

cuadernos Valencianos
de
Historia de la Medicina
y de la Ciencia

XLVII

SERIE A
(MONOGRAFÍAS)

JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER
(Editor)

***SALUD, ENFERMEDAD
y
TERAPÉUTICA POPULAR
en la
RIBERA ALTA***



INSTITUTO DE ESTUDIOS DOCUMENTALES
E HISTÓRICOS SOBRE LA CIENCIA
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA - C. S. I. C.

VALENCIA, 1995

**SALUD, ENFERMEDAD
Y TERAPÉUTICA POPULAR
EN LA RIBERA ALTA**

CUADERNOS VALENCIANOS DE HISTORIA DE LA MEDICINA
Y DE LA CIENCIA
XLVII
SERIE A (MONOGRAFÍAS)

JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER
(Editor)

SALUD, ENFERMEDAD
Y
TERAPÉUTICA POPULAR
EN
LA RIBERA ALTA



INSTITUTO DE ESTUDIOS DOCUMENTALES
E HISTÓRICOS SOBRE LA CIENCIA
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA-C.S.I.C.
VALENCIA, 1995

Este libro se ha publicado con los fondos del proyecto de investigación *Medicina moderna, medicina popular y «otras medicinas» en la Comunidad Valenciana. Estudio de los valores, conductas y actitudes de la población*, de la Institució Valenciana d'Estudis i Investigació (IVEI).

IMPRESO EN ESPAÑA

PRINTED IN SPAIN

I.S.B.N. 84-370-2093-X

DEPÓSITO LEGAL: V. 3.430 - 1995

ARTES GRÁFICAS SOLER, S. A. - LA OLIVERETA, 28 - 46018 VALENCIA

Sumario

Introducción	11
--------------------	----

CAPITULO PRIMERO

La geografía y los recursos sanitarios , por <i>María Luz López Terrada</i>	15
Características geográficas de la Ribera Alta	15
Geografía física	15
Geografía humana	17
Los recursos sanitarios	22
Referencias bibliográficas	31

CAPITULO SEGUNDO

La enfermedad y su prevención , por <i>María José Báguena Cervellera</i>	33
La enfermedad en el siglo XVIII	33
Peste: la última visita	33
Las tercianas y el cultivo del arroz	34
Otras enfermedades	35
La enfermedad en el siglo XIX	37
El cólera y la vacunación anticolérica de Ferrán	38
La viruela y la difusión de la vacunación antivariólica	40
El control de la tuberculosis	41
Otras enfermedades	43
Conclusiones	46
Referencias bibliográficas	48

CAPITULO TERCERO

La salud y la enfermedad en la Ribera Alta , por <i>Carla P. Aguirre Marco</i>	51
Las condiciones de la salud y la enfermedad en la Comunidad Valenciana	55

La mortalidad	60
Las diez primeras causas de muerte en la Comunidad Valenciana y en la Ribera Alta	61
Sobremortalidad y mortalidad prematura evitable en la Ribera Alta	68
La morbilidad	73
Las enfermedades atendidas en asistencia primaria en 1984	74
La Comunidad Valenciana	75
La Ribera Alta	83
Las enfermedades atendidas en asistencia primaria en la actualidad	90
El caso particular de Carcagente	90
La Ribera Alta	98
Las enfermedades de declaración obligatoria	99
La Ribera Alta en relación con la Comunidad Valenciana	101
Evolución de la morbilidad, 1984-1992	105
La vivencia de la enfermedad: el estado de salud y los principales problemas morbosos que declaran los valencianos	112
Los principales problemas sanitarios según los profesionales	119
La percepción de los profesionales de la sanidad pública: diez prioridades sanitarias de la Comunidad Valenciana y sus provincias en 1989	119
Prioridades de actuación sanitaria en la Comunidad Valenciana y en la Ribera Alta (1988) según el estudio de la morbilidad atendida en Asis- tencia Primaria en 1983-84	121
La salud, la enfermedad y la medicina en la Ribera Alta	123
Referencias bibliográficas	128

CAPITULO CUARTO

El uso popular de las plantas medicinales en la Ribera Alta, <i>por José L. Fresquet Febrer y José A. Tronchoni</i>	131
Introducción	131
Las plantas utilizadas	137
Usos populares de las plantas medicinales	149
Estudios farmacológicos de las plantas medicinales de uso popular	176
Referencias bibliográficas	193
Inventario por familias de las especies de plantas medicinales utilizadas en la comarca de la Ribera Alta del Xúquer	201

CAPITULO QUINTO

Las prácticas mágico-religiosas y los curanderos en la medicina popular de la Ribera Alta, por José L. Fresquet Febrer	247
La práctica mágica como sistema de acción	247
La tradición cultural. Adquisición de la identidad social de curandero	250
El sistema social	264
El sistema de prácticas del curanderismo	275
Enfermedades causadas por agentes humanos	277
Enfermedades de causa natural	281
Elementos que proceden de la medicina científica	292
La aparición de elementos de otras procedencias	293
Los aspectos mágicos	297
El origen de los rasgos	304
Referencias bibliográficas	315

Introducción

Con el presente volumen, dedicado a varios aspectos de la medicina popular en la Ribera Alta, pretendemos continuar la línea iniciada con *Salut, malaltia i terapèutica popular als pobles riberencs de l'Albufera*.

Aunque a lo largo de los distintos capítulos aparecen concepciones diferentes de «medicina popular», en general la definimos como la cultura médica popular de las sociedades urbanas y con cultura escrita en las que tiene que convivir con otros sistemas médicos arcaicos, científicos clásicos o modernos. Como cultura o subcultura incluye patrones de conducta, valores y criterios, ideas y visión de las cosas, vocabulario propios, creencias, etc. relacionados con la salud, las enfermedades y la lucha contra las mismas del llamado pueblo médico o miembros de una sociedad sin posiciones médicas determinadas. No hay que reducirla a los estratos socioeconómicos inferiores ni confundirla con la vertiente médica del folclore tradicional. En cada sociedad es el resultado de la asimilación de elementos procedentes de las culturas con las que ha convivido a lo largo de su historia, desde hace milenios hasta el más inmediato presente.

Para algunos antropólogos el concepto «popular» no resulta operativo para las ciencias sociales por dos motivos principalmente: a) Porque por lo general tiene una connotación peyorativa, es decir, que lo popular se minusvalora frente a un conocimiento más elitista propio de las personas con mayor formación intelectual, y b) Porque engloba tanto comportamientos tradicionales como otros que no son tradicionales, que no pertenecen a la cultura tradicional del grupo o sociedad donde se dan.

Estos autores prefieren el uso del término «tradicional» donde incluyen todos los comportamientos que pertenecen por tradición a esa comunidad. Si nos detenemos por un momento en esta palabra observamos que tiene un uso corriente: «Comunicación o transmisión de noticias, composiciones lite-

rarias, doctrinas, ritos, costumbres ... hecha de padres a hijos y de generación en generación», y un uso más científico: «La tradición significaría el aspecto subjetivo de la cultura, así como la costumbre su aspecto objetivo externo. La tradición es, sobre todo, una manera de pensar y sentir que se transmite de generación en generación en tanto que la costumbre es una manera de hacer lo transmitido. Costumbre y tradición constituyen la cultura del grupo».

Sin embargo, cuando se habla de «medicina tradicional», generalmente se alude a los sistemas médicos de las sociedades históricas que poseen tradición escrita como el sistema ayurvédico y la medicina china, que nosotros clasificamos de forma diferente.

La medicina científica moderna puede considerarse también como tradicional en nuestra cultura y, por tanto, nosotros preferimos hablar de medicina popular en un sentido diferente a como suele ser definida. Efectivamente, la medicina popular es una medicina sincrética que se desarrolla en sociedades con cultura escrita pero que se transmite en su mayor parte de forma oral.

La medicina popular está totalmente viva. Por ejemplo, en los últimos años, además de seguir tomando elementos de la medicina científica moderna, lo está haciendo de otros sistemas y otros procedimientos terapéuticos de procedencias diversas. En el análisis de este fenómeno no hay que confundir el estudio de estos elementos dentro de sus propios contextos con el estudio de su aculturación o transformación en el seno del grupo constituido por miembros profanos a los mismos.

El estudio de la medicina popular entra de lleno en la historia de la medicina. Hemos de recordar, con López Piñero, que el objetivo actual de esta disciplina consiste en el estudio de la medicina en su total complejidad. Por una parte, tratamos de estudiar la salud y las enfermedades como estados de la vida humana de todas las épocas y culturas, teniendo en cuenta la condición biológica, social y personal del hombre. Esto significa que hay que analizar las enfermedades como realidades biológicas cambiantes y sometidas a circunstancias ambientales determinadas, como fenómenos sociales condicionados por estructuras socioeconómicas e integrados en patrones socioculturales concretos, y como vivencias personales existentes en cada situación histórica. Por el otro, intentamos estudiar la medicina como conjunto de acti-

vidades que en todas las sociedades se destinan a luchar contra la enfermedad y a promover la salud, considerando cada sistema médico simultáneamente como un subsistema social y un subsistema cultural. Comprende el análisis de las bases empírico-creenciales o científicas en que se apoya, de sus prácticas y técnicas, de las ocupaciones y profesiones sanitarias, de la asistencia médica y de la prevención de la enfermedad.

Como en el caso del libro dedicado a los pueblos que rodean al lago de la Albufera, en éste abordamos el estudio de la folkmedicina con dos importantes aspectos de la terapéutica popular en la Ribera Alta: el uso de plantas medicinales y los curanderos. Esta extensa parte del libro se ha elaborado tomando como base el trabajo de campo desarrollado entre 1986 y 1993 en distintos municipios de esta comarca. Además, añadimos un minucioso resumen del marco correspondiente.

En el primer capítulo, María Luz López se encarga de ofrecer información relativa a la geografía física y humana de la comarca de la Ribera Alta así como de sus recursos sanitarios, como es preceptivo en este tipo de trabajos.

El segundo y tercer capítulos se ocupan de la evolución de la enfermedad y de su prevención. María José Báguena se ha encargado del tema desde el punto de vista histórico, en concreto de los siglos XVIII, XIX y parte del XX. Por su parte, Carla P. Aguirre aborda de forma minuciosa y sintética diversos aspectos de la salud y de la enfermedad en la Ribera Alta en la actualidad refiriéndose a las condiciones de éstas en la Comunidad Valenciana, a la mortalidad, la morbilidad, así como a los principales problemas de salud y de la asistencia médica según los profesionales sanitarios.

El cuarto capítulo, elaborado por José A. Tronchoni y por mí mismo, está dedicado al estudio del uso popular de las plantas medicinales tomando como modelo de acercamiento el que ofrece la etnofarmacología. A diferencia de lo que suele ser habitual, hemos intentado aplicar las técnicas que utiliza la documentación para elaborar un *thesaurus* sencillo con los términos que han empleado los entrevistados para referirse a los usos de las plantas. La finalidad de esto es reconstruir un cuadro de síntomas, enfermedades, padecimientos, etc. para los cuales los habitantes de la Ribera Alta recurren a las plantas con virtudes medicinales en el entorno doméstico.

El último capítulo lo consagro al estudio de los curanderos así como a las prácticas mágicas que éstos emplean y las que están más difundidas entre la

población. Ofrezco también una aproximación al origen de algunos rasgos de la medicina popular. He de señalar que he excluido del estudio a personas que desarrollan o practican técnicas terapéuticas de introducción relativamente reciente en nuestro medio.

Con este trabajo no pretendemos dar razón de todo sino sólo de una parte de la realidad. Somos conscientes de que este tipo de estudios debe completarse con otros sobre temas complementarios y desde disciplinas distintas. Hay que tener en cuenta que la práctica médica es el lugar donde coinciden básicamente la medicina científica moderna (los profesionales de la medicina) con la medicina popular (los usuarios de la misma). Esto justifica sobradamente el interés que puede tener este tipo de estudios.

Vamos a referirnos por último a las características de la muestra. Se han realizado un total de 481 entrevistas semiestructuradas en catorce municipios de la Ribera Alta entre 1986 y 1992. Esto representa un 3‰ del total de la población de esta comarca, cifrada en 150.755 habitantes. Estos municipios son: Alberic, Alcàntera del Xúquer, Algemesí, Alginet, Alzira, Benifaió, Benimodo, Carcaixent, Carlet, Castelló de la Ribera, Catadau, Manuel, Monserrat y Tous.

En cuanto a la distribución por sexos, de los 481 entrevistados, 325 son mujeres y 156 son hombres, pertenecientes a todos los grupos de edad.

Respecto a los curanderos, hemos empleado entrevistas abiertas que se han aplicado a un total de diecisiete personas residentes en las poblaciones antes mencionadas, y que podemos considerar como prácticos de la medicina popular.

Por último, quiero hacer manifiesto mi agradecimiento a José Pardo, Felipe Ferrer y Abel Bordallo por su ayuda en la elaboración de muchos datos que se ofrecen en este libro, así como a Vicente Zorrilla Palau que se ha encargado de su edición.

José L. Fresquet Febrer
Valencia, marzo de 1995

LA GEOGRAFÍA Y LOS RECURSOS SANITARIOS¹

María Luz López Terrada

Características geográficas de la Ribera Alta

Geografía física

La comarca de la Ribera Alta, con una superficie total de 969 km², tiene como centro a la ciudad de Alzira. Limita al norte con la Hoya de Buñol y l'Horta de Valencia, al sur con la Costera y la Safor, al este con la Ribera Baja y, al oeste con la Canal de Navarrés. Su relieve está condicionado por la plana aluvial mediterránea del río Júcar y sus afluentes. La mayor parte de la comarca está constituida por una llanura, es «un paisaje llano cercano al litoral, con fuertes pendientes en la parte occidental y montañas cercanas al mar»². Se pueden distinguir los siguientes ambientes geográficos. En la mayor parte de la comarca hay un ambiente de llanura costera formado, fundamentalmente por la acumulación de materiales de procedencia marina, eólica, fluvial y de ladera. Hay materiales cuaternarios (limos y arcillas marinas), fluvio-coluviales y miocénicos (arcillas y limos). El suelo aluvial-coluvial ha sido transformado por el riego. Es una zona llana, con pendientes comprendidas entre el 0 y el 5%, con conos aluviales y glacis. En segundo lugar, se puede distinguir, en el límite occidental de la comarca el Macizo de Caroch, una plataforma carbonatada surcada por profundos valles en V que culminan en el cañón del Júcar, que lo atraviesa en su parte septentrional, excavado a expensas de una fosa tectónica. Es un sistema de muelas y laderas con cárcavas y karst en yesos. Por último, en el norte de la comarca hay un ambiente intermedio, es decir, una zona de suaves relieves terciarios que enlaza la llanura con la serranía³.

¹ Este capítulo es un resumen de los estudios y datos disponibles sobre las características geográficas y sanitarias de la Ribera Alta en febrero de 1994.

² ENCICLOPEDIA (1990-91), 9, 167.

³ MAPA (1986), I, 22-23.

El sistema hidrográfico está compuesto por el Júcar y sus afluentes. El régimen de todos los cursos hídricos es mediterráneo e irregular con fuertes crecidas y estiajes. En la actualidad está modificado por los pantanos de la cabecera del Júcar. Los afluentes que atraviesan la comarca por la izquierda son el río Magre y el Verd, y por la derecha el Sallent y el Albaida. El Júcar, desde su entrada en la comarca por el término de Summacarcer hasta su llegada a la N-340 va encajado en el relieve, circulando en superficie cóncava excepto en el tramo entre los municipios de Alberique y Benimuslem, donde está más elevado y la superficie es convexa. Son frecuentes las inundaciones por la peculiaridad topográfica y la ocupación atrófica de terrenos bajos, siendo el área de Alzira la más problemática. Estas inundaciones modifican profundamente el medio ambiente de la zona, y no tienen ni regularidad cíclica ni periodicidad. Existen acequias para el regadío, la más importante es la Acequia Real de Júcar, que atraviesa la comarca en dirección este-norte. Otras acequias de menor rango son las de Cotes y Cárcer, que toman sus aguas de los ríos Sellent y Albaida⁴.

El clima es en la mayor parte de la comarca termomediterráneo seco⁵, caracterizado por la moderación térmica (temperatura media anual entre los 15° y 17° grados, con heladas poco frecuentes), una escasa oscilación térmica, unas precipitaciones medias anuales escasas (entre 400-600 mm), la descompensación del régimen de precipitaciones⁶, siendo frecuente la aparición del fenómeno de la "gota fría", y una alta insolación media.

En toda la comarca la vegetación natural ha disminuido drásticamente a causa de la explotación agraria y de los incendios forestales⁷. Sólo quedan restos de bosque mediterráneo en espacios muy protegidos como los pinares del Valle d'Aigües Vives o en la zona interior, relacionado en numerosas ocasiones con urbanizaciones con función de ocio⁸. La llanura costera y el ambiente intermedio están constituidos en su inmensa mayoría por tierras

⁴ ENCICLOPEDIA (1990-91), 9, 167-172.

⁵ MAPA (1986), I, 22-23. En el ambiente del Macizo del Carocho el clima es mesomediterráneo seco, con una temperatura anual media inferior a 17°, una amplitud térmica muy variable, y una precipitación media anual entre 450-600 mm.

⁶ El ritmo estacional de las precipitaciones es decreciente, con un máximo en otoño y un mínimo en verano.

⁷ Según los datos del ANUARIO (1993a), en la comarca se produjeron en 1990 un total de 16 incendios forestales, que afectaron a 15,8 ha., y en 1991 el número fue de 28, con 247,28 ha. quemadas.

⁸ ENCICLOPEDIA (1990-91), 9, 164-172.

de cultivo. Por su parte, el macizo del Caroçh tiene una vegetación de carrascal litoral valenciano (*Rubio-Quercetum rotundifoliae* y *Blupeuro-Quercetum rotundifoliae pistacietosum lentisci*) y de carrascal sublitoral valenciano con fresno (*Blupeuro-Quercetum rotundifoliae ulicetosum parviflorae*)⁹ degradada por los incendios, la erosión (es una zona de alto riesgo erosivo) y la repoblación de coníferas (*Pinus halepensis* y *P. pinaster*) y matorral. La utilización de estas coníferas en la reforestación, a causa de su fácil adaptación al suelo y su rápido crecimiento plantea el problema de la acidificación de los suelos por las espículas de estos árboles, dificultando la posterior reconversión en el bosque original de carrascas.

Geografía humana

De acuerdo con los resultados del último censo realizado¹⁰, en 1991 la comarca de la Ribera Alta tenía una población de 196.005 habitantes, lo que supone un ligero descenso ante los 196.415 habitantes que tenía en 1986. No obstante, como se puede apreciar en la tabla nº. 1, entre 1960 y 1986 ha habido un aumento constante de la población, con un crecimiento interanual entre 1981 y 1986 del 0,13%.

Tabla nº. 1

Evolución de la población de derecho de la Ribera Alta 1960-1991.

