

Persistencia de una práctica de medicina mágico-religiosa para la cura del empacho entre los enfermos que acuden a consultas externas de digestivo

F. Devesa Jordà^a, J. Pellicer Bataller^b, J. Ferrando Ginestar^a, A. Borghol Hariri^a, M. Bustamante Balén^c, J. Ortúñoz Cortés^d, I. Ferrando Marrades^a, J.A. Lull Sala^a, M.A. Sintes Marco^a, A. Nolasco Bonmatí^e y J.L. Fresquet Febrer^f

^aUnitat de Digestiu. Hospital Francesc de Borja. Gandia. Valencia. España.

^bMédico experto en Etnobotánica.

^cUnidad de Digestivo. Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia. España.

^dServicio de Digestivo. Hospital La Fe. Valencia. España.

^eDepartament de Salut Pública. Universitat d'Alacant. Alicante. España.

^fCátedra de Historia de la Medicina. Universitat de Valencia. Valencia. España.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El conocimiento de la medicina popular resulta básico para el ejercicio de una medicina integrada. El empacho es una enfermedad conocida de la medicina popular cuyo estudio ha motivado diversas publicaciones, especialmente en el área iberoamericana y entre la población hispana de Estados Unidos. En la Comunidad Valenciana persiste un ritual de medicina mágico-religiosa conocido como *trencar l'enfit* (TE) (romper el empacho), sin paralelismo aparente entre los múltiples remedios descritos para esta dolencia. Nuestro objetivo ha sido estudiar la frecuencia y las características de la práctica de TE entre los pacientes que acuden a consultas externas de digestivo de un hospital comarcal.

PACIENTES Y MÉTODO: El ámbito geográfico fue la comarca de La Safor (Comunidad Valenciana), con 3 núcleos principales (Gandia, sede del hospital, Oliva y Tavernes de Vall-digna) y 28 municipios menores. Se realizaron entrevistas de forma aleatoria a los pacientes que acudían a segundas visitas, durante 5 meses.

RESULTADOS: De los 539 pacientes entrevistados, 320 (59,4%) habían realizado TE en algún momento de su vida y un 25,0% en los 10 últimos años. La persona que realizaba el ritual fue en un 95,9% de los casos mujer. De los pacientes que habían practicado TE, 40 (12,5%) sabían realizar el ri-

tual; de éstos 35 eran mujeres ($p < 0,0001$). No hubo diferencias significativas entre sexos, pero fueron más jóvenes los usuarios (media de edad \pm desviación estándar: $51,8 \pm 15,9$ frente a $55,5 \pm 17,7$ años; $p < 0,05$). Las poblaciones pequeñas y Oliva presentaron una frecuencia del 65,6%, frente al 54,0% de Gandia y Tavernes ($p < 0,005$). El uso fue mayor entre las personas originarias de la Comunidad Valenciana (66,0%) que entre las procedentes de otros lugares de España (25,0%) ($p < 0,0001$). Los pacientes con estudios primarios o EGB-bachillerato presentaron el uso máximo de TE (el 60,5 y el 72,1%, respectivamente), frente a los analfabetos (42,1%), titulados medios (48,4%) y titulados superiores (36,0%) ($p < 0,001$). Los consumidores de hierbas medicinales habían practicado TE más que quienes no las consumían (el 69,0 frente al 54,3%; $p < 0,001$). No se encontró relación de la utilización del TE con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos en general, pero sí con el de psicofármacos (el 69,8 frente al 55,4%; $p < 0,005$). No hubo relación clara con los grandes grupos diagnósticos ni con el carácter funcional/orgánico de la enfermedad digestiva estudiada. El análisis multivariante (regresión logística) confirmó la asociación independiente de las variables significativas en el estudio univariante.

CONCLUSIÓN: Se corrobora una elevada utilización y considerable vigencia de TE entre los pacientes que acuden a consultas externas de digestivo de La Safor. Se constata una amplia difusión de las personas «expertas» en la realización de TE, con predominio casi absoluto del sexo femenino. El perfil de máximo uso de TE se podría acercar al siguiente: varón o mujer, menor de 60 años, de origen valenciano, con estudios medios-primarios, residente en determinadas poblaciones (en general, pequeñas), consumidor/a de psicofármacos y de hierbas medicinales.

Este trabajo ha sido subvencionado por AISSA (Associació per a la Investigació Sanitària a La Safor).

Correspondencia: Dr. F. Devesa Jordà.

Unitat de Digestiu. Hospital Francesc de Borja.

Pg. de les Germanies, 71. 46700 Gandia. Valencia. España.

Recibido el 16-11-2004; aceptado para su publicación el 14-1-2005.

PERSISTENCE OF A MAGIC-RELIGIOUS RITUAL TO TREAT INDIGESTION AMONG PATIENTS ATTENDING A GASTROENTEROLOGY OUTPATIENT CLINIC

INTRODUCTION: Knowledge of popular medicine is essential to the practice of integrated medicine. *Empacho* (stomach upset) is a known folk illness that has been the object of several studies, especially in Iberoamerica and among the Hispanic population in the United States. In the Autonomous Community of Valencia (Spain) a magic-religious ritual known as «*trençar l'enfit*» (TE) is still performed. This ritual has no apparent equivalent among the numerous remedies described for this illness.

OBJECTIVES: To study the frequency and characteristics of the practice of TE among patients attending the gastroenterology outpatient clinic of a district hospital.

PATIENTS AND METHOD: The geographical area was the region of La Safor (Valencian Community) with three main nuclei (Gandia, where the hospital is situated, Oliva and Tavernes de Valldigna) and 28 smaller municipalities. Random interviews were performed in patients attending a second consultation over a period of 5 months.

