillah Allah mubarak*”, luego se hacen dos rezos, durante la última plegaria del día, entonces aparecerá un anciano (esta imagen nos remite a la participación de los ancestros, de carácter animista) y te comunicará la vía para conseguir dinero.

- Cuando se tiene la intención de pedirle dinero a alguien, para que este último no pueda negarse: se toma un trozo de la tela que se utiliza para transportar a los muertos al cementerio (entre varios hombres), se hace un nudo, pronunciando el nombre de la persona a la que se pretende pedir el dinero y se escupen palabras secretas.

- Cuando el paciente precisa de muletas, las primeras semanas después de la fractura, los Niaré les dejan una de las que cuelgan de un clavo, en la pared. Si el paciente no la devuelve cuando ya no la necesita, sufrirá otro accidente.

- Para que vuelva la esposa que ha abandonado el hogar: se toma una costilla izquierda de perro, se dibuja la figura de geomancia correspondiente a “Rubeus” (rojo) y se escribe “*fura muso*”, “esposa” (Bamb.), luego se cubre el signo y la palabra con crema de Karité y se calienta, la mujer volverá.

I I

I

I I

I I



## 7.2.2. Brehima Guindo. La técnica de la sangría.

*“Sólo técnica, nada de hechizos ni brujería”*

Brehima Guindo

En los días en que fui a trabajar al Hôpital du Mali, en el barrio de Moussabougou, aprovechaba para preguntar a mis pacientes si habían acudido al traumatólogo tradicional, por la patología que aquejaban en ese momento o por alguna otra disfunción.

Algunos me hablaron de terapeutas alejados de Bamako, residentes en pequeñas villas en las diferentes regiones de Mali donde, muy a mi pesar, no pude ir debido al difícil momento político del país y el riesgo que comportaba para mi seguridad por el hecho de ser blanca, pasear por los caminos donde, a la amenaza jihadista se sumaba la presencia de bandidos y maleantes venidos del norte en su huida del conflicto armado.

Pero un par de pacientes me hablaron de dos traumatólogos tradicionales muy buenos, según dijeron, ambos de etnia dogona y que ejercían su profesión no lejos de allí: lo que ellos presentaban como un paseíto a pie en realidad suponía una media hora en coche.

Conseguí llegar hasta los dos terapeutas que resultaron ser primos carnales y, como es propio en la terapia tradicional, al pertenecer a la misma familia habían tenido el mismo maestro, el padre de Brehima y tío materno de Mamoutou, de manera que utilizaban las mismas técnicas de tratamiento y prácticamente compartían la misma concepción de enfermedad y salud; digo prácticamente por que Mamoutou teñía su discurso de cierta magia, común entre los terapeutas tradicionales de África Oeste, mientras Brehima concedía todo el peso a la técnica física, rechazando todo componente mágico, ya fuera islámico o tradicional.

Pedí a ambos volver a verles trabajar porque sus técnicas resultaban especialmente interesantes para mi trabajo, principalmente la sangría, esa técnica ancestral, abandonada hace largo tiempo por la medicina occidental. Finalmente me quedé con Brehima, por su proximidad y gran generosidad en la transmisión de su saber.

Estuve tres meses presenciando el trabajo de este traumatólogo tradicional, durante los cuales pude

constatar su gran pulcritud en la práctica terapéutica.

La casa y la consulta de Brehima Guindó se encuentran al pie de la carretera que va de Bamako a Yrimadió, al sur de la ciudad, entre Dagaba Karé y Yrimadió, en una zona bastante tranquila.

Este hombre, de talla pequeña, piel clara, robusto y facciones orientales, parece asiático pero no, el morfotipo dogón es así, bajito y fornido, por otra parte, el tono claro de su piel, opuesto a lo que le es característico en el dogón (así es su primo y los aprendices de su familia) podría explicarse por su tierra de origen, Mopti, donde habitan muchos fulas, la etnia con piel más clara de las sudanesas de África Oeste.

Desde el 2005 se dedica a la traumatología tradicional, pero en mayor o menor medida lo hace desde que nació.

En cuanto a las técnicas empleadas, en el caso de las fracturas, en primer lugar procede a su reducción aunque defiende que no se puede traccionar todo, la fractura que está bien reducida no hace falta, si los extremos de la fractura están alejados, se acercan, si están juntos se traccionan, según explica el terapeuta. Luego envuelve el segmento con la red de palos que cubre con tela común.

Usa también cuernos de vaca a modo de ventosas, aunque actualmente acostumbra a usar una pistola de vacío con ventosas (como Mamoutou) de manufactura china, por su mayor rapidez y por que cuesta menos esfuerzo que hacer vacío con la boca en el extremo del cuerno.

También usa Karité pero no la mezcla con nada. Hay que señalar que, entre las medidas de asepsia, desde que entra el paciente al cuarto que sirve de consultorio, hasta que se va, viste guantes de látex.

### **7.2.2.1. El masaje**

En la mayoría de pacientes que acuden con dolores y contracturas musculares, en primer lugar realiza masaje con Karité, terapéutico y exploratorio al mismo tiempo en los primeros minutos, donde no sólo valora la superficie examinada, sino que también pide al paciente la contracción muscular que pone en tensión las fibras afectas, al tiempo que valora la movilidad de fragmentos en el caso de existir una fractura, quizás se refiere a esta maniobra su primo Mamoutou cuando asegura que el Karité habla y revela el diagnóstico del paciente. Cabe notar que la dirección del masaje es

craneal, contrariamente al procedimiento seguido por Niaré o Doumbia y igual al realizado por nosotros en Occidente. Incide especialmente a nivel de la musculatura para vertebral con un masaje de fricción descendente y en articulaciones sacro-ilíacas, con fricción perpendicular al eje de la columna y trapecios. También, en caso necesario, realiza masaje de piernas y brazos, en sentido excéntrico.

Tras el masaje, realiza maniobras de quiropraxia, desbloqueando columna cervical, dorsal, lumbar y todas las grandes articulaciones de las cuatro extremidades. Luego procede a la sangría, una vez localizado el punto doloroso, fibrótico o rígido. Finalmente acompaña el tratamiento con fitoterapia: hojas y polvos que entrega al paciente indicando la posología. Asegura Brehima que el clima de Mali, con sus altas temperaturas, no favorece la evolución de las heridas ni de la inflamación.

### **7.2.2.2. Protocolo de tratamiento en caso de fractura.**

- 1ª sesión el 1<sup>er</sup> día: inmovilización.
- 2ª sesión el 3<sup>er</sup> día: retirada de la inmovilización y valoración del estado de la misma.
- 3ª sesión el 5<sup>o</sup> día: valoración. Si existe concentración de sangre: sangría + ventosas
- 4ª sesión el 7<sup>o</sup> día: idem a la 3ª sesión.
- 5ª sesión el 15<sup>o</sup> día: idem a la 3ª sesión.

En caso de fractura abierta se realiza una visita cada 2 días para controlar la evolución de la herida.

### **7.2.2.3. Los honorarios**

Brehima Guindó acostumbra a cobrar un precio cerrado por todo el tratamiento del paciente, que incluye desde la primera hasta la última sesión, en que se considera curado al paciente. El monto total ronda los 25.000 FC aunque puede oscilar entre 5.000 y 75.000 en función de la complejidad y por tanto, necesidad de dedicación del trastorno que aqueja al paciente.

#### **7.2.2.4. Las manipulaciones**

En primer lugar sitúa al paciente en cuadrupedia en el suelo, en esta posición realiza masaje paravertebral y desbloquea las vértebras dorsales cruzando el brazo del paciente sobre su propio pecho en una aducción horizontal que limita con el tronco, mientras con la otra mano ejerce un empuje seco en dirección anterior y lateral sobre la apófisis espinosa o utilizando como brao de palanca la parrilla costal posterior, forzando así la rotación segmentaria, repite el empuje unas tres veces. También desbloquea las vértebras dorsales en extensión, sujetando los hombros del paciente con ambas manos y ejerciendo diversos empujes de alta velocidad con la rodilla directamente sobre las apófisis espinosas, en sentido anterior.

Indicando al paciente que se sitúe en sedestación sobre el suelo, realiza desbloqueo dorsal en rotación, en extensión con empuje de la rodilla y cervical en rotación de ambos lados con movimientos secos y rápidos de rotación, tomando en una presa mentón y otra en ápex del cráneo y en inclinación lateral movilizandoo el cráneo y fijando el hombro en depresión.

En la misma posición fuerza, con un empuje rápido y de corto recorrido, la extensión de rodilla, con una presa anterior sobre muslo y otra posterior sobre tibia, y la rotación externa e interna de tobillo y rodilla, con una presa fija proximal sobre muslo y una presa móvil sobre cara externa de retro pié, finalmente, moviliza articulaciones metatarsofalángicas en flexo extensión y prono supinación.

En extremidades superiores realiza movilización de hombros en todo el rango de movimiento de la flexión, así como de codos, muñecas, metacarpo-falángicas en flexión y extensión forzada y tracción axial con presa en los dedos de la mano, traccionando uno a uno.

En la rigidez articular secundaria a fractura antigua u otros trastornos, practica la movilización forzada en todos los arcos de movimiento pero progresiva, contrariamente a los *kines* y demás traumatólogos tradicionales africanos observados hasta el momento, que realizan movilización de alta velocidad en todos los arcos articulares. No sólo moviliza la articulación afectada sino que se asegura de que la movilidad de las adyacentes sea correcta.

#### **7.2.2.5. La sangría**

Existen diferentes variantes de sangría, la venisección, la aplicación de sanguijuelas, la escarificación y la aplicación de ventosas. En la medicina tradicional africana es frecuente encontrar estas dos últimas técnicas, pero no así las dos primeras.

Esta técnica, de uso común entre los pueblos llamados primitivos africanos, ha ido substituyendo, de forma paulatina, el uso de la escarificación con fines médicos. Por lo común, este procedimiento cuenta con elementos mágicos<sup>7</sup>, aunque no es el caso de Guindó.

Dicho terapeuta realiza la sangría con agujas que esteriliza previamente con fuego, quemándolas, en el tratamiento de las cefaleas, y con cuchillas de un solo uso (en una de las paredes de la habitación que usa como consultorio cuelga un cartón con una cincuentena de paquetes de cuchillas) en el resto de afecciones; con las cuchillas, por medio de golpecitos secos sobre la piel, realiza varios cortes de un cm aproximadamente, siguiendo la dirección del tendón o fibras musculares, nunca perpendicular a éstos, para facilitar el cierre de la herida que supone sólo una puerta de salida para facilitar la expulsión de la sangre coagulada, que es aspirada con la ventosa. Los pacientes refieren no sentir prácticamente dolor durante la sangría. Finalmente pone Karité sobre la herida.

La localización de la sangría no es arbitraria, en el caso de las rigideces articulares secundarias a inmovilizaciones prolongadas, ya sea fruto del tratamiento de fracturas o luxaciones, la sangría se realiza sobre la cara articular donde la cápsula presenta adherencias; en las algias musculares, los puntos de tratamiento coinciden en su gran mayoría con los llamados puntos gatillo o “trigger point” característicos del síndrome miofascial, donde los fisioterapeutas, tanto en Europa como EEUU, desde hace un par de décadas, practicamos la técnica de punción seca o bien compresión isquémica con el fin de crear una disrupción mecánica que permita el desasimiento de los puentes de miosina y actina que sitúan a la fibra muscular en una contracción continua. En caso de tumefacción o edema, la sangría permite drenar el líquido intersticial.

El procedimiento es el siguiente:

- En primer lugar detecta, a la palpación, los tegumentos fibrosados, donde hay “sangre seca”, que dice Brehima. Estos puntos resultan dolorosos a la palpación y denotan la presencia de líquido.
- Luego aplica la ventosa para provocar la llamada de la sangre al lugar, facilitando así posteriormente su salida.
- Realiza varios cortes de la manera ya descrita en el lugar elegido.
- Vuelve a aplicar la ventosa, haciendo vacío con tres o cuatro golpes de succión del émbolo de la pistola.
- Cada 3 ó 4 minutos, golpea ligeramente con el dedo índice la pared lateral de la ventosa, así facilita la salida de sangre.
- Cuando la ventosa está llena de sangre en aproximadamente 1/3 de su capacidad, con un

---

<sup>7</sup> . Ackerknecht, 1985

movimiento rápido vuelca la sangre en un recipiente de metal, las tan extendidas latas de tomate frito que pueden encontrarse por toda la ciudad con usos de lo más diverso. La sangre extraída es extrañamente densa y al contacto con el aire coagula en cuestión de segundos.

- La operación de aplicar la ventosa en un mismo punto la realizará 2 ó 3 veces en una misma sesión, asegurándose así la purgación del área dolorosa, fibrosada o rígida.

En una misma sesión tratará simultáneamente 3 ó 4 puntos diferentes.

Cuando finaliza la técnica introduce rápidamente la ventosa usada en un cubo donde previamente sus aprendices, Omarou y Bala, habrán mezclado lejía con agua para la desinfección, también lava la herida resultante del corte con el mismo líquido, antes de untarla con los polvos negros de *Kunâ* (*Bamb. Sclerocarya birrea subsp. caffra*). La cuchilla será desechada y realiza masaje descendente sobre el área tratada, facilitando el drenaje de la sangre restante en los tejidos.

La sangría practicada de esta manera la emplea sobre contracturas musculares en las raquialgias, sobre la articulación en caso de bloqueo articular vertebral o de sacro-ilíacas, sobre cápsula articular con adherencias en la rigidez articular de larga evolución y en la tumefacción y edema, a nivel caudal.

En el tratamiento de la cefalea el procedimiento seguido es el siguiente:

- En primer lugar quemará el extremo de la aguja con la llama de un mechero y luego, una vez caliente, la sumergirá en el pote de Karité.

- Orientando la cara del paciente hacia la luz, valorará detenidamente la coana que debe pinchar.

- Realiza un pinchazo en cada orificio nasal.

- Enseguida la nariz del paciente empieza a sangrar, por momentos saldrá un fluido abundante constituido de una mezcla de sangre y mucosidad, aunque no de manera constante, durante segundos casi se detendrá. Este fluido se acompaña de grandes cantidades de moco que salen por la boca.

- Mientras el paciente vierte el fluido en una lata de las mencionadas, Brehima no cesa en amasar el cuello y área occipital del paciente, para facilitar la expulsión, cuando el flujo constante aminora, realiza amasamiento del cuero cabelludo, como en un intento de drenar la sangre más superficial. También amasa trapecios y musculatura dorsal.

- Cuando cesa la salida de líquido, Brehima aplica en las fosas nasales del paciente unos polvos de origen vegetal que provocan el estornudo, extrayendo así los restos de sangre y moco que aun

permanecen en la cavidad nasal.

Brehima no acostumbra a colaborar con el sistema biomédico ni otros terapeutas tradicionales según explica en la primera entrevista pero si alguien necesita medicación moderna, por ejemplo, si el paciente está muy mal, dado que las plantas son buenas pero lentas, entonces recomienda tomar Vitaminas o antibióticos que son de acción más rápida.

Durante mi estancia con Brehima, contradiciendo la información facilitada durante la primera entrevista, hubo ocasiones en que un traumatólogo del hospital Point G le llamó para que tratara a un paciente, con una fractura de tibia que no respondía satisfactoriamente al tratamiento biomédico después de la colocación de dos yesos consecutivos, en el mismo hospital. Me invitó a acompañarle pero como se desplaza en moto y tiene que acompañarle su aprendiz para aguantar el miembro mientras él trabaja, no pudo ser.

#### **7.2.2.6. Evidencia científica de la sangría**

En este apartado realizaremos un análisis de la evidencia científica respecto al uso terapéutico de la sangría. Si en el presente estudio no se lleva a cabo este análisis de otras técnicas físicas empleadas por los “fisioterapeutas” tradicionales estudiados, es por que son comunes en la práctica de la fisioterapia de carácter biomédico, a diferencia de la sangría, abandonada en Occidente hace siglos. Este abandono provoca gran escepticismo en el mundo biomédico, por esta razón he creído oportuno profundizar en la explicación científica de la misma, dado que supone una vía legitimante en nuestra sociedad.

La sangría, conocida en árabe como *Hijama* y en lengua inglesa como *Cupping technique*, es una técnica utilizada desde hace más de 2000 años y hasta la actualidad, principalmente en la práctica de medicina tradicional china, incluso a nivel institucional y de medicina profética islámica, así pues, corriente en Oriente y Medio Oriente. Existen varios tipos de sangría con uso de ventosas: sangría seca, húmeda, con aguja, con productos médicos. El vacío se realiza por diferentes medios tales como tazas, bambú, vidrio o cuernos<sup>8</sup>. Con esta técnica se consigue una hiperemia o

---

8

. Chirali, 1999

hemostasis que provee de efectos terapéuticos<sup>9 10</sup>. En medicina islámica su origen se encuentra en las recomendaciones del Profeta Muhammad<sup>11</sup>. Existe evidencia científica de que esta técnica es efectiva en el tratamiento del dolor, particularmente en el caso de las cefaleas tensionales<sup>12</sup> pero la sangría ha revelado ser útil en el tratamiento de otros cuadros clínicos como el resfriado, tos, asma, acné y rehabilitación del ICTUS, también se conoce su papel en la reducción de toxinas circulantes, así como de los niveles de las lipoproteínas responsables del colesterol, mejorando la tensión arterial, estimulando el sistema nervioso y modulando el sistema inmunitario, careciendo, sin embargo, su efectividad, de sólida evidencia científica en el tratamiento de estas condiciones, a diferencia de su efecto antiálgico. Por otro lado, no debemos olvidar el riesgo de infecciones intrínseco a esta técnica<sup>13 14</sup>

Desde 1958 existen numerosos estudios sobre la sangría, entre los cuales destacamos la revisión realizada en la University of Western Sydney (Australia), por Huijuan Cao et al y publicada en el año 2012<sup>15</sup>, se trata de una revisión exhaustiva de ensayos clínicos controlados aleatorios que evalúan el efecto terapéutico de la terapia mediante la técnica de la sangría. Este trabajo incluye 135 artículos publicados entre el 1992 y el 2010, centrados en la práctica de esta técnica sobre puntos anatómicos no relacionados con los canales de acupuntura sino, siguiendo la lógica biomédica, en el tratamiento del dolor o neuralgia secundaria a neuritis, en cuadros clínicos como herpes zóster, compresión neurológica en hernia discal lumbar<sup>16</sup> y espondilosis cervical, además de su uso en otros trastornos neurológicos de plexos nerviosos o de la parálisis facial y realizando la técnica sobre puntos específicos de los meridianos energéticos descritos en medicina china, para el tratamiento de problemas respiratorios como la tos y la disnea, en casos de neumonía, bronquitis y asma. En la mayoría de estudios el objetivo era evaluar el efecto antiálgico de la técnica.

Esta revisión muestra que la sangría con ventosas, combinada con otras técnicas provee de mejores resultados que las mismas técnicas sin sangría, en el tratamiento de herpes zóster, parálisis facial, acné y espondilosis cervical sin mostrar efectos adversos destacables. Un estudio realizado en Suiza

---

9

. Cao, 2010

10

. Gao, 2004

11,

AlBedah, 2011

12

. Lee, 2011

13

. El-Ghitany, 2015

14

. Uddin, 2016

15

. Cao, 2012

16

. Bilal, 2016



y publicado el año 2013<sup>17</sup>, centrado en el estudio del papel de la sangría sobre los factores bioquímicos y el estrés oxidativo en pacientes con diabetes, mostró su utilidad como terapia complementaria. Otros estudios demuestran la efectividad de la sangría en el control de la hipertensión arterial y las cefaleas tensionales<sup>18 19</sup>, en la regulación neuroendocrina y los efectos ulteriores sobre el sistema nervioso vegetativo mediada por su efecto sobre agentes involucrados en los procesos inflamatorios como son las citokinas<sup>20</sup>

### 7.2.2.7. Algunos casos clínicos

1- F. es una muchacha de 25 años que sufrió una luxación escápulo-humeral con parálisis del plexo braquial secundaria.

Explica el padre de la paciente que ésta sufrió, hace unas tres semanas, un accidente, un coche tumbó la moto que ella conducía. En un primer lugar fueron al HGT donde le administraron comprimidos aunque no la derivaron al servicio de fisioterapia, allí le hicieron pagar 17.500 FC por la venda tubular (de precio irrisorio en nuestro país), luego fue al Hôpital du Mali donde querían volverle a vender el mismo tipo de venda y donde tampoco le hicieron fisioterapia, por último acudieron a una clínica privada donde tampoco consiguió que le hicieran tratamiento físico.

Brehima inicia el tratamiento con una palpación exploratoria de hombro que resulta dolorosa. Luego procede a traccionar axialmente la extremidad tomando como presa los dedos de la paciente. Después coloca cuatro ventosas: una a nivel de deltoides medio, otra sobre bíceps, otra sobre músculo braquioradial y la última sobre tendón del abductor del pulgar. El terapeuta realiza masaje de fricción alrededor de las ventosas para ayudar a drenar la sangre. Después realiza masaje con Karité y vuelve a colocar la venda tubular con la que se presentó la paciente. En los últimos días la paciente ha empezado a recuperar la sensibilidad sobre bíceps.

2- Niña de unos 6 meses de edad que sufre una parálisis braquial obstétrica.

Brehima realiza una tracción axial del miembro con contrapresa en el 1/3 superior del brazo y presa

---

17

. DER SCHWEIZ

18

. Ahmadi, 2008

19

. Aleyeidi, 2015

20

. Danyali, 2009

en mano, de manera que localiza el segmento sobre el que actúa, sin vulnerar la estabilidad del hombro. Luego realiza movilización del hombro en todos los arcos de movimiento, más masaje tonificante sobre escápula, axila y tronco, especialmente musculatura paravertebral del lado afecto, articulaciones sacro-ilíacas y masaje diafragmático por detrás de las costillas.

3- Se trata de un adolescente de unos 12 años. Sufrió una fractura de Colles izquierda hace unos dos meses, en un primer momento fue al centro de salud donde le inmovilizaron la muñeca pero no practicaron sangría. Brehima realiza sangría y de los tres lugares algícos que presentaba el paciente inicialmente actualmente sólo continúa siendo doloroso uno.

4- Esta señora centenaria estuvo viviendo en Costa de Marfil y conoció personalmente al presidente francés De Gaulle, según cuenta ella misma. Acude a Brehima con edema distal en una de sus piernas y pide al terapeuta que le practique la sangría. En efecto, se la practica por encima del maleolo externo.

En su otra pierna sufrió hace años una fractura de tibia no tratada y que actualmente presenta importante deformación a consecuencia de la mala reducción de la fractura.

Cuenta la mujer que la noche anterior al accidente soñó con las raíces alargadas de la mandioca y supo que era un mal augurio, al día siguiente tuvo lugar el accidente: una muchacha que conducía una moto de las que está llena la ciudad de Bamako, la atropelló en la misma puerta de su casa. En un primer lugar querían obligar a la chica a que pagara el yeso que se utilizó en la inmovilización de la fractura pero como explicó que no tenía medios, la dejaron marchar, sin embargo, alguien desconocido corrió con todos los gastos, desde el yeso y medicación hasta la silla de ruedas que precisó durante meses: se trata de un ejemplo de la caridad musulmana, uno de los pilares del Islam, caracterizada por el anonimato.

Éste era el tercer accidente que sufría la mujer, en los dos anteriores sufrió traumatismos craneo-encefálicos y se le practicó un TAC.

5- Muchacho de unos 18 años que presenta fractura abierta de tibia de dos meses de evolución. La herida presenta buen aspecto, Brehima la trata en primer lugar, con betadine y polvos antibióticos de color blanco (sincretismo entre la medicina tradicional y la biomedicina). Realiza palpación cuidadosa del foco de fractura para valorar el estado de la fractura y buena disposición de los segmentos óseos implicados, después realiza una sangría cerca de la herida para drenar la tumefacción residual, seguido de extensión de Karité y polvos negros en la herida, resultantes de la corteza seca del árbol de *Kunâ (Bamb. Sclerocarya birrea subsp. caffra)* (Bamb.) quemada (dice

que es muy eficaz y rápida en la cicatrización de las heridas), cubre estos polvos con betadine y encima coloca un apósito. Para la inmovilización del segmento óseo fracturado colocará en primer lugar dos bastones que servirán de guía al resto de los que integran la malla de bastones e incrementaran la especificidad de la sujeción, al colocar la venda de crêpe para la sujeción de los bastones, realiza un giro justo sobre los bastones – guía de manera que la sujeción en el foco de fractura se hace mucho más específica. El paciente realiza un apoyo parcial.

6- Joven de 25 años que presenta entorsis de ligamento lateral externo de tobillo. Se aprecia tumefacción importante. El terapeuta emplea los polvos negros de *Kunâ (Bamb. Sclerocarya birrea subsp. caffra)* y Karité y masaje drenando en sentido proximal. Luego moviliza pasivamente el tobillo y el pie en todos los arcos de movimiento y coloca el vendaje. En esta ocasión no realiza sangría pero se pueden observar las marcas de sangrías anteriores en el área de tratamiento.

7- Varón de 40 años con fractura de Colles izquierda de 27 días de evolución: presenta varias heridas sobre las articulaciones metacarpo–falángicas del pie izquierdo. Brehima incluye en el tratamiento la movilización pasiva de la muñeca en todos los arcos articulares e indica la movilización activa a nivel domiciliario.

8- Niño de 8 años de edad afecto de neumonía. El paciente previamente había acudido al hospital pero el tratamiento prescrito no ha mejorado su estado. El patrón seguido en este itinerario terapéutico es habitual entre los pacientes que acuden al traumatólogo tradicional.

Tratamiento realizado: masaje + manipulación vertebral en todos los niveles vertebrales, acompañado de masaje directo sobre diafragma y seguido de la administración de polvos en los orificios nasales que provocan estornudo, con la finalidad de expulsar la mucosidad.

Finalmente entrega cinco bolsitas con productos de fitoterapia e indica al paciente la posología.

1- polvos verdes para provocar el estornudo

2- polvos negros para beber mezclados con Lipton (marca común en Mali de té)

3- hojas trituradas para mezclar con Lipton o tamarindo

4- hojas trituradas para tomar en infusión, hervidas en agua

5- Polvos para mezclar con miel

Este tratamiento, que podríamos enmarcar en la medicina profética islámica, deberá seguirlo el paciente a días alternos.

9- Mujer de 35 años afecta de lumbalgia aguda (lo que conocemos como ataque de lumbago), con bloqueo de la articulación sacro-ilíaca bilateral.

Brehima decide, tras la exploración, proceder a la realización de sangría con ventosas pero primero llama por teléfono al marido de la paciente (esta situación ilustra la relación de género en la toma de decisiones entorno a la salud) para pedirle permiso antes de realizar tal procedimiento terapéutico. Explica Brehima que cuando hay un ataque de lumbago suele acompañarse de constipación, se relaciona el “vientre seco” con la presencia de “sangre seca” (señalar la relación en la fisiopatología de ambos trastornos, atribuidas ambas a una falta de hidratación). Para combatir la constipación el terapeuta entrega a la paciente una bolsa con polvos de color marrón indicándole que debe mezclarlos con leche (medicina profética).

Finalmente, una vez obtenida la autorización por parte del marido de la paciente, realiza la sangría, resulta especialmente dificultosa la salida de sangre, según el dogón, es habitual el primer día por que la sangre está muy seca, asegura que en las sesiones consecutivas la salida de sangre es mucho más fluida

10- Mujer de 60 años afecta de gonalgia (clínica compatible con gonartrosis).

En primer lugar, el terapeuta realiza una palpación cuidadosa de ambas interlineas articulares de la rodilla, valorando la presencia de dolor y tumefacción. El tratamiento consiste en masoterapia y terapia manual seguido de ventosas y sangría.

El hijo de la paciente, que la ha acompañado al tratamiento, pregunta a Brehima qué hago allí, si soy su aprendiz, a lo cual él responde que sí, que he estado en varios hospitales (los enumera) y en Samankó (todo el mundo sabe que allí está Doumbia) y que nada de nada, que ahora estoy aprendiendo con él (observamos cómo el terapeuta me utiliza como recurso legitimante en su discurso)

11- Joven de 20 años que presenta una fractura de clavícula. Brehima realiza una palpación cuidadosa de la espina de la escápula y la clavícula, así como de la articulación acromioclavicular y esternoclavicular valorando las algias que manifiesta el paciente. Luego realiza un vendaje en “8” con un cordón común, inmovilizando la articulación acromioclavicular y limitando los movimientos de ante-pulsión y retro-pulsión del muñón del hombro. Coloca cuidadosamente un trozo de tela plegado en forma de rectángulo bajo axila y otro sobre la articulación acromioclavicular, protegiendo de la compresión vascular a estos niveles. Encima coloca venda de crêpe reforzando la

fijación sobre la citada articulación, por encima del hombro, al plegar la venda en este punto como hemos visto antes.

12- Fractura abierta de falange del 2º dedo (varón de unos 40 años): Brehima retira el apósito que cubre la herida de la cara dorsal del dedo, arrojando betadine con la finalidad de desadherir la gasa de la herida, luego realiza presiones alrededor de la misma con la finalidad de drenar el líquido o pus circundante hacia la puerta de salida, al tiempo que limpia el exudado con una gasa bañada en betadine. Luego procede a cortar el fragmento cutáneo suelto con una cuchilla y vuelve a echar sobre la herida y el resto de la cara dorsal del dedo betadine y pomada antibiótica “Baneocin”, polvos antibióticos y finalmente polvos negros de *Kunâ* (*Bamb. Sclerocarya birrea subsp. caffra*). Seguidamente envuelve el dedo con una gasa a modo de apósito, luego envuelve el dedo con una gasa de crêpe, plagándola sobre el foco de fractura para concentrar así más la fijación en ese punto, sitúa dos palos planos, uno dorsal y otro palmar, para asegurar la inmovilización y continúa con el vendaje circular, cruzando la venda en cada vuelta, a su paso por la cara dorsal de la fractura. Luego continúa con algunas vueltas sobre la muñeca y finalmente, con la cuchilla corta longitudinalmente en dos partes el extremo de la venda, constituyendo los dos cabos de la lazada que mantiene atada la misma.

13- Hombre de 30 años afecto de fractura de fémur tras accidente de circulación mientras conducía una moto, hace 2 meses.

Brehima, tras retirar la inmovilización, constituida por una malla a base de bastones planos unidos por cuerdas, realiza una palpación cuidadosa de los tegumentos en el área de la fractura, luego, una vez localizados los tejidos fibrosados y adheridos, al nivel de la fractura, externa e internamente, procede a la sangría mediante el procedimiento ya explicado anteriormente.

### 7.2.3. Bourama Doumbia. El hospital tradicional comunitario

*“Aquello que es más grande para los doctores, es lo más pequeño para mí”*

Bourama Doumbia

La afirmación de Doumbia que abre este apartado sigue la misma línea de pensamiento que encontramos en las palabras del antropólogo entrevistado, Abdoul Karim cuando afirmaba que a los terapeutas tradicionales les interesa de la enfermedad, justamente aquello que menos interesa al sistema biomédico. Estas afirmaciones son expresión y símbolo de una confrontación entre sistemas médicos hegemónico y subalterno, lucha de poder que hunde sus raíces en las formas de pensamiento en las que se basa y busca eficacia cada uno de estos dos sistemas: en el pensamiento científico racional el biomédico y en el mágico-religioso el tradicional, del cual es un claro exponente el trabajo de Bourama Doumbia.