(Fuente: ANUARI (1993a))

Años	Población
1960	160.186
1970	177.456
1975	185.693
1981	194.920
1986	196.415
1991	196.005

⁹ MAPA (1986), I, 22-23.

¹⁰ ANUARI (1993a). Todos los datos demográficos utilizados en este capítulo proceden del último censo realizado, y han sido tomados del último *Anuari Estadístic* publicado por la Generalitat Valenciana en 1991.

Por otro lado, la población de la comarca ha experimentado globalmente un crecimiento vegetativo positivo (+279), aunque éste no ha sido similar en todas las poblaciones¹¹. La densidad de población de la comarca (202,0 hab./km²) es ligeramente superior a la del conjunto de la Comunidad (167,30 hab./km²).

A partir de los datos del último censo, se puede calcular una tasa bruta de natalidad del 11,17‰ (2.191 nacidos vivos en 1991), y una tasa bruta de mortalidad del 9,75‰ (1.912 fallecimientos en 1991). Ambas cifras no distan mucho de las de la media de la Comunidad¹², siendo especialmente significativo el descenso de la tasa de natalidad que se ha producido en los últimos años. La distribución de la población por sexo y edad, tal y como se puede apreciar en la tabla nº. 2 indica, junto a las bajas tasa de natalidad y mortalidad, un envejecimiento de la población similar al del resto de la Comunidad¹³.

Tabla nº. 2

Distribución de la población de la Ribera Alta según edad y sexo. 1991
(Fuente ANUARI (1993a))

<i>Edad (en años)</i>	<i>total</i>	<i>hombres</i>	<i>mujeres</i>
Todas las edades	196.005	96.334	99.671
De 0 a 19	55.635	28.466	27.169
De 20 a 64	112.466	56.324	56.142
Mas de 65	27.903	11.544	16.359
N.C.	1	0	1

¹¹ En la tabla nº. 4 ofrecemos los datos demográficos pormenorizados de las 14 localidades estudiadas en este trabajo.

¹² Según los datos del ANUARI (1993b), la tasa bruta de natalidad en 1991 para el conjunto de la Comunidad Valenciana fue de 10,10‰, y la de mortalidad del 9,15‰, aunque en el momento de la publicación del ANUARIO, los datos eran provisionales. El último dato oficial del Institut Valencià d'Estadística corresponde a la tasa bruta de mortalidad de 1989, que era 8,95‰.

¹³ CHOVER *et al.* (1993, 38) en el análisis de la situación de salud del área 16, a la que pertenecen tres localidades de la Ribera Alta (Alcántera del Xúquer, Manuel y Vilanova de Castelló), han caracterizado a la población del área como regresiva y madura, además de sufrir un acelerado proceso de envejecimiento que se sitúa por arriba de la media de la Comunidad Valenciana. Desgraciadamente, el análisis de la situación de salud del área 14, a la que pertenecen la mayor parte de los municipios de la Ribera Alta en el momento de realizar este trabajo estaba todavía inacabado, por lo que nos ha sido imposible contar con este tipo de información.

Entre un 10 y un 12% de la población es emigrada, fundamentalmente de otras comarcas valencianas. En el periodo 1981-85 hubo un saldo favorable de 3.508 personas. También hay inmigración temporal del norte de Africa en relación con la recolección de cítricos. Respecto a la emigración, lo más destacable es la reciente disminución de la emigración temporal a la vendimia de Francia¹⁴.

La población de la Ribera Alta vive fundamentalmente en núcleos urbanos o rurales, con una concentración de la población del 90% y con un grado de urbanización medio¹⁵. La distribución de la población según actividad desempeñada es la siguiente:

Tabla nº. 3

Distribución de la población de la Ribera Alta según actividad. 1991.
(Fuente: ANUARI (1993a))

<i>Actividad</i>	<i>Habitantes</i>
Ocupados	64.068
Parados	17.148
Estudiantes	47.223
Faenas del hogar	44.009
Jubilados e incapacitados	30.626
Otros	7.021
N.C.	911

El 31% de la población activa de la comarca se dedica a la agricultura como única ocupación, y el 30% la comparte con otras actividades. Existen grandes diferencias entre municipios a causa de los altos índices de industrialización y terciarización de algunos de ellos¹⁶. Casi un 60% de la superficie está dedicado a tierras cultivadas, siendo de regadío el 78% de las mis-

¹⁴ ENCICLOPEDIA (1990-91), 9, 167-172.

¹⁵ MARCO (dir.) (1991). El grado de urbanización según el ANUARI (1993a) se sitúa entre el 35-60% de la población.

¹⁶ Alzira, con un 20%, Algemesí (25%) y Carlet (27%) son las poblaciones con un índice más bajo de población dedicada a la agricultura, debido a sus altos índices de industrialización y terciarización. ENCICLOPEDIA (1990-91), 9, 167-172.

mas. El agua procede de la red fluvial, de las acequias (principalmente la Acequia Real del Júcar, la de Cotes y la de Cárcer), y de aguas del subsuelo. El cultivo predominante en el regadío es el de frutales, y dentro de ellos los agrios, aunque no son monocultivo. Le siguen las hortalizas, el maíz y, en menor medida el arroz, cultivado en el término de Algemesí. En el secano destaca el viñedo, que se extiende fundamentalmente el los municipios del norte de la comarca, en el área junto a la Hoya de Buñol, así como los frutales, el olivo y el algarrobo. La explotación directa (97% del total) es la forma básica de tenencia de la tierra¹⁷, con una gran parcelación minifundista de la propiedad, puesto que más del 60% de las explotaciones agrícolas tienen unas dimensiones menores a 1 hectárea. En ganadería destaca el sector vacuno de estabulación y, en Alzira, las granjas avícolas.

Los mayores porcentajes de ocupación son los de la industria y la construcción, sectores en los que trabaja el 34% de la población activa. Los municipios más industrializados son Alzira (40%) y Carlet (39%). Hay un claro predominio del minifundismo industrial, es decir, las empresas tienen mayoritariamente menos de cinco trabajadores. La excepción es la empresa Avidesa en Alzira, con más de 250 trabajadores. La mayor parte de las industrias están relacionadas con la transformación de productos hortofrutícolas. También hay industria del mueble (continuación de la de l'Horta) y de cerámica, vidrio, materiales de construcción y textil. Por último, el sector servicios ocupa a un porcentaje similar de población activa (34%), siendo los subsectores más dinámicos el comercio mayor y menor en relación con el sector hortofrutícola, el transporte y los servicios sociales-comunitarios¹⁸.

Las principales vías de comunicación de la comarca son la carretera nacional 340 y la A-7, a la que se accede por el término de Algemesí. Hay una buena red de carreteras comarcales, entre las que destacan la C-3320 (en dirección norte-sur) y la C-3322 (dirección sudoeste-sureste). La densidad de la red de carreteras es de 0,351 km/km², ligeramente más elevada de la media de la Comunidad (0,303 km/km²). Así mismo, atraviesa la comarca la línea de ferrocarril de RENFE que une Valencia y Madrid vía Albacete, y la línea de cercanías C-2 (Valencia-Xàtiva-Moixent) pasa por Benifaio, Almusafes, Alge-

¹⁷ El arrendamiento supone el 2,5%, mientras que la aparcería tan sólo el 0,2%.

¹⁸ Los datos sobre la población activa de la comarca y de los sectores de actividad económica han sido tomados de ENCICLOPEDIA (1990-91), 9, 167-172.

mesí, Alzira, Carcaixent y Manuel. Los municipios de Castelló de la Ribera, Alberic, Alcudia, Carlet y Alginet están comunicados con la ciudad de Valencia por la línea 1 de Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana.

En cuanto a la enseñanza, el 60% de los centros de E.G.B. son públicos, y el 40% privados, con un total de 14.398 niños escolarizados. Existe un elevado número de centros de Bachillerato (7 de BUP y 8 de FP), por encima de la media de la Comunidad, elevándose el número de alumnos en estos centros a 19.426. Por último, en Alzira existe un centro de la U.N.E.D. La comarca es mayoritariamente valenciano hablante, puesto que para el 82,5% de la población es su lengua madre, un 11,9% lo entiende, y tan sólo el 1% no lo entiende¹⁹.

Tabla n.º. 4

Principales datos demográficos de las poblaciones de la Ribera Alta incluidas en este estudio. 1991. (Fuente: ANUARI (1993a)).

<i>Localidades</i>	<i>Crecim. veget.</i>	<i>Pobl. de derecho</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Sup. Tér. Km²</i>	<i>Densidad</i>
Alberic	18	8.608	4.190	4.418	27,0	318,8
Alcàntera	8	1.450	726	724	3,4	426,5
Alzira	123	40.309	19.619	20.690	110,4	365,1
Algemesí	45	25.375	12.469	12.906	41,5	611,4
Alginet	78	11.645	5.786	5.859	24,1	483,2
Benifaió	16	11.912	5.883	6.029	20,1	592,6
Benimodo	-5	1.710	884	826	12,5	136,8
Carcaixent	-20	20.208	9.846	10.362	59,3	340,8
Carlet	10	14.167	6.944	7.223	45,6	310,7
Catadau	-6	2.170	1.072	1.098	35,5	61,1
Manuel	-6	2.421	1.172	1.249	6,0	403,5
Montserrat	1	2.546	1.313	1.233	45,6	55,8
Tous	-10	1.267	630	637	127,5	9,9
V. de Castelló	23	6.967	3.415	3.552	20,3	343,2

¹⁹ ANUARI (1993a).

Los recursos sanitarios

En este capítulo pretendemos realizar una breve exposición de los recursos sanitarios de que disponen los habitantes de la Ribera Alta. Abordar este tema plantea una serie de dificultades relacionadas, fundamentalmente, con la obtención de los datos necesarios y por el hecho de estar produciéndose en la actualidad importantes cambios en el modelo asistencial a partir de la política llevada a cabo por la Generalitat Valenciana en materia de sanidad. Estos cambios afectan a la mayoría de la población, puesto que en la actualidad se calcula que entre un 96 y un 98% de la población valenciana está actualmente cubierta por los servicios sanitarios públicos²⁰, siendo una característica diferencial de la Comunidad Valenciana respecto a otros entes autonómicos, el relativamente bajo grado de participación de entidades aseguradoras privadas, ya que tan sólo el 2,2% de la población se acoge a mutualidades de seguro privado²¹.

Como acabamos de señalar, en la Comunidad Valenciana están actualmente en fase de reordenación los servicios asistenciales, a partir de lo estipulado en la Ley General de Sanidad, donde se introduce una importante innovación al establecer dos niveles, interconectados entre sí, para el acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios: la Atención Primaria y la Atención Especializada, abandonando así el antiguo sistema de tres niveles puramente asistenciales, constituidos por los médicos rurales y consulto-

²⁰ GARCIA BENAVIDES (1992), 63. Concretamente, el 1 de enero de 1989 el grado de cobertura de las prestaciones sanitarias públicas en la Comunidad Valenciana era el 98,2% de la población (LIBRO (1991)).

²¹ BOIX; COSTA (1992), 368. Los porcentajes en otras comunidades son mucho más altos, por ejemplo, en Madrid es del 15,6%, en Baleares el 14,2%, en el País Vasco el 13,9% y en Cataluña el 13,8%.

²² LIBRO (1991), 33.

rios, los ambulatorios de especialidades y los Hospitales²². Para llevar a cabo esta reforma, el territorio de la Comunidad se ha dividido en demarcaciones sanitarias denominadas áreas y zonas de salud, en las que se desarrolla la Atención Primaria y la Atención Especializada. Según lo establecido en el Decreto 42/1986 de 21 de marzo y en la Orden de 2 de mayo de 1986 de la Consellería de Sanitat i Consum, la Atención Primaria se ha territorializado en 23 áreas de salud, cuyo número de habitantes oscila entre 50.650 y 317.120. Cada área dispone de unos servicios de salud comunitaria e integra un división territorial más pequeña, las zonas de salud que abarcan una población de 5.000 a 30.000 habitantes, donde se ejecuta la atención personalizada por los Equipos de Atención Primaria²³. Esta ordenación, en la que se basa el nuevo modelo asistencial, está determinada por la disposición del sistema urbano, las densidades demográficas, factores socioeconómicos y la estructura de las comunicaciones de la Comunidad, por lo que no corresponde a la división comarcal en el caso de las Areas de Salud, ni a la estrictamente municipal en las Zonas de Salud²⁴. Por otro lado, el Decreto 122/1988 de 28 de julio del Consell de la Generalitat Valenciana, definió y estructuró la asistencia especializada de la Comunidad. La asistencia especializada se estructura en áreas de salud, coincidentes con las definidas en Atención Primaria de Salud, con cuyos equipos se integra, y desarrolla su actividad en hospitales y centros de especialidades²⁵. En estos últimos es donde se presta la asistencia especializada a la población en régimen de ambulatorio, están coordinados y son dependientes del Hospital del área a la que pertenecen. En teoría, cada área está vinculada o dispone de un Hospital General, encargado tanto del internamiento de los enfermos como de proporcionar la asistencia especializada y complementaria que sea preciso en su zona de influencia²⁶.

²³ NOGUERA (1987), 49.

²⁴ En el LIBRO (1991), 33-34, se recogen exactamente la definición y concepto de área de salud y zona de salud, así como los criterios en base a los cuales se ha realizado la división, aunque en la actualidad la estructura territorial original está siendo modificada.

²⁵ LARADO (1987), 64.

²⁶ LIBRO (1991), 33-34.

A partir de toda esta estructura se está implantando el nuevo modelo asistencial, pasando la población cubierta por el mismo de un 10% en 1988 a un 40% en 1991. La extensión de este nuevo modelo está muy avanzado en algunas áreas de salud, especialmente en Castellón y Alicante, mientras que hay una menor cobertura en la provincia de Valencia por las dificultades que plantea la implantación del mismo en áreas urbanas. El número de Centros de Atención Primaria (CAP) en 1991 era de 92, quedando aún 120 zonas básicas de salud sin su correspondiente centro.

El pleno desarrollo de este nuevo modelo supone un aumento de la capacidad asistencial al incorporar en sus estructuras Unidades Básicas de Rehabilitación, Centros de Planificación Familiar, Equipos de Salud Mental, Equipos de Salud Buco-dental, Radiología Básica y Unidades de Extracción Periférica y/o Laboratorio. Esta mayor capacidad asistencial otorga, en un principio, mayores ventajas al nuevo modelo de APS que al tradicional. No obstante, en la actualidad aún no se dispone de datos sobre la satisfacción de los usuarios respecto a ambos modelos²⁷.

Una vez esbozado el marco normativo del nuevo modelo asistencial, vamos a pasar a exponer cual es la situación actual en la Ribera Alta. En primer lugar hay que señalar que, dada la no coincidencia de las áreas de salud con la división comarcal, nos vamos a referir casi exclusivamente a los recursos sanitarios del área de salud 14, a la que pertenecen nueve de las catorce localidades estudiadas en el presente trabajo, concretamente Alberic, Alzira, Algemesí, Alginet, Benimodo, Carcaixent, Carlet, Catadau y Tous. De las otras cinco localidades, tres (Alicàntera, Manuel y Vilanova de Castelló) pertenecen al área 16, una (Benifaió) a la 13, y otra (Montserrat), al área 8.

De acuerdo con la nueva organización del sistema sanitario, en las poblaciones del área 14 la atención primaria de la población está en manos de los denominados Equipos de Atención Primaria (E.A.P.) ubicados en los Centros de Salud. El tamaño de las plantillas está diseñado de acuerdo con las necesidades, población y características de cada zona. Según los datos que nos ha proporcionado la Unidad de Dirección de Atención Primaria del área 14, los recursos humanos con que cuentan las poblaciones incluidas en el presente estudio son las siguientes:

²⁷ GARCIA BENAVIDES (1992), 63-64.

Alberique Alzira Algemesí Alginet Benifaió Benimodo Carcaixent Carlet Catadau Tous

Médicos EAP	5	14	9	4	5	1	7	7	-	1
Médicos de cupo	-	5	3	2	1	-	3	-	1	-
Pediatras	2	6	4	2	2	-	3	2	-	-
Enfermeros/as	6	17	13	7	8	1	12	8	1	1
Enfermer. de cupo	-	3	1	-	-	-	1	1	-	-
Matronas EAP	1	2	2	1	1	-	1	2	-	-
Matronas de cupo	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Aux. enfermería	-	6	4	2	3	-	2	3	-	-
Trabajador social	-	1	1	1	1	-	1	1	-	-
Aux. Administr.	3	9	6	3	3	-	4	3	-	-
Celadores	5	2	3	5	2	-	3	2	-	-
Fisioterapeuta	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-
T.E.R.	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-

Como puede observarse, en todas las localidades excepto en Benimodo, Catadau y Tous —donde, dado su tamaño y por no ser cabeceras de zona de salud, hay exclusivamente un médico y un enfermero— la plantilla de los centros de salud está formada además de por médicos generales y enfermeros por otros profesionales sanitarios como pediatras, matronas, fisioterapeutas, etc. que cubren las necesidades básicas de atención primaria, y por personal no estrictamente asistencial como trabajadores sociales y personal de administración y servicios. Cada una de estas plantillas está diseñada de acuerdo con las necesidades de cada zona básica de salud.

Otro aspecto importante de la atención primaria son las urgencias. Todas las poblaciones incluidas en este estudio cuentan con un servicio de atención médica las 24 horas del día, si bien no es igual en todos los lugares. En las poblaciones de menor tamaño, Tous, Benimodo y Catadau, a partir de las 17 h. las urgencias son atendidas en las cabeceras de zona. En el resto de poblaciones las urgencias o bien son atendidas por el mismo personal de Equipo de Atención Primaria (atención continuada), o bien por un Servicio Ordinario de Urgencias (S.O.U.), integrado por una plantilla diferente que consta, normalmente de cuatro médicos, cuatro enfermeros y cuatro auxiliares.

Además, de acuerdo con la nueva planificación, en algunas localidades hay equipos que atienden problemas de salud concretos. Por un lado, existe el Centro de Orientación Familiar de Carlet-Carcagente, compuesto por un ginecólogo, un psicólogo, un A.T.S. y un auxiliar administrativo, que se des-

plaza a las distintas localidades del área, aparte están las matronas que, como ya hemos indicado, hay en cada zona de salud. Por otro lado, en Alzira y en Carlet hay Unidades de Salud Mental, integradas por psiquiatras, psicólogos, A.T.S., y trabajadores sociales²⁸. Hay también una Unidad de Odon-topediatria en Carlet, que da servicio a toda el área²⁹. Por último, también en Alzira y en Carlet existen Unidades Básicas de Rehabilitación.