RESULTS: Of 539 patients interviewed, 320 (59.4%) had undergone TE at some time in their lives and 25.0% had undergone this ritual in the previous 10 years. In 95.9% of cases, the person performing the ritual was a woman. Of the patients who had undergone TE, 40 (12.5%) knew how to perform the ritual, 35 of which were women ($p < 0.0001$). No significant differences were found between sexes but users were younger (51.8 ± 15.9 versus. 55.5 ± 17.7 years \pm SD, $p < 0.05$). Small municipalities and Oliva showed a frequency of 65.6% versus. 54.0% in Gandia and Tavernes ($p < 0.005$). Use was greater among natives of the Valencian Community (66.0%) compared with those from other parts of Spain (25.0%) ($p < 0.0001$). Patients who completed primary or secondary school showed greater use of TE (60.5% and 72.1%, respectively) than the illiterate (42.1%), those who had completed a 3-year higher education course (48.4%) and university graduates (36.0%) ($p < 0.001$). TE was more frequent among consumers of medicinal herbs than among non-consumers (69.0% versus. 54.3%) ($p < 0.001$). No relationship was found among TE and the use of alcohol, medication in general and smoking. However, an association was found between the use of psychotropic drugs (69.8% versus. 55.4%) ($p < 0.005$). No clear association was found with broad diagnostic group or with the functional/organic nature of the digestive disorder studied. Variables found to be significant on univariate analysis remained significant in multivariate analysis (logistic regression).

CONCLUSION: The present study confirms the high use of TE among patients attending the gastroenterology outpatient clinic of La Safor and their belief in this ritual. «Experts» in performing TE were widely available, and were almost exclusively women. The profile of maximal use of TE corresponds to a man or woman, aged less than 60 years, a native of the Valencian Community, with primary or secondary school education, residing in particular municipalities (usually small) and consumer of psychotropic drugs and medicinal herbs.

INTRODUCCIÓN

La medicina popular, folkmedicina, medicina tradicional o etnomedicina está formada por un núcleo de creencias, procedentes de los pueblos aborígenes, al que se han ido incorporando elementos de medicinas arcaicas y científicas. En cada sociedad, es el resultado de la asimilación de aspectos propios de las culturas con las que se ha convivido a lo largo de la historia. Debido a ello su contenido es heterogéneo, variable y poco sistematizado, y sin embargo, perfectamente coherente para el sujeto de un colectivo sociocultural^{1,2}. Aunque por sí sola supone un sistema médico, se suele incluir en el diverso mundo de la medicina alternativa y complementaria (MAC)^{3,4}. El conocimiento de la medicina popular por parte del médico resulta básico para entender el punto de vista del enfermo y para incorporar todos los elementos positivos que contiene o desaconsejar las prácticas potencialmente nocivas. En 2002 diseñamos un estudio con el objetivo de analizar, entre los enfermos que acudían a la consulta de aparato digestivo del hospital comarcal de Gandia (La Safor), la frecuencia y el perfil del usuario de 2 prácticas frecuentes de la medicina popular. La primera, el consumo de hierbas medicinales, fue objeto de una publicación anterior⁵. La segunda constituye la base del presente trabajo, en el que se intenta conocer el uso y las características de la práctica de *trençar l'enfit* (TE), ritual mágico-religioso, muy frecuente en la Comunidad Valenciana, destinado a resolver situaciones de empacho (*enfit*).

PACIENTES Y MÉTODO

Ámbito geográfico

La comarca de La Safor es el ámbito de influencia del Hospital Francesc de Borja. Situada en el extremo sur del golfo de Valencia, tiene 146.201 habitantes repartidos en 31 municipios, con 3 núcleos principales: Gandia (62.280 habitantes), capital comarcal y sede del hospital, Oliva (21.782 habitantes) y Tavernes de Valldigna (16.803 habitantes). La superficie global de la comarca es de 429,6 km² y la densidad poblacional de 340,3 habitantes/km². La tasa de extranjeros es del 4,5%, con tendencia al crecimiento exponencial en los últimos años. La economía, aunque diversificada, tiene un predominio claro del sector servicios, con una gran masa de población turística que ocupa temporalmente las urbanizaciones costeras⁶.

Descripción de la dolencia y del ritual

El *enfit* o empacho es una dolencia típica de la medicina popular valenciana que se caracteriza por pesadez digestiva, estreñimiento, flatulencia, acidez y, en ocasiones, malestar general e incluso náuseas, con o sin vómitos^{2,7-10}. Como factor desencadenante se suele señalar la ingesta alimentaria excesiva o en estado de ansiedad. La enfermedad se considera provocada por una detención de los alimentos en el tracto digestivo que conviene romper (*trençar*) para restaurar el tránsito^{2,7,8}. El ritual de TE (romper el empacho), conocido también como *medir* o *passar la llista o cinta*, lo lleva a cabo una persona experta (habitualmente mujer) que mide el nivel del *enfit* con la ayuda de un pañuelo o cinta. Para realizar la medición, el paciente sujetá un extremo del pañuelo grande o cinta a la altura del estómago y la *medidora*, situada en el extremo opuesto, mide 3 veces la distancia a codos, al tiempo que se persigna y rezá una oración secreta en voz baja (fig. 1). Esta oración sólo puede ser transmitida en día sagrado, normalmente Jueves o Viernes Santo. Si en la primera medición la mano de la *medidora* llega a una altura superior al estómago, queda establecido el diagnóstico. En este caso, se continuará midiendo 3 veces durante 3 días consecutivos hasta resolver la dolencia, lo que ocurre cuando la medición alcanza de nuevo el punto donde el paciente sostiene el pañuelo^{2,7-9,11-13}.