En esta misma línea, Zempelini<sup>21</sup> expone como la medicina tradicional prima el sentido social de la enfermedad y la disposición de agentes humanos y sobrenaturales, siendo un axioma común: “el tratamiento de los estados de los cuerpos de los individuos pasa por el tratamiento apropiado de los estados de los cuerpos sociales a los cuales pertenecen”

Desde mi llegada a Bamako siempre oí hablar de dos traumatólogos tradicionales: Niaré y Doumbia, todo el mundo los conoce en la ciudad, pero tardé meses en llegar hasta éste último; varias razones explican el retraso: Samankó, el barrio donde ejerce la traumatología tradicional y habita este hombre, desde el punto de vista geográfico, más que un barrio es un pueblo a más de una hora del centro de la capital en *sotrama* (pequeño autobús colectivo), al cual se llega tras kilómetros de bosque y tierra yerma, es decir, que desde el punto de vista urbanístico podríamos decir que queda a las afueras de Bamako. Hasta que el Dr Drissa Diallo no me facilitó el teléfono de Doumbia y pude marcar una cita con él, no me atreví a hacer el viaje y afortunadamente, porque acostumbraba a programar mis entrevistas durante los días laborables y Doumbia sólo ejerce como terapeuta los fines de semana, dado que de lunes a viernes trabaja como funcionario en el servicio de limpieza de Bamako.

Como ya he explicado, tras kilómetros de terrenos baldíos inhabitados llegamos a la aldea de Samankó, una población construída básicamente de adobe, uniformidad que le confiere la belleza

---

<sup>21</sup> . Zempléni, 1985:96-97

discreta que tienen los pueblecillos de las afueras de Bamako.

Detrás del pequeño mercado donde finaliza su trayecto la *sotrama*, está la casa y el consultorio de Doumbia, una vez llegados ante el patio cubierto, de unos 50 ó 60 m<sup>2</sup>, que emplea como sala de tratamiento, el muro que lo conforma anuncia con la leyenda en enormes letras de color verde oliva: “BOURAMA DOUMBIA, GUERISSEUR TRADITIONAL DES OS. À Samankó plantation”, a continuación su número de teléfono y el dibujo de una mujer que muestra en su pierna la red de bastones que acostumbra a usar como inmovilización los traumatólogos tradicionales. Techo de uralita, de donde cuelgan calendarios de los últimos seis años y paredes de obra de un metro y medio de altura, continuados hasta el techo con telas de plástico y esterillas de rafia de colores.

Sorprende en primer lugar la cantidad de pacientes que esperan su turno, aunque unos se van después de ser tratados, otros llegan, de manera que continuamente hay en la sala unas 20 personas que esperan con actitud paciente y en la mayoría de casos, con sus radiografías en la mano. Pasados unos minutos el ojo alcanza a reconocer las mosquiteras, hamacas colgadas de las vigas, esterillas sobre el suelo, donde yacen pacientes y lo que resulta más espectacular: toneladas de Karité en sacos, en grandes bolas que llenan palanganas enormes, organizadas en cientos de cubitos, los que entregará luego Bourama, tras escupir palabras secretas, a sus pacientes.

Resulta también chocante la actividad frenética de este hombre en escupir sobre la manteca de Karité, constantemente escupe, entre paciente y paciente escupe, mientras charla con los allí presentes, escupe, tampoco deja de escupir si recibe una llamada de teléfono y contesta, escupiendo o si anota un contacto en su móvil, siempre sin dejar de escupir.

Bourama Doumbia nació en Samankó en el año 1968, de donde es originaria su familia y donde sigue habitando con su mujer, su madre y su hijo, así que en el momento de la entrevista tiene 47 años, su padre murió cuando él tenía 5 años y a diferencia de la mayoría de terapeutas entrevistados, la transmisión de este saber no vino dada por parte de la familia sino que aprendió de un anciano de Asamañana Basi (Mali), Guindo Balá Diakité, el cual murió con 115 años.

De origen bambara, desde los 24 años trabaja en este oficio.

Especializado en el tratamiento de las fracturas, no pide dinero a cambio, a no ser que el paciente se cure y quiera pagar. En pacientes que no presentan fractura sí acepta el dinero, hecho que denota una dualidad probablemente asociada a la responsabilidad moral de curar las fracturas, conseguida y mediada por lo sobrenatural, que priva al terapeuta del derecho de percibir honorarios, mientras que en el caso de otras afecciones sí puede hacerlo sin faltar al código ético establecido en la

traumatología tradicional mediada por el secreto mandé. Es frecuente que el pago por sus servicios se reduzca a los 1000 FC que cuesta hacerse socio de su asociación ADPEFOS (DJAMADIGUI DES PATIENTS, EXPATIENTS DES FRACTURES DES OS ET LEURS SYMPATHISANTS), creada el año 2004 y que, según consta en su acta de constitución, tiene como objetivos:

- crear centros de tratamiento tradicional de las fracturas de los huesos
- contribuir a los cuidados de los enfermos
- mejorar las condiciones de alojamiento de los enfermos
- crear centros de formación de terapia tradicional de las fracturas

Bourama atiende a sus pacientes sentado en una silla, a su derecha también se sienta, de manera permanente, un hombre, ex paciente, que se encarga de anotar a todas las personas atendidas en un libro de registro donde hace constar síntomas, diagnóstico, tratamiento, observaciones y teléfono de contacto. Junto a él una gran palangana rebosante de medicamentos biomédicos que venderá a los pacientes en caso de necesidad. Por último, registra los nuevos socios de la asociación.

### **7.2.3.1. M. Mouriké Sissoko. El proyecto de Doumbia**

M. Mouriké Sissoko es un joven periodista formado en Marruecos, ronda los 30 años, calculo. Hace años sufrió un accidente de moto que tuvo como resultado la fractura de su hombro izquierdo, era el día en que se realizaba el último rezo por su padre que acababa de morir. Después del accidente, mientras yacía en el suelo, unos maleantes le robaron todo lo que llevaba encima. Su hermano le llevó a Doumbia, que le trató la fractura. Como él no tenía dinero prometió al terapeuta utilizar sus medios de relación y sus conocimientos para ayudarlo en su causa, fue entonces cuando movió todos sus contactos para conseguir un lugar donde atender a los pacientes. En primer lugar se reunieron con la gente del pueblo, que manifestaron su acuerdo en que los pacientes se alojaran en sus domicilios.

En el pueblo vecino hay un edificio que en el pasado fue centro de salud materno-infantil, construido por el Ministerio de Salud, el alcalde estaba de acuerdo en que lo ocuparan pero le indicó que tenía que dirigirse a autoridades más altas, entonces fue al gobierno de Katy, en el momento de mi primer contacto con Doumbia estaban a la espera de continuar con las negociaciones para conseguir habilitar el edificio y otro contiguo, actualmente abandonado, como hospital de traumatología tradicional, con el objetivo de que se constituyera en centro de referencia de todo el



país.

Actualmente los pacientes de Doumbia, alrededor de 400, habitan, como pude comprobar más tarde, en las casas de los vecinos del pueblo, en algunos casos varios en una misma vivienda, con improvisadas camas, esterillas en el suelo, mosquiteras, incluso tiendas de campaña dentro de las habitaciones para conseguir dotar de cierta intimidad la estancia compartida.

Según cuentan los propios pacientes, el terapeuta no acepta su dinero, al contrario, si ellos no se pueden costear la comida, entonces la paga él con el dinero de las inscripciones (1000 CFO) a la asociación ADPEFOS. La vivienda es gratuita.

Doumbia me invita a que acompañe a Fofana, uno de sus aprendices y a Moriké, a visitar algunas de las casas donde se hallan hospedados sus pacientes, afectos todos ellos, de fracturas.

Esta sorprendente hospitalidad, no es un fenómeno aislado en Mali, a juzgar por los casos expuestos por Berta Mendiguren en su tesis sobre inmigración, medicalización y cambio social entre los soninké de Drahamané (Mali)<sup>22</sup>, donde nos muestra a varios personajes dedicados a acoger enfermos en su casa, encargándose también de su manutención, coincidiendo los anfitriones entrevistados en la falta de obligación, por parte de los enfermos, de contribuir; según la autora, este fenómeno es una activación de los circuitos tradicionales de solidaridad africana, donde la solidaridad, se podría decir, es una obligación no adscrita únicamente a los lazos de sangre<sup>23</sup>.

Al acabar la primera entrevista, Doumbia no permite que le pague de ninguna manera por su tiempo, argumentando que si me permite pagarle, yo podría pensar que me ha facilitado la información a cambio de dinero, he aquí un discurso que, como la costumbre de pagar la moneda más baja circulante o la desautorización del traditerapeuta mediada por la imposición de altas tarifas, obedece a principios antagónicos al discurso neoliberal imperante en nuestras tierras.

En un estudio que realicé poco más tarde sobre las redes transnacionales de salud que establece la población africana migrada a España encontré de nuevo que el principal motivo de deslegitimación de los traditerapeutas africanos afincados en nuestro país, por parte de los inmigrantes, se basaba en el establecimiento de tarifas, especialmente si éstas eran altas, hecho que contrasta con la valoración de los servicios biomédicos privados entre la población española, que equipara precio con calidad asistencial.

Cuando me levanto de la silla donde había permanecido durante toda la entrevista, me ofrece su mano derecha, en un gesto natural de despedida, mantiene unos segundos el contacto de mi mano y

<sup>22</sup>

. Mendiguren, 2007

<sup>23</sup>

. Godelier, 1991

mirándome fijamente a los ojos, dice:

“Esta noche no has dormido bien, por otro lado, hace tiempo que tienes dolor aquí”,

Mientras acompaña sus palabras señalando su músculo piramidal izquierdo.

Todo es cierto, le respondo, sorprendida, ante lo cual él da por terminada la conversación con una sentencia:

“ Vosotros tenéis aparatos para detectar el dolor, yo tengo mis manos y mi cabeza”.

Quizás el fenómeno que más sorprendente resulta es la gran adhesión que provoca este hombre: en la sala siempre podemos encontrar ex pacientes que aún años después de haber sido curados, siguen acudiendo allí los fines de semana, algunos de ellos se han convertido en aprendices, éstos a veces también escupen palabras secretas en los cubitos de Karité, otros simplemente observan y escuchan a este hombre de carácter claramente mesiánico. En varias ocasiones he visto a personas cruzar la sala de tratamiento gritando su gratitud, como un hombre que irrumpe gritando “SORCER” (“Fuerte” en Bamb. Me dicen y me explican que a este hombre en el hospital le querían cortar la pierna (expresión simbólica de la mala praxis y falta de confianza en el sistema biomédico, “podrirse el miembro” también es común) y Doumbia le salvó, está tan contento que no sabe cómo agradecerlo.

En una de mis visitas coincido con Ibrahima, un chico que vive en mi misma ciudad, Lleida, me explica que en el hospital de Bamakp le querían operar de una hernia discal pero él no quiso (interesante tener en cuenta el nefasto resultado que he observado en diferentes hospitales de Bamako, en las plantas de hospitalización de neurocirugía del HGT y el H du Malí), él vino a ver a Doumbia y éste le entregó Karité para que se la aplicara él mismo: asegura estar totalmente curado. Otro día presencio la visita a una anciana que camina ayudada de dos muletas, viene de Guinea Conakry y ha hecho un largo viaje para que este hombre trate su fractura de tibia. El traumatólogo asegura que también vienen pacientes desde Burkina Faso y Costa de Marfil.

Otro día nos acompaña, durante toda la jornada, un periodista que entrevista a los pacientes, a Doumbia y a mí misma, se trata de una muestra más del gran interés de Doumbia en la resonancia social de su trabajo, componente político que no podemos obviar en este personaje.

Sorprende el gran respeto, quizás sería más acertado categorizar de veneración, con la que los pacientes le explican su dolencia, una vez sentados en la silla de tratamiento, frente al terapeuta. En respuesta él toca al paciente, no necesariamente en el lugar de afectación, toma un bote lleno de

Karité donde escupe el hechizo, luego entregará el recipiente al paciente. Debo poner especial acento en el carácter mesiánico de Doumbia que denota la puesta en escena de su práctica terapéutica de la cual son elementos importantes el secreto, la distinción en su pose, la distancia con el paciente y la mirada que dedica este último al terapeuta, como si de un semidiós se tratara.

En alguna ocasión he visto bajar de taxis a pacientes con yesos que llegan allí para que el traumatólogo les retire la órtesis. Pregunto por qué la gente hace eso, a lo que obtengo por respuesta (Ibrahima, Lleida) que en Mali nadie quiere ponerse un yeso, porque piensan que ahí dentro se pudre la pierna o el brazo y luego, cuando al cabo de varias semanas, los doctores retiran el yeso, es frecuente que te digan que tienen que cortar el miembro y a nadie le gusta que le corten un brazo o una pierna: de nuevo se repite el discurso deslegitimante sobre un sistema biomédico carente de recursos e ineficiente en estas tierras, de hecho, dadas las tasas de yatrogenia que he constatado durante los meses de observación participante en los servicios de fisioterapia de los diferentes hospitales del servicio público de salud, no me resulta extraña la falta de confianza de la población.

Hay varios componentes en la terapéutica de este traumatólogo que dotan de eficacia su tratamiento:

1. Técnica de inmovilización correcta tras una cuidadosa palpación sobre los extremos óseos y reducción meticulosa de los fragmentos.

Tras la recolocación de los dos extremos óseos en el foco de fractura mediante palpación y micro movilización meticulosa, cubre con dos fragmentos de tela común los dos segmentos corporales correspondientes a las dos partes del hueso roto, dejando libre el foco de fractura, estas telas sólo cubrirán el segmento en una vuelta y  $\frac{1}{4}$  de su contorno, encima coloca dos bastones que sirvan de guía al resto, organizados en la malla ya vista, luego envuelve la parte del miembro afecta en tela común y finalmente coloca la red de bastones que sujeta con una cuerda.

2. Efecto psicossomático del Karité impregnado de hechizos.

Como ya hemos visto, la noción de salud, enfermedad y atención, adscritas a una misma cosmología, son un factor contribuyente al éxito del tratamiento, el componente mágico-religioso es vertebral en la resolución de trastornos conceptuados desde un punto de vista holista, libre del dualismo biomédico sujeto al pensamiento racional occidental.

3. ¿Realmente es mágico el secreto mandé?

No podemos obviar la coexistencia de diferentes formas de pensamiento con el racional, científico,

excluyente de otras de formas de pensamiento de carácter mágico-religioso, que dotan de sentido a los hechos. En este caso, al accidente que provoca la fractura, atribuido a causas sobrenaturales, dota de sentido la práctica terapéutica basada en la magia mandé, de carácter tradicional. Por otro lado, la falta de comprensión de los mecanismos que producen el trastorno, facilitan la atribución mágica al incidente que lo provoca, como se ha documentado en numerosos pueblos<sup>24</sup>.

### 7.2.3.2. Enfermedades que trata Bourama Doumbia

Él mismo me enumera las diferentes dolencias que trata con el Karité impregnado de “*encantations*” o hechizos, la posología y modo de aplicación:

- Cefaleas: un poco de Karité en la frente
- Algas dentales: un trozo depositado dentro de la pieza afecta y masaje sobre la mejilla en sentido descendente (dirección oportuna bajo la interpretación de que la enfermedad debe ser expulsada inferiormente, como en el caso de Niaré)
- Algas abdominales: masaje descendente en el abdomen con Karité
- Raquialgias: masaje con Karité en el lugar doloroso
- Raquialgia aguda: masaje 3 veces al día: mañana, tarde y noche
- Luxación: masaje dos veces al día, mañana y noche, durante cuatro días.
- Hemorroides: introducir un trozo de manteca de Karité dentro del esfínter anal
- Fatiga general: masaje en todo el cuerpo por la noche, antes de irse a dormir
- Momento de parto: para tener un parto rápido, realizar masaje en sentido descendente sobre el vientre.
- Vivacidad y prevención del dolor en deportistas (él especifica, futbolistas): masaje antes y después de la competición.
- Cuando se pretende acudir a un lugar donde hay mucha gente, el masaje con Karité por todo el cuerpo evitará que alguien haga algo para dañarte
- Los comerciantes, para tener buenas ventas: extender Karité sobre el rostro en sentido descendente, repetir tres veces.
- Retraso psicomotor: masaje en todo el cuerpo
- Fractura inmovilizada con yeso: retirar el yeso y realizar masaje en el lugar doloroso, entonces la

---

24

. Ackerknecht, 1985

fractura cerrará rápidamente.

- Fractura tratada con osteosíntesis que resulta dolorosa: el uso de Karité hará que el dolor desaparezca paulatinamente. Del mismo modo, el dolor residual tras retirar el material, con la ayuda del Karité irá cediendo.
- “Los jefes que están sentados todo el día en la oficina” sedestación prolongada: masaje con Karité para tratar el dolor secundario a la inmovilidad prolongada
- Dolor, independientemente de su localización
- Extremidad tumefacta y con presencia de infección (pus): el Karité movilizará el pus y la ayudará a salir
- Vértigo (efectos secundarios de “jarré”)
- Fractura cervical, de columna o extremidades: Karité y hechizo, que es sagrado

Cabe notar cómo se mezclan problemas de salud y sociales, mostrando que no se establece una frontera clara entre ambos tipos de infortunio.

### 7.2.3.3. Algunos casos clínicos

1- En la *sotrama* que lleva a Samankó conozco a una mujer, de unos sesenta años, que también va a casa de Doumbia. Hace cinco meses sufrió una fractura de radio y cúbito que aun no ha consolidado. Le pregunto porqué viene tan lejos a tratarse y me explica que en un primer momento fue al HGT, donde le hicieron una radiografía y nada más, vive en Bamako, en el barrio de Bankoni, muy cerca de la familia Niaré pero como el patriarca de la familia de traumatólogos tradicionales murió hace unos meses, la gente le ha dicho que es mejor que vaya a Doumbia, que su hijo Moussa, actual jefe de familia, no es tan poderoso.

Mientras su fractura estaba en un estado más incipiente iba a Samankó en taxi, así que cada sesión de tratamiento le suponía 20.000 CF entra la ida y la vuelta. Ahora que ya se encuentra mejor se atreve a acudir en *sotrama*, que le supone sólo 275 CF por ir y la misma cantidad por volver.

Cuando Doumbia atiende a la mujer, en primer lugar dedica varios minutos a valorar la movilidad entre segmentos óseos en el foco de fractura, imponiendo un pequeño movimiento en sentido dorsal en uno de los extremos contra el otro en sentido palmar, parece que aun hay cierto movimiento. Presenta además gran tumefacción en el dorso de la mano (tiene aspecto de Sudeck, lo cual cuadraría con el problema de consolidación por desmineralización ósea).

Tras la valoración, cubre con Karité el foco de fractura y escupe directamente palabras secretas, luego cubre el antebrazo con venda de crêpe y bastones de los que suelen emplear en red los traumatólogos tradicionales, pero de manera aislada, los coloca con gran cuidado y finalmente tela común cubriéndolo todo.

2- Varón de unos 40 años, presenta fractura de clavícula, viene con las radiografías que muestran un franco desplazamiento entre fragmentos. En el hospital, a parte de las radiografías, también le colocaron una inmovilización en "8". Se aprecia el espacio supraclavicular con edema y franca deformación clavicular.

Doumbia retira la inmovilización, manipula cuidadosamente los dos fragmentos óseos con pequeños movimientos que dirigen uno contra el otro, a lo que sigue masaje con Karité y escupe directamente palabras secretas, luego coloca sobre el foco de fractura un fragmento de teja de aproximadamente 10 cm x 10 cm, separado de la piel del paciente por un trozo de tela, después realiza un vendaje en "8" más ceñido que el que traía el paciente que, dada su holgura, no limitaba ningún movimiento. Finalmente escupe palabras secretas en uno de los cubitos de plástico ya mencionados, que entrega al paciente para que continúe con el tratamiento, consistente en la aplicación de esta manteca, con la posología adecuada, a nivel domiciliario.

3- Niño de 8 años de edad con fractura de clavícula.

El tratamiento se reduce a la aplicación de Karité en el torso del niño mientras escupe sobre el mismo palabras secretas. Luego entrega al paciente una bolsa llena de manteca de Karité donde también ha escupido palabras secretas.

4- Mujer de 20 años con fractura de radio y cúbito de 15 días de evolución.

El traumatólogo retira la inmovilización e inspecciona cuidadosamente la piel. En un punto concreto se evidencia una disminución abrupta de perímetro, indicativa de pérdida de sustancia a pesar de que no se aprecia ninguna discontinuidad en la piel, parece ser que a ese nivel se halla el foco de fractura. Bourama envuelve cada uno de los dos segmentos con una tela independiente, dejando libre el foco de fractura, luego sitúa un bastón guía diferente en cada uno de los segmentos, uno distal y otro proximal a la fractura, que actúan como tutor de la malla de bastones que aplica después, sujeta con venda de crêpe a modo de cuerda.

La paciente presenta importante tumefacción en el dorso de la mano.

5- Este hombre de 30 años, llega con sus radiografías del área dorso lumbar donde se aprecia una ligera escoliosis con acuñaamiento de la 5ª vértebra lumbar y ligera rotación e inclinación de la 4ª

lumbar respecto a la 5ª.

El terapeuta, por toda intervención, entrega un bote lleno de Karité y palabras secretas y le da consejos a domicilio.

6- Muchacho de 25 años de edad que presenta fractura de  $1/3 \frac{1}{2}$  de radio y cúbito, el terapeuta sitúa un fragmento de teja sobre el foco de fractura antes de proceder a la inmovilización del miembro.

7- Mujer de 35 años de edad afecta de fractura de radio y cúbito por tres lugares distintos. Actualmente se encuentra en la última fase de curación, así que Doumbia se limita a entregarle un bote lleno de Karité donde ha escupido palabras secretas, para que ella misma se la aplique en casa.

8- Niño de 8 años con fractura de cúbito y radio. El tratamiento consiste en extender Karité sobre el miembro y cubrir con la malla de bastones.

9- Varón de 60 años afecto de omalgia: Doumbia palpa y extiende Karité suavemente sobre hombro y cuello.

10- Joven muchacha de unos 15 años afecta de fractura de húmero. Presenta fléxum de codo y un bloqueo vertebral. El padre de la chiquilla extiende Karité sobre su espalda mientras Doumbia escupe directamente el hechizo en el mismo área, luego la paciente se estira en el suelo en decúbito prono y el terapeuta presiona con la planta de su pie a diferentes niveles vertebrales, provocando desbloques, presumo, mientras escupe palabras secretas.

#### **7.2.3.4. Samankó, un hospital improvisado**

Fofana y Moriké me acompañan a visitar a algunos de los pacientes ingresados en los domicilios particulares de las familias de Samankó, las calles, bajo los árboles, decenas de personas sentadas o estiradas en el suelo, muestran redes de bastones, indicativas de fractura, en brazos y piernas.

Entramos en una casa donde otro de los aprendices hace las curas pertinentes a una mujer que yace estirada en el suelo, de costado, presenta fractura de cadera y una gran herida encima del trocánter izquierdo.

En otra casa, una mujer que permanece sentada con su pierna estirada, nos muestra orgullosa el

fragmento de hueso tibial que perdió en la fractura y los médicos le entregaron en el hospital, antes de venir a Samankó, donde sigue su convalecencia, su pierna sigue tumefacta y aun no puede apoyarla en el suelo en bipedestación.

Nos adentramos en una calleja, en la primera casa, una niña yace estirada junto a su madre que aguarda a su cabecera, flanquean su tronco grandes tochos de cemento para evitar que se mueva, tiene una fractura vertebral.

En otra casa, la estancia donde habitan los pacientes está partida por una gran mosquitera, morada de uno y una tienda de campaña de tipo iceberg, donde vive el otro.

Antes de volver a Bamako, Moriké me acompaña en moto al pueblo de al lado, donde algunos pacientes ocupan el edificio cedido por el ayuntamiento del cual ya hablé antes, exactamente nueve personas afectas de fracturas diversas y sus familias, nueve de los cuatrocientos totales, y el edificio está lleno, no caben más.

En una habitación han improvisado una cocina y bajo el árbol que hay junto a la puerta, corretean los niños entre aperos de cocina y sus madres, que han improvisado un hogar para estar cerca de sus familiares enfermos.

En una habitación, dos hombres jóvenes, ambos con fracturas en extremidades inferiores y con sendos tochos de cemento limitando la rotación externa de cadera, colocados lateralmente al pie afecto.

Los pacientes me muestran encantados sus radiografías que exhiben fracturas, en algunos casos hasta cuatro fracturas, como es el caso de una anciana que comparte habitación con un niño de unos diez años que ha sufrido quemaduras varias.



## 7.2.4. Moussa Koné. La revelación divina del don

Llegamos a su casa, donde hemos quedado con Moussa, antes que él. Baja de un coche, llevamos un rato esperando en el patio. El hombre nos saluda con un gesto y sin mediar palabra, toma un *kulum* (mortero de madera utilizado habitualmente en la elaboración culinaria en estas tierras) que tiene en el patio, junto a la pared, grande y escupe unas palabras secretas sobre el mortero, luego sobre el extremo del mazo que se suele emplear para moler vuelve a escupir palabras susurradas, a continuación coloca el mazo vertical sobre el fondo del recipiente, hace varios intentos hasta que consigue que se aguante vertical solo. Después entra en la casa y nos invita a seguirle.

Realizamos la entrevista en el comedor de la casa, en la penumbra, él se sienta en un sillón frente a mí y Absetou, a gran distancia, a 3 ó 4 metros, a diferencia del resto de entrevistados que se sitúan cercanos.

Antes de empezar con las preguntas, como de costumbre, nos presentamos, le explicamos el motivo de nuestra visita y le hablamos brevemente sobre mi tesis, a lo cual contesta que el ritual que hemos presenciado en el patio lo ha hecho para mostrarnos que hay cosas que se explican y resumen en sí mismas, por eso nos ha mostrado el ritual del *kolum*, para mostrarnos lo que hace para tratar los huesos rotos, que es exactamente lo mismo. Asegura que no toca al paciente, únicamente utiliza palabras secretas.

Él no tenía ninguna actividad relacionada con la traumatología tradicional pero un día tuvo un accidente de moto, quedó bajo el coche con el que chocó, le llevaron al hospital porque tenía varias fracturas, él quería irse a casa pero los médicos no le dejaban ponerse de pie, aun así él decía que sí, que se iba y que se curaría él solo y así lo hizo. Desde entonces, como por aquel entonces tenía dos tiendas y la gente le conocía, al saber que él solo había curado sus fracturas, empezó a acudir gente para que les tratase. Hace de esto 15 años. Nos encontramos con un caso similar al de Doumbia, en que el padecimiento del infortunio que supone la fractura, supone una iniciación, de carácter mágico, en la profesión, mediada por la asunción del don de la curación del mismo problema de salud padecido por el terapeuta.

En cuanto a las técnicas que utiliza para el tratamiento de las fracturas: únicamente lo que hemos presenciado que hacía con el mortero y el mazo pero con los huesos: escupe palabras secretas en los extremos del hueso fracturado y los alinea.

## 7.2.5. Djibril Djombera. Un ejemplo de la relación entre los cazadores y la terapia tradicional

Conocí a Djibril en casa de Niaré, un día en que la familia estaba realizando tratamiento a sus pacientes apareció, se sentó allí e intercambié algunos polvos terapéuticos con Moussa. En la entrevista posterior, que llevo a cabo en su tienda de productos terapéuticos, me resulta curioso el hecho de que parece ser más amigo o conocer más a Moussa que este último a él.

Le entrevisto en la pequeña tienda de productos naturales terapéuticos y consultorio que tiene en Lafiabougou, al pie de las montañas Manding que rodean Bamako en su cara norte.

También hace la circuncisión de los niños. Me explica que los herreros “forgeron” se ocupan tradicionalmente de la circuncisión, son los apellidos Djombera, Kanté, Baló NUMU (Bamb.)

Me explica que en el pasado viajó a Libia, República Democrática Centroafricana, Francia y actualmente sigue viajando a Dakar por 2 ó 3 meses y vuelve.

Al final de la entrevista, cuando le pido hacerle una foto, se quita el anorak, el jersey y la camisa y, muestra, debajo, su camisa de cazador, de *bongolán*, con numerosos *gri gris* cosidos. Dice que se trata de protecciones contra las malas personas, que son muy numerosas.

## 7.2.6. Traumatólogos tradicionales senoufo

Cada lunes y cada viernes, durante estos meses, al salir de casa de la familia Niaré, Moussa llamaba a uno de los miles de taxis amarillos, que continuamente y a cualquier hora, recorrían las calles de Bamako.

Hacía meses que me desplazaba en *sotrama*, esos pequeños autobuses sin vidrios en las ventanas, destartalados como algo esencial y a ciertas horas repletos de gente, amontonadas unas sobre otras. Comprobé que el precio de cualquier trayecto, en la ciudad de Bamako, se duplicaba aproximadamente por diez en taxi, respecto al precio de la *sotrama*.

Pero tomar un taxi a la salida de la casa de los Niaré se había convertido para mí en un agradable ritual.

Tomar un taxi, una *sotrama*, entrar en una tienda, a menudo suponía una experiencia de gran interés

social en que el conductor te daba muestras del *coussinage et plasenterie*, o te explicaba la formación que estaba siguiendo de sus mayores, para seguir la tradición de la familia de *griots*, o, como es el caso del encuentro que a continuación narraré, el conductor encarnaba, sin así buscarlo, un buen informador.

Aquella tarde subí al taxi camino de mi casa, ubicada en el barrio de Lafiabougou, pasados unos minutos, el taxista me preguntó qué estaba estudiando en Mali, sin que previamente yo le hubiera dado ninguna información, entonces yo le expliqué el tema de mi estudio, sobre la discapacidad y los traumatólogos tradicionales en Mali.

En aquel momento, el hombre me explicó que en su tierra, Sikassó, al sur de Mali y lindando con Côte d'Ivoire, las gentes de su etnia, la *senoufo*, tratan las fracturas, luxaciones y entorsis realizando unos cortes en el lugar de dolor y depositando sobre la herida *Karité* mezclada con otros productos vegetales y palabras secretas.

Esta técnica terapéutica aparece también en el trabajo de Imperato<sup>25</sup> que describe cómo entre los *bambara* se depositan productos minerales y vegetales que se frota sobre las heridas, en el proceso de escarificación, provocando una reacción orgánica contra el cuerpo extraño. En el caso de la traumatología *senoufo*, las propiedades medicinales del *Karité* y los productos de fitoterapia harán su función cicatrizante y antiséptica<sup>26</sup>.

Ellos no usan el Corán, como ya me habían dicho otros informantes, su gente tiene la convicción de que el Corán no tiene poder para curar los huesos fracturados. Comienzan la *encantation* con la palabra *Tubismilah*, la misma palabra que me había dicho Niaré esa misma tarde, se utiliza para iniciar encantaciones no coránicas, sino del secreto mandé, *le secret noir*, palabras en la lengua vernácula.

Para inmovilizar las fracturas utilizan las hojas de la palmera a modo de bastones y para la cefaleas, colocan los dedos índice y pulgar en cada una de las sienas del doliente y profieren palabras del secreto mandé, maniobra idéntica a la que realizan en Gambia, sólo que allí, según dicen, utilizan palabras del Corán.

Cuando nos despedimos, el conductor me asegura que con certeza nos volveremos a encontrar y

---

25

. Imperato, 1977

26

. Insoll, 2011

continuaremos la conversación truncada al llegar a Lafiabougou.