La atención especializada de la práctica totalidad de municipios del área de salud 14 se realiza en el Centro de Especialidades de Alzira. No obstante, los vecinos de Alginet deben desplazarse al Centro de Especialidades de Monteolivete en la ciudad de Valencia para recibir este tipo de asistencia. Estos Centros son las instituciones que prestan asistencia especializada a la población en régimen ambulatorio, y están coordinados y son dependientes del hospital del área a la que pertenecen³⁰. En el de Alzira hay un total de 20 equipos, que cuentan con el siguiente número de especialistas³¹:

<i>Especialidad</i>	<i>Nº de especialistas</i>
Digestivo	3
Endocrinología	1
Dermatología	2
Cardiología	2
Neumología	1
Medicina Interna	1
Neurología	1
Cirugía General	5
Urología	2
Oftalmología	4
ORL	3
Traumatología-Ortopedia	6
Obstetricia-Ginecología	5
Odontología	3

²⁸ El personal de la Unidad de Salud mental de Alzira depende de la Diputación Provincial.

²⁹ Datos facilitados por el Centro de Salud Comunitaria de Alzira y la Unidad de Dirección de Atención primaria del área 14.

³⁰ LIBRO (1991), 35.

³¹ ASISTENCIA (1992).

Radiodiagnóstico	5
Análisis Clínicos	3
Neuropsiquiatría	1
Corazón y pulmón	1
Tocología	1
Rehabilitación	1

Para recibir asistencia especializada, los habitantes de las tres localidades de nuestro estudio que pertenecen al área de salud 16 (Alcàntera, Manuel y Villanova de Castelló), deben desplazarse a Xàtiva, donde existe un Centro de Especialidades denominado "El Españolito".

Respecto a los hospitales, en la comarca de la Ribera Alta existían a principios de los años 80 cinco centros hospitalarios³² de ámbito exclusivamente local y, excepto el de Santa Lucía de Alzira, de muy escasa capacidad asistencial. Los de Alberic y Carlet, con 18 y 20 camas respectivamente eran hospitales sin ninguna especialización dependientes del municipio. Mientras, en Alzira y Villanova de Castelló estaban ubicadas dos maternidades, con 11 y 12 camas respectivamente, de carácter privado. Por último se encontraba el Hospital Municipal de Santa Lucía de Alzira con una capacidad de 100 camas en 1975. Esta situación ha cambiado radicalmente en la actualidad ya que de estos cinco hospitales tan sólo se encuentra en funcionamiento el de Alzira, aunque sometido a una transformación de la que nos ocuparemos más adelante.

La desaparición de estos hospitales, así como otros muchos de carácter local³³ ocurrida en los últimos veinte años se ha debido fundamentalmente a su inadecuación a las necesidades asistenciales de la población, así como a la construcción en ciudades de grandes centros hospitalarios dependientes de la Seguridad Social (en el caso de la Ribera Alta, en la ciudad de Valencia), donde se ha ido atendiendo a un porcentaje cada vez mayor de la población. En un marco más amplio, hay que situar esta transformación de la red hos-

³² ESTUDIOS (1982).

³³ En otras localidades de la Ribera Alta también hubo hasta fechas recientes pequeños hospitales locales, por ejemplo en Carcaixent donde hubo un hospital municipal con 30 camas hasta fechas relativamente recientes. SANCHEZ RUIZ (1993), 93-95, estudia la evolución histórica del hospital de Carcaixent.

pitalaria en el proceso, que según Costa y Boix³⁴ se ha producido en la Comunidad Valenciana en los últimos años, por el cual ha habido una desaparición de la medicina familiar y de preponderancia médica en favor de un mayor peso del hospital y la especialización por un lado, y de la mayor participación de otros profesionales (especialmente de enfermería) en la asistencia sanitaria. Así, la estructura hospitalaria —según estos autores— va a convertirse en el centro de gravedad del sistema sanitario, con un demanda de hospitalización creciente, que tendió a estabilizarse a partir de 1978 en torno a las 85 altas anuales por cada mil habitantes. Esta tendencia unida a una oferta decreciente de camas en relación a la población —precisamente por la desaparición de los anticuados pequeños hospitales locales— ha dado lugar a un progresivo deterioro de la asistencia hospitalaria que se refleja en las listas de espera tanto para ingreso como para consultas externas³⁵.

Según los últimos datos, en 1989 el número de camas hospitalarias por cada mil habitantes en la Comunidad Valenciana era de 3,22, es decir, junto a la comunidad de Castilla-la Mancha (3,21), el más bajo del Estado (donde hay una media de 4,6)³⁶. No obstante, 18 de las 23 áreas de salud tienen al menos un hospital³⁷. Asimismo, al igual que en la atención primaria, hay una escasa participación del sector privado frente a la existente en otras comunidades autónomas. De hecho, en estos momentos, en el Área de Salud 14 no hay ninguna cama hospitalaria privada.

Como ya hemos indicado, la Ribera Alta tiene un solo hospital³⁸, el de Santa Lucía, ubicado en Alzira con 72 camas en 1991 y 44 en 1993³⁹. Hasta el 31 de diciembre de 1993 este establecimiento venía desempeñando el papel de centro de asistencia comarcal y atendía ciertas intervenciones quirúrgicas y traumatológicas en interrelación con el Centro de Especialidades de la mis-

³⁴ COSTA; BOIX (1992), 366-368.

³⁵ Estos mismos autores apuntan que lo más característico de la década de los 90 es la reducción de la estancia media hospitalaria en el conjunto de hospitales de la Comunidad Valenciana. Así como la escasa participación del sector privado, característica diferencial respecto a otras comunidades autónomas.

³⁶ ANUARI (1993b).

³⁷ GARCÍA BENAVIDES (1992), 64-65.

³⁸ Lo que supone que en el área de salud 14 hay de 0,5-1,5 camas por cada mil habitantes.

³⁹ Es decir, se ha producido un paulatino descenso, más si se tiene en cuenta, tal y como señalábamos antes que en 1975 tenía 100 camas.

ma localidad. Aunque desde 1987 ha sido gestionado con fondos del Ayuntamiento, funcionalmente dependía de la Consellería de Sanitat i Consum. A partir del 1 de enero de 1994 dejó de depender económicamente del Ayuntamiento, y se transfirió e integró en la red de centros hospitalarios de la Consellería el 1 de febrero, sirviendo de centro de apoyo al hospital Peset Alexandre de Valencia, hasta entonces hospital de referencia para el área de salud 14.

No obstante, la estructura de la atención hospitalaria vigente se modificará cuando se construya el proyectado Hospital Comarcal de la Ribera Alta, que cubrirá las necesidades del área de salud 14. Según la Consellería de Sanitat, las obras de construcción se iniciarán en 1995. De momento se ha destinado una partida de 60 millones de pesetas a la redacción del plan director previo a la construcción del centro, cuyas características dependerán de los resultados de este informe y de los presupuestos del Consell para 1995 y 1996⁴⁰.

La situación es diferente para las tres poblaciones de nuestro estudio perteneciente al área 16 (Alcàntera, Manuel y Villanova de Castelló) puesto que desde hace algún tiempo existe un hospital comarcal que es el de referencia para toda el área. Se trata del Hospital Lluís Alcanyís, ubicado en Xàtiva, con carácter de hospital de distrito, que dispone de 292 camas⁴¹.

Por último haremos una breve referencia al número de farmacias de la Ribera Alta. Según el *Anuari Estadístic* de 1991⁴², en la comarca había un total de 331 locales activos dedicados principalmente a actividades sanitarias, de los que 86 eran farmacias. El número de farmacias en los 14 pueblos estudiados es el siguiente:

<i>Localidad</i>	<i>Nº de farmacias</i>
Alberic	4
Alcàntera	1
Alzira	14
Algemesí	10
Alginet	4

⁴⁰ Datos obtenidos de *El País*, 29-XII-1993.

⁴¹ CHOVER (et al.) (1993), 54.

⁴² ANUARI (1993a).

Benifaió	5
Benimodo	1
Carcaixent	8
Carlet	5
Catadau	1
Manuel	1
Montserrat	1
Tous	1
Villanova de Castelló	4

Referencias bibliográficas

- ALMENAR ROIG, F. (1986). *Estudios sanitarios comarcales de la Comunidad Autónoma valenciana: Ribera alta y Ribera Baja*. Valencia, Dirección Provincial del Instituto Nacional de Salud.
- ANUARI (1993a). *Anuari estadístic municipal i comarcal*. València, Generalitat Valenciana-I.V.E.
- ANUARI (1993b). *Anuari Estadístic. Comunitat Valenciana*. València, Generalitat Valenciana-I.V.E.
- ASISTENCIA (1992). *Asistencia especializada distritos sanitarios 9-14. memoria de actividades periodo 1988-1992*. Valencia, Servei Valencià de Salut.
- BOIX I FERRANDO; Costa Suárez, A. (1992). El sistema sanitario. En: M. GARCIA FERRANDO, *La sociedad valenciana de los 90*, 357-382 p. Valencia, Edicions Alfons el Magnànim.
- CHOVER LARA, J. L. (et al.), (1993). *Informe técnico: Análisis de la situación de salud Area 15*. Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum.
- ENCICLOPEDIA (1990-91). *Gran Enciclopedia valenciana*. Valencia, Difusora de Cultura Valenciana.
- ESTUDIOS (1982). *Estudios básicos para la ordenación del territorio de la Comunidad Valenciana. T. XV-XVI*. Valencia, Caja de Ahorros de Valencia.
- FERNANDEZ ROS, J. M. (1990). Aportación al estudio demográfico de la Ribera Alta: Summacàrcer 1870-1950. En: *Anàlisi local i història comarcal. La Ribera del Xúquer (ss. XIV-XX)* p. 325-340. València, Diputació de València.
- FERRER, V. (1988). El poblament hortola carcaixentí a la segona meitat del segle XX. En: *Estudis sobre la població del País Valencià*.
- GARCIA BENAVIDES, F. (Ed.). (1992). *La salud en la Comunidad Valenciana*. Valencia, Generalitat Valenciana.

- JORNADAS (1991). *V Jornadas de Atención Primaria de Salud de la Comunidad Valenciana. Libro de Ponencias y Comunicaciones*. Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.
- LARADO MARTI, G. (1987). Situación actual y planificación de salud en la Comunidad Valenciana. Atención especializada. En: *La política de recursos humanos y salud para todos en la Comunidad Valenciana* p. 61-84. Valencia, Consellería de Sanitat i Consum-IVESP.
- LIBRO (1991). *Libro blanco de la salud en la Comunidad valenciana*. Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.
- MAPA (1986). *Mapa geocientífico de la provincia de Valencia*. Valencia, Diputació Provincial de València; U. de València; U. de Cantabria.
- MARCO MOLINA, J. A. (Ed.). (1991). *Atlas de la Comunidad Valenciana*. Valencia, Levante-El Mercantil Valenciano.
- NOGUERA PUCHOL, E. (1987). Situación actual y planificación de profesionales de salud comunitaria valenciana en Atención Primaria y Salud Comunitaria. En: *La política de recursos humanos y salud para todos en la Comunidad Valenciana* p. 49-60. Valencia, Consellería de Sanitat i Consum-IVESP.
- NOLASCO BONMATI, A.(et al.) (1991). *Análisis de mortalidad por áreas de salud en la Comunidad Valenciana. 1981-1984. Volumen I*. Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.
- OROVAL TOMAS, V. (1980). El poblament de Carcaixent. En: *Primer Congreso de Historia del País Valenciano, II*, p. 49-62. Valencia.
- ROSSELLO I VERGER, V. (1990). *Geografía humana del País Valenciano*. Barcelona, Oikos-Tau.
- SANCHEZ RUIZ, L. (1993). *Condicionantes medioambientales, históricos e infraestructurales de la salud en Carcaixent*. Valencia.
- TIPIFICACION (1988). *Tipificación de las áreas y zonas de salud de la Comunidad Valenciana*. Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.

LA ENFERMEDAD Y SU PREVENCIÓN EN LA RIBERA ALTA

M^a José Báguena

La enfermedad en el siglo XVIII

La sociedad valenciana del setecientos se vio afectada por importantes enfermedades epidémicas que dejaron su impronta no solo médica, sino también política y económica. Las que mayores repercusiones tuvieron fueron el paludismo, la peste, la viruela y la tuberculosis. En menor medida destacaron también la gripe, el tifus exantemático y la lepra¹.

Peste: la última visita

La peste ha sido la enfermedad más mortífera que ha padecido nunca la humanidad. Valencia la había sufrido en oleadas sucesivas desde la Edad Media y al comenzar el siglo XVIII tenía aún presente la epidemia sufrida en 1647, de la cual Gavaldá, testigo de excepción, ofreció un vívido y estremecedor relato: «Entrado el mes de octubre era en Valencia el duelo y sentimiento universal, por ser tan grande la mortandad que no podían los cuerpos enterrarse a brazos de sepultureros... Atemorizaba por las calles el ruido y rechinar de los carros de los difuntos, al cual por particular todos lo conocían y le temían todos, viéndole cargado de los que pocas horas antes habían visto buenos»².

¹ Para el estudio histórico de la epidemiología española es de obligada referencia el texto clásico de Villalba (1802). Los aspectos sociales y políticos de la sanidad española durante los siglos XVIII y XIX han sido expuestos por PESET REIG; PESET REIG (1972). PESET Y VIDAL (1878) relacionó los factores geográficos con los elementos causantes de enfermedad a lo largo de la historia de la medicina valenciana. Una revisión de la enfermedad en la sociedad valenciana del siglo XVIII ha sido realizada por FRESQUET (1991). El reflejo de los problemas sanitarios en la prensa diaria valenciana puede seguirse en GIMENO SORO (1986).

² GAVALDA (1804), cap. IV, pp. 10-11.

En 1720, terminada la Guerra de Sucesión y entronizado Felipe V, llegaron noticias de que la temida enfermedad había estallado en Marsella, siendo el foco infeccioso un barco llegado de la ribera oriental del Mediterráneo y sometido a una cuarentena poco rigurosa. El monarca español adoptó con rapidez una serie de disposiciones con el fin de impedir la penetración de la enfermedad en territorio español. En Valencia el capitán general, duque de San Pedro, creyó suficientes estas medidas, pero se vio obligado a ampliarlas debido a la presión popular³. Se reforzó el control de las costas y el tránsito de las personas por todo el reino. Los barcos que llegaban al puerto de Valencia, al igual que en el resto de los puertos españoles, eran visitados por los miembros de la Junta de Sanidad local, dependientes del capitán general, quien a su vez estaba bajo el mandato de la Junta Suprema de Sanidad. Las mercancías sospechosas debían pasar al lazareto, situado en la zona hoy conocida como Nazaret.

Al mismo tiempo se estableció un cordón sanitario que incluía las poblaciones de Bètera, Puçol, Serra, Paterna, Manises, Aldaia, Quart, Alaquàs, Torrent, Picassent, Sollana, Xest, Xiva, Bunyol, Macastre, Benifaió, Torís, Alginet y Almussafes.

Retirada la peste del sur de Francia en octubre de 1721, la incomunicación y las prohibiciones no se levantaron por completo hasta tres años después. Los brotes que aún esporádicamente aparecieron este siglo en Europa no afectaron a Valencia, que se limitó a adoptar las medidas preventivas habituales.

Las tercianas y el cultivo del arroz

En el siglo XVIII, las tercianas constituían una enfermedad endémica en Valencia⁴. Su estrecha relación con el cultivo del arroz era bien conocida desde tiempo atrás y se atribuían a los vapores pútridos emanados de las aguas estancadas de los arrozales. Ya en 1342, Pedro IV el Ceremonioso prohibió este cultivo en la capital valenciana y en todos aquellos pueblos del reino que

³ La repercusión de la peste de 1720 en Valencia ha sido estudiada por PESET REIG; MANCEBO ALONSO (1976).

⁴ Para el estudio del paludismo en la Valencia del setecientos, cf. PESET REIG; PESET REIG (1972) y (1976). La epidemia de 1876 en España ha sido estudiada por PÉREZ MOREDA (1982).

quisieran suprimirlo. Los elevados intereses económicos de propietarios y jornaleros en torno a esta gramínea impidieron el cumplimiento de la prohibición y la epidemia persistía a comienzos del setecientos.

La mortalidad por paludismo aumentó en el año 1751 y el Ayuntamiento de Valencia pidió un dictamen a Andrés Piquer, médico del rey. Como consecuencia del mismo, una resolución real de 1753 redujo el cultivo del arroz, estableció una zona exenta de éste alrededor de la capital y fue más permisivo en zonas de tradición arroceras como la ribera del Júcar. No obstante, la epidemia se recrudeció y dos décadas más tarde alcanzó tal magnitud que el Ayuntamiento valenciano elaboró una encuesta, enviada a todos los pueblos del reino, para conocer la incidencia de la enfermedad. Con los datos remitidos, aunque incompletos, se conoció que la epidemia tuvo dos focos: los marjales en torno al Puig y Puzol y las zonas ribereñas del Júcar, siendo este último de mayor virulencia como demuestran los datos de Alginet o Benifairó.

Este panorama desalentador no hizo modificar la situación del cultivo arroceros. Así lo reconocía Antonio José de Cavanilles⁵, quien llegó a sugerir que se suprimiera el arroz de la ribera alta del Júcar y se llevara a zonas naturalmente pantanosas y vecinas a la Albufera, cuidando que estuvieran alejadas de las poblaciones.

El paludismo, como se ha visto, se mantuvo de forma endémica a lo largo de todo el setecientos. El desconocimiento de la causa verdadera de la enfermedad impidió un tratamiento eficaz, limitado a las sangrías y en contadas ocasiones, debido a su elevado precio, a la administración de quina. La desecación de los pantanos, por otra parte, chocó con fuertes reticencias, primando los intereses económicos del cultivo del arroz.

Otras enfermedades

Una de las principales causas de mortalidad infantil en el setecientos fue la viruela. Como medida preventiva se utilizó la inoculación a partir de mediados de siglo. Esta práctica fue llevada a Gran Bretaña desde Turquía por la mujer del embajador británico, Lady Mary Wortley Montague y pronto se extendió por Europa, aunque parece ser que ya se utilizaba en algunas

⁵ CAVANILLES (1779).

regiones, como Castilla y Galicia en el caso de España. A su difusión se opuso el Protomedicato, que no permitió la publicación de la traducción castellana de la *Memoria* del Marqués de la Condamine sobre la inoculación, primera obra de difusión de esta técnica⁶. Andrés Piquer era entonces miembro del tribunal del Protomedicato y en sus obras póstumas justifica la tardanza en admitir esta práctica novedosa que en aquel momento pareció poco fiable. Tan solo la comprobación de que esta medida preventiva rara vez producía efectos indeseables hizo que se extendiera ya en el último cuarto de siglo, cuando apenas faltaban unos años para la difusión de la vacuna antivariólica.

La práctica de la inoculación en la región valenciana no ha sido estudiada en profundidad. Parece que siguió la evolución general del resto del país y que en las últimas décadas de la centuria los médicos la practicaban con bastante frecuencia⁷.

La tuberculosis fue otro de los grandes azotes que padeció la sociedad valenciana del setecientos. Las condiciones climáticas favorecían el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, ya que las temperaturas eran altas y la humedad muy elevada por la proximidad del mar, la Albufera y las acequias que regaban la huerta. Las viviendas húmedas y mal ventiladas eran otro factor tisiógeno importante.