Cuestionario y recogida de datos

Durante 5 meses (de enero a mayo de 2002) se realizaron entrevistas voluntarias, de forma aleatoria, a los pacientes que acudían a visitas de revisión en la consulta externa de aparato digestivo del Hospital Francesc de Borja de Gandia. Se excluyó del estudio a los pacientes extranjeros. El cuestionario precodificado incluyó, además de los datos de filiación (sexo y edad), el origen (Comunidad Valenciana, resto de España), el nivel de estudios, el consumo de tabaco, alcohol y fármacos (consumo general y de psicofármacos). Respecto a la práctica de TE, se preguntó por su uso en algún momento de la vida (no, sí), la frecuencia (1-5 veces, 6-10, más de 10), el tiempo transcurrido aproximadamente desde la última vez (menos de 1 año, de 1 a 5 años, de 6 a 10, de 11 a 20 y más de 20), el motivo de recurrir a este ritual (dolor abdominal, pesadez-empacho, otros síntomas), el resultado obtenido (bueno, regular o malo, según el paciente hubiese experimentado curación-mejoría clara, ningún cambio sustancial o empeoramiento, respectivamente), el sexo de la persona que usualmente realizaba el ritual y si el propio paciente sabía realizarlo. En esta misma entrevista se preguntó por el consumo de hierbas medicinales⁵. Se consignaron también los diagnósticos (principal y secundarios) realizados en la consulta, los cuales se clasificaron, según el diagnóstico principal, en enfermedad orgánica o funcional, y se distinguieron 4 grandes grupos nosológicos: enfermedad digestiva alta (esofagogastrroduodenal), baja (intestinal-anorrectal), hepática y miscelánea. En este último grupo se incluyó a los enfermos con enfermedad biliopancreática y los que presentaron pluripatología digestiva o de difícil clasificación en los otros grupos. Realizaron las entrevistas los propios digestólogos, o bien médicos residentes previamente entrenados.

Tamaño muestral y método estadístico

El cuestionario se ensayó previamente en 56 pacientes para estudiar su viabilidad y realizar una primera estimación de frecuencia en las variables principales. El tamaño de la muestra se calculó en 450 entrevistas para un error en la estimación de la prevalencia de uso del ritual de 4,5 puntos porcentuales y un intervalo de confianza (IC) del 95%. Los datos se introdujeron en una base informática, que posteriormente se revisó para depuración de errores y omisiones. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS utilizando la prueba de la χ^2 para la comparación de variables cualitativas y la de la t de Student para las cuantitativas. Se utilizó la prueba exacta de Fisher cuando fue necesario. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$. Para cuantificar la magnitud de la asociación se calcularon las odds ratio (OR) y los IC del 95%. Se realizó un análisis multivariante (regresión logística) reuniendo en un modelo las variables con asociación significativa o próxima a la significación en el estudio univariado.

Todos los datos del estudio se consideraron confidenciales y los cuestionarios (impresos o electrónicos) no incluyeron datos de identificación directa o localización del paciente entrevistado.

RESULTADOS

La muestra final quedó constituida por 539 encuestas, cuyas características se detallaron en una publicación anterior⁵. De las 539 personas entrevistadas, 320 (59,4%) reconocían haber realizado la práctica de TE en algún momento de su vida, un 43,5% de éstas en más de 6 ocasiones y un 27,2% en más de 10. El 25,0% de la muestra había realizado la práctica en los últimos 10 años y un 7,2% en el año anterior. La causa de recurrir al ritual fue por síntomas de pesadez abdominal en el 60,1%, por dolor abdominal en un 22,6% y por otras manifestaciones en el 17,3%. La persona experta en TE o *mediadora* fue mujer en un 95,9% de las entrevistas. En cuanto al resultado, en ningún caso se reconoció que hubiese sido malo; se calificó de bueno o excelente en un 76,3%, de regular en un 15,0% y sin criterio claro en un 8,8%. De las 320 personas que habían practicado el TE, 40 (12,5%) sabían realizar el ritual, con predominio claro de las mujeres (22,9%) frente a los varones (3,0%) ($p < 0,0001$; OR = 9,61; IC del 95%, 3,58-32,17).



Fig. 1. Realización de la práctica de trencar l'enfit en un domicilio particular de El Real de Gandia, noviembre de 2004.

Según el lugar de residencia, Oliva y el conjunto de poblaciones pequeñas presentaron mayor frecuencia (65,6%) en el uso de TE frente a Gandia y Tavernes, con un 54,0% ($p < 0,005$; OR = 1,63; IC del 95%, 1,13-2,34). No hubo diferencias significativas del uso del ritual entre sexos, pero sí respecto a la edad, de modo que los usuarios eran más jóvenes ($media \pm desviación estandar: 51,8 \pm 15,9$ años) que los no usuarios ($55,5 \pm 17,7$ años) ($p < 0,05$), y especialmente cuando el uso era reciente ($48,2 \pm 16,8$ años de los usuarios en los últimos 5 años frente a $54,34 \pm 16,6$ años de los usuarios de más de 5 años o no usuarios; $p < 0,005$). El uso fue menor entre las personas originarias de otros lugares de España (25,0%) que en las nacidas en la Comunidad Valenciana (66,0%) ($p < 0,0001$; OR = 0,17; IC del 95%, 0,10-0,30). Las personas con estudios primarios o EGB-bachillerato presentaron el uso máximo de TE (un 60,5 y un 72,1%, respectivamente) frente a los analfabetos (42,1%), titulados medios (48,4%) y titulados superiores (36,0%) ($p < 0,001$). Esta distribución se mantuvo al estudiar separadamente a los pacientes de origen valenciano ($p < 0,01$) y a los que habían practicado el ritual en los últimos 5 años ($p < 0,001$). Los consumidores de hierbas medicinales usaban o habían usado la práctica más que los no consumidores (el 69,0 frente al 54,3%; $p < 0,001$; OR = 1,87; IC del 95% 1,27-2,77). No encontramos relación del uso de TE con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos en general, pero sí con el de psicofármacos (el 69,8 frente al 55,4% en consumo frente no consumo; $p < 0,005$; OR = 1,86; IC del 95% 1,22-2,84). Los pacientes con diagnóstico de enfermedad funcional digestiva tenían más antecedentes (64,6%) de realización del ritual que aquéllos con enfermedad orgánica (58,2%), pero las diferencias no fueron significativas, aunque se acercaban a la significación al separar los casos de práctica vigente en los últimos 5 años (el 22,2 frente al 14,3%; $p = 0,0512$; OR = 1,71; IC del 95% 0,94-3,02). No encontramos diferencias claras respecto a los 4 grupos diagnósticos estudiados: enfermedad digestiva alta, baja, hepática y miscelánea. En la tabla I se resumen las variables estudiadas en el análisis univariante y multivariante (regresión logística).