## **Conclusiones**

Hasta el momento actual nunca se habían estudiado las técnicas terapéuticas empleadas por los “fisioterapeutas” tradicionales de Mali: la observación de las prácticas empleadas por varios de ellos durante meses, así como el seguimiento de 67 casos de pacientes afectados de trastornos variados del aparato locomotor, tales como fracturas, torceduras y luxaciones, muestra suficientemente significativa, evidencian el grado de pertinencia y eficacia de las técnicas empleadas, alcanzando valores de excelencia en prácticamente todas las variables estudiadas.

La mayoría de pacientes presentaron una evolución altamente satisfactoria, en cuanto a la funcionalidad en el 67% de casos y en el 64% en lo que respecta al dolor. Tanto la evolución de la tumefacción como de la marcha fueron calificados de excelentes en el 66% de los casos y la ganancia de movilidad articular fue muy buena en el 83% de los pacientes, dato que contrasta con la realidad observada en los pacientes que siguen tratamiento biomédico en caso de fractura, puesto que la mayor complicación presentada es precisamente la rigidez articular. En cuanto a la evolución de las heridas, en los casos que presentaban fracturas abiertas, fue de curación total en el 100% de los pacientes estudiados. Tales cifras evidencian resultados altamente satisfactorios de los cuales se deduce un grado de eficacia de los tratamientos, indiscutible.

En lo que respecta a las técnicas empleadas, cabe destacar, como ya se señaló con anterioridad, varias virtudes de la metodología empleada:

Sólo se inmoviliza el segmento óseo dejando libres las articulaciones adyacentes, lo cual evita el efecto secundario indeseable de la rigidez articular, la inmovilización dinámica se adapta perfectamente a la superficie corporal, maximizando la fijación sin compresiones vasculares ni holguras, por último, el control cada dos o tres días del estado del miembro asegura una mejor evolución y evita complicaciones secundarias.

Respecto a las técnicas empleadas, cabe destacar práctica de la sangría, en desuso en la medicina biomédica pero común en medicina islámica y tradicional china aun en nuestros días, y que como demuestran numerosos trabajos y revisiones bibliográficas, provee de importantes beneficios tanto en la patología del aparato locomotor como en otros problemas de salud.

Debemos, por otra parte, poner acento en la mayor accesibilidad económica, temporal y geográfica que ofrecen estos profesionales a la población, factor determinante, habitualmente, en el éxito o fracaso terapéutico.

## 7.3. Productos empleados en la “fisioterapia” tradicional

### 7.3.1. Fitoterapia

Ya mencionamos en el capítulo 3 la etnociencia, dentro de esta disciplina, el año 1896, W. Harshberger proponía el término “etnobotánica” para describir el estudio del uso cultural que hacen las diferentes sociedades de las plantas. Otras ramas de la etnociencia, pero que cuentan con menos producción, son la etnozología y la etnofisiología, todas ellas comparten, como denominador común, una base profundamente positivista.<sup>27</sup> De manera casi simultánea a Harshberger, Emile Durkheim y Marcel Mauss trabajaron sobre las formas “primitivas” de clasificación de las plantas<sup>28</sup>

Probablemente el pensamiento mágico, propio del hombre, le llevó a través de la Ley de las Analogías, a la Ley de los Contrarios, junto con la Ley de las Signaturas (creencia de que las plantas llevan en sí el signo por el cual pueden averiguarse sus propiedades, la forma, el color, el sabor y el olor. (<http://www.gorgas>) La etnobotánica es el estudio de las plantas y su utilización por los hombres, hasta integrarlas en su patrimonio cultural, sea como alimento, construcción de útiles caseros, transporte, materiales textiles, industriales, adorno, higiene, bebidas fermentadas, armas, venenos o medicinas.

Esta última aplicación es lo que se ha dado en llamar fitoterapia: es decir, la utilización de las plantas, llamadas medicinales y sus derivados son finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, aliviar o curar enfermedades. La fitoterapia ha sido históricamente utilizada por todos los pueblos del mundo.

Es ampliamente conocido el uso profuso de las hierbas con fines terapéuticos en la medicina islámica. En el área de África Occidental es característico el uso con estos fines, de los árboles,

---

<sup>27</sup>

. Harshberger, 1896

<sup>28</sup>

. Beaucage, 2000

siendo menos común el uso de plantas de pequeño porte y arbustos. Según diferentes autores, los árboles forman parte integrante de la agricultura en las sociedades de África Subsahariana Occidental, caracterizadas por un sistema económico de subsistencia<sup>29</sup>.

Se trata de un recurso dotado de significación social y cultural: el beneficio terapéutico de los productos extraídos de ciertos árboles es conocido por la mayoría de la población y son utilizados, generalmente por las mujeres, para el tratamiento de dolencias comunes, integrado su uso en lo que denominaríamos medicina doméstica; pero en lo que respecta en la mayoría árboles, existe gran secretismo entorno a su uso, dado que su explotación está limitada a muy pocos, ya sean sanadores tradicionales, *fetichers* o *marabouts* y supone para ellos una herramienta de poder dentro de su entorno social y un importante ingreso económico.

Los árboles, en esta región de África, se usan para el tratamiento de diferentes dolencias, las más frecuentes son: malaria, dolor de diferente etiología y localización, problemas dermatológicos, afecciones respiratorias y trastornos relacionados con la fertilidad.

Las formas de elaboración de los productos vegetales varían pero las más comunes son en infusión o en emplaste, machacando el derivado vegetal y mezclándolo con agua o aceite.

Las partes más comúnmente utilizadas son la hoja, corteza y raíz, siguiendo este orden por orden de frecuencia, como demuestran los estudios de Gronhaug en las regiones de Siby y Dioiola de Mali: hoja (37,7%), corteza (18,6%) y raíz (10,7%), y los estudios de Togola en la misma región: hojas 856,3%), raíz (30,0%). También es habitual mezclar diferentes componentes del árbol<sup>30</sup>

Las formas de aplicación son, generalmente en forma líquida, ya sea bebida o utilizada para lavarse (58,1%), seguida de la forma de polvo mezclado con agua, pasta que se aplica sobre la zona a tratar (28,4%) y finalmente, quemado (1,4%), fumado o en vahos. Las dosis dependen de la edad, sexo del individuo y gravedad del trastorno pero la norma está en las tres dosis diarias.

En lo que respecta a los *setter bone*, dominan dos posologías:

### 1. Vía oral

Una gran variedad de árboles son utilizados, mezclados con agua que a menudo se deja reposar por varias semanas y que en la mayoría de casos, constituyen además soporte de palabras del Corán proferidas en secreto.

---

29

. Boffa, 1999

30

. Grønhaug, 2008

## 2. Vía tópica

Hojas machacadas o pulverizadas, cortezas, especialmente de eucalipto y hojas de limón.

Según algunos de mis informantes en Gambia:

- Los fulas usan la corteza del árbol para calmar el dolor
  - Los mandingas usan palabras sagradas que escupen + raíces
  - Los wolof usan las hojas de los árboles
  - Los sarahules usan palabras sagradas
- 

Esta clasificación, por lo que he podido comprobar durante mi trabajo, no responde a la realidad, que ha mostrado que prácticamente todos los profesionales, independientemente de su etnia y especialidad, utilizan todas las herramientas mencionadas.

Veamos qué uso se hace de algunos elementos vegetales comunes:

### **Eucalipto**

Sus hojas, en infusión o en forma de aceite son comúnmente utilizadas para el tratamiento de afecciones respiratorias como el asma o la bronquitis (Hansen, 1984), pero también se ha descrito su efecto beneficioso en el tratamiento de dolores articulares y las cefaleas tensionales (Gobel, 1995), aún que este uso carece de evidencia científica.

### **Zumo de limón**

Al limón (*Cymbopogon citratus*) se le atribuyen varias propiedades terapéuticas, como agente antibacteriano, antidiarréico, antifilariásico, antifúngico y antiinflamatorio; otros efectos estudiados son el antimalárico, antimutagénico, antimicótico, antioxidante e hipoglicémico (Abegaz, 1983).

### **Tallo de bambú**

.Para llevar a cabo la inmovilización del segmento óseo fracturado o la articulación luxada utilizan palos planos, generalmente extraídos del bambú, de más idoneidad por su estructura plana pero también en algún caso, de otros árboles, como el baobab, atados con cuerdas y envueltos en telas comunes a modo de vendaje

**Calabaza**, *karankame (sarahule)*,

Instrumento utilizado exclusivamente por los *setter bones* de etnia sarahule de Gambia, llamados también Tambadou, como ya se indicó anteriormente, para la realización de masajes, generalmente utilizando como lubricante manteca de Karité mezclada en algunos casos con los productos mencionados.

**Mirra** (*Myrrhis odorata*).

Sólo he observado el uso de este producto entre los terapeutas de etnia djola de Senegal, mezclado con otros productos, como medio lubricante en la realización del masaje terapéutico.

Es conocida su utilidad desde la antigüedad, ya en la civilización egipcia, en forma de incienso, perfume o aceite.

Se le atribuyen efectos astringentes, tónicos, estimulantes y expectorantes y se ha descrito su uso, administrado por vía oral, en el tratamiento de diversos problemas respiratorios, buco-dentales, digestivos y ginecológicos y por vía tópica, para combatir las infecciones cutáneas.

### 7.3.2. Uso de los árboles en Gambia

Sólo en Gambia se estima la existencia de unas 500.000 especies diferentes de plantas, de las cuales un 10% son utilizadas en medicina tradicional<sup>31</sup>. Durante el trabajo de campo en Gambia y Mali he podido constatar que el uso terapéutico de las plantas es un fenómeno generalizado, concretamente de los productos extraídos de los árboles, grandes protagonistas de la medicina doméstica como de la administrada por profesionales especializados, los terapeutas tradicionales, pero también en medicina islámica, dado que los *marabouts* utilizan, en su tarea, gran cantidad de árboles.

En Gambia, durante mi primera estancia en Baja Kunda, he tenido la gran suerte de contar con una persona próxima, gran conocedora de los secretos terapéuticos de los árboles. La forma en que le fue transmitido este conocimiento fue el oral, por parte de un *marabout* amigo: toda la información a este respecto me fue traspasada con la condición de no hacer difusión en la región dado que se trata de un secreto muy bien guardado por los terapeutas, por que supone un importante negocio,

---

31

. Sainey, 2009



incluso me atrevería a calificarlo de patrimonio familiar, ya que la transferencia de conocimiento se da por esta vía.

Mi informador, Dawda Sankareh, me llevó a conocer diferentes árboles que crecen en los alrededores de Baja Kunda, población rural donde realicé mi primer trabajo de campo en el año 2012, tomamos muestras y me explicó en qué problemas de salud se utilizaban, qué parte del árbol, manera en que se procesaba y posología. Estos árboles, un total de 24, son los que aparecen en este trabajo nombrados en sarahule; de algunos de ellos he podido contrastar el uso descrito por Adriana Kaplan Marcusán<sup>32</sup> en la región de Senegambia, por parte de los ancianos Sankung Jatta y Buna, mandinga el primero y sarahule el segundo: es el caso del *Bisako* o *Sinya*, el *Kolungo* o *Kore* y el *Neem* o *Kasé*, de los cuales trataré más adelante.

Durante mi estancia en Kowonku, poblado a unos veinte kilómetros de Baja Kunda, me proporcionaron una colección de fichas de etnobotánica elaboradas por el profesor de una de las escuelas coránicas del poblado: estas fichas aportaban el nombre en inglés, mandinga, djola y wolof de dieciséis árboles utilizados con fines terapéuticos, su descripción, utilidad curativa y modo de empleo. De estos árboles sólo se hallan reflejados en este trabajo los que son utilizados en Baja Kunda y alrededores, algunos de ellos aparecen en mandinga como en el documento original, dado que mis informantes desconocían el nombre en sarahule. Más tarde, durante los años que siguieron, los setter bone entrevistados me facilitaron información sobre numerosos árboles que empleaban en sus terapias. Finalmente, durante mis estancias en Mali, entre el año 2015 y 2016, tuve la oportunidad de acompañar a Moussa Niaré en varias ocasiones al bosque, a las afueras de Bamako, para recoger las plantas que toda la familia utiliza en las terapias.

A continuación expondré algunos de los árboles utilizados en Gambia y Mali con fines terapéuticos:

### **Karité (*Xi Tulu*, Bamb. *Butyrospermum Parkii*)**

La manteca de Karité se extrae del *Butyrospermum Parkii*, árbol de la sabana que crece en el centro y el oeste de África, en países como Nigeria, Senegal, Mali, Gambia o Burkina Faso.

El fruto de este árbol, de aspecto semejante a una almendra, de naturaleza extraordinariamente grasa, al manipularlo se convierte en una masa amarillenta: la manteca de Karité que podemos encontrar en los mercados de esta región de África, dentro de grandes recipientes y que es vendida a granel. También se exporta a Occidente para la elaboración de cosméticos.

Esta manteca está compuesta de ácido palmítico (2-6%), ácido esteárico (15-20%), ácido oleico (50-70%) y una fracción insaponificable que le confiere gran capacidad hidratante y moliente;

---

<sup>32</sup>

. Marcusán, 1998

contiene antioxidantes como los tocoferoles (Vitamina E) y catequizas. También contiene otros compuestos específicos como alcoholes triterpénicos, cuya propiedad es reducir la inflamación, ésteres de ácidos cinámicos, que tienen una capacidad limitada de absorber radiación ultravioleta (UV), y lupeol, que impide los efectos del envejecimiento de la piel inhibiendo enzimas que degradan las proteínas cutáneas. La manteca de Karité también protege la piel estimulando la producción de proteínas estructurales por células dérmicas especializadas. Se conoce sobre todo a esta grasa por sus propiedades hidratantes por lo que es utilizada en la composición de numerosos preparados de la industria cosmética.

(<http://www.inkanat.com/es/cosmeticanatural/manteca-karite.html>)

## Los árboles

### Árboles en sarahule:

#### **WANKARE** (*Cordyla pinnata.*)

Este árbol florece entre febrero y marzo, sus flores forman ramos en el extremo de las ramas. Los frutos pasan del color verde al amarillo cuando están maduros. El árbol alcanza de 6 a 7 metros de altura y su corteza se fisura, apareciendo líneas negras. La corteza, hervida en agua, se usa para el dolor estomacal o para eliminar parásitos intestinales. Las raíces y frutos, hervidos ayudan a calmar los dolores torácicos. El zumo de sus frutos también se utiliza como estrategia de subsistencia al final de la época de lluvias en que hay precariedad alimenticia

#### **YAHĚ MISĚ.** (*Piliostigma Thonningii.*)

Esta planta es muy grande, cubierta de terciopelo con numerosas semillas. Las primeras hojas se producen entre Abril y Mayo. Sus flores se usan en infusión o fumadas para tratar la tos. El jugo de la parte interna de la corteza se aplica presionando contra las heridas. Los extractos de todas las partes de esta planta, separada o conjuntamente, se utilizan en la industria farmacéutica, hallándose patentada en la Oficina Española de Patentes y Marcas los elaborados obtenidos a partir de los citados extractos mezclados con acetona o alcoholes alifáticos de bajo peso molecular, puros o diluidos con agua y sometidos a un complejo proceso de eliminación del disolvente, filtración o centrifugación, cromatografía, concentración, evaporación, etc.... Con el producto resultante, a distintas concentraciones y dosis, se ha descrito el tratamiento de enfermedades como el Herpes, inmunodeficiencia adquirida relacionada con el VIH, estados gripales y resfriados, dado su demostrado efecto antiviral.(Carpintero, 1996)

### **SENO:**

Árbol trepador, fornido y fibroso, de flores blancas y frutos rojos en racimo. Se mojan las hojas en agua durante algún tiempo y se da a beber a los niños o se usa a modo de enjuagues para deshacerse de enfermedades como “*Fonyo Kuurango*”, también se bebe frío para combatir dolencias provocadas por *djinnas*. El agua de las hojas remojadas o la raíz hervida se beben para tratar el dolor estomacal o torácico. Las hojas secas y machacadas se aplican en las heridas para prevenir infecciones bacterianas

**SABALI:** (*Cassia Sieberiana*.)

Sus flores son muy llamativas, el fruto muy alargado, erguido, estas vainas cuelgan del árbol incluso en la estación seca. Cada hoja mide aproximadamente 6 cm de largo por 4 de ancho, cubierta de cera brillante la cara superior y muy suave en ambas caras. Las hojas tiernas se hierven en agua y se beben para mejorar la fatiga después de trabajo energético. Tomar el vapor resultante de hervir las hojas bajo una manta mejora el dolor corporal y la fiebre consecuencia de la malaria. El agua resultante de hervir la raíz, bebida, alivia el dolor estomacal y la lumbalgia.

Las hojas machacadas se dejan dos días a la sombra y el polvo resultante se mezcla con agua, constituyendo una papilla que se ofrece a los niños lactantes para que decrezca el deseo de mamar y así acortar el periodo de lactancia. Se ha estudiado el efecto en el tratamiento en Bolivia de enfermedades parasitarias como la malaria, leishmaniasis o el mal de Chagas, endémicas en este país, de las hojas y raíces de dos especies de la misma familia de la *Cassia Siberiana*: la *Cassia Occidentalis* y la *Cassia Alata*. También existen diferentes estudios que apoyan la actividad antibacteriana, antifúngica y antiplasmódica de los extractos etanólicos, metanólicos y acuosos de estos árboles. Por otro lado, existen estudios acerca de las propiedades antioxidantes y el efecto citoprotectivo para la mucosa gástrica, de los extractos de corteza y raíz de *Cassia siberiana*, que son considerados como agentes anti- ulcerogénicos y por tanto, útiles en el tratamiento de las úlceras gástricas<sup>33</sup>

**SENE.**

Se toma la infusión de las hojas una vez al día durante un mes para conseguir la fertilidad en la mujer

**TAHI:** (*Cumbretum glutinosum*)

---

33

. Espinoza, 2009

Este arbusto florece en Febrero y Marzo, sus flores miden entre 8 y 10 cm y la hoja entre 4 y 5 cm de largo, 2,5 cm. de ancho y son dulces. El fruto es amarillo dorado. Este arbusto, que puede llegar a medir 10 m de alto aun que normalmente de presenta en su forma arbustiva en Baja Kunda, crece en la sabana, en terrenos de secano y frecuentemente, donde se ha llevado a cabo el procedimiento de tala y quema. Las hojas se hierven con agua que después es ingerida para aliviar la tos y la constipación: éste es el uso terapéutico más común en Gambia y Nigeria, no obstante, en Senegal es apreciado para el tratamiento de trastornos gastrointestinales y respiratorios y en Costa de Marfil tienen mayor fama como baño para el tratamiento de la fatiga. Las hojas también se pueden machacar y mezclar con agua, una vez filtrada esta mixtura, se bebe caliente para tratar el resfriado, la constipación y la fatiga muscular. Otras propiedades de estas hojas son las diuréticas, depurativas y antitérmicas. Con este fin se elabora una infusión con un litro de agua por cada cinco hojas. Los brotes de *tahi*, apilados, mezclados y hervidos con mijo se utilizan, una vez fría la infusión, en el tratamiento de la disentería. Las hojas verdes, machacadas, se aplican sobre las heridas. Pero el uso más remarcable de esta planta, no sólo en Baja Kunda, si no en gran parte de África Negra, es el de sus pequeños tallos, que las gentes cortan en una medida aproximada de 10-15 cm. y los utilizan para realizar la higiene dental en cualquier momento del día. Por otra parte, se trata de una planta muy apreciada por sus efectos terapéuticos, como demuestra su nombre en lengua Sérère “*Yahe*” que significa “madre de los medicamentos”. Está descrito el uso de las hojas con fines terapéuticos en una amplia área que comprende desde el Sahel, hasta Sudan o Senegal, en el tratamiento de afecciones hético-biliares, urinarias, en caso de edema linfático, hipertensión arterial, tos, paludismo, bronquitis, anemia, migraña, hematomas y reuma, Las hojas tiernas en decocción son útiles en trastornos gastrointestinales, procesos febriles infantiles y tos, Por otra parte, las ramas terminales hervidas se utilizan en el tratamiento de la ictericia, conjuntivitis y proteinuria. Las hojas pulverizadas y maceradas durante 24 horas, sazonadas con sal de piedra, tomadas por vía oral, sirven para tratar la fiebre biliar hemoglobinúrica. Las hojas machacadas y mezcladas con saliva sirven para mejorar los síntomas de la amebiasis disintérica. También resulta útil tomar, bebida y en baño, la infusión de hojas de *tahi* por parte de las mujeres embarazadas con antecedentes de abortos repetidos.

En el campo de la ceremonia también se halla presente: las hojas secas se utilizan para detener la hemorragia, complicación de la circuncisión, práctica extendida en amplias regiones de África<sup>34</sup>.

**SIÑANKORË.** *Kemboo* (mandinga) (*Prosopis Africana*)

---

34

. Vautier, 2007

Crece en medio de la sabana, alcanzando los 20 m de altura. Florece a mediados de Mayo. Cada flor tiene pétalos verdes de alrededor 3 mm de largo. El fruto es de color marrón brillante y la vaina leñosa, que contiene semillas sueltas. Las hojas tienen forma elíptica y alargada, convirtiéndose en más pequeñas hacia la base del árbol. El polvo resultante de la corteza machacada se mezcla con agua y se usa para realizar enjuagues de boca y tratar así las aftas bucales. También se usan las hojas hervidas para fortalecer y sanar las encías.

**NAHAJUCHUSERÖ:** *Kube Jarro* (mandinga), (*Datura Suaveolens*.)

Este arbusto pequeño, de un metro o un metro y medio de altura, crece en los bosques, próximo a los ríos. Florece entre Mayo y Junio. Flores aisladas y alargadas nacen en el extremo de las ramas. El fruto es redondo, con cuatro lóbulos de alrededor de 2 cm de diámetro. Esta planta, en pequeñas cantidades, se utiliza con fines culinarios y en grandes cantidades se usa para tratar los efectos de las alucinaciones.

**BASSI.**

Se hierve la corteza con agua y se bebe la infusión resultante 3 ó 4 veces el día para mejorar los estados anémicos o de “falta de sangre” que dicen aquí.

**KASSË:** (*Cassia Occidentalis*.)

Se hace una infusión con la corteza, las hojas verdes, amargas y agua caliente: es terapéutico para la malaria pero se debe tomar la precaución de tomarlo en pequeñas cantidades, dado que posee mucha fuerza y puede ser dañino, a los niños se les administra con miel, para enmascarar su sabor amargo (*kakaché* en sarahule)

**TUMBË** (*Tamarindus Índica*).

Se realiza una infusión con la corteza y agua caliente, se recomienda beber medio vaso tres veces al día: al cabo de tres días desaparecerá la sensación de mareo.

**JOMBÁ** (*Vernonia Colorata*).

Los *marabouts* utilizan sus hojas en para hacer desaparecer forúnculos y abscesos.

## **YALA**

Se realiza una infusión con su corteza nudosa que tiene efectos abortivos. En los alrededores de Baja kunda actualmente escasea este árbol otrora abundante, según los lugareños, por el excesivo uso de su corteza con los fines descritos, que ha acabado con la vida de muchos ejemplares (de esta argumentación, proveniente de varios habitantes de Baja Kunda y los pueblos vecinos, que nos desalentaban en la búsqueda, se desprende cierto peso moral.)

## **KORĚ** (*Prosopis Africana*).

La infusión elaborada con su corteza y agua caliente se utiliza para hacer enjuagues y así aliviar el dolor de muelas. Los mandingas, que llaman a este árbol *Kulingo*, realizan baños de vapor, bajo una manta, en la cara, con el mismo fin.

## **WANLILEMFARASA.**

La infusión preparada con su corteza se utiliza para acelerar la caída de muelas dolorosas.

## **SINYA:** (*Bisako* en mandinga: *Cassia Siberiana*)

Con su raíz, miel y agua se prepara una infusión que alivia el dolor abdominal, también se puede cocinar, con el mismo fin, con aceite de palma, pollo y maíz molido.

## **TRIBA** (*Cochlospermum Tinctorium*).

Las hojas se machacan hasta conseguir un polvo que se espolvorea sobre las comidas y la bebida con el fin de mejorar los problemas hepáticos. Cuentan en Baja Kunda que se utiliza cuando una persona padece la enfermedad llamada *Chainabó*, caracterizada por cambiar la coloración de los ojos, que se muestran amarillos, así como la orina. Esta afección es más frecuente en varones. Cuentan que si una persona afecta de esta enfermedad acude al hospital, allí la tratan con una inyección que causa la muerte después de sufrir insoportables dolores nocturnos y problemas circulatorios. Sin embargo, el cuadro remite si se tata con el producto resultante de la raíz de la *Triba*, secada al sol, pulverizada y mezclada con agua.

## **UÑANGE AZOKĚ.**

Los *támbadou* preparan una masa con sus hojas y agua, producto que utilizan para realizar masaje palmo digital, para que vuelva la sangre al hombro dolorido.

## **BAGÁ.**

La corteza en infusión es útil para ayudar a eliminar los loquios después del parto. Sus hojas machacadas y mezcladas con agua son útiles para vencer el estreñimiento.

## **ITIKAKACHÉ:**

Sus hojas, hervidas con agua caliente, se utilizan para ducharse con el fin de mejorar el dolor corporal consecuencia de contusiones o resultado del estrés.

## **KULUKULU (*Kola nítida*).**

La corteza hervida con agua se utiliza como antiséptico cutáneo y para aliviar las ampollas.

## **ARJANA TURÖ.**

Este árbol, prácticamente ha desaparecido, como ocurre con otros de los cuales se hace uso profuso de la corteza. Su corteza se utiliza con muchas finalidades, entre otras, para incrementar la leche en la madre durante la etapa de lactancia.

## **TAMARE.**

Árbol de uso doméstico. Lo administran como purgante las mujeres mayores.

## **Árboles en mandinga:**

### **- TUBAB TABO: (*Jatropha Curcas*)**

Florece entre junio y julio, con las primeras lluvias. Sus frutos, de unos 2 cm de largo, se usan para mejorar el estreñimiento. Su jugo es antiséptico

### **KANKANANGO o MAMAKUNKOYO. (*Guiera Senegalensis*)**

Este arbusto de 1,5 metros de alto aproximadamente florece a mediados de enero; sus flores, amarillas, tienen cabezas densas y globosas de 1 cm de diámetro. El fruto tiene cuatro nervaduras de 3 ó 4 cm de largo y está cubierto con vello denso, sedoso y blanco. Las hojas, suaves, de un color verde grisáceo, miden alrededor de 6 cm de largo por 3,5 de ancho.

Las hojas se hierven y se beben en infusión azucarada para aliviar la tos, dolor torácico y estomacal. También se usan para tratar la fiebre amarilla y la pleuresía, así como para las enfermedades venéreas

**JUTO:** (*Securidaca Longipenduncialata*).

Florece durante los meses de Junio y Julio. El fruto es alargado, con un ala membranosa. Las hojas miden 5 cm de largo por 1,3 cm de ancho. Las raíces, cuando son excavadas, tienen un olor acre. Se hierven las hojas y se bebe cuando se padece mordida de serpiente: ayuda a neutralizar llos efectos del veneno. Remojar las raíces y beber el agua resultante ayuda a combatir la fatiga después de largas horas de trabajo. Las raíces trituradas y esparcidas, especialmente en las letrinas, ayudan a evitar las serpientes.

**MACHICHARO:** (*Lophira Lanceolata*), Roble Rojo.

Esta planta florece en la estación seca, entre Enero y Marzo. Puede alcanzar 14 metros de altura, su tronco es nudoso. Beber y lavarse con el agua resultante de hervir sus hojas alivia los dolores durante el trabajo de parto.

**JALA:** (*Khaya Senegalensis*).

Este árbol produce flores de color crema o blanco. El fruto tiene forma redondeada, de piel leñosa en forma de cápsula que se abre, mostrando las semillas, cuando está maduro en el árbol. Las hojas miden unos 10 cm de largo y 4,5 de ancho. Este árbol puede alcanzar los 30 metros de altura, crece en amplias áreas pero es más frecuente en los alrededores de los ríos. La corteza se machaca con agua y el líquido resultante se toma para bajar la fiebre: las raíces y la corteza son buenas para curar el dolor de estómago y las erupciones de la piel.

### **7.3.3. Fitoterapia en Mali**

En este apartado relataré algunos de los viajes dominicales realizados con el traumatólogo tradicional de Bankoni (Bamako), Moussa Niaré, sin entrar en gran detalle en las características botánicas y terapéuticas de los productos vegetales recogidos, de los cuales podemos encontrar una amplia descripción en la excelente obra *Pharmacopée Africaine. Dictionnaire et Monographies*



*Multilingues du Potentiel Medical des Plantes Africaines. Afrique de l'Ouest*, realizado por Raphael D. Eklu-Natey y Annie Ballet con la colaboración de estudiosos de Benin, Costa de Marfil, Burkina Faso, Mali, Togo y Senegal, uno de estos coautores es el Dr Drissa Diallo, director del Departamento de Medicina Tradicional perteneciente al Instituto National de Recherche en Santé Publique y mi tutor durante el trabajo de campo llevado a cabo en Mali.

### **7.3.3.1. En brousse avec Moussa Niaré,**

**Bulabougou, Konobougou, Djalibougou**

**31 de enero del 2016**

Aun está amaneciendo cuando me presento, como habíamos quedado, en casa de Niaré. Voy a acompañarle por primera vez a su visita semanal al bosque para buscar plantas terapéuticas.

Cuando llego a su casa, la hija mayor, Kady (Kadiyatou) me invita a entrar en el pequeño salón, espacio privado de la pareja y sus hijos, junto con la habitación, dentro del domicilio o *kompao* que comparte toda la familia. Antes de marchar, Niaré pide a su mujer que le acerque un hornillo de carbón encendido, de esos donde suelen quemar el *thiouraye (wolof)* o *wusulan (bambara)*, en esta ocasión está quemando una planta de flores blancas, el hombre se sitúa sobre el artefacto recibiendo en todo su cuerpo el humo desprendido: se trata de un ritual para conseguir aquello que busca en su viaje de hoy, según me explica más tarde.

Moussa viaja cada domingo al bosque situado a unos 9 km de Katy, girando a la izquierda y dejando la carretera que lleva a Kayes. Esta salida periódica constituye una misión imprescindible, puesto que la gran mayoría de productos vegetales que utiliza la familia en sus terapias provienen de allí, por el alto precio y baja calidad de los productos en el mercado de fitoterapia del Nouveau Marché, según el terapeuta, pero también se ha ido convirtiendo en la fiesta particular de este hombre: a la recogida de plantas se acompaña todo un ritual personal, parar en el mercado de Katy, junto a la tiendecita de cosmética de Mme. Djarré, el pequeño puestecito donde compramos carne con cebolla, pescado, plátano y patatas fritas, bebidas en un colmado próximo, para almorzar, disfrutando de la paz del lugar, con Drahaman Diarra, el *marabout* amigo de Niaré que guarda la torre de telefonía, en medio del bosque que se halla entre Doubabougou y Konobougou.

Después de transitar por caminos bastante devastados por las lluvias, pasamos por una aldea,

construcciones de adobe, una pequeña mezquita al estilo de la de Djenné, con las características vigas sobresaliendo de la fachada de barro. Un inmenso campo de mango, tierras cultivadas, finalmente llegamos a la torre de telefonía y mientras esperamos la llegada de Drahaman, empezamos con la colecta:

- **Bum bum**: la primera corteza, extrañamente espinosa, se deshecha y se recoge la segunda, más tierna y lisa, que, secada al sol y pulverizada en el mortero, se utilizará para luchar contra la carencia de líquido espermático, mezclado con los polvos de mandioca.

- **Bàro** (*Sarcocephalus latifolius* = *Nauclea latifolia* / (*rubi*) mezclado con cacahuete se utiliza, ingerido, para los problemas del embarazo.