Las medidas preventivas frente a la enfermedad en el siglo XVIII surgieron a partir de un informe que el Concejo Municipal valenciano pidió al Claustro de la Facultad de Medicina sobre los diferentes modos de evitar la tuberculosis, al haberse observado que aquellos que utilizaban la ropa de los fallecidos por tisis o dormían en sus habitaciones también se contagiaban. En el informe se destacaba la necesidad de quemar la ropa y los objetos de madera pertenecientes a los enfermos y el Concejo acordó hacer cumplir esta práctica y obligar a los médicos y cirujanos de la ciudad a que al tercer día que visitaran a un tísico, lo declararan al Concejo. El incumplimiento de estas normas llevaba aparejado desde el pago de una multa al destierro⁸.

⁶ La inoculación antivariólica en la España ilustrada ha sido analizada por RUMEU DE ARMAS (1940) y RIERA; GRANDA JUESAS (1987) entre otros.

⁷ GIMENO SORO (1986) recoge noticias de su práctica en Valencia en la última década del siglo.

⁸ BARBERA MARTI (1903).

También la gripe hizo sentir sus efectos durante esta centuria. Peset y Vidal refiere una epidemia en Valencia en 1728 conocida como «catarro sofofante» y citada por Piquer, quien asimismo observó en esta ciudad las epidemias de «dolor de costado» de 1736 y 1738⁹.

No se libró Valencia del tabardillo o tífus exantemático en el siglo XVIII. Nuevamente Peset y Vidal se hace eco de una epidemia que afectó a la capital valenciana y a varios pueblos de la provincia en el año 1728¹⁰. También Piquer observó la enfermedad en Valencia en 1738 y 1739.

Cabe incluir asimismo la lepra entre las enfermedades del periodo estudiado. Peset y Vidal la calificó de endémica, ya que solo se encontraba en Catarroja, Simat y Benifairó de Valldigna¹¹.

La enfermedad en el siglo XIX

Las enfermedades que mayor alarma social produjeron en la Valencia del XIX y mediados del XX fueron la fiebre amarilla, el cólera morbo asiático y la tuberculosis pulmonar. No fueron, sin embargo, las que mayor mortalidad produjeron. En el siglo XIX las muertes infantiles las originaron sobre todo el sarampión, la tos ferina, la difteria y la viruela, aunque estas dos últimas comenzaron a ser dominadas gracias a la seroterapia y a la vacunación respectivamente. En las otras capas de la población, las enfermedades del aparato digestivo, con excepción del cólera y la disentería, eran las que más fallecimientos ocasionaban, seguidas de las enfermedades respiratorias (excluidas las especies morbosas)¹².

A lo largo de este periodo, la mortalidad de las tres provincias valencianas disminuyó paulatinamente como en el resto de España, exceptuando los periodos de epidemia cólerica, gripe y guerra civil. La década de los setenta fue la de mayor mortalidad, debido sobre todo a la tuberculosis pulmonar y a las infecciones en menores de cuatro años. Se observan fuertes incrementos en 1885 por la grave epidemia de cólera que azotó Valencia ese año, en el

⁹ PESET Y VIDAL (1878), p. 600.

¹⁰ *Ibid.*, p. 613.

¹¹ *Ibid.*, p. 592.

¹² Para este tema pueden consultarse los estudios sobre demografía histórico-sanitaria de AGUILAR (1984), AGUIRRE (1977), BERNABEU (1982), FERRANDIZ (1988), MARTI (1978), MARTINEZ (1984), RIPOLLÉS (1979) y TODOLI (1988).

trienio 1897-99 por la vuelta de los combatientes de las últimas colonias de ultramar según la opinión de Pérez Puchal¹³, en 1918 en relación con la epidemia de gripe y durante los años en torno a la guerra civil a causa de la escasez de alimentos que sufrió la zona republicana y las defunciones ocurridas en los hospitales militares ubicados en Valencia.

La mortalidad infantil también experimentó un moderado descenso a partir de 1905. En los menores de cuatro años, las causas fundamentales de muerte hasta mediado el siglo fueron la diarrea, la bronquitis aguda, la neumonía, la meningitis simple y la prematuridad y alteraciones congénitas. El factor principal en la disminución de la mortalidad, tan solo interrumpida por la guerra civil, fue el descenso de las muertes por diarrea al mejorar las condiciones higiénicas y la alimentación¹⁴.

El cólera y la vacunación anticolérica de Ferrán

El cólera morbo o asiático se difundió por vez primera en Europa, desde su foco original del valle del Ganges, en el siglo XIX, produciendo cinco grandes pandemias que en España dieron lugar a seis epidemias en 1833-34, 1853-56, 1859-60, 1865, 1884-85 y 1890¹⁵.

La epidemia de 1833 penetró en España por el puerto de Vigo, registrándose el primer caso en Valencia el 3 de julio del año siguiente. Permaneció en esta zona hasta finales de diciembre tras dejar un saldo de casi seis mil muertos en la capital y un número no conocido con exactitud pero muy elevado en el resto de la provincia.

Una nueva invasión colérica se produjo en noviembre de 1853, aunque no afectó a Valencia hasta agosto del año siguiente y, nuevamente, en mayo de 1855. Esta última onda epidémica provocó la pérdida de un 1% de la población de la provincia de Alicante y un 2% de la correspondiente a Castellón y Valencia¹⁶. El pánico se apoderó de la población ya que, debido al des-

¹³ PÉREZ PUCHAL (1969).

¹⁴ La mortalidad infantil en la Comunidad Valenciana durante este periodo ha sido estudiada, entre otros, por RAMOS (1972) y VILLATORO (1974).

¹⁵ Para la evolución del cólera en España a lo largo del siglo XIX, *cf.*, PESET REIG; PESET REIG (1972). En BAGUENA (1992) aparece un breve resumen de las epidemias coléricas habidas en Valencia durante este periodo.

¹⁶ MINGUEZ PÉREZ (1975) y PÉREZ MATEO (1974) han estudiado esta epidemia.

conocimiento de la causa de la enfermedad, las medidas profilácticas aplicadas fueron ineficaces: baldeo de las calles, lavado de las habitaciones de los coléricos con agua clorada y cuarentena de personas y mercancías procedentes de ciudades infectadas.

En 1860 reapareció el cólera en Valencia, dándose el primer caso el 30 de junio. Cuando se extinguió con la llegada del otoño había ocasionado más de quinientos muertos. Apenas transcurridos cinco años se volvió a declarar el día 8 de julio. En tan solo tres meses produjo 5.500 muertos en la capital y 16.000 en el resto de la provincia.

La epidemia de cólera que sufrió Valencia en 1885 corresponde a la última pandemia del siglo XIX, iniciada en 1883, año del descubrimiento del vibrión colérico por Robert Koch. A Europa llegó en 1884 a través de Tolón, extendiéndose posteriormente a Marsella. A ambas ciudades viajó el médico tortosino Jaime Ferrán, comisionado por el Ayuntamiento de Barcelona, para estudiar de cerca la enfermedad. Ferrán logró aislar y cultivar el vírgula colérico recién descubierto por Koch y de vuelta a España preparó una vacuna anticolérica que probó en sí mismo y en sus colaboradores, descubrimiento que fue divulgado por la prensa española.

El cólera penetró en España por Novelda (Alicante) en agosto de 1884, procedente de Orán. Cuando la epidemia parecía dominada, rebrotó con especial virulencia en Beniopa el 11 de noviembre. De allí pasó a Gandía entre enero y febrero de 1885, llegando en marzo a Játiva, Alcira y otras poblaciones valencianas. Amalio Gimeno, catedrático de terapéutica de la Facultad de Medicina, de Valencia, que había acudido meses atrás al laboratorio de Ferrán en Tortosa y se había vacunado contra la enfermedad, reclamó la presencia del médico catalán y recomendó la vacunación masiva de la población. Ferrán fue llamado por el Ayuntamiento valenciano y se trasladó a Játiva, en donde confirmó la naturaleza de la enfermedad. Cuando un empleado de ferrocarril de esta localidad viajó a Valencia el 12 de abril, se convirtió en el primer caso de cólera registrado en la capital. El Ayuntamiento solicitó nuevamente la presencia de Ferrán, quien comenzó su campaña de vacunación en la capital y también en Alcira, en donde inoculó a las dos terceras partes de la población.

Pronto comenzó la polémica sobre la eficacia del procedimiento de Ferrán. Sucesivas comisiones tanto españolas como extranjeras se desplazaron a

Valencia con el fin de emitir dictámenes sobre esta nueva vacuna. A finales de julio, el ministro de la Gobernación impuso unas condiciones para efectuar la vacunación que Ferrán consideró inaceptables, regresando a Tortosa. La epidemia, que ya había empezado a decrecer, se extinguió en el mes de septiembre. Había producido más de 20.000 muertes. Ferrán realizó unas 30.000 inoculaciones, 5.000 en la capital y el resto en los pueblos de la provincia, con tan solo 54 inoculados fallecidos¹⁷.

El 13 de junio de 1890 comenzó en Valencia la última epidemia colérica del siglo XIX. El foco se localizó en Puebla de Bugat, desde donde llegó a la capital. La Junta Municipal de Sanidad analizaba periódicamente las aguas del río Turia para controlar la presencia del vibrión colérico. Un ciudadano francés, Eugène Maigrat, instaló un laboratorio químico y microbiológico privado en el Molino del Pilar, en Benifayó, y lo puso a disposición de la Alcaldía para efectuar análisis de aguas. A mediados de noviembre se declaró terminada la epidemia.

La viruela y la difusión de la vacunación antivariólica

Esta enfermedad, que durante los siglos XVII y XVIII constituyó una de las principales causas de mortalidad infantil, empezó a controlarse a partir de la difusión de la vacunación antivariólica. Descubierta por Jenner en 1789, se propagó rápidamente en España, primer país que la declaró obligatoria en una fecha tan temprana como 1805. Entre 1803 y 1806, una expedición a cuyo frente se encontraba el médico alicantino Francisco Javier Balmis, dio la vuelta al mundo con la misión de difundir la vacuna. La Guerra de la Independencia cortó esta propagación y las epidemias se desataron nuevamente.

En Valencia, la introducción de la vacunación fue muy temprana. Antonio Hernández de Morejón, médico de Benigánim, la puso en práctica en esta villa en 1802, escribiendo un *Discurso sobre el preservativo de las viruelas* ese mismo año en el que defendió esta medida preventiva basado en su propia experiencia. También en 1802, Francisco Llançol la practicó en Alci-

¹⁷ La vacunación anticolérica de Ferrán ha sido objeto de numerosos trabajos, entre los que destacan los de AGUIRRE (1967) y FAUS (1964).

ra, de donde era médico titular y ninguno de los seiscientos vacunados se contagiaron durante la epidemia habida ese año. En la capital valenciana, la Junta Superior de Sanidad del Reino fomentó la vacunación durante la ocupación francesa de la ciudad (1812-13)¹⁸. A partir de 1814, los propios Ayuntamientos se encargaron de vigilar esta práctica. La vacunación incorrecta producía graves lesiones, por lo que el Instituto Médico Valenciano constituyó una Comisión Central de Vacunación en 1851, la cual inculcaba gratuitamente con linfa remitida directamente de Inglaterra. Los estudios realizados sobre la aplicación de la vacunación antivariólica demuestran que la mortalidad por viruela apenas disminuyó, aunque fue menor entre los vacunados que entre los no vacunados. Años de epidemia fueron en Valencia 1856, 1868, 1871, 1880, 1883, 1896 y 1901.

El control de la tuberculosis

La tuberculosis era la enfermedad infecciosa que más muertes ocasionaba en la Valencia de la época, al igual que en el resto de España, alcanzando el 5% de la mortalidad general.

A comienzos del siglo XIX, la causa de la enfermedad era desconocida y hubo que esperar a 1882, año en que Robert Koch descubrió el microorganismo responsable. Las medidas preventivas y el tratamiento siguieron las mismas pautas que en el siglo anterior hasta que se produjo este hecho, siendo la sangría una práctica habitual en estos enfermos, defendida por médicos del prestigio de Francisco Llançol, titular de Alcira. El diagnóstico de la tisis no siempre era exacto, ya que a veces se confundía con la bronquitis crónica y otras recibía denominaciones confusas como escrófula, tumor blanco, etc. Por ello es difícil conocer con exactitud la cifra exacta de muertos por tuberculosis en el siglo pasado. A pesar de ello, parece comprobado que la mortalidad tuberculosa empezó a declinar a mediados del XIX, siendo lenta pero constante hasta comienzos de la primera guerra mundial, en que la mortalidad se incrementó. Mckeown ha defendido como causa de este descenso la

¹⁸ La viruela y los resultados de la aplicación de la vacunación antivariólica en Valencia han sido expuestos por ALPERA (1971) y RAMOS (1972). TERUEL (1974) ha visto la labor del Instituto Médico Valenciano en la difusión de la vacunación. GIMENO SORO (1995) recoge noticias de su práctica a través del *Diario de Valencia*.

mejora de la dieta, a consecuencia de un mayor nivel de vida¹⁹. En España, Benavides ha encontrado una disminución de la enfermedad a partir de 1900, salvo el paréntesis representado por la guerra, que vio un incremento seguido de estabilización²⁰. La introducción de la quimioterapia antituberculosa en la década de los 50 marcó una fuerte disminución de la tuberculosis. Este descenso observado por Mckeown y Benavides, entre otros autores, no se aprecia en Valencia hasta 1914²¹.

1899 marca la fecha de comienzo de una lucha organizada frente a la tuberculosis en la región valenciana. En este año, Francisco Moliner Nicolás, catedrático de clínica médica en Valencia, fundó la «Liga Nacional contra la tuberculosis y de socorro a los tísicos pobres», consciente del papel que la pobreza, con sus secuelas de mala alimentación, hacinamiento, viviendas insalubres, etc. jugaba en la génesis de la tuberculosis. Se propuso que la Liga favoreciera la construcción de sanatorios antituberculosos gratuitos y entre ellos el de Porta-Coeli, por él promovido²².

En 1901 se decretó la declaración obligatoria de la tuberculosis. Ello condujo a la mejora de las condiciones higiénicas generales en los grandes núcleos de población, especialmente el saneamiento del suelo y el abastecimiento de agua potable.

En 1903 se fundó en Madrid la Asociación Antituberculosa Española, germen de las futuras Juntas o Ligas provinciales y locales contra la tuberculosis, creadas el siguiente año. En Valencia, la Liga antituberculosa provincial se constituyó en 1906. Su labor se orientó principalmente a la promulgación de medidas higiénicas destinadas a evitar el contagio de la tuberculosis, aunque su actuación fue bastante ineficaz.

El dispensario antituberculoso funcionó mejor, aunque de forma irregular. Aunó las funciones de diagnóstico precoz de la enfermedad y de divulgación de medidas profilácticas que evitaran su propagación. En Valencia se abrió el primer dispensario en 1912, siguiendo el modelo implantado por A. Calmette en Francia.

¹⁹ MCKEOWN (1988).

²⁰ BENAVIDES (1984).

²¹ BAGUENA (1991). La evolución posterior ha sido estudiada por BOLUMAR (1972).

²² MOLERO (1990) ha analizado la figura de Moliner.

La institución asistencial por excelencia fue el sanatorio antituberculoso. Los sanatorios de altitud, situados en la montaña, atendían a los tuberculosos pulmonares. En Valencia destacó el ya mencionado de Porta-Coeli. Los tuberculosos óseos eran asistidos en sanatorios marítimos, ubicados en la playa, como el de la Malvarrosa, en Valencia, inaugurado en 1914.

Los diferentes intentos de conseguir una vacuna que produjera una inmunidad eficaz frente a la tuberculosis fueron seguidos de cerca por la sociedad valenciana. Un eminente fisiólogo local, José Chabás, se mostró partidario de la teoría tisiógena del investigador catalán Jaime Ferrán, en la que se identificaba cinco posibles formas de *Mycobacterium tuberculosis*, y de su suero antituberculoso extraído de caballos hiperinmunizados con linfa de cultivos de bacilos tuberculosos sometidos a altas temperaturas. Ferrán utilizó por vez primera su vacuna antituberculosa, denominada *anti-alfa*, en Alcira, en junio de 1919, encontrando el mismo ambiente favorable que cuando inició en esta población la vacunación anticolérica en 1885. Respaldo por el entonces director general de Sanidad Manuel Martín Salazar, realizó unas 14.000 inoculaciones, sin que se produjera ningún accidente continuando su campaña en Alberique con 3.500 personas vacunadas.

Al introducirse la vacuna BCG en España a partir de 1924 de la mano del fisiólogo catalán Lluís Sayé i Sempere, la vacuna de Ferrán cayó poco a poco en desuso tanto en Valencia como en el resto del país.

Acerca de la incidencia de la enfermedad en Valencia, apenas hay datos fiables anteriores a 1900, por los motivos ya comentados. Se conoce que la tasa de mortalidad por 1000 habitantes entre 1882 y 1900 se mantuvo en la provincia de Valencia entre 1.12 y 1.62, mientras que en la capital osciló entre 2.45 y 2.20, mostrando el predominio de la enfermedad en el medio urbano.

Otras enfermedades

En 1804, Valencia y Alicante se vieron afectadas por una epidemia de fiebre amarilla, cuyo foco originario se encontraba en Andalucía desde hacía cuatro años. Las malas cosechas habidas ese año favorecieron el desarrollo de la epidemia, que atacó especialmente a la ciudad alicantina, la cual tam-

bién sufrió la enfermedad seis años después²³. Valencia no volvió a padecer la fiebre amarilla hasta 1870. Varios marinos infectados procedentes de Barcelona la introdujeron en la capital, muriendo 57 personas.

También en la Valencia de la pasada centuria la difteria había dejado sentir sus efectos, dando lugar a diversos brotes epidémicos. Se adoptaron diferentes medidas de control de la enfermedad a partir de los años ochenta; las escuelas en las que se detectaba algún niño diftérico se cerraban temporalmente y se desinfectaban con soluciones antisépticas. Los médicos debían notificar de inmediato cualquier caso de difteria, adoptar medidas de aislamiento y vigilar el traslado inmediato de los fallecidos por la enfermedad.

Cuando Pierre Roux comenzó a aplicar el suero antidiftérico por vez primera en 1894, el Ayuntamiento de Valencia acordó enviar a José Pérez Fuster, jefe del Laboratorio Bacteriológico Municipal, a París, para que estudiara el nuevo procedimiento en el Instituto Pasteur al lado de su descubridor²⁴. A finales de enero de 1895, el Pleno Municipal aprobó un dictamen que permitía la aplicación en Valencia de la seroterapia antidiftérica y la compra del suero correspondiente a Roux, así como la adquisición de las toxinas necesarias para inmunizar caballos. El 23 de febrero, Pérez Fuster realizó la primera inoculación del suero antidiftérico en la ciudad de Valencia. Este procedimiento terapéutico pronto se extendió por toda la provincia, facilitando el Ayuntamiento de Valencia el suero solicitado por cualquier municipio.