TABLA I. Resumen de las variables estudiadas en relación con el uso anterior de la práctica de *trençar l'enfit* en pacientes que acuden a consultas externas de aparato digestivo

Variable	Análisis univariante		Análisis multivariante	
	p	OR (IC del 95%)	p	OR (IC del 95%)
Sexo (varón/mujer)	NS			
Edad	0,012			
Origen (CV/resto España)	< 0,0001	0,17 (0,10-0,30)	< 0,001	0,16 (0,09-0,28)
Nivel de estudios ^a	< 0,001			
Alcohol (no/sí)	NS			
Tabaco (no/sí)	NS			
Consumo de fármacos (no/sí)	NS			
Consumo de psicofármacos (no/sí)	0,002	1,86 (1,22-2,84)	0,002	2,12 (1,33-3,37)
Uso de hierbas medicinales (no/sí)	< 0,001	1,87 (1,27-2,77)	< 0,001	2,31 (1,51-3,54)
Enfermedad funcional digestiva (no/sí)	NS ^b		NS	
Diagnóstico: grupo ^c	NS			
Factor local ^d	0,006	1,63 (1,13-2,34)	0,035	1,52 (1,03-2,25)

CV: Comunidad Valenciana; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza; NS: no significativo.

^aNiveles de estudio: analfabetos, primarios, EGB-bachillerato, titulación media o diplomatura, universitarios.

^bAl enfrentar los casos de vigencia en los últimos 5 años al resto, se encontró un 22,2% de uso de *trençar l'enfit* en el grupo de enfermedad funcional digestiva y un 14,3% en el de enfermedad orgánica ($p = 0,0512$; OR = 1,71; IC del 95%, 0,94-3,02).

^cGrupo 1: enfermedades del tracto digestivo alto; grupo 2: enfermedades del tracto digestivo bajo; grupo 3: enfermedades hepáticas; 4: miscelánea.

^dGandia y Tavernes/Oliva y resto de poblaciones.

Este último confirmó la asociación independiente de las variables descritas, excepto el diagnóstico (funcional/orgánico) de la enfermedad digestiva motivo de estudio, cuya relación no fue significativa.

DISCUSIÓN

El *enfit* o empacho, conocido también como ahítico, indigestión o asiento¹⁰, es una dolencia común en la medicina popular de distintas zonas de España^{10,14-16} y de países hispanoamericanos, donde su estudio ha suscitado un considerable interés¹⁷⁻²². Campos¹⁷ demuestra, en una extensa recopilación documental, que las referencias al empacho son corrientes en la medicina oficial del Nuevo Mundo desde el siglo XVI y que se aceptó como diagnóstico distinto de otras entidades nosológicas hasta finales del XIX. Aunque resulta complejo traducir las dolencias populares a la clasificación científica de enfermedades^{23,24}, se trataría de un concepto diagnóstico que, si bien puede englobar diversas alteraciones gastrointestinales², generalmente se acerca a la simple indigestión o a episodios, por lo común transitorios, de dispepsia por dismotilidad en su variante hipotónica. A diferencia de otras entidades de la etnomedicina, como el «mal de ojo», a las que se atribuye un origen sobrenatural, el *enfit* es un concepto totalmente natural, dado que el mecanismo patogénico fundamental es la interrupción o dificultad del tránsito digestivo^{2,7,17,22,25}. En la medicina popular valenciana y en la de otras zonas de España, la presentación clínica tiene un carácter más restrictivo que en las descripciones americanas, donde con frecuencia incluye manifestaciones diarreicas¹⁷⁻¹⁹. Sin embargo, se ha constatado en general un elevado consenso intra e intercultural respecto a la etiopatogenia y síntomas de la entidad²². La práctica de TE es un ritual mágico-religioso casi exclusivo de la Comunidad Valenciana, dado que, si bien hay descripciones concretas en zonas limítrofes¹⁵, su uso es prácticamente inexistente en otras zonas españolas^{11,14}. Tampoco se encuentra entre los múltiples remedios descritos en la medi-

cina popular hispanoamericana¹⁷, donde sí se utiliza un término casi equivalente («quebrar el empacho»), aunque para describir otra práctica²⁶. Una de las singularidades de este ritual es precisamente su carácter mágico-religioso, cuando su objetivo es el diagnóstico y tratamiento de una dolencia de causa natural. Se han descrito también otros rituales para curar el empacho, que implican contacto o masaje del vientre con aceite y que son comunes al área valenciana, el resto de España^{11,14} y América^{17,18,22}. La práctica de *trençar l'enfit* contiene elementos simbólicos y aspectos que hacen pensar en un origen antiguo, probablemente enraizado en la etapa pretécnica de la medicina griega^{27,28} e incluso en el Egipto arcaico¹⁰. Sin embargo, el ritual ha sido poco estudiado y sólo disponemos de descripciones etnográficas^{2,7-13}, quedando pendientes estudios historiográficos y antropológicos que aporten luz sobre su origen e inserción en el entorno cultural²⁹⁻³¹. El ritual de TE se conoce también como *passar la llista* (o cinta) y *medir*. Su uso es tan común en la población valenciana que podemos encontrar la definición de *medidora* («mujer que medía el vientre, en particular de los niños, y curaba ciertas dolencias») en los diccionarios del área lingüística valenciano-catalana^{32,33}. Se podría encuadrar en el ámbito del curanderismo menor o doméstico, dado que las personas iniciadas en el ritual, generalmente mujeres, pertenecen al entorno familiar o vecinal sin tener carácter profesional³⁴.