- **Tulú** : el árbol del Karité (Xi tulú): la manteca tiene múltiples usos, desde terapéuticos, cosméticos hasta culinarios, recogemos las pequeñas flores que se emplean para tratar los problemas estomacales.

- **Kañá koró** (*kèpekòro* *Sterculia setigera* (*ster*)<sup>37</sup>): las cáscaras del fruto de este árbol, pulverizadas, se utilizan para curar las heridas, y en el caso de heridas persistentes por largo tiempo (atribuidas a *sorcellerie*), se mezcla con los fragmentos óseos, también pulverizados, que se pueden encontrar incrustados en los muros de adobe: se quema todo en una lata al fuego, resultando el polvo negro que se aplica sobre estas heridas.

Me explica Moussa que las plantas sólo se pueden recoger en jueves o domingo y sobretodo nunca en martes o miércoles.

## 6 de marzo del 2016

Quedamos a las 6:30 h, hoy iremos a la montaña vestidos de etiqueta porque primero pasaremos por la boda de un amigo suyo que se casa hoy con su segunda mujer: cuando llegamos está el novio y otros compañeros de trabajo, conductores como él, de hecho Moussa también lo era hasta que cuando contaba unos 50 años de edad le pareció que ya era mayor para conducir y su padre le aconsejó que lo dejara y se pusiera frente al negocio familiar de traumatología tradicional. Comemos con la primera esposa del novio y otras mujeres mientras el novio parte, conduciendo su

---

37

. Tourneux, 2013

sotrama hasta Bamako, en busca de la novia.

Más tarde, en casa de Modibo, el *soma* amigo de Niaré, damos una vuelta alrededor buscando esos huesecillos que a veces se hallan incrustados en las paredes de adobe y encontramos algunos. Enseguida llevamos la moto junto a la torre de control donde trabaja Drahaman y empezamos a buscar plantas:

- **N'Pekú macho**, (*npèkùba Lannea microcarpa (anac vrai raisinier npèkùbàṅɛɲɛ, Lannea velutina (anac) raisinier velu npèkùgɛlɛn [gw], Lannea acida (anac), raisinier acide npèkùnìngɛlɛn )*)

La corteza expuesta al sol (quizás exista una razón ecológica, para que no se pudra y sane de forma óptima la herida en la corteza del árbol) y sin cortar la propia sombra con el cuchillo que usa a modo de machete, porque de hacerlo así, se podría contraer alguna de las enfermedades que se tratan con este árbol (posible relación con el *dya*. religión Bambara). Se usa para tratar las afecciones de nervios, mezclado con agua y aplicado en forma de masaje.

También cogemos los ramilletes de flores secas y negras: el polvo resultante se utiliza para combatir la *sorcellerie*.

- **Kalakarí** (*Hymenocardia acida, Euphorbiaceae*): la leche que sueltan las hojas al cortarlas, se administra a los niños pequeños que no pueden dormir por la noche a causa de la dispepsia.

- **Kumkum bara** (*Jacquemonia tamnifolia*): cuando el paciente tiene una enfermedad que en el hospital no saben diagnosticar, se hierben las hojas, se beben y entonces se revela de qué enfermedad se trata.

- Hojas de **Koukení** para las infecciones dentarias.

- **Fali foró** : esta planta, de difícil categorización y aspecto de glande, cuando el miembro viril es de pequeño tamaño, se usa para hacerlo crecer.

- **Hojas de bàro** (*Sarcocephalus latifolius = Nauclea latifolia / (rubi)*<sup>35</sup>): tres ramilletes para los hombres y cuatro para las mujeres: cogemos tres (cosmología Bambara, aun que Niaré dice que se utilizan siete árboles, o bien tres para tratar a los hombres y cuatro a las mujeres, por que Allah lo dice así, ciertamente, en la numerología islámica también se utilizan estas cifras, se trata de un ejemplo de sincretismo). Se utilizan para la debilidad sexual y fatiga generalizada.

---

35

. Tourneux, 2013

- **Corteza de Bum bum:** (bumu *Bombax costatum* (bomb) kapokier rouge/bunbun/ ) para el versage (esperma), la flor es roja pero ahora ya la ha perdido, la corteza es muy rugosa. También considerado soporte y protección contra los malos espíritus y árbol tótem de ciertos Diarra..

- **Corteza de N'Pekú hembra** (muy roja) para combatir la anemia: eficacia mediada por magia simpática o propiedades ferruginosas

- **Kongé** (ḡḡnjε *Breonadia salicina* = *Adina microcephala* (rubi)) : según Moussa, se trata del primer árbol del mundo, en contra de uno de los mitos en los que se basa la cosmogonía bambara, que relata cómo el dios Pemba pidió a Mouso Koroni que le plantara en la tierra, materializando su masculinidad en forma de un árbol llamado *Balanza* (*Faidherbia albida*), el primer árbol del mundo.

Sólo son útiles los tallos de *Kongé* que quedan seccionados al primer golpe de machete, los otros se desechan (podría haber, detrás de este procedimiento, una razón química, relacionada con la distribución de los componentes de la planta, o bien ecológica, dado que la sección limpia provoca menor daño en el resto de la planta que sigue con vida.)

- **Ponponpogoló** (nponponpògòlon *Calotropis procera* (ascl) roustonnier): las hojas se utilizan, en infusión y mediante baño, para curar las ampollas de la piel. Las raíces pulverizadas junto con sal gema, para la constipación.

- **Fruto del Ntomí** (ntomi *Tamarindus indica* (césa) tamarinier) (sabor similar al tamarindo) bebido en zumo.

- **Tongué** (ntɔnkε *Ximenia americana* (olac) prunellier chimène) : se comen las hojas.

- **Néré** (nèrε *Parkia biglobosa* (mimo) nèrè de Gambie)<sup>36</sup>: se bebe la infusión resultante de la piel hervida para tratar el paludismo amarillo, caracterizado por presentar los pacientes ojos amarillos.

---

36

. Tourneux, 2013

**4 de diciembre del 2016.**

Hoy otra vez me he levantado bien temprano, aun era cerrada noche cuando he tomado un taxi y me he dirigido, cruzando una ciudad que se desperezaba aun soñolienta.

El ritual del Lipton, la botas, éstas se las dio un soldado al cual curó, el resto del uniforme, él a su vez se lo regaló a Modibo, el *soma*.

Paramos en Katy, el puestecillo de siempre, la mamadme, que según dice Moussa, siempre pregunta por mí, no acaba de llegar. Cuando finalmente aparece, él le dice qué queremos que nos prepare de comer y le paga, entonces partimos a visitar al joven que se cayó en un hoyo mientras trabajaba en la mina de oro y se rompió tibia, peroné y fémur. Tardó varios meses en acudir a Niaré, realizando tratamiento *en brousse* (se trata de un argumento tan frecuente por parte de Niaré a la hora de explicar la tardanza en acudir a tratamiento por parte de los pacientes, que ya estoy dudando de si siempre es así o bien se trata de una muletilla a modo de argumento deslegitimante de otros traditerapeutas).

Cuando llegamos a la casa nos recibe su padre, un maestro mauritano jubilado, Salif Sibih, y las mujeres de la casa. Luego Moussa realiza tratamiento al muchacho cuyo muslo traduce perfectamente la anatomía exacta del fémur, piel y huesos, ha perdido absolutamente toda la masa muscular, carece totalmente de glúteo, de cuádriceps, de isquiotibiales....

Después compartimos unos minutos con la familia y se establece una interesante conversación, el padre insiste en que todo lo que me está enseñando Niaré se lo tengo que enseñar a mi vez, a mi hijo. También me hace preguntas muy lógicas, como si tengo la intención de ejercer esas prácticas en España, si la gente aceptaría, creería y me permitiría hacerlo, a lo cual yo he insistido en que mi objetivo no es llevar a cabo esas técnicas, sino que me interesa el conocimiento en si mismo y mostrar en mi tierra la validez de estas técnicas ancestrales, explicándolo en el lenguaje que sabemos entender los occidentales, el científico.

Este hombre ha finalizado la conversación con la frase: “ *Il faut froter ton cerveil contre le cerveil d'otroi*”. Interesante..

Volvemos al puestecito de comida donde ya nos tienen preparada una bolsa con el jugoso guiso de ternera, pescado, patata y plátano, compramos pan y bebidas de ginseng para los tres hombres y dulce *bisap* para mí, por que Moussa insiste en que la primera bebida es para los hombres, que les da fuerza y que a las mujeres no les gusta, aun que a mí sí...

Abandonamos Katy y retomamos el mismo camino que meses atrás entre mangos, casas de adobe y huertos. Vamos ascendiendo a la montaña, pasamos por Konobougou, cerca de Bulabougou, donde vive Modibo Kuyaté, descendiente de *griots* como su apellido indica, hijo de un gran *feticheur* brujo (Moussa asegura que podía volar, como podía escupir a un hacha y lanzarla, matando sin desatino, a un león o desaparecer y llegar a Katy antes que él en moto). Modibo, como ya dije, es *feticheur*, *soma*. Vamos a su casa donde me pide que le haga fotos con su mujer, una casa sencilla hasta el extremo, bella en su monotonía de adobe cobrizo.

Luego nos dirigimos a la torre donde Drahaman, el *marabout*, ya espera. Cuando estamos acabando el desayuno se une a nosotros otro gran *marabout*, según la apreciación de Moussa, un hombre ya anciano que ha recorrido muchos países africanos, dice que él ha aprendido mucho, que “*Dans la vie il faut cozier avec trois personnes, avex les vieux, les voyageurs et les conneseurs*”, frase dorada que pone broche al rico desayuno.

Nos vamos Moussa, Modibo y yo al bosque a buscar las plantas que necesita el traumatólogo tradicional para sus terapias, esta vez no recogeremos *N'Pékou*, dice que tiene mucho en casa. Esta vez recogemos:

- **Niama (*Piliostigma thonninghi*, *Caesalpiniaceae*)** masculino y *nñama* femenino, se mezclan y se preparan tres ramos para los hombres y cuatro para las mujeres, se utiliza para la fatiga generalizada.

- **Sùnsun ( *Diospyros mespiliformis* (ébén) kaki de brousse)** se utiliza, hervido y mezclado con otras hierbas, cuando alguien no hace más que llorar y ve cosas que nadie ve (presumo que hace referencia a problemas de salud mental, tales como la depresión).

- **Cǎngèrɛ kuru, (cǎngèrɛ cf svt**

**càngèrɛ̀bilen [gw/bl] Combretum glutinosum (comb) kinkeliba coriace**  
**càngèrɛ̀jɛ [gw] C. collinum geitonophyllum** para la impotencia masculina, se utiliza hervido.

- **Mǎnkàna ( *Loeseneriella africana* (céla)),** útil para el dolor de estómago.

- **Kalakarí (*Hymenocardia acida*, *Euphorbiaceae*)** ya habíamos cogido otro día, tres ramilletes para los hombres y cuatro para las mujeres.

Con todo nuestro cargamento nos acercamos a una casa vecina a la de Modibo, se trata de un amigo

suyo, *marabout*, que según Moussa “*c'est très puissant*”. Le pido que me haga adivinación, entonces me pide que escupa mi pregunta sobre un papel donde ha puesto un puñado de la arena del suelo situado a su derecha, la que utiliza para realizar geomancia con su mano derecha, y el billete de 1000 FC con el que le pago su servicio:

Pregunto, para mis adentros y sin proferir palabra alguna, por el ámbito laboral, después de realizar varios signos y interpretarlos por grupo, le hace preguntas a Niaré, que a su vez me traduce del bambara al francés. Finalmente sentencia que si mato un cordero y lo reparto con la gente, cocinado con salsa dómoda, encontraré lo que busco. También me dice que tendré una vida muy larga. Lo más sorprendente es que sin yo haberle dicho el motivo ni ámbito de mi pregunta, ha ido directo al ámbito laboral.

Luego, tras despedirnos de Modibo que se va a Katy, a la ceremonia sacrificial que realizan los musulmanes 45 días después de una muerte, en este caso se trata de la muerte de su hermano.

De nuevo en la torre con Drahaman y el otro *marabout*, Moussa les pide que me hagan otra adivinación: el *marabout* anciano me pide que escupa en la punta del bolígrafo, con el cual trazará los gráficos, figuras y casas geománticas, mi pregunta: después de seguir todo el procedimiento habitual en la geomancia clásica, comenta con Drahaman, que acaba de interpretar el resultado obtenido: él no sabe qué he preguntado, pero contesta firme que encontraré a alguien o algo antiguo mío y me dará la respuesta, que lo que tengo que hacer será duro al principio pero después será fácil y todo irá bien. Él también me asegura que viviré muchos años y mi hijo también.

### **7.3.4. Productos animales.**

Probablemente el producto de origen animal que disfruta de mayor protagonismo en el ritual mágico y terapéutico, es la sangre. Su uso mágico fue expuesto en el capítulo tercero de este trabajo.

A continuación veremos cómo los traditerapeutas no sólo utilizan plantas, sino que también emplean productos de origen animal tales como huesos, piel o sangre: hemos mostrado cómo en las religiones de origen mandé, la noción de “fuerza vital” o “doble” como es el caso de la bambara, se

encuentra no únicamente en los hombres, sino que participan de ella tanto animales y vegetales como objetos inanimados: bien, a esta “fuerza” se atribuyen poderes terapéuticos<sup>38</sup>

Numerosos trabajos ilustran el papel de los animales en los rituales, tanto islámicos como vinculados a las religiones pre islámicas, un ejemplo de estos últimos es el ofrecimiento de animales a los fetiches y ancestros, que hacen los Gurma del Alto-Volta, actual Burkina Faso. En este ritual ciertas especies son categorizadas como apropiadas y otras como inapropiadas para el sacrificio, así son considerados apropiados los pollos, siendo ésta la víctima más frecuente, los corderos y ovejas son característicos de los sacrificios de carácter familiar y las vacas, que se sacrifican en el orden de una al año por cada poblado. Esta costumbre es común también en la Baja Casamance (Senegal) en que se suelen sacrificar gallinas, cabras o vacas en el trascurso de rituales importantes como son los de iniciación o los funerales.

En caso de brujería, el animal sacrificado será un perro, gato o algún animal salvaje. Es común que el adivino conozca, mediante geomancia, el sacrificio óptimo a realizar en cada caso como hemos podido presenciar en repetidas ocasiones entre *marabouts* y *feticheurs* en los países de estudio<sup>39</sup>

En los rituales de magia islámica, como se ha mencionado en diversas ocasiones, los animales o bien partes constituyentes de los mismos, también son de uso común: corazón de buitre o águila, piel de hiena, los ojos del cangrejo de río, del gato doméstico y de la abubilla, mezclados con antimonio Isfahan se usan como colirio para poder ver a los *djinns*, el corazón de chacal y de búho secados al sol y envueltos en piel de león protegen de los *djinns* y de los hombres, del mismo modo la hiel del gato negro, de la golondrina y de la cabra, el cerebro de mono, de pollo negro y de hiena, los dientes de gato, las garras del pollo blanco y del negro, del águila y ciertas partes del chacal, entre otros, forman parte de rituales mágicos, algunos de ellos terapéuticos, como muestra Edmon Doutté en su obra<sup>40</sup>

Veamos qué grado de representación tienen estos elementos en las prácticas médico-mágicas en los países de estudio:

---

<sup>38</sup> . YODA, 2005

<sup>39</sup> . Cartry, 1981

<sup>40</sup> . Doutté, 1909



### 7.3.4.1. Gambia.

En Gambia, los Marabouts utilizan también productos animales y minerales. La carne de **Buinagi**, roedor de gran tamaño, al ser ingerida protege de la malaria.

La piel de **Dagame**, en forma de cinturón, protege a quien la lleva, de la penetración de las armas de fuego y armas blancas. Según me cuenta Dawda, durante la Guerra de los *Marabouts*, los soldados que luchaban del bando de éstos, estaban protegidos de esta manera, lo cual explica su victoria.

En la caza, se utiliza la cabeza del **kalakati** sobre la que se escupen palabras secretas: el cazador, desnudo, con una manta sobre la cabeza, se frota con agua y ve, en la cabeza cortada del animal si cazará y qué tipo de presa será.

Los cazadores normalmente no tienen hijas por que en el tiempo de criar no se puede matar. Este tabú parece relacionado con la transformación del *tere* de la víctima en *nyama*, ambos, componentes del alma según las religiones de origen mandé, siendo este último capaz de atacar al cazador responsable de la muerte del animal, partiendo de que la creencia de que esta fuerza vital es compartida, se teme que este alma pudiera dañar a la hija engendrada.

**Aceite de camello, de león, de pitón y de cabra:** en algunos casos, a parte de sus propiedades lubricantes, resulta de gran interés el efecto que se les atribuye por un traslado de las propiedades del animal de origen al individuo al cual se le aplica, es el caso, por ejemplo, de la grasa de león, utilizada en impotencia masculina bajo la creencia de que el león hace partícipe de su potencia y su bravía, al individuo tratado con su grasa.

Por ejemplo, la **grasa de león** se utiliza cuando hay mucho dolor. El dolor mejora antes de acabar una botella de este producto.

- **La leche de hiena**, cuando se mata a la hiena y está amamantando. Cuesta 2000 dalasis el pote (del tamaño de una lata de leche, unos 100 c.c.). Se usa para la impotencia masculina.

**Gusanos:** usados por los *Tambadou* sarahules en el tratamiento del retraso psicomotor en niños, se deposita el gusano, cubierto por una tela, en el miembro inferior del niño, de manera que actúa como estímulo exteroceptivo, molesto, que impulsa al niño a la huida y por tanto, a la marcha.

### 7.3.4.2. Mali. Mercado de artesanía de Bamako: productos animales para uso mágico

Durante los meses pasados en Bamako, pude observar la naturalidad con que estos productos se ofrecen al público en el Gran Marché, cerca del Mercado de artesanía, junto a la Gran Mezquita, donde existe una zona dedicada a la venta de productos religiosos como libros sobre el Islam, Hadiths, manuales de rezo, junto a alfombrillas para realizar los cinco rezos diarios, tasabíos, bonetes, casacas blancas, de las que se utilizan para el rezo del viernes, nueces de kola blancas y negras o sal gema. Más al sur, en estos mismos puestos, extrañamente, se venden también productos de perfumería como perfumes o jabones.

Contiguos, al sur y flanqueando el lado este de la mezquita, terapeutas tradicionales de diferentes procedencias, muchos de ellos de Níger, compaginan las tareas de barbero con la práctica terapéutica como la sangría utilizando cuernos para sustraer la sangre.

Al norte de las paradas de productos religiosos, sorprende toda una zona donde se exhiben y se ponen a la venta productos animales sometidos al secado aunque el hedor hace sospechar que aun se encuentran en proceso de putrefacción: cabezas de mono, de caballo, cocodrilo, loro e hiena, pezuñas y huesos de asno correspondientes al fémur o a los cóndilos femorales (articulación de la rodilla), costillas de perro y de asno, caracolas, camaleones, bastones, púas de erizo, pieles de hiena, de gato salvaje, de serpiente, caparazones del exoesqueleto de la tortuga (parte anterior, llamado peto), conchas de caorí, sal gema, azufre y barro.

También se pueden ver botes de vidrio que contienen el aceite de un árbol llamado **kubí**, este producto viene de fuera de Mali, a veces también tienen aceite de león y de pitón.

Botellas con agua mezclada con **manteca de Má** (Bamb.), un pez que, según me cuenta Niaré, tiene cabeza de hombre y cuerpo de pez. Él me muestra en varias ocasiones botecitos de esta manteca, indicándome que es carísimo, unos 6000 FCO el recipiente que podría contener unos 100 cc.

A continuación expongo las explicaciones obtenidas por mis informantes, respecto al empleo de los productos animales encontrados en el Gran Marché:

## Según Moussa Niaré:

- **Cabeza de caballo (foto 20):** Los griots y otros cantantes pulverizan en el *kulum* la cabeza de caballo, el polvo resultante lo introducen en un saquito de cuero a modo de *gri gri* y se lo cuelgan en el cuello, este amuleto mediará para que todo el mundo a su alrededor les escuche.

- **Cabeza de chimpancé (foto 21):** cuando alguien va a tener un pleito o disputa, se escriben los nombres de los contrincantes en un papel, luego se introduce en la boca del mono y se cierra, finalmente se quema la cabeza del mono. Se consigue que nadie hable en contra, sobre la cuestión disputada.

- **Fémur de asno (foto 23)** trabaja muy bien, concretamente el extremo inferior, los cóndilos que conforman la rodilla. La ceniza resultante de su incineración junto con Karité se usa para la raquialgia.

- Sal gema (*Sel noire*) y **pezuña de asno, Kogorino** (Bamb.) para la potencia sexual

- **Cabeza de hiena, Ierné** (Bamb.) (foto 24) pulverizada e incinerada se usa para tratar la conjuntivitis.

La cabeza de hiena tiene muchos usos maléficos, su consumo, incluso en muy pequeña cantidad, es muy peligroso, supone un veneno muy potente.

Se utiliza, pulverizada y quemada, ubicando el recipiente donde se está quemando bajo la silla de manera para que al recibir el humo resultante, obre la magia de que se pueda conseguir dinero.

**Costilla de asno**, se dibuja la figura de la prisión de geomancia en la costilla y se cubre de Karité. Sirve para conseguir recuperar a la persona amada.

I

I I

I I

I

**Lagarto** (foto 25) pulverizado e incinerado. El camaleón se utiliza, ingerido, para tratar la varicela.

La ceniza resultante de quemar un **loro, Soloní** (Bamb.), mezclada con manteca de Karité, la usan

los cazadores como unguento para evitar que les penetren las balas.

Los polvos resultantes de pulverizar la **cabeza del cocodrilo** son útiles para combatir las verrugas.

**Piel de serpiente:** junto con una nuez de kola blanca y otra roja, se esconde todo en el agujero de un termitero “*tön*” (Bamb.). La persona a quien va dirigido no dormirá o bien tendrá pesadillas.

**Caparazón anterior de tortuga (foto 26):** mezclado con *Sama sembá* o *Sama Froid* y enterrado en casa, quien lleva a cabo este procedimiento conseguirá ser el jefe.

**Bastones largos** (foto Gran Marché, junto a las púas de erizo), se usan para hacer daño a una persona, colocando cuatro formando un cuadrado y enmarcando un trozo de tela, se unen y se cuelgan en las ramas de un árbol en el bosque.

**Cabeza de pájaros:** como la cabeza de caballo, la usan los griots (magia simpática) y cantantes en general.

#### **Explicaciones de Moh'ammed:**

**Cuerno de buey o de jabalí,** pulverizado y quemado, junto con sal gema, se utiliza para el incremento de la potencia sexual.

**Conchas** rellenas de los polvos negros resultantes de la incineración de *farasafiné* (Bamb.), luego se entierra bajo la tierra: si has cometido alguna transgresión o delito o bien te convocan a un juicio, nadie hablará en contra tuya.

**Piel de gato salvaje** junto con ciertos signos de geomancia, a modo de cinturón, evita que traspasen las balas o arma blanca alguna.

**Pezuña de buey o de asno,** en un papel escribes tu nombre, tu puesto de trabajo y ciertas figuras de geomancia, se introduce dentro de la pezuña y se entierra bajo tierra: si alguien pretende apoderarse de tu puesto laboral, no lo conseguirá.

**Pezuña de asno,** trata la enfermedad de los dedos encogidos, probablemente artritis reumatoide o

Dupuytren (presumimos que se trata de magia simpática)

**Camaleón vivo:** muestras a este animal el billete que quieras obtener, profiriendo una *encantation* y mezclando ciertas hierbas. Por este procedimiento obtendrás tanto dinero como deseos.

Me explica uno de los vendedores que los proveedores de aquellos productos suelen ser los cazadores, que los traen del bosque, los clientes son terapeutas tradicionales, hechiceros y marabouts. A mi pregunta de si los brujos y brujas vienen también a comprar estos productos, responde con una sonrisa y me pregunta con sorna: ¿has visto alguna vez a un *sorcier*?

Este mercado es un ejemplo de los muchos que se pueden encontrar en otros países del África Oeste y en el área del Golfo de Guinea, como Benin, Nigeria y Togo, donde los rituales con fetiches de la religión llamada *voudou*, son más extendidos<sup>41</sup>.

Taylor<sup>42</sup> describe el “mercado de fetiches” de Lomé, en Togo donde se puede encontrar gran variedad de restos animales que se venden para fines médicos y mágicos, allí registró 15 especies de pájaros, 30 tipos de mamíferos, seis reptiles diferentes así como moluscos, anfibios y equinodermos. Entre los mamíferos había algunos cuyo origen no era Togo, como el chimpancé, el babuino, el león o el oso hormiguero. Estos autores calcularon que el número total de animales representados fueron 420 reptiles, 4080 mamíferos, 4360 pájaros, 1540 serpientes, 244 peces y 1570 anfibios.

Insoll sitúa como segundo grupo más frecuente, después de las plantas y seguido por los productos minerales, en la composición de medicinas, los productos de origen animal, como los huesos, incinerados junto con otras sustancias u objetos, como por ejemplo, costilla de búfalo o la parte proximal del fémur del conejo y la liebre<sup>43</sup>.

En lo que respecta a Mali, el Dr. Drissa Diallo me explica, al cuestionarle sobre estos productos, que se utilizan en el tratamiento de los problemas sociales, expresión en el mismo orden que los análisis antropológicos que relacionan el proceso terapéutico y mágico con el control del orden social, como ya vimos en el capítulo 4.

---

41

. Nevadomsky, 1988

42

. Taylor, 1992

43

. Insoll, 2011

### 7.3.5. Productos minerales

- Productos farmacológicos: muestra de la apropiación de estos productos del sistema biomédico es el uso, por parte de algunos de los traditerapeutas, de pomadas analgésicas y povidona yodada para evitar la infección en heridas abiertas, pero dado el precio de estos productos, no siempre tienen acceso a ellos.

- **Otros productos:**

#### **Petróleo:**

En Ziguinchor (Baisse Casamance, Senegal), conocí a un traumatólogo tradicional que empleaba, a modo de lubricante para realizar masaje durante sus tratamientos, petróleo mezclado con mirra: se ha documentado el uso terapéutico del crudo, uno de los pocos aceites no combustibles utilizado en Naftalán, República de Azerbaiyán. Los médicos locales recomiendan baños de hasta diez minutos para aliviar dolores de articulaciones, curar la psoriasis, calmar los nervios y purificar la piel. Sin embargo algunos expertos consideran esta práctica potencialmente cancerígena.

Pero las propiedades de esos aceites, mencionadas por Marco Polo en el siglo XIII, se conocen desde hace mucho tiempo y sus orígenes se pierden en la leyenda “El crudo de Naftalán es muy rico en resina de petróleo. No contiene parafina, ni siquiera en pequeñas dosis como la gasolina. Al pasar a la sangre, estabiliza las células malignas, estimuladas por las moléculas del naftaleno. Y esto mejora la circulación sanguínea<sup>44</sup>”

#### **Barro:**

Productos minerales como el barro son utilizados por las mujeres embarazadas. Según ellas, les apetece comer barro. He podido observar en los mercados de Gambia cómo vendían estas piedras de color rojizo, probablemente la composición, altamente ferruginosa de la tierra en la zona, ayude a mantener los niveles de hierro en sangre en estas mujeres con una mayor necesidad de aporte de éste mineral.

#### **Tierra de termitero:**

Hemos mencionado su uso en Mali, mezclada con otros productos, ya sea con fines médicos como

---

44

. [http://www.azerbaijans.com/content\\_892\\_es.html](http://www.azerbaijans.com/content_892_es.html)

mágicos, y su uso en el tratamiento del dolor, previamente sometida a calor, por parte de los traditerapeutas en Gambia, como documentan los pacientes tratados en Baja Kunda. Recordar el alto contenido en sodio y estroncio de esta sustancia, que explicaría sus propiedades terapéuticas<sup>45</sup>.

## 6.5. Técnicas de tratamiento

Entre los terapeutas tradicionales se observa una especialización en función de las patologías a tratar, existe un claro solapamiento en las técnicas utilizadas, de manera que los terapeutas dedicados al tratamiento de los trastornos orgánicos, a pesar de basar su terapéutica en el uso de las raíces, cortezas y hojas de los árboles, también profieren palabras del Corán de forma secreta, realizan terapia física a los pacientes y en ocasiones llevan a cabo la adivinación.

De la misma manera, el *marabout*, centrado en el uso del Corán, a menudo recibe la revelación de cuál es la vía para solucionar el problema de su paciente durante el sueño (bajo la creencia de que los sueños son revelaciones de Alá), pero también combinan el uso de productos vegetales en diferentes presentaciones y posologías.

El caso de los *setter bones* no es diferente: a pesar de apoyarse principalmente en la terapia física, también usan productos vegetales, además de animales y palabras sagradas que recitan de forma secreta.

### Procedimientos terapéuticos

- terapia física: entendida como el uso de medios físicos con fines terapéuticos, a parte de la terapia manual, de la que hablaremos enseguida, de forma frecuente utilizan el calor para el alivio del dolor: en la mayor parte de los casos calentando los productos extraídos de los árboles y depositándolos sobre el área de dolor, pero también algún terapeuta utiliza las piedras volcánicas presentes en las playas cercanas a la capital, calentándolas al fuego y cubriendo con ellas la zona dolorida.

- terapia manual: los *setter bone* utilizan básicamente la masoterapia, especialmente la maniobra de fricción profunda, sin embargo, se ha observado una interesante relación entre las diferentes etnias y algunas técnicas utilizadas, no en exclusividad, pero sí de manera representativa: así pues, todos los terapeutas sarahule que he conocido utilizan una calabaza *Kara kame* (sarahule) tanto para la alineación de segmentos óseos después de una fractura o el tratamiento de una luxación articular

---

45

. Insoll 2011

como para la realización de masaje terapéutico en el tratamiento del dolor músculo-esquelético de orígenes diferentes.

Los terapeutas djolas entrevistados difieren con el resto en el uso de manipulaciones articulares de alta velocidad e intensidad en el tratamiento de las diferentes dolencias, sin embargo, el uso de palos extraídos del tronco del bambú atados con bandas de tela común alrededor del miembro fracturado es común a todos los terapeutas llamados *setter bone* que tratan las fracturas óseas.

## **Conclusiones**

La fitoterapia constituye un recurso terapéutico de gran riqueza en el área de estudio, como es común en el continente africano: árboles y arbustos, sus diferentes partes pulverizadas o en decocción y mezcladas con otros productos, vegetales, animales o minerales, han demostrado su eficacia contra multitud de enfermedades. Esta herramienta terapéutica ha sido profusamente estudiada, alcanzándose una alta correlación entre composición química y efectos fisiológicos mediados.

El modo de empleo en la práctica terapéutica está fuertemente relacionado con el ritual mágico: la recolección, elaboración y administración, así como los trastornos tratados, que pueden ser tanto de carácter físico como espiritual, exhibiendo, una vez más, la estrecha vinculación entre las esferas física, social y sobrenatural.

En lo que respecta a la utilización de productos de origen animal, el Grand Marché de Bamako es vivo ejemplo del espectáculo que podemos encontrar en otros muchos mercados de África Oeste y especialmente en países del Golfo de Guinea como Benin o Togo, donde la religión *voudou*, preislámica, y sus rituales, practicados también por los *feticheurs* de Mali, incluyen el uso de estos elementos, con fines mágicos, enmarcados en la magia simpática y de contagio, insertos en una red intrincada de ceremonias mágico-medicinales.