Valencia era zona endémica de fiebre tifoidea, igual que el resto de las provincias españolas²⁵. La enfermedad no empezó a disminuir hasta que las poblaciones tuvieron redes de alcantarillado moderno que garantizaban la potabilidad del agua.

Es difícil conocer la incidencia exacta de esta enfermedad antes de la aparición de la estadística sanitaria oficial en 1870, ya que la fiebre tifoidea se confundía con otras entidades morbosas o se encuadraba bajo epígrafes equívocos como «fiebres gástricas» o «calenturas sin género». Destacaron por su gravedad las epidemias de 1869, 1881 y 1900.

²³ PALAZON (1977).

²⁴ BERNAT (1991) ha estudiado la primera aplicación del suero antidiftérico en Valencia.

²⁵ Los brotes epidémicos de fiebre tifoidea en Valencia durante el siglo XIX han sido analizados por BALLESTER (1974).

Durante un tiempo se atribuyó la endemividad de la fiebre tifoidea al riego de las tierras de cultivo con agua procedente de la red de alcantarillado y no sometida a ningún control sanitario. Los estudios realizados demuestran que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre la mortalidad general, la debida a enfermedades infecciosas y la producida por fiebre tifoidea entre los terrenos irrigados y los no irrigados, por lo que hay que buscar otro tipo de factores sociales y económicos.

El problema del paludismo seguía vigente en la Valencia del siglo XIX²⁶. Los esfuerzos por reducir el cultivo del arroz resultaron baldíos debido, como en la centuria anterior, a grandes intereses económicos y a que este cereal constituía la base de la dieta de los habitantes de la zona. Médicos de la talla de Juan Bautista Peset y Vidal defendieron que los arrozales se alejaran de las poblaciones, pero al igual que Antonio José Cavanilles, creyó que podían permitirse en la ribera del Júcar: «... en nuestro clima... una antigua experiencia ha demostrado una diferencia extraordinaria en los resultados del cultivo entre los pueblos situados en la zona meridional o de la Ribera, y la del Norte o Sagunto, siendo altamente deletéreos los de ésta en comparación de la primera... De este modo se preven de antemano la frecuencia y malicia de las intermitentes de Villamarchante, Benaguacil, la Pobla, Ribarroja... mientras pueden decirse benignas en la Ribera del Júcar e inmediaciones de la Albufera, especialmente Benegida y Berfull, Alcira, Sueca y otras poblaciones»²⁷.

Hubo que esperar a que la Microbiología, ya en el presente siglo, proporcionara los conocimientos suficientes para combatir el paludismo y se lograse el saneamiento de toda la zona.

Por último, un breve apunte sobre dos enfermedades víricas extremadamente contagiosas, la gripe y el sarampión, cuyo tratamiento es, aún hoy, tan solo sintomático.

La gripe se mantuvo presente en Valencia durante el pasado siglo. Aparecía sobre todo en primavera, destacando la epidemia de 1869²⁸.

Entre las epidemias de sarampión destacó la de 1852 por el gran número de niños afectados, aunque de poca gravedad, en contraste con la padecida

²⁶ Cf., PESET REIG; PESET REIG (1972).

²⁷ PESET Y VIDAL (1878), p. 373.

²⁸ *Ibid*, p. 601.

en 1859 que se extendió no solo a los niños, sino también a adolescentes y adultos. Tan solo en la capital valenciana produjo ciento veintiséis defunciones, debidas sobre todo a neumonías y encefalitis consecutivas al sarampión²⁹.

Conclusiones

Tabla nº 1

Fallecimientos según la causa de muerte en la Comunidad Valenciana (en porcentajes)³⁰

	1879-1884	1904-1911
Viruela	2,73	1,07
Sarampión	4,43	2,04
Difteria	4,27	0,87
Tifoidea	0,82	1,67
Paludismo	3,70	0,48
Tuberculosis pulmonar	-	4,77
Tisis	5,51	7

Como muestra la tabla 1, se produjo una disminución porcentual de las enfermedades infecciosas como responsables de causas de muerte, especialmente las infantiles y las transmitidas por vectores al final del periodo estudiado³¹. La vacuna antivariólica aplicada de forma sistemática hizo bajar la cifra de muertes por esta enfermedad, al igual que la seroterapia antidiftérica lo hizo, aún de forma más espectacular, con la difteria.

Las muertes por fiebre tifoidea apenas se modificaron, ya que las deficiencias en el abastecimiento de agua potable, en la vigilancia y control de

²⁹ *Ibid.*, pp. 607-608.

³⁰ Datos tomados de BERNABEU (1991), p. 19-20.

³¹ Un estudio pormenorizado de la evolución de la mortalidad en la población valenciana puede encontrarse en el trabajo citado en la nota 30.

los alimentos y el uso de aguas residuales para regar los cultivos de la huerta dificultaban su erradicación.

El paludismo redujo su presencia en la Comunidad Valenciana debido, entre otros factores, a las obras de drenaje y saneamiento realizadas en las aguas embalsadas. No ocurrió lo mismo con la tisis o tuberculosis pulmonar (expresiones diagnósticas que, con muchas reservas, podrían equipararse), la cual mantuvo sus cifras, quizá porque las condiciones climáticas y socio-económicas en las que vivía la población valenciana hacían difícil su control antes de la aparición de la quimioterapia antituberculosa³².

³² BAGUENA (1991).

Referencias bibliográficas

- AGUILAR BULTO, F. (1967). *Historia de la vacunación anticolérica de Ferrán*. Valencia, Tesis Doctoral.
- AGUILAR MORELLA, J.G. (1984). *Demografía histórico-sanitaria de la ciudad de Segorbe*. Valencia, Tesis de Licenciatura.
- AGUIRRE SIRERA, J.L. (1977). Demografía sanitaria de Castellón de la Plana (1843-1869). *Saitabi*, 27, 103-122.
- ALPERA LACRUZ, R. (1971). *La viruela y la vacuna en la Valencia del siglo XIX*. Valencia, Tesis de Licenciatura.
- BAGUENA CERVELLERA, M.J. (1991). La incidencia de la lucha antituberculosa en la mortalidad de la población valenciana (1882-1914). *Actas del II Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, Alicante, vol. 5, pp. 193-199.
- BALLESTER, R. (1974). La fiebre tifoidea en la sociedad valenciana del siglo XIX. *I Congreso de Historia del País Valenciano*, vol. 4, pp. 219-229.
- BARBERA MARTI, F. (1903). Valencia contra la tuberculosis: lo que ha hecho, lo que hace, lo que debería hacer. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 5, 336-341.
- BENAVIDES, F.J. *et al.* (1984). Estudio epidemiológico descriptivo de la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio. España 1900-1978. II. Enfermedades transmisibles. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 58, 437-462.
- BERNABEU MESTRE, J. (1982). *Evolución de la población en Vall d'Ebo (1623-1870)*. Valencia, Tesis de Licenciatura.
- BERNABEU MESTRE, J. (coord.) (1991). *El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana*. Alicante, Instituto de Cultura Juan Gil-Albert.
- BERNAT, G. (1991). El Ayuntamiento de Valencia y la inoculación del suero antidiftérico en 1895. *Medicina e Historia*, 38.

- BOLUMAR, F. (1972). Aspectos sociales de la lucha contra la tuberculosis en la Valencia de entreguerras. *Medicina e Historia*, 11, 7-26.
- CAVANILLES, A.J. (1779). Observaciones sobre el cultivo del arroz en el Reyno de Valencia y su influencia en la salud pública. En: *Memorias de la Real Academia Médica de Madrid*. Madrid, Imprenta Real, pp. 99-128.
- FAUS, P. (1964). Epidemias y sociedad en la España del siglo XIX. El cólera de 1885 en Valencia y la vacunación Ferrán. En: J.M. López Piñero; L. García Ballester; P. Faus Sevilla, *Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX*. Madrid, Estudios y Publicaciones, pp. 285-486.
- FERRANDIZ, E. (1988). *Demografía sanitaria y epidemiología histórica de Biar (1541-1890)*. 6 vols., Valencia, Tesis Doctoral.
- FRESQUET FEBRER, J.L. (1991). La enfermedad y su prevención. En: J.M. López Piñero et al., *Historia de la medicina valenciana*. Valencia, Vicent García Editors, vol. 2, pp. 129-145.
- GAVALDON, F. (1804). *Memoria de los sucesos particulares de Valencia y su reino en los años de 1647 y 1648. Tiempo de peste*. 2ª ed., Valencia, J. Estévan.
- GIMENO SORO, I. (1986). *La ciencia médica al «Diario de Valencia» 1790-1795*. Valencia, Tesis de Licenciatura.
- GIMENO SORO, I. (1995). *La Medicina en el «Diario de Valencia» de l'1 de juliol de 1790 al 6 de juny de 1808*. Valencia, Tesis Doctoral.
- MARTI, J.V. (1978). *Evolución de la población en Forcall (1541-1870)*. Valencia, Tesis de Licenciatura.
- MARTINEZ MONLEON, F. (1984). *Los diagnósticos de causas de muerte en Viver (1840-1899). Contribución al análisis semántico-documental de la medicina rural del siglo XIX*. Valencia, Tesis de Licenciatura.
- MCKEOWN, TH. (1988). *The origins of human disease*. Oxford, Basil Blackwell.
- MOLERO, J. (1990). Francisco Moliner y Nicolás (1851-1915) y el inicio de la lucha antituberculosa en España. *Asclepio*, 42, 253-279.
- PALAZON AZORIN, J.M. (1977). *La epidemia de fiebre amarilla de 1804 en la ciudad de Alicante*. Valencia, Tesis de Licenciatura.
- PEREZ MOREDA, V. (1982). El paludismo en España a fines del siglo XVIII: la epidemia de 1786. *Asclepio*, 34, 295-316.
- PEREZ PUCHAL, P. (1969). Cien años de mortalidad en la ciudad de Valencia. *Actas del III Congreso Nacional de Historia de la Medicina*, vol. 2, pp. 565-575.

- PESET REIG, M.; MANCEBO ALONSO, P. (1976). Valencia y la peste de Marsella de 1720. *Actas del I Congreso de Historia del País Valenciano*, vol. 3, pp. 567-579.
- PESET REIG, M.; PESET REIG, J.L. (1972). *Muerte en España (Política y sociedad entre la peste y el cólera)*. Madrid, Seminarios y Ediciones, S.A.
- PESET REIG, J.L.; PESET REIG, M. (1976). Tercianas y ciencia médica en el setecientos valenciano. *Actas del I Congreso de Historia del País Valenciano*, vol. 3, pp. 685-695.
- PESET Y VIDAL, J.B. (1878). *Topografía médica de Valencia y su zona*. Valencia, Imprenta Ferrer de Orga.
- RAMOS GARCIA, E. (1972). *El nacimiento de la pediatría como especialidad en Valencia*. Valencia, Tesis Doctoral.
- RIERA, J.; GRANDA-JUESAS, J. (1987). *La inoculación de la viruela en la España ilustrada*. Valladolid, Universidad de Valladolid.
- RIPOLLES GONZALES, T. (1979). *Evolución de la población en Bechí (1573-1870)*. Valencia, Tesis de Licenciatura.
- RUMEU DE ARMAS, A. (1940). *La inoculación y la vacunación antivariólica en España*. Valencia, Medicina Española.
- TERUEL PIERA, S. (1974). *Labor del Instituto Médico Valenciano (1841-1892)*. Madrid, CSIC.
- TODOLI, J. (1988). *Enfermedad y medicina en la Cocentaina del siglo XIX*. Valencia, Tesis Doctoral.
- VILLALBA, J. (1802). *Epidemiología española*. 2 vols., Madrid, Imprenta de M. Ripollés.
- VILLATORO FERRES, M.A. (1974). Evolución de la mortalidad infantil en Valencia de 1931 a 1940. *Actas del I Congreso de Historia del País Valenciano*, vol. 4, pp. 649-658.

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA RIBERA ALTA¹

Carla P. Aguirre Marco

Los capítulos anteriores, especialmente los dedicados a la geografía humana, a la economía y a la asistencia sanitaria, nos proporcionan por sí mismos datos valiosos sobre la distribución de la salud, la enfermedad y la muerte que podemos esperar encontrar en la población de la Ribera Alta. El crecimiento y la estructura de la población, que muestra un notable envejecimiento aunque algo menor que el del conjunto de la Comunidad Valenciana, reflejan una disminución de las tasas de natalidad y de la mortalidad general respecto a épocas anteriores; esta última se debe, en gran medida, a la disminución de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna. La esperanza de vida al nacer debe ser larga y la longevidad de las mujeres al menos igual o mayor que la de los hombres. Este perfil vital y sanitario implica siempre una superación técnica de la enfermedad, y especialmente de las enfermedades infecciosas y parasitarias; esto es, una medicina eficaz, que requiere para serlo la existencia de un amplio acceso de la población a la prevención y a la asistencia médicas. El nivel de desarrollo socioeconómico debe poder permitirlo. Por otra parte, las grandes desigualdades socioeconómicas de nuestra sociedad determinan grandes desigualdades sanitarias patentes en ella.

El estado de salud de la población de la Ribera Alta se caracteriza hoy, en consonancia con su entorno geopolítico, cultural y socioeconómico, por la importancia central de las enfermedades sociales no infectocontagiosas. En los países industrializados, los problemas epidemiológicos que representaban las enfermedades infecciosas han dado paso a los derivados de las enfermedades circulatorias –cardio y cerebrovasculares– y los tumores malignos.

¹ Este capítulo se elaboró en enero de 1994. Los datos proceden de las fuentes disponibles en esa fecha y sólo se ha incorporado información más reciente cuando modificaba o confirmaba sustancialmente conclusiones de estudios antiguos o muy parciales: datos sobre la mortalidad por accidentes de tráfico y por causas evitables, la morbilidad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en la Comunidad Valenciana y de incidencia de tuberculosis en España.

Éstas son las primeras causas de muerte hoy, en Europa, en España y en la Comunidad Valenciana.

La mortalidad general en la Comunidad Valenciana era en 1900 de 25,8 muertes por mil habitantes y ha ido descendiendo hasta situarse en una tasa de 9 en 1970 y de 8,5 muertes por mil habitantes en 1990. La mortalidad infantil ha descendido, en efecto, hasta 8,1 por mil nacidos vivos en 1989, cuando era de 26 en 1970; la mortalidad materna estaba en torno a 2 muertes por mil nacidos vivos en 1940; era de cerca de 0,5 en el año 1970 y se aproximaba a cero en 1990.

Una de cada 4 muertes se debe hoy a una enfermedad cerebrovascular o isquémica del corazón. Las muertes por enfermedades vasculares siguen una tendencia al aumento desde la década de 1970, especialmente las causadas por isquemia cardiaca. Las muertes por enfermedad cerebrovascular tienden a descender, pero su proporción sigue siendo hoy mayor que la de las muertes por enfermedad isquémica del corazón. La tasa de mortalidad por tumores se ha duplicado desde 1976, y actualmente se sitúa en torno a 60 muertes anuales por cien mil habitantes.

Los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte prematura, esto es, antes de los 70 años de edad, si ésta se mide en años potenciales de vida perdidos. Las tasas han ido aumentando en las últimas décadas de manera espectacular, pero parecen haberse estabilizado en la actualidad. En la provincia de Valencia, las muertes en las 24 horas posteriores al accidente han disminuido en 1994 por quinto año consecutivo, aunque sólo en 5 muertes respecto al año 1993, lo que representa un descenso del 2,07%, menor que en los años anteriores. Desde 1989, la mortalidad se ha reducido en más de un tercio, pasando de 364 muertos a los 236 de 1994 en la provincia de Valencia.

La mortalidad no es el único indicador sanitario disponible; tampoco señala todos los problemas de salud de una población, ni siquiera algunos de los más importantes por su repercusión sanitaria, económica y social. Sin embargo, las estadísticas de mortalidad constituyen la única fuente disponible en los niveles nacional, regional y local, que satisface los criterios de globalidad —el registro es para todas las defunciones sin excepción— y de continuidad temporal².

² CAYUELA, A.; VIOQUE, J. (1992) pp.23, citando el artículo de J.H. GLASSER (1981) The quality and utility of death certificate date, *Am. J. Public Health*, 71, 231-233.

La calidad de la información del certificado oficial de defunción, aunque presenta problemas de fiabilidad³, en la Comunidad Valenciana se ha demostrado similar al resto de España y a la Comunidad Europea, al menos cuando se trata de algunas causas específicas de muerte, como el cáncer⁴. Por todo ello, a partir de la mortalidad se han elaborado otros indicadores capaces de reflejar los problemas sanitarios más urgentes y de localizar deficiencias del sistema sanitario. Es el caso del indicador «años potenciales de vida perdidos» (APVP) para la mortalidad prematura. Disponemos de indicadores de APVP recientes para la Comunidad Valenciana, así como estudios sobre la mortalidad por causas sanitariamente evitables⁵.

Por otra parte, se vienen realizando estudios para conocer, al menos cuantitativamente, y en relación con factores socioeconómicos y culturales, la vivencia de la salud y la enfermedad por parte de la población⁶ y la percepción, por parte de los profesionales sanitarios, de los problemas médicos más importantes entre los que observan⁷. El propósito ha sido, desde luego, identificar prioridades para la actuación del Servicio Valenciano de Salud. En la mayoría de estos casos, las publicaciones ofrecen indicadores relativos a la Comunidad Valenciana en su conjunto y sólo apreciaciones sobre las diferentes áreas sanitarias cuando se desvían significativamente de la norma observada.

En cuanto a las enfermedades atendidas en asistencia primaria en la sanidad pública, disponemos de un estudio especial, publicado en 1988, por áreas de salud y por comarcas naturales de la Comunidad Valenciana⁸, pero sus datos deben interpretarse con prudencia porque son extrapolaciones, desde alrededor de un 15%, al total de la población, y porque se obtuvieron en cuatro cortes semanales de un mismo año. Se trata de un trabajo realizado en un momento determinado y con unos fines concretos, algo habitual en los estudios de morbilidad.

De 1986 data el único estudio sanitario especialmente dedicado a la Ribera Alta. En él se intentaba abordar en su conjunto el estado sanitario de la

³ GARCIA BENAVIDES, F. (1986).

⁴ CAYUELA, A.; VIOQUE, J. (1992) pp.23.

⁵ F. GARCIA BENAVIDES *et al.* (1990) X. ALBERT I ROS (1994).

⁶ NOLASCO, A. *et al.* (1992); GALLUD, J.; MEJIA, M. J. (1991); *Encuesta de Salud de la Comunidad valenciana 1990-91* (1993) Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum.

⁷ CARBONELL, M.A.; GASCON, M.E. (1987).

⁸ ALMENAR, F. (1988).

comarca, que en aquel momento contaba con dos áreas de salud: la Ribera Alta 1 y la Ribera Alta 2. Abordaba la mortalidad general y específica, la morbilidad de las enfermedades de declaración obligatoria y la utilización de los recursos sanitarios por la población⁹. No disponemos de estudios similares más recientes sobre el área de salud 14; contamos con información actualizada sólo relativa a las enfermedades de declaración obligatoria, a través de informes internos del Centro de Salud Comunitaria de Alzira, correspondientes a 1991 y 1992¹⁰.