En el presente estudio se confirma el amplio uso de TE en pacientes que acuden a consultas externas de aparato digestivo, dado que cerca de un 60% había practicado el ritual en algún momento de su vida, sin diferencias entre sexos. Estos datos coinciden con los de una encuesta realizada en Guadasuar en 1984 entre 100 personas (50 varones y 50 mujeres), de las que 59 (28 varones y 31 mujeres) habían realizado la práctica²⁵. Dichas frecuencias superan incluso al 45% de antecedente de cura popular del empacho encontrado en una muestra de 519 familias mexicanas²¹. La vigencia del ritual continúa siendo importante, dado el 25,0% de las personas entrevistadas

lo realizaron en los 10 últimos años y un 7,2% en los 12 últimos meses (fig. 2). Se confirma también la gran difusión de personas «expertas» (12,4% de la muestra) y, entre éstas, el predominio casi absoluto (95,9%) de mujeres, como se ha recogido en diversos estudios etnográficos^{10,11,13}. Este hecho remite quizás al papel ancestral de la mujer en la cultura mediterránea como depositaria del pensamiento tradicional en materia de salud y, con frecuencia, protagonista de los primeros consejos sanitarios ante dolencias de miembros de la familia^{27,35,36}.

Resulta difícil la comparación de nuestros resultados con los de otros estudios epidemiológicos, dada la falta de paralelismo de TE con alguna de las otras modalidades de MAC. El ritual participaría de los remedios encuadrados en la medicina popular y, de alguna forma, en la curación espiritual, por su carácter mágico-religioso. En este sentido, observamos que en la población de Estados Unidos, en el período 1990-1997, la curación espiritual «por otros» (*by others*) aumenta del 4,2 al 7,0% y el uso de remedios populares del 0,2 al 4,2%³⁷. Asimismo, en otro gran estudio poblacional estadounidense se señala la máxima frecuencia de uso (13,7%) de la curación espiritual o plegaria, sin que figuren los remedios populares en el listado de modalidades de MAC³⁸. En este mismo país, la plegaria (37%) y los remedios populares (28%) serían 2 de las 6 modalidades más usadas de MAC en pediatría³⁹. En el área digestiva se encuentra una frecuencia de uso de curación espiritual del 3,8% entre pacientes estadounidenses con enfermedad por reflujo gastroesofágico⁴⁰, y la misma proporción entre enfermos con enfermedad inflamatoria intestinal de un estudio americano-europeo⁴¹.

La causa más frecuente por la que se recurrió a TE fue la pesadez abdominal, si bien destaca también un 22% de casos que lo hicieron por dolor abdominal. Ambos síntomas aparecen con frecuencia en los trabajos americanos^{18,22}, mientras que en las descripciones etnográficas valencianas^{2,8,9,11,13,32} no suele figurar el dolor abdominal. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los entrevistados se referían con frecuencia a episodios ocurridos bastante años atrás, por lo que no pueden descartarse ciertas imprecisiones en la descripción del cuadro. Por otra parte, la descripción pormenorizada de los síntomas del empacho quedaba fuera de los objetivos del estudio.

Cabe destacar el alto grado de satisfacción con el resultado del ritual, ya que tres cuartas partes de la muestra entrevistada lo calificaron de bueno, lo que se corresponde con el hallazgo de otros trabajos que alcanzan hasta el 95%^{21,24} de resultados satisfactorios en el tratamiento popular del empacho.

Hay algunas variaciones geográficas en el uso de TE, de forma que en general esta práctica alcanza un máximo uso entre los pacientes procedentes de los núcleos pequeños y de Oliva, frente a un uso menor en Gandia y Tavernes de Valldigna. Razones de mayor o menor cohesión sociocultural ligadas a un distinto grado de arraigo a las tradiciones históricas podrían explicar estas diferencias, ya que este factor local es independiente de otras variables como la edad o el origen (tabla I).

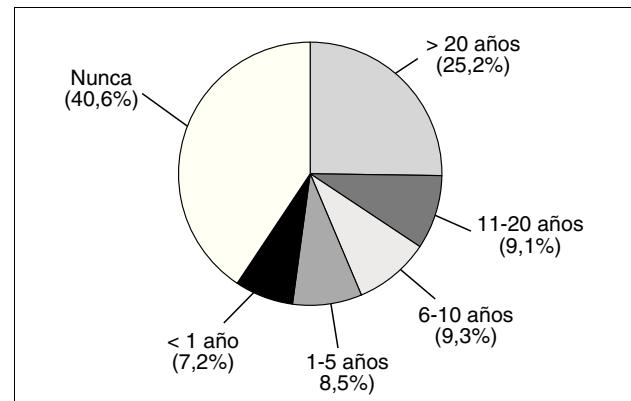


Fig. 2. Antecedentes de trencar l'enfit y tiempo, en años, desde la última vez que se realizó la práctica.

El uso de MAC suele ser mayor en el sexo femenino^{3,38,42}. De hecho, el consumo de hierbas medicinales fue mayor en las mujeres de la muestra estudiada⁵. Sin embargo, ambos性es utilizaron TE en proporciones muy parecidas. Esto, junto a una menor edad de los usuarios (especialmente cuando la práctica es reciente), habla a favor de una máxima frecuencia de uso en niños y jóvenes^{10,11,17,33}, a quienes se lo recomendarían sus parientes mayores sin discriminación de sexos.

Como era de esperar, el uso del ritual fue mucho mayor entre las personas originarias de la Comunidad Valenciana (fig. 3). Sin embargo, una cuarta parte de los pacientes procedentes de otras zonas de España habían realizado también la práctica, lo que implica un importante grado de aceptación de TE y de integración en la cultura popular de la comarca por parte de la población inmigrante. Se ha señalado un mayor uso de MAC, en general, en las personas con mayor nivel educativo y socioeconómico^{3,37,38,42-44}. Sin embargo, es probable que la relación entre la MAC y el nivel educativo dependa de las modalidades estudiadas, ya que alguna de éstas, como la medicina popular, puede ser más accesible, económicamente viable y culturalmente próxima a estratos de población con bajo nivel sociocultural⁴⁵. De hecho, los resultados del presente trabajo indicaron un menor uso del ritual en los estratos de mayor nivel educacional, datos similares a los encontrados por otros autores para los tratamientos populares del empacho^{20,21}. No obstante, es sorprendente la poca frecuencia relativa encontrada entre los analfabetos, que no puede explicarse del todo por una mayor tasa de inmigrantes en este estrato (30%), ni por cambios de nivel cultural a lo largo de los años, ya que al controlar estas variables la distribución por estudios presentó el mismo patrón (fig. 4), además de mantener su asociación en el análisis multivariante.