Durante el trabajo de campo hemos comprobado cómo el uso de estos productos, con los fines citados, es común a todos los “fisioterapeutas” tradicionales, en mayor o menor medida: de nuevo nos encontramos ante el uso de diferentes recursos y técnicas por parte de los profesionales estudiados, que confirman los límites porosos entre fitoterapia, traumatología y magia en el campo de la medicina tradicional.



## 7.4. Itinerarios terapéuticos

### 7.4.1. Conceptos.

Paralelo al concepto de itinerario terapéutico, también se utiliza el término de “proceso asistencial”, acuñado por Chrisman e inspirado en el de “carrera moral” de Goffman. Alude al proceso seguido individual o colectivamente para mantener o recobrar la salud<sup>46</sup>

Comelles<sup>47</sup> define proceso asistencial como el “conjunto de actos, referentes simbólicos o representaciones sociales y saberes que giran en torno a una persona que ha sido considerada socialmente como “asistible” y que tiene como objeto atenderla y ayudarla, comprenderla y curarla entre otras cosas”, el término “itinerario terapéutico” podría tener connotaciones más curativas, marginando los procesos de cuidado y acompañamiento. En cualquier caso, tendremos en cuenta el recorrido del paciente en el proceso que comprende enfermedad/curación/salud, las redes implicadas y dispositivos asistenciales, formales e informales<sup>48</sup>

Proceso asistencial o itinerario terapéutico fue definido por Comelles como “el proceso seguido individual o colectivamente para mantener y recobrar la salud. Se refiere a los pasos específicos que se producen en un sistema de gestión de la salud y que incluyen desde el auto cuidado hasta la consulta a legos o los profesionales de un sistema médico”., aun que, como indica B Mendiguren en su tesis sobre los soninké, la definición formulada por Marc Augé<sup>49</sup>, enriquece el concepto al hacer referencia a aspectos muy presentes en nuestra zona de estudio, según él, itinerario terapéutico es “una búsqueda de sentido individual en la cual lo corporal y el restablecimiento del vínculo social no están disociados y que a su vez se corresponde con un estado de la sociedad en el que las pautas de identidad y de las relaciones ya no son evidentes”.

La cultura tiene un importante papel en la elección de los itinerarios terapéuticos así como en la accesibilidad a los diferentes sistemas sanitarios: la información contrastada de la red social respecto a la atribución causal, el valor otorgado a los estados de salud y enfermedad, los beneficios que, se considera, aporta cada uno de estos estados y al seguimiento de uno u otro tratamiento, en un contexto determinado, así como la percepción de salud y de riesgo, son determinantes en el momento de elegir cuándo y dónde se solicita ayuda, grado de adherencia a los tratamientos y

---

<sup>46</sup> . Pisonero, 2007

<sup>47</sup> . Comelles, 1994

<sup>48</sup> . Encinas, 2000

<sup>49</sup> . Augé, 1994

credibilidad de las explicaciones obtenidas por parte de los profesionales de la salud. Como en el estudio cuantitativo realizado por H Rachik<sup>50</sup> en Marruecos, en la población estudiada en este trabajo, se observa que en el sistema de elección prima el pragmatismo, así pues, las personas eligen no sólo el método terapéutico sino un terapeuta, en función de la confianza que les merece, resulta significativo que uno de los *marabouts* entrevistados señalara como motivo de abandono de su terapia por parte del paciente, la falta de confidencialidad por parte del primero. Por último, como señala Didier Fassin<sup>51</sup>, la accesibilidad a los diferentes sistemas médicos se rige por tres criterios: económico (coste), físico y social (familiaridad con el centro de salud o con el terapeuta).

Cabe destacar la importancia del Modelo de Creencias de Salud de cada sociedad, dado que será determinante en las conductas de salud, en las respuestas individuales al tratamiento y en la adherencia al tratamiento propio de cada sistema médico, así como la alternancia entre ellos.

El Modelo, en su versión original<sup>52</sup> identifica cuatro variables que influyen en el individuo a la hora de prevenir y tratar la enfermedad: la percepción de vulnerabilidad, de gravedad, los beneficios y costes que aporta la acción preventiva y/o terapéutica.

A pesar de tratarse de un modelo excesivamente racionalista, que tiene poco en cuenta la acción individual, es de gran utilidad para entender los diferentes comportamientos frente a la enfermedad<sup>53</sup>.

Trasladando el modelo de creencias sobre la salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva de acuerdo a Becker y Maiman a la población de nuestro estudio, entendemos cómo la edad y sexo son condicionantes a la hora de acceder a uno u otro sistema médico (por ejemplo, los niños tienen más dificultad para acceder al sistema biomédico, según expresaron diferentes informantes del ámbito sanitario y el documento PDDSS 2014-2023 )

Por otro lado, tanto la elección del sistema biomédico frente a la medicina tradicional del *marabout* o del herbalista, como la elección de la escolarización en la escuela moderna en lugar de la madrasa, están ligados a una adhesión a la cosmología occidental, la idea de progreso personal, la huida de la forma de vida tradicional, frente al sentimiento de pertenencia al grupo étnico y al islamismo: hablamos de la dimensión social, política y étnica. Un factor que no se debe olvidar es la percepción de severidad y amenaza de la enfermedad, menos teñida de dramatismo en sociedades colectivistas como es la sarahule o la bambara. Por último, a pesar de elegir como primer tratamiento el

---

<sup>50</sup> . Mateo, 2010

<sup>51</sup> . Fassin, 2010

<sup>52</sup> . Rosenstook, 1996

<sup>53</sup> . Becker, 1975

biomédico, en función de la accesibilidad del centro médico, si pasados pocos días en que el paciente se halla sometido a este tratamiento, no mejora su estado, es bien sabido que la interpretación compartida de la enfermedad es que responde a causas sociales y/o mágicas, lo cual invalida el tratamiento biomédico y propicia la acción del marabout: se trata de la dimensión religiosa de la enfermedad

#### **7.4.2. Criterios de elección**

La existencia de diferentes sistemas médicos así como de diferentes representaciones de salud y enfermedad en África permite una extraordinaria variedad en el desarrollo de itinerarios terapéuticos. Partiendo de lógicas diversas, los diferentes actores involucrados en el campo de la salud convierten el proceso de la enfermedad y su curación en elementos que trascienden el plano orgánico y toman un carácter político y social, tanto por parte de las instituciones de cooperación y los gobiernos, como de como la población. Los representantes del sistema biomédico crean una asimetría partiendo de presupuestos etnocentristas, tales como la incuestionabilidad de la mayor eficacia y utilidad de este sistema frente al islámico y animista. Por otra parte, la población, partiendo de una concepción holista, donde coexisten los desordenes espirituales, ecológicos, sociales, familiares y orgánicos, hace un uso de los diferentes sistemas partiendo de lógicas diferentes. De este modo, en algunos casos la accesibilidad viene condicionada por el estatus social y a menudo tiene lugar una manipulación de los medios existentes como parte de juegos de poder. En cualquier caso, la eficacia de uno u otro sistema médico depende de las representaciones de la enfermedad y por extensión, del mundo, que comparte cada grupo humano, entendiendo la eficacia no sólo en el plano orgánico, restringida al proceso de curación, si no también como herramienta para mantener y demostrar una posición en la sociedad. Debemos analizar todo un conjunto de concepciones, tanto por parte de los profesionales como de los pacientes y de sus redes sociales.

En la elección de todo itinerario terapéutico subyace una ideología previa que actúa como primer factor decisorio, del mismo modo que pedir consejo a una persona y no a otra significa elegir qué tipo de consejo se espera recibir y por lo tanto, ya conlleva una elección<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> . Lantieri, 1946

### 7.4.3. El coste

Los costes propios de los diferentes sistemas terapéuticos marcan el itinerario a seguir: la elección del sistema médico se verá supeditada a la existencia o no de fármacos subvencionados, es decir, en Gambia, bajo el costo de 5 dalasis para adultos, 1 dalasi para niños de más de 5 años y gratis para los niños de menos de 5 años: en este punto, la elección de itinerarios terapéuticos muestra su dimensión económica.

En Mali, con un sistema sanitario público, como en Gambia, de co-pago, los precios del Hospital Gabriel Touré son:

- Ticket por la primera visita del médico y puerta de entrada al circuito sanitario: 2000 CFO
- Radiografía: 7500 CFO cada proyección
- Sesión de fisioterapia: 1500 CFO cada sesión
- TAC: 15000 CFO cada TAC.
- Hospitalización: depende de la habitación, si es a compartir con más personas, es más barata, si es individual es más cara. Hay habitaciones individuales pero también de dos, cuatro y hasta ocho personas. Una de 8 personas cuesta 7000 CFO aproximadamente y la individual 15000 CFO. Si comparamos estos precios con los del terapeuta tradicional, la moneda más pequeña circulante o, como he observado en casa de los Niaré, unos 500 FC por sesión y la estancia gratuita en Samankó, resulta obvia la gran diferencia de accesibilidad entre ambos sistemas.

El itinerario terapéutico se constituye de tres etapas:

1ª- El sujeto percibe síntomas que identifica con la categoría de enfermedad, se trata de la vivencia que tiene el mismo de este estado, corresponde al término *illness*. En esta etapa entran en juego componentes sociales que dotan a tal evento de una semántica concreta.

2ª- Comunicación por parte del sujeto, de la enfermedad, situándose el mismo en posición de enfermo. En esta etapa tiene gran interés cómo comunica el individuo su condición de enfermo y la afección que padece, porque su mensaje se encuentra vehiculizado por categorías culturales, representaciones sociales y nociones morales propias de cada sociedad. Otro punto interesante es quién está investido de autoridad para reconocer la enfermedad y cuáles son las implicaciones sociales del papel de enfermo. En este terreno se encontrarían los beneficios que aporta la enfermedad y las limitaciones o privación de derechos, pudiendo conducir al individuo incluso a un nuevo grupo social.

3ª- Interpretación de la enfermedad y elección del tratamiento: estas dos acciones reposan en una red de representaciones entorno a la enfermedad, que determinará la identificación de la entidad nosológica y las prácticas terapéuticas y/o simbólicas a seguir.

A continuación mostraremos algunos itinerarios terapéuticos, vistos desde la posición de diferentes actores involucrados y haremos un breve análisis de cada uno de ellos:

### **Oussman Koné, el callejón sin salida.**

Llego unos minutos antes de las cuatro de la tarde, hora en que, puntualmente acudo a casa de Niaré todos los lunes y viernes, para asistir hasta las seis, en que finalizan la asistencia de pacientes los siete hermanos Niaré.

En la zona porcheada de la entrada siempre está Ousman, sentado en su silla de ruedas, unos calcetines blancos de deporte cubren sus pies hinchados, de vez en cuando se pone de pié con la ayuda de su bipedestador improvisado consistente en dos vigas de madera clavadas en el suelo, que aguantan el tejadillo del porche y sostienen a Ousman en una bipedestación dificultosa.

Saludo, me siento junto a Ousman y un hombre, sobrino de Moussa Niaré, que me explica sin más preámbulos, la historia de Ousman Koné: este hombre tuvo un accidente y se fracturó la columna vertebral, en el Hospital Gabriel Touré le operaron, colocando una osteosíntesis, estuvo ingresado durante nueve meses, no puede caminar “no tiene médula” me dice Niaré, “en el hospital se lo comieron todo”. Lleva un año viviendo en casa de los Niaré, con su mujer y su hija, “ahora puede ponerse de pié pero no puede caminar” (la posición como equivalente de la función aun en ausencia de actividad normalizada)

Ocurrió en Abidjan, Costa de Marfil. En la mina de oro donde trabajaba Ousman hubo un derrumbamiento donde murieron cuatro personas, él no pero tuvo una fractura de columna vertebral y de fémur bilateral, según me dicen, en el momento de traccionarlo para sacarlo de entre las piedras que le aprisionaban. Mi narrador sostiene que la fractura vertebral tuvo lugar durante el rescate y la sección medular durante la intervención quirúrgica aun que una lectura biomédica me conduce a pensar que la fractura tuvo lugar durante el derrumbamiento y la lesión medular, si no tuvo lugar en este primer momento por el impacto y aplastamiento, se desencadenó durante el proceso de rescate, por la tracción axial y manipulación inadecuada de la víctima, no durante la intervención (lectura biomédica legitimante y lectura oriunda deslegitimante del sistema sanitario )

Ousman Koné nació en Sikassó el año 1995, en el momento de nuestro encuentro, tiene 20 años. Estudió en la escuela coránica o madrassa. De origen campesino, antes de trabajar en la mina siempre había trabajado el campo. Se casó hace unos años y fruto del matrimonio nació su hija.

El accidente tuvo lugar hace tres años, me cuenta que él se encontraba en la profundidad de la mina y el techo de piedra que le cubría se derrumbó, cree que el accidente tuvo lugar a consecuencia de las condiciones pésimas en que trabajaban.

Inmediatamente después del derrumbamiento no vino nadie pero pasadas unas horas apareció mucha gente, bajaron con una cuerda, le ataron y lo sacaron de la galería.

De allí lo evacuaron al Hospital Gabriel Touré donde estuvo ingresado, en urgencias, durante 15 días, luego lo hospitalizaron en el pabellón de neurología, le operaron de la columna, colocando placas metálicas y permaneció ingresado allí durante 2 meses y 20 días.

Realizó fisioterapia sólo algunos días.

Cuando salió de este centro con el alta hospitalaria fue a otros centros de salud, sin recibir tratamiento, entonces acudió a la familia Niaré, donde recibe masaje y tratamiento neurológico tradicional a base de plantas, pero no observa mejoría.

En esta conversación colabora como traductor uno de los hermanos Niaré, agente de salud en el Hospital de Katy y traumatólogo tradicional.

Un día me intercepta otro miembro de la familia y me pide que lleve a Ousman a España para curarle. Según me explica, la familia Niaré (en estos términos genéricos que confieren mayor autoridad a la afirmación), dice que si se le retiran los hierros de su columna, Ousman volverá a andar.

Fotografí los escáneres e informes del paciente y prometo consultar con mis compañeros, los médicos del hospital donde trabajo en Lleida.

El médico consultado confirma mis sospechas: después de tres años de la lesión medular, el estado de degeneración neuronal es tal que nada se puede hacer.

Al día siguiente, cuando bajo del taxi, me cruzo con la mirada expectante, esperanzada del hombre parapléjico, mirada que en seguida, tras mis palabras convertidas en veredicto fatal, se trocan en

desesperanza. Mis palabras son piedras que se derrumban sobre su alma como si ese día yo hubiera obrado el maleficio de condenarlo, una vez más, tres años más tarde, a la discapacidad.

Nos encontramos ante un itinerario terapéutico expresado en el plano físico, sin componente alguno aparente mágico-religioso aun que es más que probable que coexista. En este caso, sea por la gravedad de la lesión, sea por la falta de medios técnicos de los cuales dispone en Mali el sistema biomédico, el resultado final es de fracaso terapéutico, ligado a grandes costes económicos y que, para ser resuelto (según la propuesta de la familia Niaré de retirar las osteosíntesis), supone un gran gasto adicional. En contrapartida, desde hace un año ha sido acogido, él y su familia, en casa de los Niaré, sin más coste que el colaborar en la medida de sus posibilidades, en la economía familiar, recibiendo tratamiento gratuito. La convicción de la familia Niaré de que la retirada de la osteosíntesis es imprescindible para la recuperación del paciente simboliza el rechazo final a la intervención biomédica.

### **Bala, el aprendiz de traumatólogo tradicional**

“Me llamo Bala Coulibaly, es un apellido común pero menos que Keita y Samanké (broma basada en el *coussinage et plasserterie*) Soy del 95, tengo 30 años, he estudiado un poco en la escuela y he venido a aprender un oficio.

En la escuela estudié un poco. No he podido estudiar más de cuatro años, más dos de comercio, pero lo abandoné por que en Mali hay muchos comerciantes. Entonces trabajé en la albañilería en general y en el comercio ambulante, hay mucho de esto. He preferido venir a aprender aquí porque es muy interesante curar a la gente, no por dinero, es por una cuestión de humanidad y como el comercio no iba bien, porque todo el mundo no puede hacer lo mismo, ni el comercio ni estar en una oficina, pienso que la medicina tradicional puede ir bien, aunque no gane mucho dinero, por humanidad. Conozco a Brehima desde la infancia, estamos juntos, desde los 13 o 14 años, hace unos 20 años pero sólo hace tres que aprendo con él, aunque la amistad dura desde la infancia.

Brehima aprendió de su padre, el viejo Guindó, desde la infancia, es algo de familia. Brehima me dijo: “ven, porque si no hay dinero no funciona el comercio”, es muy generoso por su parte.

La primera vez que intenté hacer una sangría fue tremendo, tu ves como lo hace él y parece fácil pero no es fácil, pero cuando tú coges la cuchilla, cuando él me dijo que lo hiciera, al cabo de tres semanas de estar con él, fue difícil para mí, muy difícil, por que yo no lo esperaba y tenía miedo, de manera que no pude picar normalmente y la segunda vez quise corregirlo picando más fuerte, de manera que la señora a la que le hacía la sangría se enfadó conmigo pero Brehima le dijo que estaba aprendiendo...fue muy duro, realmente muy duro...

En la actualidad estoy en aprendizaje, él trabaja correctamente, sin brujería ni negligencias, hay que estar mucho tiempo con él para ejercer tan bien como él, yo puedo hacer masaje, sangría un poco...es una profesión muy buena.”

En las declaraciones del aprendiz de traumatólogo tradicional se observa el valor otorgado a la técnica física, adhiriéndose a la corriente deslegitimadora biomédica del componente mágico-

religioso adscrito a la terapia tradicional, es un rasgo que encontramos también en Toumani cuando durante nuestra entrevista insiste continuamente en que él es un investigador o en las observaciones de mis compañeros *Kinésiotherapeutes* del hospital Gabriel Touré cuando aseguran, no sin cierta sorna, que Bourama Doumbia cree que es traumatólogo y quiere tener un hospital, haciendo referencia al hospital improvisado en Samankó, fruto de la caridad del mismo terapeuta y los vecinos del pueblo.

### **Baba, paciente alojado en Samankó**

“Estuve en la sala de operaciones de 6 a 16 h, tenía tanto dolor!.

Luego me hicieron radiografías, sobre las 13 h. Cuando el médico las vio dijo que el pie no estaba roto, esperé al responsable del hospital que me dijo que tenía que abandonar el centro porque la pierna no estaba rota, a las 19 h vino otro médico y dijo que sí estaba rota pero que había que esperar al lunes para la intervención quirúrgica, era viernes. En el hospital no se ponían de acuerdo, había gran confusión. Salí del hospital y le dije a mi hermano, que me esperaba en la calle, que realmente mi pie estaba roto. Pedí confirmación a un *kinesiothérapeute* de la ciudad, él vio las radiografías y dijo que realmente el pie estaba roto pero que no tenía el material para hacer la operación”

Muestra las radiografías, se observa fractura transversal de meseta tibial.

“Luego fui al Hospital María Pia, un gran hospital, allí no tenían lugar para los heridos, llegamos allí a las 22 h. Un médico chino dijo que me daría calmantes para el dolor pero que no podía hacer nada más. Después de una semana volvimos al hospital para una visita, cuando llegamos, el médico dijo que no estábamos citados, nos citaron par al cabo de una semana y luego otra más, así pasaron 2 semanas.

Como tengo un hermanastro aquí, en Bamako, que me dijo que había un tipo que había curado la fractura de su hijo, vine aquí, el jueves pasado nos fuimos de Angola, despegamos sobre las 21 h de Marruecos y llegamos a Samankó, desde que estoy aquí no tengo dolor.

Cuando llegué a Bamako, la inflamación y dolor que tenía en mi pie eran increíbles, pero ahora ya no. Él (Doumbia) ha completado el hueso (expresión de eficacia) y ahora ya no está roto del todo, ahora sólo hay una pequeña fractura, y hay una parte que está soldada.

Doumbia pasa a visitarme cada tarde.

Cuando llegué el primer día me dieron de comer bien, no he pagado nada hasta el momento.

Esta es mi casa pero no es confortable, aunque lo primero es la salud.”

Nos encontramos ante otro caso de fracaso terapéutico del sistema biomédico, la indiferencia que relata Bala por parte de los médicos denota asimetría y probablemente falta de medios; una vez más, contrapuesto a la atención gratuita del terapeuta tradicional y la mejoría de los síntomas, aunque no se menciona, una vez más, la dimensión mágica de la técnica terapéutica de Doumbia,



basada en las palabras del secreto mandé que escupe en la manteca de Karité.”

### **Lamin, enfermero del Health Center de Baja Kunda. Itinerarios terapéuticos**

Cuenta este joven enfermero que ante cualquier enfermedad los habitantes de Baja Kunda, pueblo de carácter rural en el interior de Gambia (Upper River) de predominio sarahule, piensan que la causa es sobrenatural. Esto ocurre especialmente cuando el paciente padece malaria cerebral y sufre alucinaciones, entonces creen que se trata de un *djinna* que posee al sujeto, con lo que el tratamiento de primera elección es llevar al enfermo al *marabout* en lugar del hospital, para que éste realice un ritual de exorcismo o endorcismo.

Insiste Lamin en que no hay nada en el mundo que cure la malaria salvo los antimaláricos.

En cuanto a la gestión del paciente, a diferencia de algunas personas de origen mandinga que me han informado que ante la aparición de enfermedad, los responsables directos son el padre y la madre, el hermano mayor o el marido, también encargados de decidir a donde acudir y de pagar el coste del tratamiento, Lamin asegura que entre los sarahules, son las personas mayores de cada *kunda* quienes deciden donde derivar al paciente, hecho que facilita que el tratamiento tradicional sea el de primera elección. Además, es la persona mayor también la encargada de correr con los gastos derivados del tratamiento.

Dawda Sankareh, habitante de Baja Kunda, sarahule y trabajador de la ONG Alpocat Solidari, contrariamente, me informa de que en Baja Kunda son los padres los que se hacen cargo de la toma de decisiones y gastos sanitarios y que sólo en el caso de que los gastos asciendan a grandes cantidades, como es el caso de intervención quirúrgica o traslado a un centro hospitalario lejano, es el jefe de barrio quien decide donde acudir y se encarga de pagar con el fondo común ahorrado con la cuota, el *kese* de unos 25 dalasis, que paga cada familia mensualmente, obligación que en caso de incumplimiento, conlleva el castigo de no ser sufragado por el grupo en caso de necesidad.

Nos encontramos ante dos discursos contradictorios a pesar de explicar una misma realidad, la acusación implícita del enfermero, de tomar como primera elección al *marabout*, considerada como una negligencia desde el punto de vista biomédico, denota este pulso ideológico entre sistemas médicos. Si como cuenta Lamin, son las personas ancianas quienes deciden el itinerario a seguir, se incrementa la posibilidad de que la primera elección sea el tratamiento tradicional, tildado de poco efectivo y puesto el acento en la idoneidad y eficacia únicamente de los antimaláricos frente a la

malaria.

### **Intervenciones complejas. Viaje a Túnez**

**Dawda S.** es un paciente ya veterano del servicio de fisioterapia del Hôpital Gabriel Touré, cada vez que viene a tratamiento bromeamos y competimos todas las fisioterapeutas con ser su esposa preferida. Este hombre fuerte, de unos 50 años, siempre muestra gran ahínco en la realización de los ejercicios de corrección postural y potenciación de tronco que le monitorizamos en el servicio, opción terapéutica con el fin de minimizar las algias lumbares que sigue aquejando después de ser intervenido de hernia discal en Túnez.

Es obligado mencionar las altas tasas de paraplejia y paraparesia encontradas en los pacientes intervenidos del mismo trastorno en los hospitales de Mali.

**Bakari C.**, de 54 años de edad, también viajó a Túnez: el año 1984 sufrió un accidente deportivo que dejó secuelas de gran inestabilidad en la rodilla derecha debido a una distensión de ligamento cruzado anterior y de los ligamentos laterales que, con el paso de los años, ha desembocado en una importante gonartrosis, muy dolorosa y una inestabilidad creciente.

Un traumatólogo del Hôpital de Katy, centro de referencia en traumatología para todo el país, valoró la necesidad de colocar una prótesis total de rodilla y remitió al paciente al extranjero donde desestimaron la intervención debido a la temprana edad del paciente y le aconsejaron esperar a contar con 65 años.

En lugar de prótesis le colocaron una osteosíntesis en la meseta tibial que habrá que retirar en el plazo de uno o dos años, sin ligamentoplastia.

Explica Bakari que los diez primeros días posteriores a la intervención, era tanto el dolor que debían administrarle morfina diariamente, luego pasó a un centro de convalecencia, también en Túnez, donde cada día realizaba tratamiento de fisioterapia en un gran centro próximo, dedicado a esta actividad, con el fin de mejorar el balance articular de la rodilla y el balance muscular de la extremidad.

En el momento de la entrevista está recibiendo tratamiento de fisioterapia en el Hôpital Gabriel Touré a pesar de ser trabajador del Hôpital Point G, debido a la proximidad del primer centro sanitario a su residencia.

Tanto Dawda como Bakari, partiendo de la consideración de que en Mali los recursos biomédicos son insuficientes, acuden a Túnez para que les sea practicada la intervención quirúrgica, acarreado

los costes necesarios; en ambos casos la accesibilidad mediada por el nivel económico es obvia.

## **La familia de Dala Kanté**

### **Lasan Kanté**

Dala Kanté es padre de cuatro hijos , tres de ellos de la misma mujer: el pequeño, Lasan, padece una deficiencia cognitiva que se acompaña de facies inexpresiva, mirada perdida y babeo constante. Este niño que cuenta en la actualidad con 13 años, vaga todo el día sin destino aparente o se sienta a observar, sin centrar la atención en nada concreto o bien juega durante largos periodos con un trozo de cuerda. El niño padeció, cuando contaba un año, un estado prolongado de alta hipertermia, siendo diagnosticado en el hospital de malaria, actualmente padece las secuelas de una malaria cerebral, tipo de malaria del cual es endémica esta región. En el hospital fue diagnosticado, sin embargo, los profesionales sanitarios no se sintieron capaces de paliar tales secuelas con los medios que el sistema biomédico ofrecía, de manera que aconsejaron al padre que llevara al niño al *marabout*. Dala inició un peregrinaje en busca del *marabout* que curara a su hijo del estado de letargo en que se hallaba sumido, hasta que encontró a uno que le aseguró que podía hacerlo, pero el precio que exigía por sus servicios era tan elevado que tuvo que renunciar al tratamiento que éste le ofrecía.

### **Mahmadou Kanté, la construcción de un monstruo**

Mahmadou es otro de sus hijos: se trataba de un niño normal hasta el día, cuando tenía cinco años, en que volvió con su madre del huerto presentando fiebre alta, lo llevaron al hospital de Baja Kunda donde entró en estado de coma que duró varios días. Cuando recuperó el estado vigil presentaba, a consecuencia del daño cerebral padecido, una hemiplejia derecha, con mayor afectación de la extremidad superior pero que también afectaba el rostro, desde entonces asimétrico y la pierna, lo cual dificulta el equilibrio y la marcha. El diagnóstico biomédico fue de epilepsia hereditaria y el tratamiento que sigue desde entonces hasta la actualidad en que cuenta con 16 años, de una manera intermitente, por la falta de recursos para costear los fármacos, es a base de antiepilépticos. A pesar del tratamiento, seguido con una adhesión inconstante, he podido presenciar algún ataque de epilepsia que le deja sumido durante horas en un profundo estupor. Antes de pasar a explicar los itinerarios terapéuticos seguidos en el intento de sanar a Ahmadou quiero mencionar el hecho de que de la deficiencia del niño se construyó un “monstruo”, diana de las burlas y temores de los otros niños del pueblo y de las reprimendas de los adultos. Ahmadou es un joven de una extraordinaria fuerza física y conducta asocial, marcadamente agresiva. Él ha creado su espacio de poder y respeto

gracias al temor que inspira en sus semejantes. Dala, su padre, fue de *marabout* en *marabout* por todo Gambia e incluso Senegal, según me cuenta, hasta que uno de estos profesionales le proporcionó un tratamiento a base de fitoterapia que mejoró el estado del niño, pero cuando el producto administrado se acabó, Dala fue al encuentro del *marabout* y éste había desaparecido, llevándose consigo el secreto de la composición de los polvos vegetales. Dala nunca supo de qué producto se trataba por que el *marabout* no lo dejó escrito en ningún lugar. En otra ocasión, otro *marabout* le aseguró que curaría a su hijo si le proporcionaba un cordero que debía sacrificar (ritual de adorcismo que tiene como objetivo contentar el deseo de los *djinnas* al sustituir la vida de la víctima por otro ser vivo, ritual, por otro lado, que niegan practicar los *marabouts* de la región por estar relacionados con rituales en los cuales se negocia con *djinnas*). Además se le pedía un segundo cordero en pago de sus servicios: Dala Konté sólo contaba con el dinero necesario para pagar un cordero, no dos, con lo cual no se llevó a cabo el ritual de sanación. También acudió al *Sariwgandanu*, el cual administró las hojas de tres plantas: *Yutú*, *Gongué* y *Itongulé*, esta última planta, de color blanco, debía recogerla, según indicaciones del sanador, sin ser visto por nadie. Mahmadou nunca recibió tratamiento de fisioterapia.

### **Ibrahima, el dilema del destete o los *djinnas***

Ibi es un niño de 22 meses que todavía no camina de manera autónoma ni habla, sólo emite balbuceos. Padece un retraso psicomotor como resultado de la desnutrición que sufre desde pocos meses después de su nacimiento en que su madre, Fatumata, volvió a quedar en estado, con lo cual se produjo un destete temprano (este caso ilustra el dilema del destete ya mencionado con anterioridad). La relación entre malnutrición y retraso psicomotor también ha sido advertida por Kemu, el enfermero que en Baja Kunda se ocupa de este problema de salud y por Guillermo, el cooperante español que coordina el Centro de Nutrición de Basse. Paralelamente al tratamiento con papillas y barritas altamente nutritivas, Ibrahima ha seguido tratamiento de fitoterapia basado en la ingestión y baño con el agua resultante de hervir corteza del árbol *Kalagati*. El *Sariwgandanu* que le administró este tratamiento es itinerante y visita en Baja Kunda un solo día a la semana, los viernes. Fatumata también me explica que fueron a un *marabout*, el cual les dijo que Ibrahima no andaba ni hablaba por que se había alojado en su vientre un *djinna* (vientre, por otro lado, realmente dilatado, como es frecuente en niños afectados de desnutrición). Este sanador les indicó que el niño realizara baños con el agua resultante de lavar las palabras sagradas que escribió en un soporte de madera, junto con la ingestión de una mezcla de hierbas, cuya identidad desconoce la entrevistada.

Todos los casos expuestos denotan que el poder adquisitivo es un factor importante a la hora de elegir itinerarios y ponen de manifiesto que el sistema biomédico ve puesta en entredicho su eficacia debido a la falta de recursos materiales y humanos que padece el sistema sanitario público en estos países.

Por otro lado, la lucha en la arena política, establecida por los diferentes sistemas médicos, es evidente, como la fragilidad de la hegemonía del sistema biomédico en estas tierras.

#### **7.4.4. Eficacia y accesibilidad como determinantes.**

Es importante tener en cuenta la visión étic y émic, puntos de intersección según estas dos miradas, entre la eficacia en la curación desde el paradigma biomédico y social; por otro lado, el determinismo social<sup>55</sup> defiende que la sociedad impone reglas o leyes que considera necesarias para equilibrar los intereses y deseos individuales. Por otro lado, tiende a negar otros tipos de determinismos como el psicológico, el tecnológico o el económico; enmarcado en esta lógica y oficializado, encontramos que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2005), afirma que las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto<sup>56</sup> como hemos podido constatar en los casos expuestos, que confirman la persistencia de inequidades en la atención sanitaria biomédica que las intervenciones institucionales nacionales e internacionales no han conseguido resolver, si no al contrario: este sistema médico seculariza las causas de la enfermedad al tiempo que sacraliza la técnica y se complementa con la ideología del gasto. El dinero se erige como mediador de lo sagrado, se trata de las consecuencias simbólicas de la exclusión ideológica de la medicina mágico-religiosa, aunque su simbolismo no sea reconocido como objeto de transacción económica<sup>57</sup>.