Excepto para la localidad de Carcagente, sobre la que se dispone de una fuente de datos realmente amplia y puesta al día —un «diagnóstico de salud» de la población dentro de las recomendaciones de la OMS¹¹, no nos ha sido posible obtener información pormenorizada por localidades, ya que no se encuentra disponible, a excepción de la morbilidad de las enfermedades de declaración obligatoria y del registro civil para las defunciones.

Entre los principales problemas del manejo de los datos disponibles destacan la cambiante delimitación de las áreas sanitarias y la diversa cronología de los estudios. Algunos indicadores están disponibles sólo para el conjunto de la Comunidad Valenciana; otros se refieren a la división provincial; otros, los más antiguos, contemplan comarcas naturales; otros se refieren a las áreas de salud vigentes hasta Diciembre de 1993, cuando han sido de nuevo modificadas. Hemos procurado sistematizar la exposición y evitar la comparación entre datos procedentes de fuentes distintas o publicadas en fechas distantes.

⁹ ALMENAR, F. *et al.* (1986).

¹⁰ Agradecemos la colaboración de los profesionales del Centro de Salud Comunitaria del área 14, sita en el Centro de Salud de Alzira, especialmente la del epidemiólogo J. Martínez que nos ha facilitado dichos informes epidemiológicos y otros datos de interés.

¹¹ Dentro del programa «Ciudades sanas», del que era coordinador en Carcagente, Luis Sánchez Ruiz ha publicado en 1993 siete volúmenes dedicados al estudio de la salud y la enfermedad en la población de Carcagente. Describen respectivamente de forma monográfica la mortalidad, la morbilidad diagnosticada en atención primaria, el bienestar físico, mental y social de la población, los condicionantes de la salud en Carcagente —demográficos, culturales y económicos así como medioambientales, históricos e infraestructurales—, la salud y los servicios comunitarios, y los hábitos de vida de la población, estos dos últimos aspectos según la encuesta de salud a la población. Otros municipios han realizado diagnósticos de salud dentro del mismo programa «Ciudades sanas»; no obstante, sin criterios de unificación resulta difícil, si no imposible, la interpretación de los datos que ofrecen. Además de la diversidad de las fuentes que utilizan, no han sido realizados con los criterios de exhaustividad ni en estrecha colaboración con los equipos de atención primaria, y otros departamentos del Servei Valencià de Salut.

Las condiciones de la salud y la enfermedad en la Comunidad Valenciana

La importante presencia de las enfermedades vasculares, los tumores y, en general, las enfermedades llamadas degenerativas en nuestra sociedad se explica sólo en parte por la longevidad que caracteriza a su población. Son sobre todo factores socioculturales los que componen el espectro causal de estas afecciones y también el de los accidentes: el modo de vida, en un medio urbano, el medio laboral, el sedentarismo, los hábitos alimentarios, el consumo de alcohol y tabaco, etc.

Creemos que a ello se debe que la cultura esté cobrando hoy el relieve que en todo caso merece, aunque por el momento se trate de ampliar perspectivas de la patología y de la planificación sanitaria y no se haya plasmado todavía, a diferencia de otros países europeos, en una abundante cantidad de estudios sociales sobre pautas de comportamiento de la población valenciana. Por mencionar sólo un caso, el de la alimentación, no disponemos de datos objetivos ni amplios sobre la dieta de los valencianos, a pesar de que las autoridades sanitarias advierten que parece estar cambiando hacia un patrón anglosajón directamente implicado en la incidencia de las enfermedades cardio y cerebrovasculares, entre otras.

Por ello, no es de extrañar que el nivel de las explicaciones, el que relaciona científicamente la distribución de la salud, la enfermedad y la muerte con las condiciones que la determinan, para poder intervenir sobre ellas, esté todavía poco desarrollado en España y en la Comunidad Valenciana, sobre todo en lo que se refiere a los factores culturales. Se están realizando algunos estudios de detalle y se han trazado las líneas generales de estas correlaciones sociosanitarias, pero a menudo ha habido que basarlas en la proyección a la Comunidad Valenciana de los resultados de estudios europeos.

En este respecto, no podemos más que situar a La Ribera Alta en el marco comunitario, por lo que expondremos la información disponible sobre la Comunidad Valenciana.

Un informe técnico publicado en 1991 por la Generalitat Valenciana ha trazado a grandes rasgos un perfil sanitario de la Comunidad que contempla tanto el estado de salud de la población como sus necesidades sanitarias, e intenta un primer nivel de explicación al ponerlas en relación con factores sociales y culturales¹². Para ello maneja casi todos los diferentes indicadores disponibles para el conjunto de la Comunidad Valenciana y, sólo en los casos en que existen diferencias significativas, para las correspondientes áreas sanitarias.

El resumen de dicho informe señala que, a pesar de disfrutar de una esperanza de vida al nacer de las más altas del mundo -75,7 años- una de cada tres muertes es prematura en la Comunidad Valenciana, esto es, sucede antes de los 70 años, y entre sus causas destacan los accidentes de tráfico, la enfermedad coronaria y el cáncer de pulmón. Con los conocimientos y recursos actuales, un 20% de las muertes prematuras son evitables; la esperanza de vida al nacer se podría así elevar a 77,2 años, resultado que sería atribuible en un 75% a medidas preventivas y en un 25% a actividades curativas.

También subraya el informe la importancia de las desigualdades socioeconómicas que se traducen en desigualdades sanitarias hasta el punto de que algunos barrios urbanos valencianos presentan un 47% más de muertes de las que cabría esperar¹³. Utilizando la ocupación principal de los fallecidos varones de entre 15 y 64 años como indicador de nivel socioeconómico, en España resulta una sobremortalidad de un 65% en el grupo constituido por trabajadores de la metalurgia, la minería, la construcción, etc. (grupo VII) respecto al grupo compuesto por directivos, empresarios y similares (grupo I).

Sobre la calidad de esa vida larga, alrededor del 18% de la duración de la misma se vive en la Comunidad Valenciana con algún tipo de incapacidad o minusvalía. Casi el 10% de los valencianos afirma tener una mala salud, con diferencias pronunciadas según el nivel de renta de los encuestados: cuatro veces más en la población con renta baja que en la de renta alta.

¹² GARCIA BENAVIDES, F., ed. (1991) Seguimos el resumen que ofrece en sus páginas 11-13.

¹³ ARIAS, A. *et al.* (1993) El estudio muestra la correlación entre índice de salud e índice de pobreza en los barrios de Valencia y Barcelona. Los barrios de la Fuensanta y Na Rovella de la ciudad de Valencia cuentan con uno de los peores índices de pobreza y presentan asimismo los peores índices de salud, mientras que Jaume Roig y Sant Pau resultan los barrios más favorecidos en nivel socioeconómico y en salud, con alrededor de un 37% menos de muertes de las esperadas para el conjunto de la ciudad de Valencia.

Entre las causas de minusvalía, los problemas de salud mental ocupan un lugar destacado; parece que afectan a numerosas personas, aunque no se cuenta con una información detallada. Las tasas de suicidio consumado han aumentado en un 100% en la década de 1980.

Por otra parte, la salud de las mujeres de la Comunidad Valenciana, cuya longevidad es mayor que la de los hombres –una esperanza de vida al nacer de 78,9 años, superior en seis años y medio a la de los hombres–, es en general peor que la de los hombres, especialmente en el grupo de edad de entre 35 y 64 años¹⁴.

Por grupos de edad, en los menores de 15 años se han detectado la caries, los accidentes, algunas enfermedades infecciosas –entre ellas, alguna para la que la vacunación es obligatoria– y las minusvalías psíquicas como problemas importantes, siempre que se deje de lado el periodo perinatal, en el que la mortalidad valenciana duplica la de Suecia.

Los accidentes de tráfico, el consumo de sustancias tóxicas y los embarazos no deseados son fenómenos, característicos de los jóvenes, que reflejan conductas de riesgo propias de este grupo de edad.

Entre los adultos, las incapacidades están causadas por accidentes de trabajo (las bajas por esta causa han aumentado en un 27% en la década de 1980, y el riesgo de morir por esta causa es en la Comunidad Valenciana 3 veces superior que en el Reino Unido y 2 veces mayor que en Francia) y por enfermedades respiratorias y osteomusculares (son las causas más frecuentes de incapacidad laboral transitoria). Entre las mujeres es más frecuente la baja laboral tanto por incapacidad transitoria como permanente.

La población de más de 64 años representaba en 1986 el 12% del total, y de ellos, el 40% eran mayores de 74 años. (Recordemos que en La Ribera Alta la proporción de mayores de 64 años es algo menor) Poco más de la mitad de los hombres y mujeres de este grupo de edad sufren algún tipo de discapacidad, y los problemas de salud que con más frecuencia declaran son

¹⁴ Como es bien sabido, tanto la mayor longevidad de las mujeres como su posición de desventaja ante la enfermedad es un fenómeno extendido en los países de nuestro marco sociocultural, y aunque no se ha logrado explicar satisfactoriamente, parece estar determinado por factores principalmente económicos y culturales. La mayor morbilidad femenina aparece generalmente en todos los grupos de edad, pero para el grupo de edad citado se dispone de un indicador particular que contribuye a precisar la diferencia entre los sexos: las bajas laborales.

las dolencias que clasificamos como enfermedades reumáticas, vasculares y psicosomáticas. Este grupo de edad utiliza los recursos sanitarios en un grado muy alto, quizá consecuencia de las carencias en servicios sociales. El 62% de los hombres y el 83% de las mujeres consumen algún medicamento, y más de una tercera parte de las estancias hospitalarias en la Comunidad Valenciana son de mayores de 64 años.

De los factores que explican los problemas sanitarios descritos, el informe destaca los relativos a las condiciones de trabajo, la residencia –en un medio urbano reside el 77% de la población–, el transporte, el medio ambiente y los, así llamados, «estilos de vida». Todos ellos, por supuesto, son de carácter sociocultural.

Entre las condiciones de trabajo responsables de enfermedades se ha señalado el uso de plaguicidas y disolventes, frecuente en la Comunidad Valenciana. Como en otros lugares del Estado, el ruido, el trabajo repetitivo y las posturas incómodas son factores de riesgo, y el desempleo está asociado a una mayor frecuencia de enfermedades crónicas, digestivas y psicosomáticas, así como con un mayor consumo de medicamentos y mayor utilización de los servicios de urgencia (entre un 23% y un 47% más). La sobremortalidad de los desempleados españoles frente a la población de su mismo sexo y edad alcanza el 20%.

El hecho de que más de tres cuartas partes de la población habite en un medio urbano –localidades mayores de 10.000 habitantes– contribuye en parte al riesgo de accidentes domésticos, al sedentarismo, al aislamiento social y, sobre todo, a los accidentes de tráfico: los accidentes con víctimas han aumentado en más de un 900% desde 1951 y los mortales en un 500%. Las tasas en la Comunidad Valenciana son superiores en un 21% a las de España, que a su vez son las más altas de la Comunidad Europea tras Portugal.

Entre los factores medioambientales, se cuentan algunos ya tradicionales como los causantes de las toxoinfecciones alimentarias, y otros nuevos relacionados con la contaminación del agua por nitratos (el 21% de la población se abastece de agua con niveles de nitratos superiores al valor guía), la salinización por sobreexplotación y la contaminación del litoral.

En lo que a los «hábitos» se refiere, la dieta parece estar cambiando desde la así llamada mediterránea a otra con mayores proporciones de grasas animales, aunque no existen estudios al respecto. El 39% de los valencianos fuma, lo que dista del objetivo de la Organización Mundial de la Salud de reducir el consumo hasta limitarlo a un 20% de la población. En el momento actual, el 13% de las muertes son atribuibles al consumo de tabaco. El 66% de la población consume alcohol, pero el número de bebedores excesivos, de alto riesgo, es relativamente bajo: 2,5%. Los accidentes de tráfico, la frecuencia de la cirrosis hepática y la proporción de niños con bajo peso al nacer se verían reducidos si de un consumo elevado como el actual se pasara a una situación de consumo moderado.

El consumo de drogas ilegales está aumentando de forma rápida sin que las medidas adoptadas hasta la fecha hayan modificado en absoluto esta tendencia. Entre los riesgos asociados a este consumo destacan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y las muertes por adulteración y sobredosis. Recordemos que también las hepatitis víricas y sus complicaciones, de no poca importancia sanitaria, están relacionadas con estas prácticas.

El sedentarismo caracteriza la actividad laboral de casi un tercio de la población. El 22% no desarrolla actividad física alguna.

Una de cada cuatro muertes se produce en la Comunidad Valenciana por enfermedades cardiovasculares, lo que está en relación con una dieta rica en grasas animales, la inactividad física y el consumo de cigarrillos. Una de cada cuatro muertes prematuras, esto es, antes de alcanzar los 70 años, ocurre a causa de accidentes de tráfico, infarto de miocardio y cáncer de pulmón, asociadas también a la dieta, el sedentarismo, el consumo de cigarrillos y alcohol, y otros hábitos, al medio urbano y a las condiciones de trabajo. Aunque no se ha estudiado sobre la población española ni valenciana, parece que un 4% de las muertes por tumores malignos y un 2% de las de origen cardiovascular están causadas por las condiciones laborales.

La mortalidad

La mortalidad general en el área sanitaria 14 resultó en 1990 de 10 muertes por mil habitantes, mientras que la tasa era de 8,5 para la Comunidad Valenciana. A esta sobremortalidad significativa respecto del conjunto de la Comunidad Valenciana, dedicaremos un epígrafe tras describir las principales causas de muerte en el área 14.

Como mencionamos, las enfermedades infecciosas han dejado de ser las principales causas de muerte en los países occidentales desarrollados para dar paso a las enfermedades sociales no infectocontagiosas. Las afecciones cardiovasculares y las neoplasias son, con los accidentes de tráfico, los principales responsables de la mortalidad en España.

Tabla nº. 1

Evolución de la mortalidad en España 1900-1981

mortalidad proporcional sobre el total de causas (%)

<i>causa de la muerte</i>	1901	1920	1940	1960	1981
E. infectocontagiosas	52.09	53.25	38.27	13.92	1.31
E. cardiovasculares	14.39	17.62	25.01	34.15	46.70
Tumores	1.52	2.67	3.98	13.67	20.68
Accidentes	1.51	1.60	9.05	4.17	5.29
Otras causas	30.49	24.84	23.69	30.49	26.02

Fuente: J. L. FRESQUET *et al.* (1994) *Salut, malaltia i terapèutic popular als municipis riberecs de l'Albufera, Catarroja.*

En la Comunidad Valenciana y en el área de salud 14, la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas ha quedado reducida en la actualidad a las cifras siguientes:

Tabla nº. 2

Muertes por enfermedades infecciosas en la Comunidad Valenciana y en el área de salud 14. 1988-1990.

<i>Causa infecciosa de la muerte</i>	Defunciones observadas			
	1988		1990	
	área 14	C. V.	área 14	C. V.
Enfermedades infecciosas intestinales	0	4	0	4
Tuberculosis del aparato respiratorio	0	59	5	63
Otras tuberculosis	0	27	2	27
Infecciones meningocócicas	0	18	0	10
Septicemia	1	113	4	147
Sífilis	0	4	1	6
Tétanos	1	4	0	3
Resto de infecciones bacterianas	1	10	0	8
Hepatitis vírica	0	20	0	21
Poliomielitis guda	0	0	0	0
Resto de infecciones víricas	0	12	1	20
Enfermedades parasitarias y resto de infecciones	2	20	0	22

Fuente: *Análisis de la mortalidad por áreas de salud de la Comunidad Valenciana*. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat i Consum., 1989; *Estatísticas de mortalidad de la Comunidad Valenciana 1990*. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat i Consum, 1992.

Como vemos, las cifras, de por sí muy bajas, se mantienen estables en la última década.

Las 10 primeras causas de muerte en la Comunidad Valenciana y en la Ribera Alta

Veamos a continuación las diez primeras causas de muerte, en la Comunidad Valenciana, en 1981 y en 1990.

Tabla nº. 3

Diez primeras causas de muerte en la Comunidad Valenciana 1981. Ambos sexos

<i>Causa</i>	<i>Mortalidad proporcional</i>	<i>defunciones</i>	<i>Tasa x10⁵</i>
Enfermedad cerebrovascular	19.96%	6.127	168.05
Infarto agudo de miocardio	7.74%	2.253	61.79
Arterioesclerosis	4.56%	1.401	38.43
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	3.14%	965	26.47
Cirrosis y otras enfermedades crónicas hepáticas	2.84%	872	23.92
Neumonía	2.81%	865	23.72
Diabetes mellitus	2.56%	786	21.56
Otras enfermedades isquémicas cardíacas	2.56%	785	21.53
Bronquitis crónica, enfisema y asma	2.48%	762	20.90
Tumor maligno de estómago	2.10%	644	17.66
Otras causas	49.64%	15.241	418.02

Fuente: *Análisis de la mortalidad por áreas de salud de la Comunidad Valenciana, 1981-84*, Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat i Consum., 1989.

Tabla nº. 4

Diez primeras causas de muerte en la Comunidad Valenciana 1990. Ambos sexos

<i>Causa de defunción lista CV¹⁵</i>	<i>Mortalidad proporcional</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Tasa x 10⁵</i>
Enfermedad cerebrovascular	15.72%	5.201	134.26
Enfermedades isquémicas del corazón	11.14%	3.687	95.18
Bronquitis crónica, enfisema y otras EPOC	4.37%	1.447	37.25
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	3.95%	1.307	33.74
Arterioesclerosis	3.56%	1.178	30.41
Diabetes	3.09%	1.024	26.43
Cirrosis y otras enfermedades crónicas hepáticas	2.62%	867	22.38
Accidentes de tráfico	2.56%	848	21.89
Tumor maligno de estómago	1.91%	634	16.37
Tumor maligno de mama	1.66%	550	14.20

Fuente: *Estadísticas de mortalidad de la Comunidad Valenciana 1990*. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat i Consum, 1992.

¹⁵ Lista de causas de muerte, abreviada para la Comunidad Valenciana, en *Estadísticas de mortalidad de la Comunidad Valenciana. 1990*. (1992) pp. 483-486.

Entre las diez primeras causas de muerte en la Comunidad Valenciana, no figura en la actualidad la única enfermedad infecciosa que constaba a comienzos de los años ochenta, la neumonía, que era entonces la sexta causa más importante de muerte.

Queda patente la importancia actual de las enfermedades circulatorias, seguidas de los cánceres, como principales causas de la mortalidad. Además de las afecciones cerebro y cardiovasculares, la arterioesclerosis figura como quinta causa de las defunciones en la Comunidad Valenciana. También en la década de 1970 las enfermedades cardio y cerebrovasculares eran las causas más importantes de muerte en ambos sexos, con una tendencia al aumento desde 1976 a 1990, aunque se observa una disminución de la proporción de las cerebrovasculares, que siguen siendo la primera causa, frente a la progresión de las cardiovasculares. La mortalidad por cáncer ha ido en aumento desde 1976, duplicando su tasa de mortalidad hasta alcanzar alrededor de 60 muertes por cien mil habitantes¹⁶.