El uso de TE fue mayor entre los consumidores de hierbas medicinales que en los no consumidores, lo que induce a pensar en un sustrato cultural de medicina popular común que abarcaría ambos aspectos, la etnobotánica y la medicina mágico-religiosa.

No se encontró relación del consumo de fármacos en general con el uso del ritual, a pesar de que los pacientes

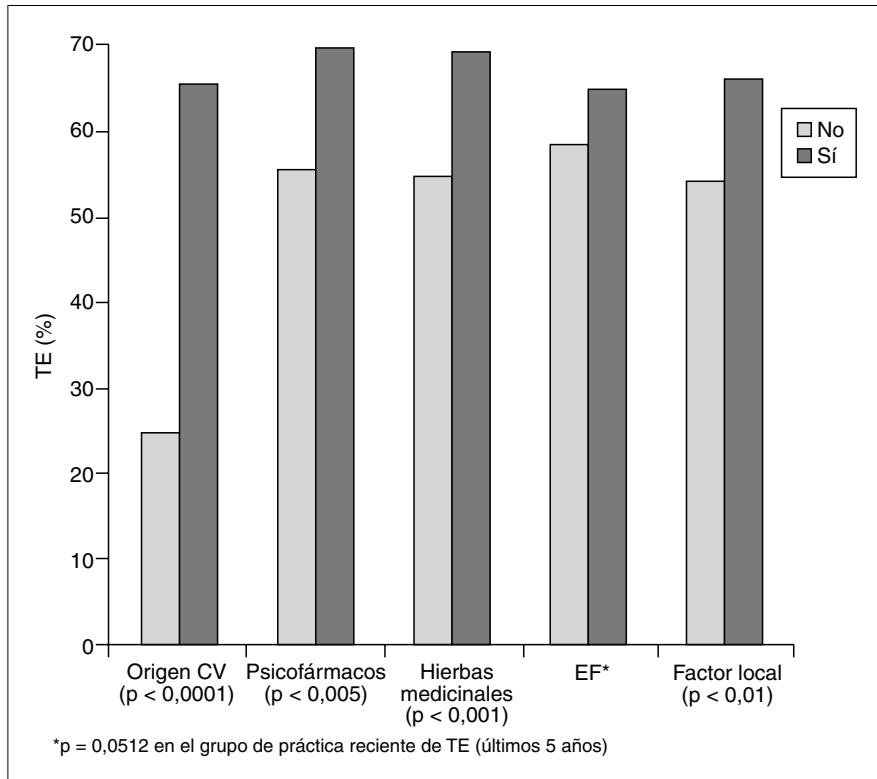


Fig. 3. Diferencias en los porcentajes del uso de trencar l'enfit (TE) según ausencia o presencia de las variables: origen en la Comunidad Valenciana (CV), uso de psicofármacos, hierbas medicinales, enfermedad funcional digestiva (EF) y factor local (residencia en Oliva o poblaciones pequeñas). *p = 0,0512 en el grupo de práctica reciente de TE (últimos 5 años).

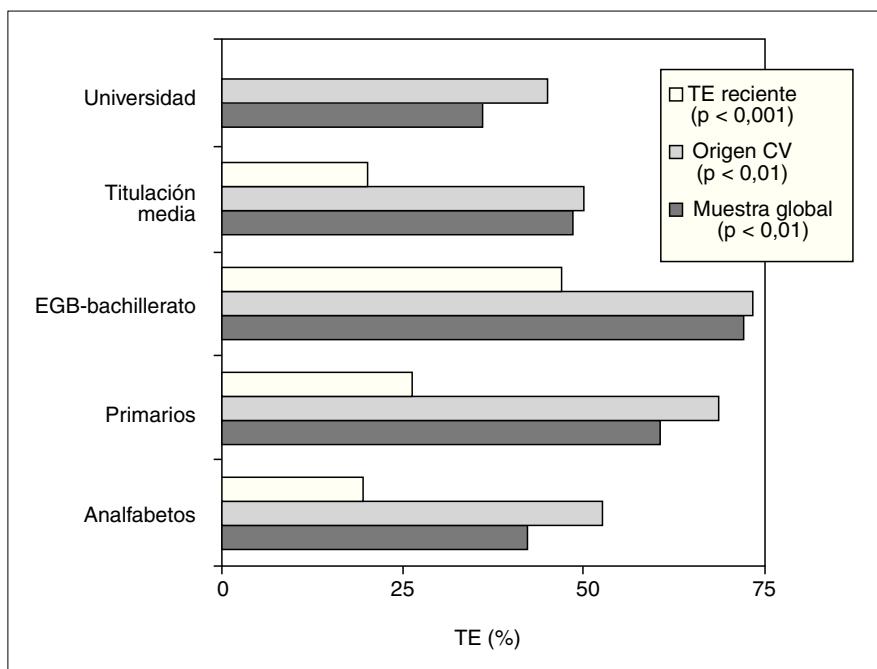


Fig. 4. Porcentajes de distribución de los casos con antecedentes de trencar l'enfit (TE) según nivel de estudios. Comparación de la muestra global con 2 subgrupos: originarios de la Comunidad Valenciana (CV) y pacientes con práctica en los últimos 5 años (TE reciente).

más consumidores de MAC suelen serlo también de la medicina convencional^{3,42,46}. En cambio, sí se encontró relación significativa con el consumo de psicofármacos, lo que concuerda con el gran uso de MAC por parte de enfermos con ansiedad o depresión⁴⁶, aunque las distintas modalidades usadas dependerán probablemente del contexto cultural^{14,7,23,31,44,45,47}.