En cuanto a la eficacia, cabe remarcar que pretender medirla desde el punto de vista racional, sin tener en cuenta la eficacia simbólica presente en la sociedad de estudio, significa pecar de etnocentrismo porque en toda sociedad existe una correspondencia entre elementos empíricos y elementos simbólicos en función de las representaciones compartidas, siendo estas últimas las que determinan la percepción de eficacia, relacionada directamente con la elección de itinerarios terapéuticos<sup>58</sup>. En este sentido, el sistema biomédico, condicionado siempre por la dependencia y precariedad tecnológica y externo a las lógicas mágico-religiosas, no sólo compartidas si no además dotadas de los recursos necesarios para acometer con éxito sus objetivos en estas tierras, adolece de

---

<sup>55</sup> . Hobbes, 1995

<sup>56</sup> . Ampudia

<sup>57</sup> . Lasala, 2003

<sup>58</sup> . Fainzang, 2009b

desconfianza y es presumiblemente menos eficaz que en los países desarrollados, hecho poco sorprendente observada la yatrogenia de la cual ya se ha hablado antes.

En este sentido, no es de extrañar que la población desconfíe del yeso colocado en el hospital tras una fractura: en lugares donde desde tiempos antiguos se practica una inmovilización dinámica, que permite la valoración del foco de fractura, trofismo y estado de las heridas, con una periodicidad de dos o tres días, la imposición de un yeso que “encierra “ el miembro durante semanas o meses, sin interrupción, es percibida como desencadenante de la “putrefacción” del miembro y la amputación ulterior “te acaban cortando el brazo o la pierna” que dicen las gentes.

#### **7.4.5. Lógicas en la articulación entre sistemas.**

Fruto de las entrevistas realizadas tanto a los profesionales del sistema biomédico como a *marabouts*, sanadores tradicionales y a los usuarios de los diferentes sistemas médicos, se desprende que:

- La población hace uso simultáneo de los diferentes sistemas médicos.
- Los profesionales de los diferentes sistemas, tanto los del sistema biomédico como los tradicionales, prefieren que sus pacientes hagan uso exclusivo de uno u otro sistema, existiendo una oposición entre biomédico y tradicional, pero no entre las diferentes disciplinas tradicionales.
- La característica más valorada por los usuarios del sistema biomédico es la eficacia en la resolución de los trastornos físicos y en segundo lugar, la higiene de los centros sanitarios.
- La naturaleza holista de la terapia tradicional es muy valorada, teniendo gran peso la legitimación tanto de profesionales como de las técnicas utilizadas, por la sociedad y sobretodo en el caso de los *marabouts*, en que es vertebral la legitimación religiosa.
- La elección de uno u otro sistema en el inicio del tratamiento de un problema de salud se basa en la accesibilidad: la distancia entre la residencia del enfermo y el centro sanitario marca de forma importante la elección del sistema biomédico, siendo éste el de primera elección si dicha distancia es practicable, teniendo en cuenta la calidad del camino y la disponibilidad de medios de transporte.
- A pesar de ser el sistema biomédico el de primera elección en la resolución de problemas físicos, es frecuente, una vez resuelto éste, que el individuo acuda al *marabout* con el fin de solucionar el desequilibrio social o espiritual asociado a la clínica.

- Sólo en algunos trastornos el sistema de primera elección es el de la medicina coránica: epilepsia, problemas mentales, enuresis, impotencia masculina, infertilidad, entre otros.
- El uso de la medicina doméstica, basada en la fitoterapia, también se prioriza en afecciones menores (equivalentes a las que los Evuzok conceptúan como naturales).
- El cambio de un itinerario a otro, ya se trate del biomédico o del tradicional, habitualmente viene marcado por dos factores: eficacia mostrada por el primer sistema utilizado y posesión del poder adquisitivo necesario para la continuación en el tratamiento.
- Curiosamente, los diferentes entrevistados coinciden en marcar un periodo límite de prueba de la terapia seguida, independiente del sistema a que se halle adscrita: tres o cuatro días...

#### 7.4.6. Acceso a los cuidados de salud

Frank define accesibilidad como “ el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención”<sup>59</sup>.

Se trata de una característica fundamental del sistema sanitario. Si ésta se halla limitada. Se verán afectadas las cualidades elementales de atención como son la igualdad, equidad, utilidad y la universalidad<sup>60</sup>. Las diferencias en la accesibilidad al sistema sanitario público biomédico, vienen marcadas no por la etnia, tampoco por el género; las diferencias de acceso a la sanidad se dan en función de dos factores:

a. Distancia entre el domicilio y el centro de salud: en las áreas rurales, como Baja Kunda, territorios pobres en infraestructuras, donde el transporte está basado en el uso de carros de tracción animal, motocicletas y *guele gueles* en Gambia, llamados *sotramas* en Mali (medio de transporte público donde se hacinan todos los pasajeros). En gran parte de la geografía de los países estudiados no existen más vías que caminos de carro erosionados por las lluvias torrenciales y con una densidad extremadamente baja de profesionales sanitarios, de manera que resulta previsible que la población de procedencia y la distancia entre ésta y el centro sanitario sea un determinante para acceder a los servicios de salud.

b. Edad: otro factor determinante, según expresaron los diferentes profesionales de la salud entrevistados, para acceder al sistema de salud pública, es la edad, siendo, contrariamente a lo que estamos acostumbrados en las sociedades occidentales, siendo los más desfavorecidos, los niños de corta edad. Probablemente esta desigualdad en el acceso al sistema sanitario esté relacionada con la

<sup>59</sup> . Frenk, 1992

<sup>60</sup> . Pineault et Daveluy, 1987

alta tasa de fecundidad (recordemos que la media de hijos por mujer es de 5,5<sup>61</sup> en una sociedad colectivista, caracterizada como vimos en capítulos anteriores, por una menor percepción de tristeza frente a la enfermedad y la muerte. La confluencia de estos factores determina una alta tasa de mortalidad infantil entre 0 y 1 años, de 78 por cada 1000 nacidos vivos. La mortalidad infantil, hasta los 5 años de edad es extraordinariamente más acusada en el ámbito rural respecto al urbano.

c. Poder adquisitivo: se trata de un factor determinante en el acceso al tratamiento farmacológico ofrecido por el sistema sanitario público. De hecho, como ya hemos expuesto, el poder adquisitivo se erige en uno de los criterios principales de elección de sistema terapéutico y de cambio en el itinerario seguido. Por otro lado, la atención en los centros hospitalarios públicos está limitada por la falta de medios materiales, por lo cual, aquél que puede permitirse el coste del transporte particular y de la asistencia privada en el Hospital de Tambakounda, opta por realizar los setenta kilómetros de pista forestal que separa Baja Kunda de la ciudad senegalesa donde se halla ubicado este Hospital, o si es posible, acude a Dakar. En el caso de Bamako, donde el acceso geográfico a tres hospitales públicos es relativamente fácil, la desconfianza en los recursos hospitalarios promueve el turismo sanitario a otros países, al parecer, el de primera elección, Túnez.

#### **7.4.7. Sincretismos y apropiaciones.**

Resulta de gran dificultad pretender hacer una clasificación de conocimientos y técnicas terapéuticas., tanto como una categorización de los terapeutas, por que la realidad parte generalmente de un sincretismo en las prácticas y representaciones sanitarias<sup>62</sup>, fruto del uso de elementos propios de los diferentes sistemas médicos, en función de la accesibilidad y eficacia de los mismos, por una cuestión pragmática. Este sincretismo, pues, es fruto de transacciones ideológicas, políticas y culturales, materializadas en las prácticas que rodean el proceso de salud y enfermedad, por que las fronteras y territorios son porosos en la “cultura sanitaria” donde existe una triple perspectiva: un aspecto cognoscitivo, basado en las representaciones en torno a la salud, un aspecto valorativo y un aspecto operativo, que se conforma por las prácticas seguidas en el campo de la salud, mediadas por un entramado de negociaciones y agencias de los diferentes actores<sup>63</sup>.

Son numerosos los ejemplos, entre los cuales citaremos el caso de Babourou, hijo de traumatólogo tradicional y aprendiz de un viejo dogón que trata únicamente los problemas de úvula con ayuda de un fragmento de rama espinosa y encantaciones; Babourou hereda la técnica y las palabras mágicas

---

<sup>61</sup> . WHO, 2012

<sup>62</sup> . Jaffré, 1992

<sup>63</sup> . Lasala, 2003



pero poco a poco perfecciona el instrumento, de manera que finalmente utiliza herramientas tan sofisticadas como las de crujía, al tiempo que mantiene el componente mágico de su terapia<sup>64</sup>

En el trabajo de campo he observado que el empleo de elementos de diferentes sistemas médicos por un mismo terapeuta, es la norma. Es el caso del uso de fármacos de origen biomédico por parte de los terapeutas tradicionales o bien de ciertas plantas por los médicos, ya sea por la adecuación de ciertos componentes a las representaciones sociales, como ocurre con la participación de los *djinnas* en la nosología de la enfermedad, ya sea el uso de la magia simpática en los remedios tradicionales, mezclada con productos de la farmacopea tradicional.

Los traumatólogos tradicionales, a pesar de contar con productos resultado de plantas calcinadas y pulverizadas, altamente eficaces en el tratamiento de las heridas, utilizan simultáneamente pomadas antibióticas. Tanto Brehima Guindó como Niaré emplean povidona yodada en heridas de gran magnitud o profundidad, del mismo modo acostumbran a aconsejar a sus pacientes la toma de antibióticos orales, analgésicos o antiinflamatorios y Bourama Doumbia los vende él mismo en el mismo recinto donde pasa visita.

En cuanto a la magia simpática: en la composición de los medicamentos que fabrica Niaré a base de plantas cuyo efecto terapéutico he podido contrastar en documentos sobre farmacopea tradicional africana, se halla también ciertos productos como el *Fali foró* de clara forma fálica, empleado para la disfunción eréctil masculina o la corteza de N'pekou hembra, de aspecto sanguíneo, para la anemia; este mismo terapeuta, especialista en la terapia manual, realiza también fórmulas terapéuticas y mágicas a base de elementos animales que presentan clara similitud con el trastorno que tratan, como los cóndilos femorales, correspondientes a la rodilla del asno, para las gonalgias.

## 7.5. Conclusiones

Hemos podido comprobar cómo en los procesos asistenciales seguidos por la población en la búsqueda de soluciones a sus trastornos del aparato locomotor prima el pragmatismo, de manera que la accesibilidad, como ya se comentó anteriormente, es clave en la elección de recursos. Sin embargo, los circuitos que sigue el individuo afecto están conectados íntimamente con el pensamiento que otorga sentido a tales problemas de salud, y esta búsqueda involucra a la esfera social y sobrenatural, intrínsecas a la asunción identitaria.

---

<sup>64</sup> . Kuczynski, 1987

La combinación de pragmatismo y espiritualidad como criterios de elección, hacen que la toma de decisiones giren en torno a dos ejes que al combinarse, dan como resultado un entramado complejo, donde las vías de elección no son de carácter lineal, sino que las combinaciones son múltiples porque responden a diferentes motivos económicos, políticos y sociales.

Los testimonios reflejan un sistema biomédico a menudo desacreditado, pervertido e insuficiente, que no da respuesta a las necesidades del sujeto: estas carencias serán suplidas por la solidaridad comunitaria, la medicina tradicional, bajo menores costos o el peregrinaje a otros países, los cuales se supone disponen de más y mejores recursos.

## 8. Conclusiones

Al inicio de este trabajo formulamos la hipótesis: **es oportuno, siguiendo los dictados de la OMS, articular la “fisioterapia” tradicional con la fisioterapia biomédica en el tratamiento de la discapacidad física**, el objetivo de la presente investigación es darle respuesta.

Las técnicas propias de la etnografía, la lectura social y cultural de que provee la antropología y el conocimiento biomédico han supuesto herramientas válidas para el análisis de la situación actual de la atención a la discapacidad física, contemplando proveedores de salud de los diferentes sistemas médicos coexistentes en el área de estudio. Por otro lado, la adscripción de esta investigación al proyecto de cooperación para el desarrollo, Fisiáfrica, me ha permitido, durante el transcurso de los últimos años, alternar la posición de observador y la de actor, con un papel activo en la transformación de la situación estudiada, convirtiéndome en agente en la implementación de estudios universitarios de fisioterapia y como enlace vinculante en el trabajo conjunto entre ambos sistemas médicos, el biomédico y el tradicional.

El primer paso en esta investigación es realizar un análisis de situación y lo llevamos a cabo pasando del enfoque macro al micro, de manera que en un inicio dirigimos una mirada genérica sobre el contexto histórico y socio-económico de los países estudiados, obteniendo datos interesantes para la comprensión del objeto de estudio. Un enfoque centrado en el campo de la salud supone, a continuación, una visión concreta sobre la realidad sanitaria de ambos países: enfermedades prevalentes, oferta por parte del sistema institucional y repercusión económica sobre los hogares.

Finalmente, un análisis pormenorizado del estado de la discapacidad y los recursos existentes por parte de los diferentes sistemas médicos, consigue definir, con gran detalle, cuál es la realidad entorno a la discapacidad, actores involucrados, recursos disponibles e itinerarios que sigue la población.

A partir de esta imagen clara aunque de gran complejidad contestaremos nuestra pregunta de investigación y formularemos propuestas de futuro, fruto de los resultados alcanzados.

El contexto general de África Oeste, común a Mali y Gambia, salvando las diferencias estructurales propias de cada país, muestra una dependencia de ambos gobiernos del contexto internacional, de marcado post-colonialismo económico que se traduce, en el campo de la salud, en estructuras

sanitarias débiles, de recursos insuficientes para dar respuesta a la alta prevalencia de enfermedades, en muchos casos discapacitantes, carencia que revierte en la población, dificultando la accesibilidad a los servicios y retroalimentando, por varias vías, el círculo pernicioso que relaciona discapacidad y pobreza.

El capítulo dedicado a la discapacidad describe la magnitud de este problema de salud en los países estudiados y cómo en las políticas seguidas por gobiernos y organismos internacionales, por lo general centradas en la inserción social de las personas afectas, es una constante la falta de peso concedido a la rehabilitación funcional.

Ante la situación, ciertamente desoladora, de la oferta asistencial biomédica en rehabilitación funcional, la medicina tradicional aparece como reverso de la moneda y nos ofrece una amplia oferta de técnicas, de gran raigambre en estos pueblos y que disfruta, no sólo de mayor accesibilidad que la oferta institucional, sino también de mayor cobertura de las diferentes dimensiones que componen a la persona: la física, la social y la espiritual. Sin duda, hace décadas que tanto la OMS como los gobiernos africanos son conscientes de tal situación, por lo cual, en los diferentes países se han desarrollado programas, de mayor o menor calado e impacto, dirigidos a la integración de la medicina tradicional en los sistemas de salud institucionales, principalmente en lo que se refiere a farmacopea y al ámbito de la salud mental. Pero, de nuevo asistimos a la invisibilidad de la medicina tradicional en el campo de la rehabilitación funcional, gran desconocido para los profesionales involucrados en el campo de la medicina y la fisioterapia, a pesar de que la alternancia entre sistemas médicos, presente en los itinerarios terapéuticos, dibuja una realidad donde los profesionales de ambos sistemas tratan a los mismos pacientes, formando un entramado que adolece de gran desinformación, en cuyo centro se sitúa el paciente.

La exclusividad y universalismo biomédicos, junto con la desconfianza del traditerapeuta, sazónada de la criminalización de las prácticas preislámicas y cierto grado de negación de los elementos tradicionales, considerados como obstáculo al proceso de modernización, tienen como resultado una situación de des-comunicación y divergencia discursiva que exige un esfuerzo des-colonizador del pensamiento médico, por parte de todos los actores involucrados en el campo de la recuperación funcional.

En los capítulos que siguen se realiza un análisis del proceso terapéutico, poniendo el acento en la dimensión mágica, también se describe el gran corolario de técnicas, tanto de origen islámico como mandé, el sincretismo reinante y la fuerte conexión de estas prácticas con la cosmología local y por

tanto, con las representaciones de salud, enfermedad y curación, de la población en el área de estudio. Este vínculo dota de gran coherencia y media un alto grado de eficacia simbólica a los rituales de curación practicados por los traditerapeutas y entre ellos, los “fisioterapeutas” tradicionales.

Dicho análisis ilustra cómo hablar de terapia tradicional en África Oeste sin contemplar la dimensión mágico-religiosa y tener en cuenta únicamente la dimensión física, mensurable y reproducible, es un error porque nos priva de gran parte de los elementos explicativos del fenómeno terapéutico en estas sociedades.

A continuación, el análisis antropológico nos da las claves necesarias para comprender los mecanismos intrínsecos al mosaico que constituye el acto terapéutico así como el proceso de enfermar y de recuperar la salud en el área de estudio. La antropología explica además el papel del proceso terapéutico en el tejido social, así como en la arena política, trascendiendo del plano físico e individual al colectivo y mediando eficacias.

Esta interpretación de lo que significa estar enfermo es de gran pertinencia dado que, de no ser por ella, la lectura etnocéntrica situaría al lector occidental dentro de la jaula que puede suponer el paradigma científico; así pues, la antropología tiene la virtud de liberarnos de esta limitación que nos priva de comprender la complejidad del proceso terapéutico en estos territorios.

Continuamos enfocando más la mirada, el trabajo de campo nos ha permitido realizar la fotografía detallada de la situación de la discapacidad en el área de estudio: los datos epidemiológicos dimensionan la magnitud del problema que da razón de ser a esta investigación y al proyecto de cooperación Fisiáfrica: una gran incidencia de discapacidad asociada a enfermedades prevalentes, pobremente contempladas por la acción tanto nacional como internacional y como resultado, una carencia de recursos biomédicos para dar respuesta a la necesidad poblacional.

La falta de accesibilidad a los recursos de rehabilitación escasos contribuye a la perpetuación del círculo vicioso que se establece entre discapacidad y pobreza, constituyendo una de las causas estructurales de la pobreza, en un área geográfica históricamente castigada, donde el post-colonialismo facilita un desarrollo aparente, pero no crecimiento económico ni social: una situación que vulnera de manera alarmante los derechos humanos.

En Mali la atención del paciente discapacitado físico dispone de más recursos que en Gambia, donde son prácticamente inexistentes, sin embargo, la gran extensión geográfica y gran masa poblacional del primero, conllevan un insuficiente alcance de estos servicios, que no consiguen llegar a la ciudadanía. En ambos países pues, se erigen barreras de accesibilidad difícilmente

salvables por muy pocos, mientras el resto de discapacitados se dejan caer en la brecha de la pobreza, arrastrando a sus familias con ellos.

Es en este punto donde tiene un papel activo el proyecto de cooperación interuniversitaria al que se vincula esta investigación, generando un fortalecimiento del sistema médico en estos países, en el campo de la rehabilitación funcional y haciendo esfuerzos por integrar la “fisioterapia” tradicional, actuando de puente entre dos lógicas y permeando en los espacios de poder preexistentes en el campo de los cuidados de la disfunción física, por parte de los actores, tanto del ámbito biomédico como de la medicina tradicional.

Este último sistema médico, a pesar de ocupar un lugar de subalternidad, bajo la hegemonía biomédica, disfruta no sólo de gran popularidad, sino de altos niveles de eficacia en el área de estudio.

Hemos investigado la repercusión del mandato emitido por la OMS el año 1978 en la Declaración de Alma Ata: los diferentes grados de integración y regulación no alcanzan al campo de la “fisioterapia” tradicional en ninguno de los dos países a pesar de la consciencia, por parte de las administraciones, tanto de salud como de educación, del gran desconocimiento del que adolecen sobre este recurso profusamente utilizado por la población.

El trabajo de campo ha confirmado, de forma constante, la evidencia del papel ocupado por magia y religión en el proceso terapéutico descrito por la literatura. Estos dos componentes presentan límites borrosos en la práctica, de manera que se trata más bien de una gradación que, sin discontinuidades, conduce de la magia a la religión y viceversa, constituyendo, a su vez, una dimensión transversal a todo el proceso.

Esta dimensión también se encuentra presente, de manera importante, en la práctica de la “fisioterapia” tradicional, así como los elementos sincréticos entre sistemas médicos islámico, mandé y biomédico, entrelazados en un sistema dinámico en evolución constante, un sistema vivo.

Así como el origen de los *setter bone* gambianos, entre otros motivos, condujo este trabajo a Mali, los hallazgos encontrados en este último país abrieron vías de investigación, cuya presencia en el acto terapéutico se confirmó al volver a Gambia, de manera que las prácticas estudiadas en ambos países no han constituido dos realidades aisladas con numerosos puntos en común, sino que más bien han dibujado un camino de ida y vuelta entre las dos áreas de estudio, en que cada nueva información obtenida en Mali inauguraba nuevas pistas a seguir en Gambia y viceversa.

Lleida fue también un área geográfica de estudio, que aunque poco explotada, aportó un dato determinante en la configuración del ritual terapéutico seguido por los “fisioterapeutas” tradicionales investigados en el terreno: las palabras secretas empleadas en el ritual terapéutico, a

pesar de la afirmación reiterada de unos y otros profesionales, de tratarse de palabras del Corán, parecía que en muchos casos no era cierto, si no que se trataba de palabras del secreto mandé también conocido como secreto negro. Este descubrimiento, confirmado en nuevas entrevistas en el terreno aportaba dos informaciones de gran valor: la naturaleza de la herramienta terapéutica que supone el poder mágico de la palabra por un lado y los intereses subyacentes a la falsación de la información, por parte de los terapeutas, ilustrativa de la pugna entre sistemas médicos, discursos y valores morales, por otro.

Sin olvidar la eficacia simbólica inherente al componente sobrenatural del ritual de curación, hemos centrado una parte importante del trabajo en el análisis biomédico de las prácticas de “fisioterapia” tradicional, utilizando herramientas de investigación cuantitativa, partiendo de una muestra suficientemente significativa y evaluando varias variables físicas. Los resultados obtenidos demuestran que la evolución de los pacientes afectos de fracturas, esguinces y otros trastornos del aparato locomotor, principalmente de carácter traumatológico y que han recibido tratamiento por parte de los traditerapeutas, evolucionan de forma altamente satisfactoria hacia la normalidad funcional.

Este análisis evidencia la idoneidad de las técnicas empleadas y tiene la virtud de legitimar dichas prácticas, desde el punto de vista científico.

También se ha realizado una traducción biomédica de las técnicas de terapia manual empleadas, encontrándose un gran paralelismo con las utilizadas en fisioterapia biomédica, confirmando en numerosos casos, que técnicas que disfrutaban de gran éxito entre los profesionales de Occidente, ya eran realizadas desde antiguo entre estas gentes y se han traspasado durante generaciones, por medio de la oralidad y bajo un régimen de agregación familiar en la mayoría de casos.

En cuanto a las plantas y otros productos utilizados, en muchos casos se ha conseguido documentar su acción química sobre el organismo, aunque una vez más los límites entre la eficacia explicada en términos físicos y la eficacia simbólica mediada por la magia simpática o bien contagiosa, son difíciles de determinar como se ha observado también en el uso de productos dietéticos en medicina profética.

En lo que respecta a las técnicas empleadas en la inmovilización de fracturas, cabe destacar varias virtudes de la metodología empleada y que le confiere mayor éxito terapéutico que la metodología seguida en el sistema biomédico en el tratamiento de la misma dolencia:

Sólo se inmoviliza el segmento óseo fracturado dejando libres las articulaciones adyacentes, lo cual evita el efecto secundario indeseable de la rigidez articular. La inmovilización dinámica se adapta

perfectamente a la superficie corporal, maximizando la fijación sin compresiones vasculares ni holguras. Por último, el control cada dos o tres días del estado del miembro, asegura una mejor evolución y evita complicaciones secundarias.

La práctica de la sangría, en desuso en la medicina biomédica pero común en medicina islámica y tradicional china aun en nuestros días, ha supuesto otra grata sorpresa: numerosos trabajos y revisiones bibliográficas demuestran que provee de importantes beneficios tanto en la patología del aparato locomotor como en otros problemas de salud. Concretamente, en el tratamiento del síndrome miofascial, los puntos donde se aplica esta técnica han mostrado un alto grado de correlación con los puntos gatillos descritos profusamente en literatura científica y el efecto purgativo tisular que produce tiene claro paralelismo en el efecto fisiológico conseguido con las diferentes técnicas de inhibición del punto gatillo, tales como la punción seca o la compresión isquémica, siendo el efecto de la sangría más expeditivo y menos invasivo que la punción seca.

La principal complicación asociada a esta técnica, la infección, se previene con el uso de cuchillas de un único uso y el lavado continuo con lejía diluida en agua, de la piel del paciente así como de las ventosas empleadas para la succión, mediante vacío, de la sangre.

Debemos, por otra parte, poner acento en la mayor accesibilidad económica, temporal y geográfica que ofrecen estos profesionales a la población, factor determinante, habitualmente, en la toma de decisiones que diseña los itinerarios terapéuticos seguidos por el paciente afecto de limitación funcional, así como en el éxito o fracaso terapéutico.

La combinación de pragmatismo y espiritualidad como criterios de elección, hacen que la toma de decisiones gire en torno a dos ejes que al combinarse, dan como resultado un entramado complejo, donde las vías de elección no son de carácter lineal, si no que las combinaciones son múltiples por que responden a diferentes motivos: económicos, políticos, sociales.

Los testimonios reflejan un sistema biomédico a menudo desacreditado, pervertido e insuficiente, que con demasiada frecuencia no da respuesta a las necesidades del sujeto: estas carencias serán suplidas por la solidaridad comunitaria y la medicina tradicional, bajo menores costos o el peregrinaje a otros países, los cuales, se supone, disponen de más y mejores recursos.

Tras este análisis pormenorizado de la discapacidad, los recursos de que disponen los sistemas médicos biomédico y tradicional y el uso que de ellos hace la población, se puede deducir, dando respuesta a la hipótesis de esta investigación, que es no sólo idónea sino pertinente, la integración



de los recursos que nos aporta el conocimiento local a la red biomédica de atención de la discapacidad, por numerosas razones de peso:

- Gran presencia de los traditerapeutas en todas las comunidades, hecho que les sitúa en agentes de salud que cubren toda la geografía del área de estudio
- Alto grado de eficacia simbólica, mediada por la existencia de representaciones entorno a la enfermedad compartidas que contemplan las diferentes esferas del individuo
- Las técnicas físicas empleadas no difieren sustancialmente de aquellas utilizadas por los fisioterapeutas occidentales, y su acción se basa en principios fisiopatológicos comunes.
- La metodología seguida en el tratamiento de las fracturas muestra puntos fuertes, que hacen que resulte más indicada que aquella utilizada en el sistema biomédico.
- Mayor accesibilidad económica, geográfica y temporal que los recursos dirigidos por el sistema biomédico a la discapacidad
- Ante la falta de recursos materiales mostrada por el sistema biomédico, el traditerapeuta cuenta con todos los elementos necesarios para su práctica terapéutica: productos vegetales, animales y minerales, así como palabras secretas con poder sobrenatural y técnicas manipulativas manuales.

Estos resultados nos llevan a proponer la colaboración de ambos profesionales, fisioterapeutas biomédicos y tradicionales, siempre con el paciente como centro, estableciendo itinerarios consensuados y enriqueciendo las prácticas de los unos y los otros con el conocimiento adquirido mutuamente.

Fortalecer la atención de fisioterapia y potenciar la integración de la “fisioterapia” tradicional en el sistema asistencial y en la formación universitaria en fisioterapia son las propuestas finales que se desprenden de la presente investigación: en la actualidad y como parte de este trabajo, se ha iniciado el camino en Gambia y Mali, seguiremos avanzando, bajo el respeto y comprensión de unos y otros profesionales, situando en el centro y como objetivo, al paciente, con la intención de que el tejido de cuidados dirigidos a la discapacidad se enriquezca con el conocimiento y recursos inherentes a los sistemas integrantes del pluralismo médico presente en estos países.

## Bibliografía.

Ackernecht (1946) Natural disease and national treatment in primitive medicin. Bulletin of the history of medicine, 465-497

Ackerknecht, E. H. (1985). *Medicina y antropología social* (Vol. 70). Ediciones Akal.

Acton, N. (1983). World disability: the need for a new approach.

Adam, K. (2001). Cultura: la versión antropológica.

Adams, M. S., Khan, N. Z., Begum, S. A., Wirz, S. L., Hesketh, T., & Pring, T. R. (2012). Feeding difficulties in children with cerebral palsy: Low-cost caregiver training in Dhaka, Bangladesh. *Child: care, health and development*, 38(6), 878-888.

Addo, J., Smeeth, L., & Leon, D. A. (2007). Hypertension in Sub-Saharan Africa. *Hypertension*, 50(6), 1012-1018.

Adongo, P. B., Kirkwood, B., & Kendall, C. (2005). How local community knowledge about malaria affects insecticide-treated net use in northern Ghana. *Tropical Medicine & International Health*, 10(4), 366-378.

Agyemang, C., Bruijnzeels, M. A., & Owusu-Dabo, E. (2006). Factors associated with hypertension awareness, treatment, and control in Ghana, West Africa. *Journal of human hypertension*, 20(1), 67-71.

Agyemang, C. (2006). Rural and urban differences in blood pressure and hypertension in Ghana, West Africa. *Public health*, 120(6), 525-533.

Agyemang, C., van Oeffelen, A. A., Norredam, M., Kappelle, L. J., Klijn, C. J., Bots, M. L., ... &

- Vaartjes, I. (2014). Socioeconomic inequalities in stroke incidence among migrant groups. *Stroke*, 45(8), 2397-2403.
- Ahmadi, A., Schwebel, D. C., & Rezaei, M. (2008). The efficacy of wet-cupping in the treatment of tension and migraine headache. *The American journal of Chinese medicine*, 36(01), 37-44.
- Ahmed, A (1986) Toward Islamic Anthropology. *The American Journal of Islamic Social Sciences* 3(2) 181-230
- Ahorlu, C. K., Dunyo, S. K., Afari, E. A., Koram, K. A., & Nkrumah, F. K. (1997). Malaria-related beliefs and behaviour in Southern Ghana: Implications for treatment, prevention and control. *Tropical Medicine & International Health*, 2(5), 488-499.
- Al Mahdy, H. (2002). Rehabilitation and community services in Iran. *Clinician in Management*, 11(2), 57-60.
- AlBedah, A., Khalil, M., Elolemy, A., Elsubai, I., & Khalil, A. (2011). Hijama (cupping): a review of the evidence. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 16(1), 12-16.
- Aleyeidi, N., Aseri, K., & Khawthar, A. (2015). The efficacy of wet cupping on blood pressure among hypertension patients in Jeddah, Saudi Arabia: A randomised controlled trial pilot study. *Alternative & Integrative Medicine*.
- Amezcu, M. (2015). El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante.
- Ampudia, J. C. B. Quality and living conditions as determinants of health-disease. A proposal for medical anthropology.
- Amselle, J. L. (1990). Logiques métisses anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs.

Ando M, Mori A, Esaki H, Shiraki T. (2003) The effect of pulmonary rehabilitation in patients with post-tuberculosis. *Lung Disorder Chest*.