La proporción de muertes por enfermedad cerebrovascular sigue siendo mayor en las mujeres y la de muertes por enfermedad isquémica del corazón, mayor entre los hombres.

Para el resto de primeras causas, las diferencias entre los sexos son más marcadas: la arterioesclerosis y la diabetes mellitus son con diferencia más frecuentes en las mujeres. La psicosis orgánica senil y presenil, el tumor maligno de intestino grueso y las nefritis, síndrome nefrítico y otras nefrosis, sólo constan para las mujeres. El tumor maligno de pulmón, tráquea y bronquios, los accidentes de vehículos a motor, y el tumor maligno de estómago sólo aparecen para los hombres.

A continuación figuran las diez primeras causas de muerte, por sexos, en el área de salud 14.

¹⁶ Además del *Análisi de mortalitat per àrees de salut de la Comunitat Valenciana 1976-1980*, Valencia, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum, 1988, y el *Análisi de mortalitat per àrees de salut de la Comunitat Valenciana 1981-1984*, Valencia, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum, 1991, lo reflejan el *Análisis de la mortalidad en la Comunidad Valenciana, 1988* (1989) y las *Estadísticas de mortalidad de la Comunidad Valenciana, 1990* (1992), publicadas por la misma institución. Posteriormente se ha publicado el análisis de S. PÉREZ HOYOS (1992) *Evolución de la mortalidad en el País Valenciano, 1976-1990*, Valencia, Generalitat Valenciana, Consellera de Sanitat i Consum-IVESP.

Tabla nº. 5

**Diez primeras causas de muerte en el área de salud 14 . Hombres.
1990**

<i>causa de defunción lista CV</i>	área 14	
	<i>defunciones</i>	<i>x10⁵</i>
Enfermedad cerebrovascular	103	138.54
Enfermedades isquémicas del corazón	86	115.67
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	46	61.87
Bronquitis crónica, enfisema y otras EPOC	51	68.59
Accidentes de tráfico	30	40.35
Cirrosis y otras enfermedades crónicas hepáticas	23	30.94
Arterioesclerosis	28	37.66
Tumor maligno de estómago	18	24.21
Tumor maligno de la próstata	18	24.21
Tumor maligno de hígado	12	16.14

Fuente: *Estadísticas de mortalidad de la Comunidad Valenciana 1990*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum, 1992.

Tabla nº. 6

**Diez primeras causas de muerte en el área de salud 14. Mujeres.
1990**

<i>causa de defunción lista CV</i>	área 14	
	<i>defunciones</i>	<i>x10⁵</i>
Enfermedades cerebrovasculares	140	224.97
Enfermedades isquémicas del corazón	62	99.63
Arterioesclerosis	49	78.74
Diabetes	27	43.39
Tumor maligno de la mama	26	41.78
Cirrosis y otras enfermedades crónicas hepáticas	20	32.14
Nefritis, síndrome nefrítico y otras nefrosis	19	30.53
Psicosis orgánica senil y presenil	18	28.92
Enfermedades hipertensivas	17	27.32
Tumor maligno de intestino grueso	12	19.28
Tumores malignos de útero	12	19.28

Fuente: *Estadísticas de mortalidad de la Comunidad Valenciana 1990*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum, 1992.

Las cifras de la mortalidad proporcional de las diez primeras causas de muerte en la Comunidad y en el área 14 se presentan a continuación en las tablas siguientes con el propósito de la comparación:

Tabla n.º 7

Mortalidad proporcional de las diez primeras causas de muerte en la Comunidad Valenciana y en el área 14. 1990. Hombres

<i>causa de muerte</i>	mortalidad proporcional	
	<i>área 14</i>	<i>total CV</i>
Enfermedades isquémicas del corazón	11.56%	12.61%
Enfermedades cerebrovasculares	13.84%	12.21%
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	6.58%	6.87%
Bronquitis crónica, enfisema y otras EPOC	6.85%	6.08%
Accidentes de vehículos de motor	4.03%	3.96%
Cirrosis y otras enfermedades crónicas hepáticas	3.09%	3.42%
Arterioesclerosis	3.76%	2.58%
Tumor maligno de la próstata	2.42%	2.29%
Tumor maligno de estómago	2.42%	2.23%
Tumor maligno de hígado	1.61%	?

Fuente: *Estadísticas de mortalidad de la Comunidad Valenciana 1990*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum, 1992.

Tabla n.º 8

Mortalidad proporcional de las diez primeras causas de muerte en la Comunidad Valenciana y en el área 14. 1990. Mujeres

<i>causa de muerte</i>	mortalidad proporcional	
	<i>área 14</i>	<i>total CV</i>
Enfermedades cerebrovasculares	20.03%	19.59%
Enfermedades isquémicas del corazón	8.87%	9.54%
Arterioesclerosis	7.01%	4.64%
Diabetes	3.86%	4.19%
Tumor maligno de la mama femenina	3.72%	3.49%
Tumor maligno de intestino grueso	1.72%	1.82%
Psicosis orgánica senil y presenil	2.58%	1.79%
Nefritis, síndrome nefrítico y otras nefrosis	2.72%	1.76%
Cirrosis y otras enfermedades crónicas hepáticas	2.86%	1.74%
Enfermedades hipertensivas	2.43%	?
Otros tumores malignos del útero	1.72%	?

Fuente: *Estadísticas de mortalidad de la Comunidad Valenciana 1990*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum, 1992.

Podemos comparar la situación en la Comunidad Valenciana y en las áreas de salud de nuestro interés, en una lista por orden decreciente de mortalidad, de las diez primeras causas de muerte, por sexos:

Tabla nº. 9

Diez primeras causas de muerte. 1990. Hombres

<i>Comunidad Valenciana</i>	<i>área 14</i>
Enfermedades isquémicas del corazón	E. cerebrovasculares
Enfermedades cerebrovasculares	E. isquémicas del corazón
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	Bronquitis crónica, enfisema y otras EPOC
Bronquitis crónica, enfisema y otras EPOC.	Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón
Accidentes de vehículos de motor	Accidentes de vehículos a motor
Cirrosis y otras enfermedades crónicas hepáticas	Arterioesclerosis
Arterioesclerosis	Cirrosis y otras enfermedades hepáticas
Tumor maligno de la próstata	tumor maligno de próstata
Tumor maligno de estómago	Tumor maligno de estómago
Diabetes	Tumor maligno de hígado

Tabla nº. 10

Diez primeras causas de muerte. 1990. Mujeres

<i>Comunidad Valenciana</i>	<i>área 14</i>
Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
Enfermedades isquémicas del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón
Arterioesclerosis	Arterioesclerosis
Diabetes	Diabetes
Tumor maligno de la mama femenina	Tumor maligno de la mama femenina
Bronquitis crónica, enfisema y otras EPOC.	Cirrosis y otras enfermedades crónicas hepática
Tumor maligno de intestino grueso	Nefritis, síndrome nefrítico y otras nefrosis
Psicosis orgánica senil y presenil	Psicosis orgánica senil y presenil
Nefritis, síndrome nefrítico y otras nefrosis	Enfermedades hipertensivas
Cirrosis y otras enfermedades crónicas hepáticas	Tumor maligno de intestino grueso
	Otros tumores malignos del útero

Las diferencias en las cifras de mortalidad para las diez primeras causas, en lo que al área 14 se refiere, no resultan estadísticamente significativas

frente a las de la Comunidad Valenciana en su conjunto y respecto de las otras áreas sanitarias, según los especialistas.

En lo que a los *hombres* se refiere, a diferencia de los datos para la Comunidad Valenciana en su conjunto, para el área 14 figura el tumor maligno hepático entre las diez primeras causas de muerte –es la décima causa de defunción– y en cambio la diabetes mellitus no está entre ellas.

Sin embargo, el diagnóstico de tumor maligno hepático podría incluir una proporción elevada de metástasis hepáticas de tumores de otras localizaciones puesto que no se especifica el origen primitivo de los tumores hepáticos cuando causan la muerte. Según el análisis de la mortalidad por cáncer en la Comunidad Valenciana, no es significativa esta diferencia¹⁷.

Por otra parte, las enfermedades cerebrovasculares muestran una mayor mortalidad, muy por delante de la isquemia del corazón. Constituyen la primera causa de muerte, algo que en las cifras globales para la Comunidad Valenciana es característico de la mortalidad femenina.

La proporción del diagnóstico de arteriosclerosis como causa de muerte resulta mayor, y la convierte en la sexta causa, en lugar de la séptima.

Las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) causan una proporción algo mayor de muertes que en el conjunto de la Comunidad Valenciana y se sitúan por delante del tumor maligno de pulmón, tráquea y bronquios en el área 14, aunque las diferencias no son significativas.

Tampoco resulta estadísticamente significativo frente al total de la Comunidad Valenciana, el ligeramente elevado número de muertes por accidentes tráfico.

En lo que se refiere a las *mujeres* del área 14, entre las 10 primeras causas de muerte no figuran las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), que en el conjunto de la Comunidad Valenciana ocupan el 6º lugar. En cambio aparecen las enfermedades hipertensivas –con una mortalidad proporcional que las sitúa en el 9º lugar– y también los tumores malignos de útero –que comparten el 10º puesto con los de intestino grueso–, diagnósticos ambos que no constan entre las diez primeras causas de la Comunidad.

Destaca la elevación relativa de la mortalidad por arteriosclerosis y por enfermedades cerebrovasculares.

¹⁷ CAYUELA, A.; VIOQUE, J. (1992).

La mortalidad por tumor maligno de intestino grueso, en el 10º lugar, no es apenas más baja que en el resto de la Comunidad Valenciana donde ocupa el puesto 7º, sino que en el área 14 queda por debajo de la cirrosis hepática, las nefritis, síndrome nefrótico y otras nefrosis, y las psicosis orgánicas seniles y preseniles, porque estas tres causas arrojan unas cifras de mortalidad mayores que las del resto de la Comunidad Valenciana. El orden queda asimismo invertido: cuando para la Comunidad Valenciana es psicosis, nefritis y cirrosis, en el área 14 resulta invertido: cirrosis, nefritis y psicosis.

Sobremortalidad y mortalidad prematura evitable en la Ribera Alta

Las *Estadísticas de mortalidad de la Comunidad Valenciana* de 1990, señalaban una *sobremortalidad* significativa, para ambos sexos, en el área 14 entre otras áreas. En 1990, la mortalidad general de la Comunidad Valenciana fue de 8,5 por mil habitantes (un total de 33.081 muertes) y en el área 14 de 10 muertes por mil habitantes (un total de 1443 muertes)¹⁸.

La proporción de *muertes prematuras*, si se consideran así las ocurridas antes de los 70 años, es menor en la Comunidad Valenciana que en el conjunto del país. Respecto al conjunto de la Comunidad, el área 14 presenta un exceso de muertes prematuras, que sólo superan las áreas sanitarias correspondientes a la ciudad de Valencia, y que por sexos resulta en un exceso del 15% en los hombres y del 21% en las mujeres. Entre las causas de muerte prematura en la Comunidad Valenciana destacan los accidentes de vehículos a motor y, a distancia, la enfermedad isquémica del corazón y el tumor maligno de pulmón¹⁹.

¹⁸ *Estadísticas de mortalidad de la Comunidad Valenciana, 1990*. Valencia, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum (1992) Debemos tener en cuenta que el censo de 1981, la revisión del padrón de 1986 y la tasa de crecimiento demográfico interanual observada entre 1981 y 1986 para cada área, grupo de edad y sexo, son la base para obtener las tasas de mortalidad. El nuevo censo de 1991 ha permitido obtener las tasas de mortalidad para ese año que figuran en el capítulo previo sobre la geografía humana de la Ribera Alta.

¹⁹ Las diez primeras causas de muertes prematuras en la Comunidad Valenciana eran, en 1989, en orden de mayor a menor según el número de años potenciales de vida perdidos (APVP), los accidentes de tráfico, la enfermedad isquémica del corazón, el tumor maligno de pulmón, las anomalías congénitas, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis hepática, el suicidio, el tumor maligno de mama, el tumor maligno de estómago y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. GARCIA BENAVIDES, F., ed. (1991) p. 28.

El número de *muerres prematuras sanitariamente evitables* en la Comunidad Valenciana representa cerca del 21% de las muertes prematuras y casi el 7% de todas las muertes.

Entre las áreas que muestran una *sobremortalidad por causas evitables*²⁰, estadísticamente significativa entre 1976 y 1980, no figuraba el área 14. Prácticamente una tercera parte de las causas seleccionadas como evitables –un total de 16– eran enfermedades infecciosas: neumonía y bronquitis, tuberculosis, enfermedades reumáticas crónicas del corazón, infecciones respiratorias agudas e infecciones bacterianas²¹. (Las infecciones bacterianas no originaron ninguna muerte en la Comunidad Valenciana en el periodo 1976-1980.) En cambio excluía de entre las causas de muerte seleccionadas como evitables algunas de las de mayor mortalidad hoy, y que figuran entre las grandes responsables de la mortalidad prematura: los accidentes de vehículos a motor, la cirrosis hepática y el cáncer de pulmón. En gran medida son también evitables, pero ello depende de la política económica, educativa y de salud nacionales –dicho de otro modo, son sensibles a la prevención primaria– más que de la actividad de los servicios sanitarios regionales o locales –esto es, susceptibles de prevención secundaria o tratamiento médico. Como hemos apuntado, el estudio estaba encaminado a localizar diferencias geográficas de mortalidad evitable dentro de la Comunidad Valenciana, para identificar factores de riesgo y, principalmente, problemas de los servicios sanitarios locales que requerían ser mejorados.

²⁰ GARCIA BENAVIDES, F. *et al.* (1990) p. 40 tabla 3. La población de riesgo del estudio se refiere al año 1978.

²¹ Las 16 causas de muerte seleccionadas como evitables por GARCIA BENAVIDES *et al.* (1990) p. 26 fueron –la franja de edad entre paréntesis– las Enfermedades hipertensivas (5-64), Enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares (35-64), Cáncer de cuello de útero (15-64), Cáncer de cuello y cuerpo de útero (15-54), Neumonía y bronquitis (5-49), Tuberculosis (5-64), Asma (5-49), Enfermedades reumáticas crónicas de corazón (5-44), Infecciones respiratorias agudas (5-49), Infecciones bacterianas (5-64), Enfermedad de Hodgkin (5-64), Hernia abdominal (5-64), Colecistitis aguda y crónica (5-64), Apendicitis (5-64), Maternales (10-44) y Anemias carenciales (5-64).

Tabla nº. 11

Áreas sanitarias de la Comunidad Valenciana con sobremortalidad por causas evitables estadísticamente significativa ($p < 0,05$), 1976-1980

<i>Causas de muerte</i>	<i>edad (en años)</i>	<i>áreas de salud</i>
Hipertensión y enf. cerebrovascular	35-64	Valencia, áreas 15 y 16
Cáncer de cuello de útero	15-64	Valencia
Tuberculosis	5-64	Valencia y área 5
Enfermedad reumática del corazón	5-64	Valencia
Hernia abdominal	5-64	área 4

Fuente: Tabla elaborada por GARCIA BENAVIDES, F. *et al.* (1992) a partir de *Atlas de mortalidad evitable en la Comunidad Valenciana (1976-1980)* Valencia, 1990.

En el área 14, fueron un total de 230 las muertes por causas consideradas evitables. El estudio destacaba la ausencia absoluta de muertes por cáncer de cuello de útero en ella, en el periodo mencionado. La hipertensión arterial causó 9 muertes evitables; 180 se debieron a enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares, 7 a cáncer de cuello y cuerpo de útero, 5 a la enfermedad de Hodgkin, 11 a neumonía y bronquitis, 10 a tuberculosis, 2 al asma, 5 a enfermedades reumáticas crónicas del corazón, 3 a infecciones bacterianas, 2 a hernia abdominal, 2 a colecistitis aguda y crónica, 1 muerte resultó por causas relacionadas con la maternidad y 2 por anemias carenciales. Ni la apendicitis, ni el cáncer de cuello de útero originaron muertes en el área 14.

Posteriormente se ha realizado un estudio de mortalidad evitable en la Comunidad Valenciana que completa el periodo hasta 1990. A las 16 causas que se estudiaron con anterioridad añade otras hasta un total de 26, entre las que se cuentan la mortalidad perinatal, la cirrosis hepática, los accidentes de vehículos a motor y el cáncer de pulmón. El área 14 no presenta tampoco entre 1975 y 1990 una sobremortalidad respecto a la Comunidad Valenciana por el conjunto de causas evitables. Sólo la «hipertensión arterial y enfermedades cerebrovasculares» originó sobremortalidad evitable significa-

tiva respecto a la mortalidad evitable por esta causa en el conjunto de la Comunidad Valenciana²².

Un estudio reciente sobre la distribución de la *mortalidad por tumores* en la Comunidad Valenciana, que perseguía localizar patrones de mortalidad que pudieran sugerir la concentración de factores de riesgo en las diferentes áreas de salud²³, comprobó excesos de mortalidad significativos para 11 de las 16 localizaciones tumorales estudiadas en las mujeres (Fig. 1) y para 12 de las 14 estudiadas en hombres (Fig. 2), en diferentes áreas de salud de la Comunidad Valenciana. En el área 14 no se observaron diferencias con el resto de las áreas ni con el conjunto de la Comunidad Valenciana.

No disponemos de un estudio acerca de la sobremortalidad general ni del exceso de muertes prematuras observadas en el área 14 respecto a la Comunidad Valenciana. Tampoco disponen de información su Centro de Salud Comunitaria ni los responsables de Atención Primaria en el área.

Parece que no son las causas de muerte evitables las responsables de la sobremortalidad general ni prematura en el área 14 respecto al conjunto de la Comunidad Valenciana. De entre ellas, la enfermedad cerebrovascular era la única que se contaba también entre las principales causas de muerte prematura estudiadas²⁴, y no era responsable de sobremortalidad durante el periodo 1976-1980, en el área 14. Sin embargo, sí originó una sobremortalidad evitable significativa respecto a la mortalidad evitable por esta causa en el conjunto de la Comunidad Valenciana para el periodo 1975-1990, y es la única causa de las estudiadas con sobremortalidad en el área 14. En este estudio posterior que completa el periodo hasta 1990, el área 14 no presenta una sobremortalidad respecto a la Comunidad Valenciana por el conjunto de causas evitables²⁵.

²² X. ALBERT I ROS (1994) El autor se ocupa de señalar que puede existir un aumento real de los casos en el área respecto al periodo 1976-1980, pero que su relación con el número de casos esperados, según los observados en la Comunidad Valenciana, se mantiene estable en ambos periodos. *Op. cit.*, pp. 116-117, especialmente.