En el ámbito de La Safor, y en el de la Comunidad Valenciana en general, el empacho parece expresar una enfermedad presuntamente funcional en la mayoría de los casos. Así, el ritual de *passar la llista* aparece entre los métodos de MAC utilizados por enfermos con dispepsia funcional de una muestra de la ciudad de Valencia⁴⁸. Con este supuesto, cabría esperar una relación clara del uso de

TE con el diagnóstico de enfermedad funcional digestiva. Sin embargo, su carácter transitorio y su predominio en niños y jóvenes podría ir en contra de este perfil. No se pudo constatar, en el presente estudio, una clara asociación de la práctica con la enfermedad funcional digestiva, dado que la significación estadística sólo fue próxima en los casos de práctica vigente en los últimos 5 años (fig. 3) y no se mantuvo en el modelo multivariante (tabla I). En suma, el análisis de los datos recogidos en el presente trabajo permite constatar una amplia utilización y vigencia actual del ritual conocido como TE entre los enfermos que acuden a las consultas de aparato digestivo de la comarca de La Safor. El perfil de máximo consumo se podría acercar al siguiente: persona menor de 60 años, de origen valenciano, residente en Oliva o poblaciones pequeñas, con estudios primarios o de EGB-bachillerato, consumidora de psicofármacos y de hierbas medicinales. El estudio nos invita a recordar que la medicina popular no sólo es digna de un análisis sistemático, como ya señalaba Black⁴⁹ en 1883, sino que su conocimiento resulta básico para una correcta actuación de los profesionales de la salud y para cualquier propósito en materia de planificación sanitaria¹. De hecho, habría al menos 3 motivos para justificar su importancia: *a)* los episodios de enfermedad o dolencias populares motivan con frecuencia consultas a los profesionales de la biomedicina; *b)* algunas prácticas o tratamientos de medicina popular pueden ser peligrosos y, aunque es raro que occasionen efectos adversos graves, el médico puede advertir de estos riesgos a los pacientes, y *c)* el conocimiento y el respeto por la medicina popular mejoran la comunicación médico-paciente²⁴. En el caso del empacho, aunque infrecuentes, se han descrito algunas prácticas peligrosas ligadas a la ingestión de elementos¹⁶ o compuestos metálicos, especialmente en trabajos hispanoamericanos^{4,20,50}. Sin embargo, el ritual de TE no parece contener aspectos especialmente nocivos para el enfermo, salvo un posible retraso en el diagnóstico de alguna enfermedad que requiera actuación urgente, extremo del que sí habría que advertir a los usuarios, que, por otra parte, suelen ser conscientes de ello, ya que habitualmente utilizan tanto los remedios populares como la medicina oficial^{3,18,42,46}. En cualquier caso, la realización de estudios interdisciplinares que permitan una aproximación investigadora diversa hacia la medicina popular⁵¹ y mejoren el diálogo entre medicina y antropología⁵² es condición necesaria para el desarrollo de una medicina integrada⁵³⁻⁵⁵, que aconseje al enfermo sin despreciar sus valores culturales.

BIBLIOGRAFÍA

- López Piñero JM, Terrada M. Introducción a la medicina. Barcelona: Crítica; 2000.
- Balaguer E. La medicina popular. En: López Piñero JM, editor. Historia de la medicina valenciana. Tomo III. Paterna: Vicent García; 1992. p. 197-209.
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner S, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States. Results of a follow-up national survey. *JAMA*. 1998;280:1569-75.
- Trotter RT II. Curanderismo. En: Micozzi MS, editor. Fundamentos de medicina alternativa y complementaria. Barcelona: Paidotribo; 2000. p. 291-309.
- Devesa F, Pellicer J, Ferrando J, Borghol A, Bustamante M, Ortúñoz J, et al. Consumo de hierbas medicinales en los pacientes de consultas externas de digestivo. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27:244-9.
- Belenguer R, Alcover A, Novell N. La Safor en xifres. Gandia: CEIC Alfons el Vell; 2003 (formato CD).
- Barona JL, Valladolid MJ. Superstició i pensament mític a la medicina popular valenciana: les malalties «no de metges». Canelobre. 1987;11:48-54.
- Fresquet JL, Tronchoni JA, Ferrer F, Bordallo A. Salut, malaltia i terapèutica popular. Els municipis riberencs de l'Albufera. Catarroja: Ajuntament de Catarroja; 1994.
- Ferrí J, García J. Medicines alternatives: mites i realitats. Valencia: Brosquil Edicions; 2002.
- Salcedo y Ginestal E. Madre e hijo. Doctrina científica y errores vulgares en obstetricia y pediatría. Madrid: Imprenta de Ricardo Rojas; 1898.
- Seijo FG. Curanderismo y medicina popular (en el País Valenciano). Alicante: Ediciones Biblioteca Alicantina; 1974.
- Soria E. Medicina popular a La Safor (I). *Ullal*. 1985;7-8:5-13.
- Gil J, Martí E. Medicina valenciana mágica y popular. Valencia: Carena; 1997.
- Castillo de Lucas A. Folkmedicina. Madrid: Dossat; 1958.
- Sánchez Pérez JA. Supersticiones españolas. Madrid: Saeta; 1948.
- Barriola IM. La medicina popular en el País Vasco. San Sebastián: Ediciones Vascas; 1979.
- Campos R, compilador. El empacho en la medicina mexicana. Antología (siglos XVI-XX). México: Instituto Nacional Indigenista; 2000.
- Pachter LM, Bernstein B, Osorio A. Clinical implications of a folk illness: empacho in mainland Puerto Ricans. *Med Anthropol*. 1992;13:285-99.
- Weller SC, Ruebush TK III, Klein RE. An epidemiological description of a folk illness: a study of empacho in Guatemala. *Med Anthropol*. 1991;13:19-31.
- Baer RD, García de Alba J, Leal RM, Plascencia Campos AR, Goslin N. Mexican use of lead in the treatment of empacho: community, clinic, and longitudinal patterns. *Soc Sci Med*. 1998;47:1263-6.
- Cortés G, Hernández MA, Ayala MA, Rocha A, Aguinaga F, Morales JJ, et al. La cura del empacho: una práctica común y peligrosa. *Bol Med Infant Mex*. 1993;50:44-7.
- Weller SC, Pachter LM, Trotter RT II, Baer RD. *Empacho* in four Latino groups: a study of intra-and inter-cultural variation in beliefs. *Med Anthropol*. 1993;15:109-36.
- Kottak CP. Antropología cultural. Aravaca: McGraw Hill; 2002.
- Pachter LM. Culture and clinical care. Folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. *JAMA*. 1994;271:690-4.
- Fresquet JL, Tronchoni JA. El uso popular de las plantas medicinales en la Ribera Alta. En: Fresquet JL, editor. Salud, enfermedad y terapéutica popular en la Ribera Alta. Valencia: Universidad de Valencia-CSIC; 1995. p. 131-246.
- Zolla C, Del Bosque S, Tascón A, Mellado V, Maqueo C. Medicina tradicional y enfermedad. El empacho en comunidades indígenas de Puebla, Oaxaca y Veracruz. En: Campos R, compilador. El empacho en la medicina mexicana. Antología (siglos XVI-XX). México: Instituto Nacional Indigenista; 2000. p. 180-4.
- Gil L. La medicina en el período pretécnico de la cultura griega. En: Laín Entralgo P, editor. Historia universal de la medicina. Tomo I. Barcelona: Salvat; 1981. p. 269-95.
- Laín Entralgo P. Prólogo. En: Castillo de Lucas A, editor. Folkmedicina. Madrid: Dossat; 1958. p. VII-IX.
- Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat; 1982.
- Nieva AI, Peleato J. Las ciencias sociales en los estudios de medicina: la antropología. En: Ubieto A, compilador. Estado actual de los estudios sobre Aragón. Zaragoza: Cometa; 1982. p. 523-7.
- Balaguer E. El conocimiento popular de la salud y de la enfermedad. Canelobre. 1987;11:6-10.