Araujo, J.R. , Duarte, F, Avila, CM, Oliveira, AM (1993) Paludisme cérébral. Etude morphopathologique. *Neurologie tropicale*. Ed. AUPELF-UREF. John Libbey Eurotext. Paris, 343-345.

Atijosan, O., Simms, V., Kuper, H., Rischewski, D., & Lavy, C. (2009). The orthopaedic needs of children in Rwanda: results from a national survey and orthopaedic service implications. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 29(8), 948-951.

Aubry, P (2007) *Medecine Tropicale La tuberculose a l'heure du sida Actualités*.

Augé, M., & Herzlich, C. (1983). *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*.

Augé M, (1988) *Le Dieu objet*, Paris, Flammarion. Nouvelle bibliothèque scientifique.

Augé, M. (1994) *Le sens des autres*. Paris: Fayard.

Avila, G., & González, G. (2007). Algunas manifestaciones neurológicas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en pacientes del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva 2001-2004. *Acta Neurol Colomb*, 23(2), 90-94.

Badawi, N., Felix, J. F., Kurinczuk, J. J., Dixon, G., Watson, L., Keogh, J. M., ... & Stanley, F. J. (2005). Cerebral palsy following term newborn encephalopathy: a population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(5), 293-298.

Balandier, G. (1965). *La vie quotidienne au royaume de Kongo du XVIe au XVIIIe siècle*. Hachette.

Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., ... & Damiano, D. (2005).

Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(08), 571-576.

Bazin, J. (1985). A chacun son Bambara. *Au cœur de l'ethnie. Ethnie, tribalisme et État en Afrique*, Paris, La Découverte, 11, 87-125.

Bazin, J. (1986). Retour aux choses-dieux. *Le Temps de la Réflexion*, Paris, Gallimard, 253-273

Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., & Haines, A. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *The Lancet*, 372(9642), 940-949.

Beaucage, P. (2000). La etnociencia, su desarrollo y sus problemas actuales.

Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical care*, 10-24.

Romdhane, H. B., Ali, S. B., Skhiri, H., Traissac, P., Bougatef, S., Maire, B., ... & Achour, N. (2012). Hypertension among Tunisian adults: results of the TAHINA project. *Hypertension Research*, 35(3), 341-347.

Benjamin W. Kankpeyeng , Samuel N. Nkumbaan & Timothy Insoll (2011): Indigenous cosmology, art forms and past medicinal practices: towards an interpretation of ancient Koma Land sites in northern Ghana, *Anthropology & Medicine*, 18:2, 205-216

Benoist, Jean (1996) *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala (« Médecines du Monde »

Bertaux, C., & Jespers, P. (1981). Quelques opérations sacrificielles liées aux géomancies bambara

et minyanka du Mali. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (5), 71-98.

Bilal, M., & Khan, R. A. (2016). Therapeutic Effectiveness of Hijama in Sciatica Pain. *Pharmacology & Pharmacy*, 7(08), 326.

Bild, D. E., Selby, J. V., Sinnock, P., Browner, W. S., Braveman, P., & Showstack, J. A. (1989). Lower-extremity amputation in people with diabetes: epidemiology and prevention. *Diabetes care*, 12(1), 24-31.

Atijosan, O., Kuper, H., Rischewski, D., Simms, V., & Lavy, C. (2007). Musculoskeletal impairment survey in Rwanda: design of survey tool, survey methodology, and results of the pilot study (a cross sectional survey). *BMC musculoskeletal disorders*, 8(1), 30.

Bishop, G. D. (1991). Lay disease representations and responses to victims of disease. *Basic and Applied Social Psychology*, 12(1), 115-132.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. (2013) Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, Vol 382(9890) pp 427-51

Blaustein, A.P. & Flanz, G.H, (1997) THE GAMBIA. CONSTITUTION. Vol. VII of *Constitutions of the Countries of the World* (Permanent Ed., 1971

Bo, W., Hong, D., Xuezhong, L., & Zhongxin, X. (2008). The demand for rehabilitation therapists in Beijing health organizations over the next five years. *Disability and Rehabilitation*, 30(5), 375-380.

Boffa, J. M. (1999). *Agroforestry parklands in sub-Saharan Africa*. FAO.

Bonnet, D. (1988). *Corps biologique, corps social: procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso* (Vol. 110). IRD Editions.

Bourdarias, F., Dozon, J. P., & Obringer, F. (2014). *La médecine chinoise au Mali. Les économies d'un patrimoine culturel.*

Bourdet, Y (2010) ASDI. *La desigualdad de género, el crecimiento y la lucha contra la pobreza en Mali.*

Bourdieu, P., (1994). *Raisons Pratiques. Sur la Théorie de l'acction*, Ed. Du soleil, Paris.

Bourguet, D (2015) *Ethnographie d'un cure non ordinaire. Ce que guerir veut dire: Experiences, significations, Politiques et Technologies de la Guerison.* Marseille.

Bousser, M G., Mas J L ( 2009). *Accidents vasculaires cérébraux.* Paris.

Bouth D.M., Giboda M. (1987). *Malaria in Kampuchea : clinical course of falciparum malaria in Chemin de Fer Hospital. Phnom Pehn. Folia Parasito! (Phaha) ; 34. 1:11 -18*

Breman, J. G., Alilio, M. S., & Mills, A. (2004). *Conquering the intolerable burden of malaria: what's new, what's needed: a summary. The American journal of tropical medicine and hygiene, 71(2 suppl), 1-15.*

*British Medical Journal* (1997); 315: 1424-1425 (29 November). 109 Brock 29-79.

Bulman, R. J., & Wortman, C. B. (1977). *Attributions of blame and coping in the "real world": severe accident victims react to their lot. Journal of personality and social psychology, 35(5), 351.*

Bulnes, N. J., Pardo, R. B. S., Atarés, N. G., & de Logopedia, D. (2008). Identificación de competencias del logopeda en la Universidad de Valladolid. In *VI Jornades d'Investigació en Docència Universitaria: la construcció col·legiada del model docent universitari del segle XXI* (p. 8). Universitat d'Alacant.

Busquet, L (2005) Les Chaînes musculares. Ed. Paidotribo, Barcelona

Bygbjerg, I. C. (2012). Double burden of noncommunicable and infectious diseases in developing countries. *Science*, 337(6101), 1499-1501.

Camara, B. Faye, P. (2008) Séquelles neurologiques du paludisme grave chez l'enfant au CHU d'enfants Albert Royer de Dakar d'Aout 2001 à Mars 2003. *Bull soc pathol Exot*, 134-135

Canals, J., & Romaní, O. (1996). Médicos, Medicina y medicinas: del sacerdocio al "marketing". *Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura*, (25), 51-61.

Cao, H., Han, M., Li, X., Dong, S., Shang, Y., Wang, Q., ... & Liu, J. (2010). Clinical research evidence of cupping therapy in China: a systematic literature review. *BMC complementary and alternative medicine*, 10(1), 70.

Cao, H., Li, X., & Liu, J. (2012). An updated review of the efficacy of cupping therapy. *PloS one*, 7(2), e31793.

Carne, B., Bouquely, J.C., Tati, G. (1993) Neuropaludisme de l'enfant africain, facteur de risque et pronostic à moyen terme. Symposium International sur le Paludisme. IMTSSA, Marseille

Cartry, M. (1981). Le statut de l'animal dans le système sacrificiel des Gourmantché (Haute-Volta): Troisième partie. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (5), 195-216.

CDC. (1991) The prevention and treatment of complications of diabetes mellitus: guide for primary care practitioners. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service.



Chandenier J., Danis M. (2000) Le traitement du paludisme. Actualité et perspectives. *Malaria* 1-  
Résumé 3 : 23-57

Cherak , FZ (2015) “Guerir” de la possession et de l'ensorcellement par la rouqya (Algerie, France, Egypte). Ce que guerir veut dire: Experiences, significations, Politiques et Technologies de la Guérison. Marseille.

Chirali, I. Z. (1999). The cupping procedure. *Traditional Chinese Medicine Cupping Therapy*, 73-86.

Chwala L.S., Sidhu G.. Sabharwal B.D.. Bhatia K.L.. Sood A. (1989). Juandice in *Plasmodium falciparum*. *J As soc Physicians India* ; 37, 6:390-391

Cissé, Y. (1964). Notes sur les sociétés de chasseurs malinké. *Journal de la Société des Africanistes*, 34(2), 175-226.

Cissé, Y. T. (1973). *Signes graphiques: représentations, concepts et tests relatifs à la personne chez les Malinké et les Bambara du Mali*. Groupe de recherche II-Etude des phénomènes religieux en Afrique occidentale et équatoriale.

Cissé, Y. (1981). Le sacrifice chez les Bambara et les Malinké. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (5), 23-60.

Cissé, YT. (1991) *Soundjata ou la gloire du Manden*, Paris, Karthala.

Cissé, Y. (1994). *La confrérie des chasseurs Malinké et Bambara: mythes, rites et récits initiatiques*. Nouvelles du Sud.

Clements, F. E. (1932). Primitive concepts of disease.

Colleyn, J. P. (1976). Le sacrifice selon Hubert et Mauss. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (2), 23-42.

Colleyn, J. P. (1987). Objets forts et rapports sociaux. Le cas des Yapere Minyanka. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (8), 221-262.

Colleyn, J. P. (1988). *Les chemins de Nya: culte de possession au Mali* (Vol. 1). Ed. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.

Collomb H., Rey M., Nouhouayi A., Petit M. (1967). Les hémiplegies au cours du paludisme aigu. *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française* ; 12, 4:791-795

Comelles, J. M., Martínez Hernáez, A. (1993) Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina. Madrid: Eudema.

Comelles, J. M. (1994). El papel del sistema de salud en la configuración de la demanda de servicios. *El usuario como determinante de la oferta de servicios sanitarios*, 29-41.

Conklin, Harold (1975). "Etnografía" en Llobera, Jose (comp), *La Antropología como ciencia*, Barcelona, España, Anagrama

COPTOA. (2003) Definición Aprobada En Junta Extraordinaria Del Coptoa. Corporació Sanitària De Barcelona Ens Públic De La Generalitat De Catalunya I L'ajuntament De Barcelona Adscrit Al Servei Català De La Salut Consorci Sanitari De Barcelona Csb • Agència De Salut Pública De Barcelona • Àmbit D'atenció Primària Barcelona Ciutat. I C S • Clínica Plató. Fundació Privada • Corporació Sanitària Clínic • Fundació De Gestió Sanitària Del 'HOSPITAL De La Santa Creu I Sant Pau • Hospital Dos De Maig • Hospital Sagrat Cor • Hospital Sant Rafael • Hospital Universitari Sant Joan De Déu • Hospital Universitari Vall D'hebron • I Nstitut Municipal D'assistència Sanitària (IMAS) • Pamem • Scubsa-061 Protocols, Codis D'activació I Circuits D'atenció Urgent A Barcelona Ciutat Ictus

Coulon, J. C. (2013). *La magie islamique et le «corpus bunianum» au Moyen Âge* (Doctoral dissertation, Paris 4).

Crawley, A. E. (1902). *The mystic rose: a study of primitive marriage*. Macmillan and Company. 231-235

Crowley JS, Elias R. (2003) Medicaid's role for people with disabilities. Washington, DC, Henry Kaiser Foundation.

CRUZ, H. I. M. (1994). Etudes neuroépidémiologiques en Equateur. *Neurologie tropicale*, 23.

Damasceno, A., Azevedo, A., Silva-Matos, C., Prista, A., Diogo, D., & Lunet, N. (2009). Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in mozambique. *Hypertension*, 54(1), 77-83.

Danyali, F., Vaez Mahdavi, M. R., Ghazanfari, T., & Naseri, M. (2009). The comparison of normal venous blood with. *Physiology and Pharmacology*, 13(1), 78-87.

Daum, C. (1995). Les migrants, partenaires de la coopération internationale.

de Lima, A. P., & Sarró, R. (2006). *Terrenos Metropolitanos: Ensaio sobre produção etnográfica*.

De Miguel, J. M. (1980). Introducción al campo de la antropología médica. *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama, 11-40.

De Onis, M., Monteiro, C., Akre, J., & Clugston, G. (1993). The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO Global Database on Child Growth. *Bulletin of the World health Organization*, 71(6), 703-712.

de Heusch, L. (1976). Introduction: Pour une nouvelle problématique du sacrifice. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (2), 7-22.

Delacroix, D (2015) Guérir des Maux de la Guerre au Pérou. Ce que guérir veut dire: Experiences, significations, politiques et technologies de guérison. Marseille,

Delafosse M. (1995) La langue mandingue et ses dialectes (malinké, bambara, dioula), tome II : Dictionnaire mandingue-français, Librairie orientaliste Paul Geuthner. Paris.

Denys-Struyf, G. (2005). *El manual del mezierista* (Vol. 2). Editorial Paidotribo.

DER SCHWEIZ, I. N. The Effect of Hijama (Cupping) on Oxidative Stress Indexes & various Blood Factors in Patients Suffering from Diabetes Type II.

Despeux, C. (2001). The system of the five circulatory phases and the six seasonal influences (wuy-un liuqi), a source of innovation in medicine under the Song (960–1279). *Innovation in Chinese medicine*, 121-65.

Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA. (1992) AIDS: etiology, diagnosis, treatment, and prevention. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 35-45.

Diakité, D. (1988) Essai sur les traditions sanitaires et m dicales Bambara du Beledougou. These.  cole nationale de medecine et Pharmacie, Bamako.

Diakité, D. (1993), "Quelques maladies chez Bamanan" Se soigner au Mali

Diarra, B.B. (2008) Evaluation de l'effet de l'implication des tradithérapeutes dans la détection et la référence des malades suspects de tuberculose dans les districts sanitaires de Sikasso. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie. Thèse.

Dieterlen, G. (1947). Mécanisme de l'impureté chez les Dogon. *Journal de la Société des Africanistes*, 17(1), 81-90.

Dieterlen, G. (1951). *Essai sur la religion bambara: Ar Germaine Dieterlen; préface de Marcel Griaule*. Presses Universitaires de France.

Dieterlen, G. (1981). Réflexions sur la parole, le sacrifice et la mort dans quatre populations de l'Afrique de l'Ouest. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (5), 61-70.

Dogon, M. (2004). Etude de la traumatologie traditionnelle en Pays Dogon (Mali). *Mali Médical*, 19, N3-4.

Doyal, L. (1983) Introduction. Poverty and disability in the Third World: the crippling effects of Underdevelopment.

Ngoungou, E. B., Poudiougou, B., Dulac, O., Dicko, A., Boncoeur, M. P., Traore, A. M., ... & Druet-Cabanac, M. (2007). Séquelles neurologiques persistantes dues au paludisme cérébral dans une cohorte d'enfants au Mali. *Revue Neurologique*, 163(5), 583-588.

Doutté, E. (1900). *Notes sur l'Islâm maghribin, les marabouts*. E. Leroux.

Doutté, E. (1909). La société musulmane du Maghreb. *Magie et religion religion dans l'Afrique du Nord, Alger*, 103.

Dumas-Champion, F. (1987). Pouvoir et amertume du fétiche.. Deux études de cas: les Koma du Cameroun et les Masa du Tchad. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (8), 141-176.

Eide AH. (2003) Living conditions among people with activity limitations in Zimbabwe: a representative regional survey. Oslo, *SINTEF*.

*Eide AH, van Rooy G, Loeb ME. (2003b) Living conditions among people with activity limitations in Namibia: a representative national survey. Oslo, SINTEF.*

Eide AH, Loeb ME. (2006) Living conditions among people with activity limitations in Zambia: a national representative study. Oslo, *SINTEF*.

Eide, A. H., & Kamaleri, Y. (2009). Living conditions among people with disabilities in Mozambique: a national representative study. *Oslo, SINTEF*.

*Eide AH, Oderud T. (2009b) Assistive technology in low income countries. In: Maclachlan M, Swartz L, eds. Disability and international development, Dordrecht, the Netherlands, Springer.*

El-Ghitany, E. M., Abdel Wahab, M. M., Abd El-Wahab, E. W., Hassouna, S., & Farghaly, A. G. (2015). A comprehensive hepatitis C virus risk factors meta-analysis (1989–2013); Do they differ in Egypt?. *Liver International*, 35(2), 489-501.

Elrod, C. S., & DeJong, G. (2008). Determinants of utilization of physical rehabilitation services for persons with chronic and disabling conditions: an exploratory study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(1), 114-120.

Elwan, A. (1999). *Poverty and disability: A survey of the literature*. Washington, DC: Social Protection Advisory Service.

EDSM, V. (2013). Enquête démographique et de Santé au Mali 2012-2013.

Encinas, J. A. H. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. In *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-162). Bellaterra.

Encuesta integrada de hogares. ELIM. (2010)

Epstein, L. G., & Gendelman, H. E. (1993). Human immunodeficiency virus type 1 infection of the nervous system: pathogenetic mechanisms. *Annals of neurology*, 33(5), 429-436.

Espinoza, B., Zainnet, H., Pinell, G. R., Yapu, D. G., Turba, A. G., & Flores, N. (2009). Estudios preliminares de los extractos de especies de Cassia y evaluación de la actividad antiparasitaria Preliminary studied of extras from Cassia species and their antiparitic activity. *Biofarbo*, 17(1), 54-58.

Evans-Pritchard, E. (1937). Magic, witchcraft and oracles among the Azande.

Ezegwui HU, Ikeako LC, Ogbuefi F (2012) Obstetric outcomes of teenage pregnancies at a tertiary hospital in Enugu, Nigeria Nigerian journal of Clinical Practice, Vol 15(2) pp147-50

Fainzang, Sylvie. (1954) L'intérieur des choses . Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina, L'Harmattan, Paris.

Fainzang, S. (1996). D'une société ouest-africaine à un groupe d'anciens buveurs. Présentation d'une démarche de recherche en anthropologie de la maladie.

Fainzang, S. (2009b). La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale.

LPP, L. (2010). Network, IUCN-WISP and FAO. 2010. Adding value to livestock diversity: Marketing to promote local breeds and improve livelihoods. *FAO Animal Production and Health Paper, 168*.

FAO (2012) The State of Food Insecurity in the World.

Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. Presses universitaires de France.

Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé: études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Karthala Editions.

Fassin, D. (2010). *Antropologia e salute pubblica. Comprendere l'inintelligibilità dell'AIDS in Sud Africa, La Cura e il Potere*. Salute Globale Sapiere Antropologici. Azioni di Cooperazione Sanitaria Transnazionale. 105-126.  
Firenze.

Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*. (Vol. 3). Paris: Gallimard.

Ficke, R. C. (1992). Digest of Data on Persons with Disabilities.

Foster, G. M.-Anderson, B. G. (1978): Medical Anthropology. Toronto

Frazer, J. G. (1990). The golden bough. In *The golden bough* (pp. 701-711). Palgrave Macmillan UK.

Frenk, J. (1992). *El concepto y la medición de accesibilidad. Investigaciones sobre estudios de salud: una antología*. OPS, 534.

Furbee, L., & Benfer, R. A. (1983). Cognitive and geographic maps: Study of individual variation among Tojolabal Mayans. *American Anthropologist*, 85(2), 305-334.

Gao, L. W. (2004). Practical Cupping Therapy.

Reiber, G. E., Pecoraro, R. E., & Koepsell, T. D. (1992). Risk Factors for Amputation in Patients with Diabetes Mellitus A Case-Control Study. *Annals of internal medicine*, 117(2), 97-105.

Gbadoé, A. D., Kini-Caussi, M., Koffi, S., Traoré, H., Atakouma, D. Y., Tatagan-Agbi, K., & Assimadi, J. K. (2006). Évolution du paludisme grave de l'enfant au Togo de 2000 à 2002. *Médecine et maladies infectieuses*, 36(1), 52-54.

Geertz, C. (1994). Desde el punto de vista del nativo: sobre la naturaleza del conocimiento antropológico. *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*, 73-90.

Gerard, H. B. (1963). Emotional uncertainty and social comparison. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66(6), 568.

Giustini, A. (2013). Network-modalities (and needs) in rehabilitation: Perspectives for a continuous



development. *Rehabilitación*, 47(1), 44-48.

Godelier, M. (1991). *Transitions et subordinations au capitalisme*. Éd. de la Maison des Sciences de l'Homme.

Godfrey, R., & Julien, M. (2005). Urbanisation and health. *Clinical Medicine*, 5(2), 137-141.

Goldziher, (1971) *Muslim Studies*, SM Stern Ed. Oxford.

Good, B. J., & Good, M. J. D. (1981). The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In *The relevance of social science for medicine* (pp. 165-196). Springer Netherlands.

Gopinathan, V. P., & Subramanian, A. R. (1981). Pernicious syndromes in Plasmodium infections. *The Medical journal of Australia*, 2(12), 568-572.

Gouvernement du Mali (2014) PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL (PDDSS) 2014-2023

Ministère de la Santé et de Ministère du Travail et des l'Hygiène Publique Affaires Sociales et Humanitaires Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille

Gramsci, A., & Gerratana, V. (1975). *Quaderni del carcere: edizione critica dell'Istituto Gramsci. Quaderni 1 XVI-5 IX*. Einaudi.

Grandin, N. (1978). Note sur le sacrifice chez les arabes musulmans. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (3), 87-114.

Grantham-MacGregor S , et al. (2007) Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries." *Lancet*, Vol 369(9555) pp 60-70

Graw, K. (2005). The emergence of the present. A phenomenological study of divination, time, and the subject in Senegal and Gambia.

Green, E. C. (1992). Sexually transmitted disease, ethnomedicine and health policy in Africa. *Social Science & Medicine*, 35(2), 121-130.

Griaule, M. (1940). Remarques sur le mécanisme du sacrifice dogon (Soudan français). *Journal de la Société des Africanistes*, 10(1), 127-129.

Griaule, M. (1976). Remarques sur le mécanisme du sacrifice Dogon (Soudan français). *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (2), 51-54.

Griaule, M. & G. Dieterlen (1950), « La conception du monde et de la matière au Soudan », *Atomes* févr. Signes graphiques soudanais, Hermann. Paris, 1951 : 50 – 52

Griaule, M. (1948). Dieu d'eau: conversations avec Ogotemmel.

Griaule, M. & G. Dieterlen, (1965) *Le renard pâle*, tome I : Le mythe cosmogonique, fascicule I : La création du monde, Paris.

Grønhaug, T. E., Glæserud, S., Skogsrud, M., Ballo, N., Bah, S., Diallo, D., & Paulsen, B. S. (2008). Ethnopharmacological survey of six medicinal plants from Mali, West-Africa. *Journal of ethnobiology and ethnomedicine*, 4(1), 26.

Guillaume, P. (2008) *La notion d'infortune en anthropologie de la santé*, Colloque virtuel sur le mal. Paris

Hagberg, B., Hagberg, G., Beckung, E., & Uvebrant, P. (2001). Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year period 1991-94. *Acta Paediatrica*,

90(3), 271-277.

Haig, A. J., Im, J., Adewole, D., Nelson, V., & Krabak, B. (2009). The practice of physical and rehabilitation medicine in sub-Saharan Africa and Antarctica: a white paper or a black mark?. *Journal of rehabilitation medicine*, 41(6), 401-405.

Hall, E. T. (1977). *Beyond Culture*, Garden City, Anchor Books, N. Y.

Handicap International. (2010) Massive need for rehabilitation and orthopedic equipment. Takoma Park, MD.

Harshberger, J.W., (1896) Purposes of ethnobotany.» *Botanical Gazette*,21, 146-154..

Heinsleigh PA, Fainstat T, Spencer R. Perinatal events and cerebral palsy. *Am J Obstet Gynecol\** 1986; 154: 978-81

Helander, E. *Sharing Opportunities. A Guide on Disabled People's Participation in Sustainable Human Development*, Inter-Regional Programme for Disabled People, United Nations Development Programme (UNDP), Geneva, 1995: 24

Helman,C.(1994): *Culture, health and illness*. 3a Ed. Bath: Bath typesetting

Hendriks, M., Brewster, L., Wit, F., Bolarinwa, O. A., Odusola, A. O., Redekop, W., ... & Agbede, K. (2011). Cardiovascular disease prevention in rural Nigeria in the context of a community based health insurance scheme: Quality Improvement Cardiovascular care Kwara-I (QUICK-I). *BMC Public Health*, 11(1), 186.

Hébert, J. (1961). Analyse structurale des géomancies comoriennes malgaches et africaines. *Journal de la Société des Africanistes*, 31(2), 115-208.

Hermann, J (2015) *Elements pour l'anthropologie de la guérison. Ce que guérir veut dire. Experiences, significations, politiques et technologies de la guérison*. Marseille.

Hernández Zayas, M. S., Maturell Lorenzo, J., Vigil Zulueta, I. A., & Rodríguez Nápoles, M. J. (2011). Rehabilitación fisioterapéutica de personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana y sida. *Medisan*, 15(9), 1-9.

HOBBS, T. (1995). *Leviatán*, Círculo de Lectores.

Holding, P.A., Stevenson, J., Peshu, N., Marsh, K. (1999) Cognitive sequelae of severe malaria with impaired consciousness. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* (93), 529-34.

Holding, P. A., & Snow, R. W. (2001). Impact of *Plasmodium falciparum* malaria on performance and learning: review of the evidence. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 64(1 suppl), 68-75.

Hours, B. (2006). Jaffré, Yannick & Olivier de Sardan, Jean-Pierre (dir.).—Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d’Afrique de l’Ouest. Paris, APAD, Karthala («Hommes et sociétés») 2003, 449 p. *Cahiers d’études africaines*, 46(182), 463-465.

HUCHONG. (1994). *Tuberculose Science en marche* Ed. Estm, Paris.

Hutton, J. L., Cooke, T., & Pharoah, P. O. (1994). Life expectancy in children with cerebral palsy. *Bmj*, 309(6952), 431-435.

Ibrahim, M. M., Rizk, H., Appel, L. J., El Aroussy, W., Helmy, S., Sharaf, Y., ... & Whelton, P. K. (1995). Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in Egypt. *Hypertension*, 26(6), 886-890.

Imperato, P. J. (1977). *African folk medicine: practices and beliefs of the Bambara and other peoples*.

Imperial, College. (2013). *Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases*. London

Iniesta, F. (2010). *El pensamiento tradicional africano: regreso al planeta negro*. Libros de la Catarata.

Insoll, T. (2011). Substance and materiality? The archaeology of Talensi medicine shrines and medicinal practices. *Anthropology & Medicine*, 18(2), 181-203.

Insoll, T. (2011b). Introduction. Shrines, substances and medicine in sub-Saharan Africa: Archaeological, anthropological, and historical perspectives. *Anthropology & medicine*, 18(2), 145-166.

Kabbani, C. H. (2003). *Spirituality and Healing in Medicine*.

Kassibo, B. (1992). La géomancie ouest-africaine. Formes endogènes et emprunts extérieurs (West African Geomancy: Endogenous and Borrowed Forms). *Cahiers d'études africaines*, 541-596.

Kengeya-Kayondo, J. F., Seeley, J. A., Kajura-Bajenja, E., Kabunga, E., Mubiru, E., Sembajja, F., & Mulder, D. W. (1994). Recognition, treatment seeking behaviour and perception of cause of malaria among rural women in Uganda. *Acta tropica*, 58(3-4), 267-273.

Klonoff, E. A., & Landrine, H. (1994). Culture and gender diversity in commonsense beliefs about the causes of six illnesses. *Journal of behavioral medicine*, 17(4), 407-418.

Kuban, K. C. K., Leviton, A. (1994 ). Cerebral palsy. *N Engl J Med*\*. (330), 188-95

Kuczynski, L. T. (2008). erritoires sorciers. Attachement, blocage, blindage Autour de quelques figures de la sorcellerie chez les marabouts ouest-africains en région parisienne. *Cahiers d'études africaines*, 189-190

Jacobson-Widding, A., & Westerlund, D. (1988). *Culture, experience and pluralism: Essays on African ideas of illness and healing*. Acta Universitatis Upsaliensis.

Jaffré, Y. (1991). Anthropologie de la santé et éducation pour la santé. *Cahiers Santé* (1), 406-14

Jaffré, Y. (1992). Pouvoir et maladie en Afrique, Didier Fassin, Coll. Les champs de la santé, PUF, Paris 1992, 359 pp. *Bulletin de l'APAD*, (4).

Jaffré, Y. (1999). Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey). *Bulletin de l'APAD*, (17).

Jaffré, Y., Oivier, J.P., (1999b). La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, Paris, PUF.

Jaffré, Y (2015) Ce que guerir veut dire: Experiences, significations, Politiques et Technologies de la Guérison. Marseille

Janssen, R.S., Nwanyanwu, O.C., Selik, R.M. (1992 ). Epidemiology of human immunodeficiency virus encephalopathy in the United States. *Neurology*, (42), 1472-1476

Jaspers, P. (1976 ). Contribution à l'étude des autels sacrificiels de Nya chez les Minyanka du Mali, *Systemes de pensée en Afrique noire*, 2, Paris, EPHE-CNRS, 111-140

Jonckers, D. (1976 ). Contribution à l'étude du sacrifice chez les Minyanka, *Systemes de pensée en Afrique noire*, 2, Paris, EPHE-CNRS, 91-110

Jonckers D. (1993). Autels sacrificiels et puissances religieuses. Le Manyan (Bamana — Minyanka, Mali). *Systemes de pensée en Afrique noire*, (12)

Joof, M.S. (2011) The North Bank Evening Standard [TNBES] , The Voice , Friday, April 15.

Journet, O. (1979 ). Questions about Sacrifices among the Dyola of Basse-Casamance, Senegal. (IV), 77-94

Kaendi, J.M. (1994) Coping with malaria and visceral leishmaniasis (kala-azar) in Baringo District, Kenya: Implications for disease control, Ph.D. thesis, University of California, Los Angeles

Kalis, S. (1997). *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seereer Siin du Sénégal: la connaissance de la nuit*. L'Harmattan Edition.

Kanté, N., Niangaly, A., Agnou, A. (1999) “Problématique de la mise en place, du fonctionnement et de la gestion des Associations de Santé Communautaire dans trois Régions couvertes par le PSPHR: Kayes, Ségou et Mopti”. Conferencia Internacional: Health System and social development: an alternative paradigm in Health Systems Research. Maastrich. Bamako: INRSP

Kassibo, B. (1992). La géomancie ouest-africaine. Formes endogènes et emprunts extérieurs (West African Geomancy: Endogenous and Borrowed Forms). *Cahiers d'études africaines*, 541-596.

Katona P, Katona-Apte J (2008) The interaction between Nutrition and Infection. *Clinical Infectious Diseases*, Vol 46 pp 1582-88

Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The lancet*, 365(9455), 217-223.

Keita, A. D., Toure, M., Diawara, A., Coulibaly, Y., Doumbia, S., Kane, M., ... & Traoré, I. (2005). Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux dans le service de tomodensitométrie à l'hôpital du point G. *Médecine tropicale*, 65(5), 453-457.

Kerac, M., Postels, D. G., Mallewa, M., Jalloh, A. A., Voskuil, W. P., Groce, N., ... & Molyneux, E. (2014, March). The interaction of malnutrition and neurologic disability in Africa. In *Seminars in pediatric neurology* (Vol. 21, No. 1, pp. 42-49). WB Saunders.

Ketcham. (2015). *Le Zar c'est comme son cheval. Ce que guerir veut dire: Experiences, significations, Politiques et Technologies de la Guerison*. Marseille.

Kerac, M., Bunn, J., Chagaluka, G., Bahwere, P., Tomkins, A., Collins, S., & Seal, A. (2014). Follow-up of post-discharge growth and mortality after treatment for severe acute malnutrition (FuSAM study): a prospective cohort study. *PloS one*, 9(6), e96030.