32. Alcover AM, Moll F. Diccionari català-valencià-balear. Barcelona: Gràfiques Instar; 1975.
33. Griera A. Tresor de la llengua, de les tradicions i de la cultura popular de Catalunya. Barcelona: Poligraf; 1969.
34. Briones R. Persistencia del curanderismo entre las ofertas terapéuticas de occidente. En: Gómez García P, editor. El curanderismo entre nosotros. Granada: Universidad de Granada; 1997. p. 75-129.
35. Hopper SV. The influence of ethnicity on the health of older women. *Clin Geriatr Med.* 1993;9:231-59.
36. Campos R. Notas clínicas y etnográficas sobre un caso de empacho. En: Campos R, compilador. El empacho en la medicina mexicana. Antología (siglos XVI-XX). México: Instituto Nacional Indigenista; 2000. p. 221-6.
37. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs and patterns of use. *N Engl J Med.* 1993;328: 246-52.
38. Ni H, Simile C, Hardy AM. Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults. Results from the 1999 national health interview survey. *Med Care.* 2002;40: 353-8.
39. Sawni-Sikand A, Schubiner H, Thomas RL. Use of complementary/alternative therapies among children in primary care pediatrics. *Ambul Pediatr.* 2002;2:99-103.
40. Hayden CW, Bernstein CN, Hall RA, Vakil N, Garewal HS, Fass R. Usage of supplemental alternative medicine by community-based patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). *Digest Dis Sci.* 2002;47:1-8.
41. Rawsthorne P, Shanahan F, Cronin NC, Anton PA, Löfberg R, Bohman L, et al. An international survey of the use and attitudes regarding alternative medicine by patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:1298-303.
42. Druss BJ, Rosenheck RA. Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. *JAMA.* 1999;282:651-6.
43. Astin JA. Why patients use alternative medicine. Results of a national study. *JAMA.* 1998;279:1548-53.
44. Bair YE, Gold EB, Greendale GA, Sternfeld B, Adler SR, Azari R, et al. Ethnic differences in use of complementary and alternative medicine at midlife: longitudinal results from SWAN participants. *Am J Public Health.* 2002;92:1832-40.
45. Cockerham WC. Sociología de la medicina. Madrid: Pearson Educación (Prentice Hall); 2002.
46. Keesler RC, Soukup J, Davis RB, Foster DF, Wilkey SA, Van Rompay MI, et al. The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *Am J Psychiatry.* 2001;158:289-94.
47. Bodeker GC. Tradiciones sanitarias mundiales. En: Micozzi MS, editor. Fundamentos de medicina alternativa y complementaria. Barcelona: Paidotribo; 2000. p. 291-309.
48. Cervera I, Bixquert M, Fresquet JL, Cervera V, González O, Giner R, et al. Medicina alternativa en la dispepsia funcional. *Rev Soc Valenciana Patol Dig.* 2002;21:121.
49. Black WG. Medicina popular. Barcelona: Alta Fulla, 1982.
50. Montoya MA, López G, Hernández A, Rubio S. «Asarcon», una causa más de intoxicación por plomo. *Rev Med IMSS (Méjico).* 1984;22:271-4.
51. Nichter M. Ethnomedicine: diverse trends, common linkages. *Commentary. Med Anthropol.* 1991;13:137-71.
52. Comelles JM, Martínez Hernández A. Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Eudema; 1993.
53. Rees L, Weil A. Integrated medicine. Imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine. *BMJ.* 2001; 322:119-20.
54. Dalen JE. «Conventional» and «unconventional» medicine. Can they be integrated? *Arch Intern Med.* 1998;158:2179-81.
55. Owen DK, Lewith G, Stephens CR. Can doctors respond to patients' increasing interest in complementary and alternative medicine? *BMJ.* 2001;322:154-7.