Khamballah, H. (2006). *La Géomancie traditionnelle*. Guy Trédaniel Éditeur. Editions Véga.

Kuczynski, L., & Gibbal, J. M. (1987). *Guérisseurs et magiciens du Sahel*.

Labbé, F. (2015, May). «Parce que notre Dieu guérit»: foi, pratiques religieuses et «guérison» chez les personnes vivant avec le VIH aux îles Fidji. In *Ce que guérir veut dire: Experiences, significations, politiques et technologies de la guérison*.

Lantieri, S., & Sartre, J. P. (1946). «L'Existentialisme est un humanisme».(Collection Pensées).

Laplantine, F (1986) *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot

Lasala Meseguer, A. (2003). *Curarse en Salud. Las medicinas como sistemas de transacciones*.

Lafaix C.H., Nouhouayi A., Rey M. (1970). Cécité consécutive au paludisme cérébral (d'après 7 cas). *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française* ; 15. 3:423-433

Landrine, H., & Klonoff, E. A. (1992). Culture and health-related schemas: a review and proposal for interdisciplinary integration. *Health Psychology*, 11(4), 267.



Laroche, P., Hovette, P., Godon, J.E., Touze, H. (1993 ). Physiopathologie du neuropaludisme. *Neurologie tropicale*. Ed. Aupelf-Uref. Marseille . 335-337.

Lehman, W. B., Mohaideen, A., Madan, S., Scher, D. M., Van Bosse, H. J., Iannacone, M., ... & Feldman, D. S. (2003). A method for the early evaluation of the Ponseti (Iowa) technique for the treatment of idiopathic clubfoot. *Journal of Pediatric Orthopaedics B*, 12(2), 133-140.

Lee MS, Kim J-I, Ernst E. (2011 ) Is cupping an effective treatment? An overview of systematic reviews. *J Acupunct Meridian Stud*

Lemogoum, D., Degaute, J. P., & Bovet, P. (2005). Stroke prevention, treatment, and rehabilitation in sub-saharan Africa. *American journal of preventive medicine*, 29(5), 95-101.

León, M., Díaz, B., & Rovira, D. P. (2003). Representaciones de la enfermedad: estudios psicosociales y antropológicos. *Boletín de psicología*, (77), 39-70.

LÉVI-STRAUSS, C. (1999), Mito y significado. Madrid, Alianza.

Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... & Aryee, M. (2013). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2224-2260.

Loeb, M. E., & Eide, A. H. (2004). Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study.

Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The*

*Lancet*, 367(9524), 1747-1757.

Lory, P. (1993). Verbe coranique et magie en terre d'Islam. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (12), 173-186.

Lourenço, A. F., & Morcuende, J. A. (2007). Correction of neglected idiopathic club foot by the Ponseti method. *Bone & Joint Journal*, 89(3), 378-381.

Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., ... & AlMazroa, M. A. (2013). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2095-2128.

MacDowell, M., Glasser, M., Fitts, M., Nielsen, K., & Hunsaker, M. (2010). A national view of rural health workforce issues in the USA. *Rural and Remote Health*, 10(3), 1531.

Maiga, Y., Albakaye, M., Kanikomo, D., Seybou, H., Minta, I., Diakité, S., ... & Guillon, B. (2012). Modalités de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux au Mali (Afrique de l'Ouest): une enquête de pratiques. *Mali Médical*, 28(1), 30-35.

Malinowski, B. (1985). *Magia, ciencia, religión*. Barcelona: Planeta-agostini.

Malinowski, B., & Frazer, S. J. G. (1986). *Los argonautas del Pacífico occidental*. Planeta-Agostini.

Malinowski, B. (1993). Introducción: objeto, método y finalidad de esta investigación. In *Lecturas de antropología para educadores. El ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar* (pp. 13-42). Trotta.

Marcusán, A. K. (1998). *De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social*.

Maron, S. (1997). Harriss-White, B., The Political Economy of Disability and Development, with Special Reference to India. *JOURNAL OF RURAL COOPERATION*, 25, 47-48.

Martínez, T. Á. (2009). Algunos ejemplos de mitos genesiacos subsaharianos: ¿magia o religión?. *Oráfrica: revista de oralidad africana*, (5).

Maslove, D. M., Mnyusiwalla, A., Mills, E. J., McGowan, J., Attaran, A., & Wilson, K. (2009). Barriers to the effective treatment and prevention of malaria in Africa: A systematic review of qualitative studies. *BMC International Health and Human Rights*, 9(1), 26.

Mateo, J. L., (2010) *Salud y ritual en Marruecos. Concepciones del cuerpo y prácticas de curación*, Edicions Bellaterra, Barcelona

Maulik PK, Darmstadt GL (2007) Childhood Disability in Low- and Middle-Income Countries: Overview of Screening, Prevention, Services, Legislation and Epidemiology. *Pediatrics*, Vol 120

Maupoil, B. (1943). Contribution à l'étude de l'origine musulmane de la géomancie dans le Bas-Dahomey. *Journal de la Société des Africanistes*, 13(1), 1-94.

Mauss, M., & Karady, V. (1969). *Les Fonctions sociales du sacré; 2. Représentations collectives et diversité des civilisations; 3. Cohésion sociale et divisions de la sociologie*. Éditions de Minuit.

Mauss, M. (2009). *Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas* (Vol. 3063). Katz editores.

Mcarthur, J. C. (1987). Neurologic manifestations of AIDS. *Medicine*, (66), 407-437

Mendiguren, B. (2007). *Inmigración, medicalización y cambio social entre los soninké: el caso de Drahamané (Malí)*. Universitat Rovira i Virgili.

Menéndez, E. L. (1988) “Violencia y alcohol. Las cotidianidades de las pequeñas muertes” *Relaciones* 74, XIX: 35-72.

Mensah, G. A. (2008). Epidemiology of stroke and high blood pressure in Africa. *Heart*, 94(6), 697-705.

Michaels, J., Sharer, L. R., & Epstein, L. G. (1987). Human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection of the nervous system: a review. *Immunodeficiency reviews*, 1(1), 71-104.

Ministère de la Santé. (2003). Rapport d'enquête «Coordination des Soins aux personnes handicapées. Madagascar.

Ministerio de salud. (2010). Plan estratégico nacional (PEN) VIH y sida 2011 2014. 1-; 3-7.

Ministry Of Basic And Secondary Education (MOBSE) (2011) Republic Of The Gambia Directorate Of Basic And Secondary Education The Special Needs Education And Inclusive Policy Framework 2009-2015.

Miranda, J. J., Kinra, S., Casas, J.P., Davey, Smith, G., Ebrahim, S. (2008 ). Non-communicable diseases in low- and middle-income countries: context, determinants and health policy. *Tropical Medicine & International Health*.;13(10):1225-34

Mock, C. (Ed.). (2010). *Strengthening care for the injured: success stories and lessons learned from around the world*. World Health Organization.

Moisseron, J. Y., & Haddad, M. (2013). Actualité de la médecine traditionnelle musulmane: les

conféries soufies Naqshbandiyya et Tchichtiyya.

Molyneux, M. E., Taylor, T. E., Wirima, J. J., & Borgsteinj, A. (1989). Clinical features and prognostic indicators in paediatric cerebral malaria: a study of 131 comatose Malawian children. *QJM*, 71(2), 441-459.

Momin, A. R. (1989). Islamization of anthropological knowledge. *American Journal of Islamic Social Sciences*, 6(1), 143.

Monteil, V. (1980). L'Islam noir: une religion ala conquête de l'Afrique. *Ausgabe, Paris*.

Montenegro, S. La antropología islámica y la islamización del conocimiento en las ciencias sociales.

Morfaux, L. M. (1980) Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines. Paris: Armand Colin.

Morris, C. (2007). Definition and classification of cerebral palsy: a historical perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(s109), 3-7.

Most, R. S., & Sinnock, P. (1983). The epidemiology of lower extremity amputations in diabetic individuals. *Diabetes care*, 6(1), 87-91.

Motion, S., Northstone, K., Emond, A., Stucke, S., & Golding, J. (2002). Early feeding problems in children with cerebral palsy: weight and neuro-developmental outcomes. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44(1), 40-43.

Mouls, J. P. (2004). Nouvelles orientations pour une typologie formelle des séquences fixes de figures des premiers traités de géomancie arabe. *article en ligne (geomance. Com)*.

Moyes, A. (1981). *One in Ten: disability and the very poor*. Oxfam GB.

Msellati, P (2015) Note de guinée, Ébola. Ce que guerir veut dire. Experiences, significations, politiques et technologies de la guerison. Marseille,

Murdock, G. P., Ford, C. S., Hudson, A. E., Kennedy, R., Simmons, L. W., & Whiting, J. W. (1950). *Outline of cultural materials* New Haven: Human Relations Area Files, 1950. *A fourth edition has subsequently been published.*) Murdock3Outline of Cultural Materials1950.

Murphy, S. C., & Breman, J. G. (2001). Gaps in the childhood malaria burden in Africa: cerebral malaria, neurological sequelae, anemia, respiratory distress, hypoglycemia, and complications of pregnancy. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 64(1 suppl), 57-67.

Murray, C. J., Lopez, A. D., & Jamison, D. T. (1994). The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 72(3), 495.

Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *The lancet*, 349(9061), 1269-1276.

Naamouni, K. (2015). L'incarcération (aprisionamiento) thérapeutique à la deliverance dans le culte de Bouya Omar au Maroc. Ce que guerir veut dire: Experiences, significations, Politiques et Technologies de la Guerison. Marseille.

Plan, D. S. (2005). National Coordinating Agency for Population and Development.

Nevadomsky, J. (1988). Kemwin-Kemwin: the apothecary shop in Benin City. *African Arts*, 22(1), 72-83.

Newton C.R., Pasvol G., Winstanley P.A., Warrel D.A. (1990). Cerebral malaria : What in unarousable coma ? *Lancet* ; 335, 8687:472

Niane, D. T. (1960). *Soundjata: ou, L'épopée mandingue*. Présence africaine.

Nicole, S. (1978). Ngubane, Harriet.-Body and Mind in Zulu Medicine. An Ethnography of Health and Disease in Nyuswa-Zulu Thought and Practice.

Nugent, P. (2007). Migración, fronteras y creación del Estado: comparación de los patrones del África Occidental y del Sur. *Nova Africa*, (20), 7-26.

Nte AR (2007) Primary Health Care and Child Survival Strategies. In: Azubuike JC, Nkanginieme KEO, editors. Paediatrics and Child Health in a Tropical Region. 2nd ed. Oweri, Nigeria: African Educational Services p 31-47

O'Brien, K., Nixon, S., Tynan, A. M., & Glazier, R. (2010). Aerobic exercise interventions for adults living with HIV/AIDS. *The Cochrane Library*.

O Connell, P., Levinson, S. (1991). Experience with rehabilitation acquired immunodeficiency syndrome. *Rehabilitation in AID*. (70), 195-199

O'dell, M. W., & Sasson, N. L. (1992). HEMIPARESIS IN HIV INFECTION: Rehabilitation Approach. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 71(5), 291-296.

O'dell, M. W. (1993). Rehabilitation medicine consultation in persons hospitalized with AIDS: an analysis of thirty cases. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 72(2), 90-96.

Organisation Internationale pour la Promotion des Médecines Traditionnelles O.I. PRO.ME.TRA (2016) Editions METRAF

- Oluwayemi, O. I., Brown, B. J., Oyedeji, O. A., Adegoke, S. A., Adebami, O. J., & Oyedeji, G. A. (2013). Clinical and laboratory predictors of outcome in cerebral malaria in suburban Nigeria. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 7(08), 600-607.
- Olumese PE, Sodeinde O, Ademowo OG, Walker O (1997) Protein energy malnutrition and cerebral malaria in Nigerian children. *J Trop Pediatr* 43: 217-219
- O'Toole, K., & Schoo, A. M. (2010). Retention policies for allied health professionals in rural areas: a survey of private practitioners. *Rural and Remote Health*, 10(2), 1-12.
- Ouvrier, A. (2014). *Faire de la recherche médicale en Afrique: ethnographie d'un village-laboratoire sénégalais*. KARTHALA Editions.
- Pacheco, M. (1987). Los derechos humanos. *Documentos básicos*. Santiago de Chile.
- Palau-Marti, M. (1968). G. Calame-Griaule. Ethnologie et langage: La parole chez les Dogon. *Revue de l'histoire des religions*, 173(1), 105-106.
- Pallary, P. (1889 ). Les amulettes arabes, *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, (1), 26-34
- Palumbo, P. J., & Melton, L. J. (1995). Peripheral vascular disease and diabetes. *Diabetes in America*, 2, 401-408.
- Pedrosa, J. M. (2000). *Entre la magia y la religión: oraciones, conjuros, ensalmos* (Vol. 2). Sendoa.
- Pairault, C. (1993). A propos d'efficacité médicale en Afrique Noire. *SE SOIGNER AU MALI*, 319.
- Piché, V. (2011). Understanding Fertility in West Africa: the Pioneering Work of Ian Pool. *New Zealand Population Review*, 37, 11.



Pike, K. L. (1956). Towards a Theory of the Structure of Human behavior. En: Estudios antropológicos publicados en homenaje al doctor Manuel Gamio. Mexico, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 659-671.

Pineault et Daveluy. (1987). *La Planificación Sanitaria*, Ed. Masson.

Pisonero, C. G. (2007). Los procesos comunicativos de la salud: La construcción de la experiencia de salud en el análisis concreto del desarrollo local del municipio Campo de Níjar (Almería). *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 1(2).

Plan Decennal De Developpement Sanitaire Et Social (PDDSS) 2014-2023

Pons, V. G., Jacobs, R. A., & Hollander, H. (1988). Nonviral infections of the central nervous system in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *AIDS and the nervous system*. Raven Press, New York, 263-283.

Póo, P. (2006). Campistol. J. Parálisis cerebral infantil. *Tratado de Pediatría. 9ª edición*. Madrid: Ergon, 18.

Porter, R. (1981). Arthur Kleinman, Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry, Berkeley, Los Angeles, and London, University of California Press, 1980, 8vo, pp. xvi, 427, illus., £ 15.00. *Medical history*, 25(04), 435-436.

Porter, S. B., & Sande, M. A. (1992). Toxoplasmosis of the central nervous system in the acquired immunodeficiency syndrome. *New England Journal of Medicine*, 327(23), 1643-1648.

Qiu, Z. Y. (2007). Rehabilitation need of people with disability in China: analysis and strategies. *Beijing, HuaxiaPress*.

Raobijaona, H., Randrianotahina, C. H., & Razanamparany, M. (2000). Le paludisme grave de l'enfant observé au service de pédiatrie du centre Hospitalier de Befelatanana à Antananarivo (Madagascar) en 1996-1998. *Archives de l'Institut Pasteur de Madagascar*, 66(1-2), 23-25.

Hervada, E. P. (1984). Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. In *Presente y futuro de La Coruña* (pp. 61-67).

Regourd, A. (2009). Divination par lâcher de coquillages (wad') à Şan`ā', Yémen AION, 37-57

Republic Of The Gambia. (2011). Ministry Of Basic And Secondary Education (MOBSE) Directorate Of Basic And Secondary Education The Special Needs Education And Inclusive Policy Framework 2009-2015. The Gambia

Republic Of The Gambia. (2012). "HEALTH Is Wealth" 2012 – 2020 (Minister Of Health & Social Welfare.

Reynolds, S. (1998) "Pharmaceuticas as folk medicina". En Van der Geest (eds) *The art of medical Anthropology. Readings*. Amsterdam: Het Spinhuis : 319-335

Robaina-Castellanos, G. R., Riesgo-Rodríguez, S., & Robaina-Castellanos, M. S. (2007). Definición y clasificación de la parálisis cerebral:¿ un problema ya resuelto. *Rev Neurol*, 45(2), 110-7.

Roca, A. (2002). Capital social de desarrollo en las comunidades africanas,¿ retos o espejismos?. *Studia Africana*, 13, 5-17.

Rosenstock, I. M. (1966). *The health belief model* , Health Education Monographs. 354-386

Rumbero J.C. (2007), Perspectiva antropológica en el diagnóstico de salud comunitario en África Subsahariana: una experiencia en el distrito de Erati (Mozambique); Introducción a la Antropología Médica. Aplicaciones teóricas y prácticas. Asociación por el Derecho a la Salud (OSALDE), 201-224

Sainey M. K. (2009), Tradicional Healer on the Origin of Tradicional Medicine; The Point. Gambia News for Freedom and Democracy

Sala, J. C. (2003). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar* (Doctoral dissertation, Universitat Rovira i Virgili).

Salazar, C. (2014). *Antropología de las creencias. Religión, simbolismo, irracionalidad*. Fragmenta Editorial, Barcelona.

Samovar, L. A., Porter, R. E., McDaniel, E. R., & Roy, C. S. (2015). *Communication between cultures*. Nelson Education.

Sapir, E. (1941). *Language, culture, and personality: Essays in Memory of Edward Sapir*. L. Spier, A. I. Hallowell, & S. S. Newman (Eds.). Greenwood Pub Group.

Schirripa, P., (2010). Cooperazione sanitaria e medicina tradizionale, La Cura e il Potere. Salute Globale Sapieri Antropologici. Azioni di Cooperazione Sanitaria Transnazionale, Firenze, 127-144.

Schirripa, P. (2011). The drugs at stake: market of pharmaceuticals in Tigray.

Schmutzhard, E., & Gerstenbrand, F. (1984). Cerebral malaria in Tanzania. Its epidemiology, clinical symptoms and neurological long term sequelae in the light of 66 cases. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 78(3), 351-353.

Procházka-Eisl, G., & Schönig, H. (2003). *Schminken, Düfte und Räucherwerk der Jemenitinnen. Lexikon der Substanzen, Utensilien und Techniken*. Beirut Texts and Studies Band 91.

Schumacher, R. (1993) “¿Qu’est-ce que « mara » ? Une approche ethnomédicale au Bélédougou”. En Brunet-Jailly, J. (ed.) *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*. Paris: Karthala-ORSTOM: 49-81.

Sedgwick, M. J., Mayer, J. F., & Mayer, J. F. (2001). *Le soufisme*. Les Ed. du Cerf.

- Seedat, Y. K. (2000). Hypertension in developing nations in sub-Saharan Africa. *Journal of human hypertension*, 14(10/11), 739.
- Shapiro, B. K. (2004). Cerebral palsy: a reconceptualization of the spectrum. *The Journal of pediatrics*, 145(2), S3-S7.
- Sidibé, F. M. (1994 ). La confrérie des chasseurs Malinké et Bambara. Mythes, rites et récits initiatiques, Nouvelles du Sud / ACCT
- Sidibé, F. M. B. (1996). *La confrérie des chasseurs Bamanan: littérature et société à travers des chants et récits de chasse* (Doctoral dissertation, Paris 4).
- Sidibe, S., Kane, M., & Touré, M. (2000). Le scanner cérébral et urgences crânio-encéphaliques. *Vé congrès de la Société de Radiologie D'Afrique Noire Francophone (Bamako) Février*.
- Sindzingre, N. (1984). Une société matrilineaire: les Senufo Fodonon. *les Cahiers du GRIF*, 29(1), 36-51.
- Snow, L. F. (1978). Sorcerers, saints and charlatans: Black folk healers in urban America. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2(1), 69-106.
- Snow, R. W., Guerra, C. A., Noor, A. M., Myint, H. Y., & Hay, S. I. (2005). The global distribution of clinical episodes of Plasmodium falciparum malaria. *Nature*, 434(7030), 214-217.
- Stanmore, E., & Waterman, H. (2007). Crossing professional and organizational boundaries: the implementation of generic rehabilitation assistants within three organizations in the northwest of England. *Disability and Rehabilitation*, 29(9), 751-759.

Steven Van de Vijver, S., Akinyi, H., Oti, S., Olajide, A., Agyemang, C., Aboderin, I., Kyobutungi, C. (2013). Report Status report on hypertension in Africa - Consultative review for the 6th Session of the African Union Conference of Ministers of Health on NCD's. *Panafrican Medical Journal*.

Stewart, S., & Sliwa, K. (2009). Preventing CVD in resource-poor areas: perspectives from the 'real-world'. *Nature Reviews Cardiology*, 6(7), 489-492.

Strong, K., Mathers, C., & Bonita, R. (2007). Preventing stroke: saving lives around the world. *The Lancet Neurology*, 6(2), 182-187.

Study of National Household Survey in Uganda, 2005/2006

Surgy, A. D. (1976). Le sacrifice et son étude du point de vue néoplatonicien. *Systèmes de pensée en Afrique noire*, (2), 205-230.

Surgy, A. D. (1987). Examen critique de la notion de fétiche à partir du cas evhé. *Systèmes de pensée en Afrique Noire*, (8), 263-304.

Surty, M. I. H. I. (1990). *The Qur'ān and Al-Shirk (polytheism)*. Ta Ha Publishers.

Swindell, K. (1977). Migrant Groundnut Farmers in the Gambia: The Persistence of a Nineteenth Century Labor System. *International Migration Review*, 452-472.

Taft, L.T. (1995 ). Cerebral palsy. *Pediatr Rev.* (16) 411-8

Tamari, T. (2001). Notes sur les représentations cosmogoniques dogon, bambara et malinké et leurs parallèles avec la pensée antique et islamique. *Journal des africanistes*, 71(1), 93-111.

Tambiah, S. J. (1990). *Magic, science and religion and the scope of rationality* (Vol. 1981). Cambridge University Press.

Tapia, E. (2001). Gambia. Cooperación y Desarrollo en África. Ayuda eficaz para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos, Madrid

Taylor SJ, Bogdan R (1990). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós

Taylor, M. E., & Fox, J. (1992). The fetish market, Lomé, Togo. *The Nigerian Field*, 57(1), 119-125.

Tinta, S. (1999). Projets de santé et prévention en milieu dogon du Mali. *Bulletin de l'APAD*, (17).

Tizio, S., & Flori, Y. A. (1997). L'INITIATIVE DE BAMAKO:«SANTÉ POUR TOUS» OU «MALADIE POUR CHACUN»? . *Revue Tiers Monde*, 837-858.

Villalobos, V. U., & Reyes, R. A. E. TEMA 7-2016: Rehabilitación en VIH/SIDA. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 6(1).

Touré, A., Diakité, A. A., Sylla, M., Ombotimbe, A., Maiga, B., Diall, H., ... & Sidibe, T. (2015). Séquelles du neuropaludisme dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré (Bamako, mali). *Mali Médical*, 30(1), 14-18.

Uddin, S. M. M., Haq, A., & Sheikh, H. (2016). The Use of Hijama (Wet Cupping) in Alternative and Complementary Medicine: Efficacious or Perilous?. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 9(6), 285-286.

Unesco. (2005). *Guidelines for inclusion: Ensuring access to education for all*. Unesco.

UNICEF. (1980). Childhood disability: Its prevention and rehabilitation. *Report of Rehabilitation International to the executive board of UNICEF*,(E/ICEF/L 1410-26). UNICEF: New York, 31.

UNICEF, ( 2007). The United Nations Children’s Fund . Promoting the Rights of Children with Disabilities Innocenti Digest. (13)

UNICEF (2013) Children and Young People with Disabilities Fact Sheet.

United Nations. (2006 ). Office of Special Rapporteur on Disabilities , South-North Centre for Dialogue and Development. Global survey of government actions on the implementation of the standard rules of the equalisation of opportunities for persons with disabilities. Amman, (141)

United Nations. (2008). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Material de promoción Serie de Capacitación Profesional. (15): 10

Walker, R. W., McLarty, D. G., Kitange, H. M., Whiting, D., Masuki, G., Mtasiwa, D. M., ... & Alberti, K. M. (2000). Stroke mortality in urban and rural Tanzania. *The Lancet*, 355(9216), 1684-1687.

Walker, R. W., Rolfe, M., Kelly, P. J., George, M. O., & James, O. F. (2003). Mortality and recovery after stroke in the Gambia. *Stroke*, 34(7), 1604-1609.

Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., ... & Gardner, J. M. M. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 378(9799), 1325-1338.

van de Vijver, S., Oti, S., Addo, J., de Graft-Aikins, A., & Agyemang, C. (2012). Review of community-based interventions for prevention of cardiovascular diseases in low-and middle-income countries. *Ethnicity & health*, 17(6), 651-676.

van Hensbroek, M. B., Palmer, A., Jaffar, S., Schneider, G., & Kwiatkowski, D. (1997). Residual neurologic sequelae after childhood cerebral malaria. *The Journal of pediatrics*, 131(1), 125-129.

Vautier, H., Sanon, M., Sacandé, M., & Schmidt, L. (2007). *Combretum glutinosum* Perrot. ex DC. *Seed leaflet*, (128).

Velasco, H., De Rada, Á. D. (1997). *La lógica de la investigación etnográfica*. Madrid: Trotta.

Wall, L. L. (1988). Hausa medicine: illness and well-being in a West African culture.

Warrel D.A., Looareesuwan S., Warrel M.J., et al. (1982). Dexamethazone proves deleterious in cerebral malaria. A double-blind trial in 100 comatose patients. *N Engl J Med* : 306, 6:313-319

Warrel D.A, et al. (1990). Severe and complicated malaria. *Bull Who* ; 84, 2:1-65.

Watts, K.D., Goodman, D.M. (2011 ). Wheezing bronchiolitis, and bronchitis. In: *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier Saunders. (383)

Weiner, B. (Ed.). (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. General Learning Press.

Werner, D. (2009). *Disabled Village Children*. Palo Alto, CA: Hesperian Foundation.

World Health Organization. (1958). *Public Health Sanitary Code Part Xxiii. Retail Food Establishments*.

World Health Organization. (1998). Bureau régional de l'Afrique. Directives pour la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. *AFR/RC. 38/18 Add.1*.

World Health Organization. (2000). Severe falciparum malaria. Communicable diseases cluster. *Trans R Soc. (94)*, 1-90.



World Health Organization. (2005). International Society for Prosthetics and Orthotics. Guidelines for training personnel in developing countries for prosthetics and orthotics services. Geneva.

World Health Organization. (2005b). *National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: report of a WHO global survey*. World Health Organization.

World Health Organization. (2006). Injuries, violence and disabilities biennial report 2004–2005. Geneva.

World Health Organization. (2008). Injuries, violence and disabilities biennial report 2006–2007. Geneva.

World Health Organization. (2009). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva.

World Health Organization. (2010). Report on Violence and Health in África, Brazzaville.

World Health Organization. (2010b). Proyecto Revisado Y Actualizado. Plan De Acción Mundial Para La Prevención Y El Control De Las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020.

World Health Organization. (2010c). Injuries, violence and disabilities biennial report 2008–2009. Geneva.

World Health Organization. (2010d). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Resumen de orientación.

World Health Organization. (2011). World report on disability. *Geneva: WHO*.

World Health Organization. (2012). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012.

World Health Organization. (2012b). Developmental Difficulties in Early Childhood.

World Health Organization. (2013). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Exposure draft for comment.

World Health Organization. (2013b). Proyecto Revisado Y Actualizado Plan De Acción Mundial Para La Prevención Y El Control De Las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020.

World Health Organization. (2015). Global Status Report On Road Safety. Management of Non-communicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention (NVI).

World Health Organization. (2016). GAMBIA Factsheets of Health Statistics. African Health Observatory regional office for Africa.

Wickford, J., Hultberg, J., & Rosberg, S. (2008). Physiotherapy in Afghanistan—needs and challenges for development. *Disability and Rehabilitation*, 30(4), 305-313.

Wilches, E. C., Rivera, J. A., Mosquera, R., Loaiza, L., & Obando, L. (2009). Rehabilitación pulmonar en tuberculosis multirresistente (TB-MDR): informe de un caso. *Colombia Médica*, 40(4), 442-447.

Wilson, R. D., Lewis, S. A., & Murray, P. K. (2009). Trends in the Rehabilitation Therapist Workforce in Underserved Areas: 1980-2000. *The Journal of Rural Health*, 25(1), 26-32.

Wong, P. T., & Weiner, B. (1981). When people ask "why" questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of personality and social psychology*, 40(4), 650.

Woo, J., Chan, S. Y., Sum, M. W. C., Wong, E., & Chui, Y. P. M. (2008). In patient stroke rehabilitation efficiency: influence of organization of service delivery and staff numbers. *BMC Health Services Research*, 8(1), 86.

World Federation of Occupational Therapists. (2010). Occupational therapy human resources project 2010. Melbourne.

Worthington, C., Myers, T., O'Brien, K., Nixon, S., Cockerill, R., & Bereket, T. (2008). Rehabilitation professionals and human immunodeficiency virus care: results of a national Canadian survey. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(1), 105-113.

Yang, M., Yan, Y., Yin, X., Wang, B. Y., Wu, T., Liu, G. J., & Dong, B. R. (2013). Chest physiotherapy for pneumonia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.

YODA, L. A. (2005). La traduction médicale du français vers le mooré et le bisa. *Un cas de communication interculturelle au Burkina Faso*.

Young, J. C. (1978). Illness categories and action strategies in a Tarascan town. *American Ethnologist*, 5(1), 81-97.

Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual review of anthropology*, 11(1), 257-285.

Zahan, D. (1960). *Sociétés d'initiation bambara* (Vol. 8). Mouton.

Zahan, D. (1970). *Religion, spiritualité et pensée africaines* (Vol. 374). Payot.

Zempléni, A. (1985). Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture. *L'ethnographie*, 96-97.

Zongjie, Y., Hong, D., Zhongxin, X., & Hui, X. (2007). A research study into the requirements of disabled residents for rehabilitation services in Beijing. *Disability and Rehabilitation*, 29(10), 825-833.

<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/socind/>

<http://pt.tradingeconomics.com/gambia/indicators>

<http://www.accessgambia.com/information/health-care.html>

[https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/complicaciones neurologicas del sida.htm](https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/complicaciones_neurologicas_del_sida.htm)

<http://www.efisioterapia.net/articulos/imprimir.php?id=405&p=406-24fisioterapiasida...17/12/2009>

[http://www.cochrane.org/CD004873/ARI\\_chest-physiotherapy-acute-bronchiolitis-children-younger-two-years-age](http://www.cochrane.org/CD004873/ARI_chest-physiotherapy-acute-bronchiolitis-children-younger-two-years-age)

<http://www.tandfonline.com/loi/ypch20>

[http://www.cerebralpalsysource.com/Treatment and Therapy/physiotherapy cp/index.html](http://www.cerebralpalsysource.com/Treatment_and_Therapy/physiotherapy_cp/index.html)

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001395.htm>

<http://www.moveforwardpt.com/symptomsconditionsdetail.aspx?cid=e46961df-b8eb-4ebc-99d4->

1f4abca2d4d9

<http://islamweb.net/frh>

<http://www.solutionspirituelle.com/article-comment-tracer-les-carres-magiques-et-le-sceau-de-salomon-et-comment-les-utiliser-100358586.html>

<http://www.africultures.com/php/nav=article&no=1835#sthash.oUx4odZ4.dpuf>

<http://prometra-spain.webnode.es/%c2%bfquienes%20somos/>

<http://www.accessgambia.com/biz1/gambia-association-for-the-physically-disabled.html>

<http://www.paralympicgambia.com/disability-in-the-gambia.html>

<http://www.un.org/es/events/disabilitiesday/background.shtml>

<http://www.gorgas>

<http://www.inkanat.com/es/cosmeticanatural/manteca-karité.html>

[http://www.azerbaijans.com/content\\_892\\_es.html](http://www.azerbaijans.com/content_892_es.html)