²³ CAYUELA, A.; VIOQUE, J. (1992).

²⁴ GARCIA BENAVIDES, F., ed. (1991) p. 28. Elaborado a partir de (1989) *Estadísticas de mortalidad de la Comunidad Valenciana, 1988*. Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum.

²⁵ X. ALBERT I ROS (1994) V. nota 22.

Figura nº. 1

**Mortalidad por tumores malignos. Comunidad Valenciana, 1976-1984.
Mortalidad proporcional, mujeres*.**

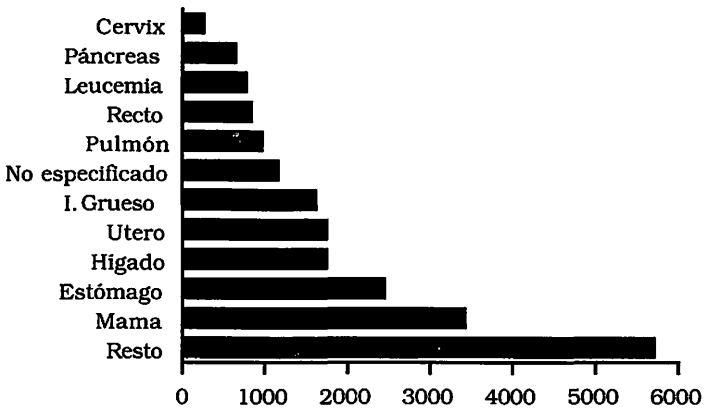
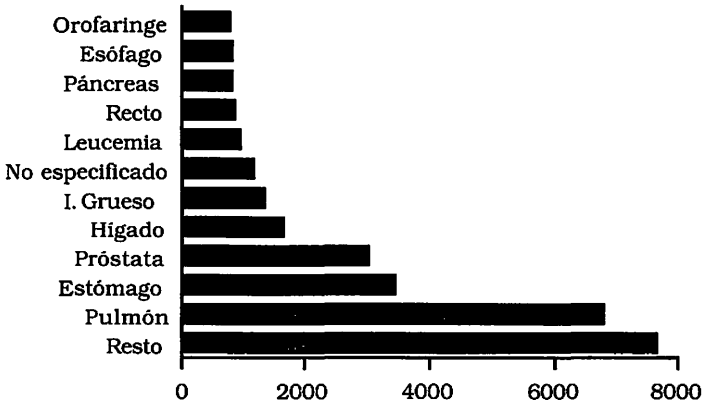


Figura nº. 2

**Mortalidad por tumores malignos. Comunidad Valenciana, 1976-1984.
Mortalidad proporcional, hombres*.**



*Fuente: CAYUELA; VIOQUE (1992) *Atlas de mortalidad por cáncer en la Comunidad Valenciana*.

La morbilidad

Las enfermedades que realmente padece una población se reflejan sólo en parte en las consultas médicas. Las encuestas a la población sobre la vivencia de la enfermedad («morbilidad percibida») también son aproximativas y sus resultados varían mucho según obliguen en mayor o en menor medida a los individuos encuestados a reflexionar sobre su estado de salud. Los estudios que ponen en relación ambos tipos de investigaciones demuestran que existe una discrepancia importante, y muy variable, entre la percepción del propio estado de salud, la expresión de la misma y la demanda de asistencia.

Un estudio publicado en 1988 de la *Morbilidad atendida en asistencia primaria en la Comunidad Valenciana* puso de relieve los problemas de salud que más consultaron los valencianos en el nivel primario de la asistencia sanitaria pública, esto es, la medicina general y la pediatría, entre 1983 y 1984. En él se contemplaban las diferencias provinciales y comarcales significativas en relación con el conjunto de la Comunidad Valenciana. En 1991 se publicó el trabajo mencionado relativo a Carcagente que comentaremos como caso particular, dentro de la comarca de la Ribera Alta. En el momento actual no existe ningún registro institucional de la morbilidad diagnosticada o asistida en atención primaria. La excepción son los datos relativos a las enfermedades de declaración obligatoria que, a pesar de los problemas de fiabilidad con que cuenta este registro y su limitación a determinadas afecciones infectocontagiosas e intoxicaciones, es el único registro de morbilidad con una continuidad temporal y que además está disponible en todos los niveles nacional, autonómico, provincial, comarcal y municipal.

En la actualidad disponemos de una encuesta nacional de salud a la población realizada en 1987, la primera en el ámbito nacional, de la que se han publicado separadamente datos relativos a la Comunidad Valenciana. Asimismo disponemos de una encuesta de salud de la Comunidad Valenciana realizada en 1990-91, pero no hemos podido acceder a los datos recogidos

en la Ribera Alta. Como complemento a la morbilidad diagnosticada en atención primaria, disponemos, pues, de datos sobre la morbilidad percibida por la población en el conjunto de la Comunidad Valenciana relativos a 1987 y 1991.

Las enfermedades atendidas en asistencia primaria en 1984

Los estudios de morbilidad en atención primaria topan con la dificultad de precisar el diagnóstico, problema agravado en el estudio que manejamos por el propio funcionamiento del sistema sanitario español y valenciano en ese momento. La masificación de las consultas impedía al médico reconocer debidamente al paciente y también disponer de un registro adecuado de los enfermos: la inexistencia de historia clínica. La autora del trabajo mencionado, de 1988, apuntaba también la discordancia entre la formación médica y las necesidades sanitarias de la población que, ausentes del *currículum* de medicina, tampoco podían contemplarse en programas de reciclaje de los profesionales sanitarios puesto que no existían tales programas. En lo que se refiere a la formación de los profesionales sanitarios, podemos afirmar que la situación se mantiene hoy en los mismos términos.

Contando con las limitaciones propias de las investigaciones sobre morbilidad diagnosticada en atención primaria, y las particulares de su caso, el estudio *Morbilidad atendida en asistencia primaria en la Comunidad Valenciana* (1988) puso de relieve algunas diferencias provinciales y comarcales en las demandas de asistencia primaria que debían de ser tenidas en cuenta —entre otros indicadores de las necesidades sanitarias de la población y en ausencia entonces de una encuesta de salud— en la reorientación de los recursos sanitarios, la organización y el establecimiento de programas de actuación sanitaria en la Comunidad Valenciana²⁶. El *Servei*

²⁶ F. ALMENAR ROIG (1988). Los datos de morbilidad se recogieron durante cuatro periodos de una semana a lo largo de un año (noviembre de 1983; enero, abril y julio de 1984) y con la finalidad determinada de localizar diferencias provinciales, comarcales y entre las diferentes áreas de salud que permitieran encauzar la reforma sanitaria en la Comunidad Valenciana, poniendo

Valencià de Salut también había puesto en marcha investigaciones para evaluar los recursos disponibles en asistencia primaria, la utilización de sus servicios y estudios sobre la población y su mortalidad en la Comunidad Valenciana. Todo ello siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud a la hora de reorientar los sistemas nacionales de salud, para equilibrar necesidades y recursos sanitarios, y la utilización de los mismos por la población.

A las obligadas cautelas del estudio mencionado sobre la morbilidad atendida en la asistencia primaria del sistema sanitario público, se añaden hoy las derivadas del tiempo transcurrido y las actuaciones sanitarias que han venido desarrollándose desde su publicación. Con todo ello, veamos lo que en 1984 fueron los motivos de consulta médica más frecuentes en la Comunidad Valenciana y las diferencias particulares de la comarca de La Ribera Alta²⁷.

La Comunidad Valenciana

Morbilidad general. La morbilidad general atendida en el nivel primario de la asistencia sanitaria pública arrojó una tasa de 98,21 por 1.000 habitantes por semana. Predominan ligeramente las mujeres sobre los hombres, aunque ello se invierte en la infancia y entre los mayores de 65 años. La mayor demanda de asistencia se observó en estos dos grupos de edad, y la menor en la población de entre 15 y 44 años. La mayoría de las consultas médicas requería tratamiento curativo pero, aproximadamente el 9% de ellas —casi 9 por cada mil habitantes por semana—, demandaba prevención, planificación familiar y cuidados materno-infantiles. De las comarcas de

en evidencia necesidades particulares de cada una de ellas en relación con el conjunto de la Comunidad. Por todo ello, sus resultados no son extrapolables en el tiempo ni tampoco fuera del marco geográfico más que con toda clase de precauciones: las comparaciones con otros estudios de morbilidad fuera de la Comunidad Valenciana deben ser cautas en extremo. Lo mismo que las comparaciones con estudios posteriores de morbilidad realizados en la comarca de la Ribera Alta, no sólo por el lapso de tiempo que los separa sino también, como veremos, por el método utilizado para la recogida de la información y la clasificación elegida para ordenar los motivos de consulta de la población en el nivel primario de la asistencia sanitaria pública.

²⁷ Los datos proceden del estudio citado de F. ALMENAR ROIG (1988) Las tablas y especialmente los cuadros que ofrecemos están tomados íntegra o parcialmente, o han sido elaborados sobre la información que dicho estudio ofrece.

la Comunidad, solamente en la Ribera Baja se observó una morbilidad general mayor que la esperada de acuerdo con sus tasas de utilización de los servicios sanitarios y en relación a otras comarcas costeras y con una población de características semejantes. La riada de octubre de 1982 se señalaba como posible factor responsable de ello.

Morbilidad específica. Grandes grupos de enfermedades. En el conjunto de la Comunidad destacaban cuatro grandes grupos de enfermedades que, en orden de mayor a menor morbilidad, son las enfermedades del aparato respiratorio, las del aparato circulatorio, las del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo, y las enfermedades del aparato digestivo²⁸.

Tabla nº. 12

**Morbilidad proporcional de los grandes grupos de enfermedades.
Comunidad Valenciana, 1983-84**

<i>Grupos de enfermedades</i>	<i>Morbilidad proporcional</i>
Enfermedades del aparato respiratorio	29,7%
Enfermedades del aparato circulatorio	17,0%
Enfermedades del sistema músculo esquelético y del tejido conectivo	9,6%
Enfermedades del aparato digestivo	8,4%
Resto de enfermedades	35,3%

Fuente: ALMENAR, F. (1988) *Morbilidad atendida en asistencia primaria en la Seguridad Social, Comunidad Valenciana*, 2 vols., Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.

En relación con otros estudios de esta clase, la autora señalaba la semejanza del patrón de morbilidad, por grandes grupos de enfermedades, obtenido para la Comunidad Valenciana con el de la población de la ciudad de Barcelona, el de algunas áreas piloto francesas y el de un área de la ciudad de Madrid, donde las enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y músculo-esquelético eran en este orden los motivos de consulta más frecuentes. Asimismo, mostraba la diferencia con el patrón de la población de

²⁸ Los motivos de consulta se tradujeron según la clasificación internacional de problemas de salud en atención primaria conocida como WONCA ICHPP-2, (Oxford, 1971), normalizándose de forma centralizada y no en cada uno de los lugares de recogida de los datos, las consultas de medicina general y de pediatría de la Seguridad Social.

Jerez (Cádiz) y Bilbao donde otros grupos de enfermedades destacaban como motivos más frecuentes de consulta: las afecciones infecciosas y parasitarias, que en la Comunidad Valenciana ocupaban el 11º lugar, y las enfermedades del aparato digestivo, respectivamente. En Cuenca, Segovia y Tortosa la primera causa resultó ser el grupo de enfermedades del aparato circulatorio.

Veamos dentro de estos grandes grupos, las enfermedades particulares que originaron mayor número de consultas.

Las afecciones agudas del tracto respiratorio superior suponen casi la mitad de las consultas por *enfermedades respiratorias* en atención primaria, y a ellas siguen, dentro del grupo, las bronquitis agudas. Ambas enfermedades son las primeras causas de demanda asistencial para ambos sexos. Las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) son el tercer motivo de consulta de los hombres, mientras que constituyen el quinto entre las mujeres. Las afecciones respiratorias se observan con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres. La mayor demanda se produce en la infancia. Por sexos, las tasas resultan mayores en la infancia para la mujeres y en la ancianidad para los hombres.

El segundo grupo de enfermedades con mayor demanda de asistencia primaria lo constituyen las *enfermedades del aparato circulatorio*. Dentro de este grupo, la hipertensión arterial no complicada y las afecciones cerebrovasculares son el primero y el segundo motivo de consulta; juntas suponen el 50% de la morbilidad atendida en asistencia primaria de este grupo de enfermedades. Les siguen las enfermedades circulatorias mal definidas y la cardiopatía isquémica crónica.

Las dos primeras lo son tanto para los hombres como para las mujeres. Para todas las enfermedades del grupo, exceptuando la cardiopatía isquémica crónica y la enfermedad periférica vascular, es mayor la proporción de mujeres que de hombres, y sobre todo en las venas varicosas de los miembros inferiores y la hipotensión postural, que resultaron característicamente femeninas. Las diferencias de morbilidad en los distintos grupos de edad son notables: Con la edad, las enfermedades del aparato circulatorio van cobrando presencia hasta constituir el primer motivo de consulta, el de mayor morbilidad, entre los mayores de 65 años.

La osteoartritis y afecciones afines originan el 40% de las consultas por *enfermedades del sistema músculoesquelético y del tejido conectivo*. A ellas siguen, muy a distancia, la osteoartritis de columna y el dolor de espalda sin irradiación. Los grupos de edad de entre 15 a 44 años y de entre 45 y 65 determinan el patrón general de estas afecciones; en los menores de 15 años predominan los dolores en las extremidades y las enfermedades mal definidas; en los mayores de 65 años, la primera causa la constituyen las osteoartritis de articulaciones periféricas, disminuye la proporción de las osteoartritis de columna, y aumenta la de las enfermedades mal definidas, además de ser el grupo con mayor presencia de osteoporosis.

Para el conjunto de todas las enfermedades de este grupo, las tasas son mayores en las mujeres que en los hombres, y la osteoporosis sólo figura para las mujeres aunque en undécimo lugar por su frecuencia. La demanda de asistencia por estas enfermedades aumenta con la edad. Aunque en la población mayor de 65 años origina la mayor cantidad de consultas en términos absolutos, la demanda proporcional es mayor en el grupo de 45 a 65 años. Predomina en las mujeres en todos los grupos de edad, de forma notable en los mayores de 65 años.

El cuarto grupo de enfermedades, las del *aparato digestivo*, presentan un ligero predominio del sexo masculino en el conjunto de la Comunidad Valenciana; sin embargo, en las provincias de Valencia y Castellón, estas enfermedades predominan en las mujeres. Las tasas aumentan con la edad, aunque en los grupos de 15 a 45 años y de 45 a 65 años se observan las proporciones más altas respecto a la morbilidad global de dichos grupos.

Las afecciones más frecuentes son, en este orden, «otras enfermedades del estómago y duodeno», «colon irritable y trastornos intestinales no especificados» y «otras úlceras pépticas». Las dos primeras con predominio femenino y la última masculino. La primera causa lo es para los dos sexos. En el caso de los hombres, la segunda, tercera y cuarta causas son «otras úlceras pépticas», la úlcera duodenal sin complicaciones o con ellas, y el colon irritable; en las mujeres adquieren una notable proporción los trastornos de vesícula y vías biliares.

Resulta evidente, pues, el predominio de las enfermedades respiratorias en todos los grupos de edad y en ambos sexos hasta los 60 años, edad en que deja el lugar a las enfermedades circulatorias. Las enfermedades del aparato locomotor asoman en la edad adulta para constituir sus formas crónicas, con las enfermedades circulatorias y respiratorias también crónicas, la tríada característica de la vejez.

Tabla nº. 13

Los cuatro primeros grandes grupos de enfermedades por orden de mayor a menor morbilidad en atención primaria en la Comunidad Valenciana. Causas específicas que comprenden²⁹

Enfermedades del aparato respiratorio

Infecciones agudas del tracto respiratorio superior

Amigdalitis aguda y tonsilitis

Laringitis y traqueítis aguda

Bronquitis y bronquiolitis aguda

Influenza

Enfisema y Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas

Asma

Tos

Enfermedades del aparato circulatorio

Fiebre reumática

Hipertensión arterial no complicada

Cardiopatía isquémica

Valvulopatías no reumáticas

Otras enfermedades cerebrovasculares

Arterioesclerosis

Enfermedad periférica vascular

Flebitis y tromboflebitis

Venas varicosas en las piernas

Hemorroides

hipotensión postural

Enfermedades mal definidas del aparato circulatorio

²⁹ En cursiva, las causas específicas que comportan el 50% de la morbilidad dentro de cada grupo. La elaboración de esta lista es nuestra a partir de las tablas de ALMENAR, F. (1988).

Enfermedades del sistema músculo esquelético y tejido conectivo

Artritis reumatoide
Osteoartritis y condiciones afines
Osteoartritis de columna
Dolor y rigidez articulares
Síndrome de columna cervical
Otras bursitis y tendinitis
Dolor de espalda sin síntomas de irradiación
Hombro doloroso
Dolor y otros síntomas de las extremidades
Deformidades adquiridas en columna
Osteoporosis
Otros reumatismos no articulares
Enfermedades mal definidas

Enfermedades del aparato digestivo

Enfermedades de los dientes y estructuras de apoyo
Enfermedades de la boca, lengua y glándulas salivares
Úlcera duodenal
Otras úlceras pépticas
Otras enfermedades del estómago y duodeno
Hernia inguinal
Hernia diafragmática o hiatal
Colon irritable y trastornos intestinales no especificados
Estreñimiento
Cirrosis
Trastornos de vesícula y vías biliares
Enfermedades mal definidas del sistema digestivo

Fuente: ALMENAR, F. (1988) *Morbilidad atendida en asistencia primaria en la Seguridad Social, Comunidad Valenciana*.

Morbilidad específica. Causas específicas. El patrón de morbilidad detectado en asistencia primaria para las afecciones particulares que mayor número de consultas originaron, en orden de mayor a menor frecuencia es el siguiente:

Infecciones agudas del tracto espiratorio superior (IRAS)
Hipertensión arterial no complicada
Bronquitis y bronquiolitis aguda
Osteoartritis y condiciones afines
Amigdalitis aguda
Enfisema y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
Otras enfermedades cerebrovasculares
Diabetes mellitus

Este patrón variaba según sexos de la siguiente manera:

Hombres

Infecciones agudas del tracto espiratorio superior (IRAS)
Bronquitis y bronquiolitis aguda
Enfisema y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
Hipertensión arterial no complicada
Amigdalitis aguda
Otras enfermedades cerebrovasculares
Osteoartritis y condiciones afines
Cardiopatía isquémica crónica

Mujeres

Infecciones agudas del tracto espiratorio superior (IRAS)
Hipertensión arterial no complicada
Osteoartritis y condiciones afines
Bronquitis y bronquiolitis aguda
Amigdalitis aguda
Otras enfermedades cerebrovasculares
Diabetes mellitus
Influenza

Las diferencias por grandes grupos de edad observadas fueron, en lo que se refiere a las causas que originaron la mitad de la demanda asistencial, las siguientes:

0-14 años

Infecciones agudas del tracto espiratorio superior (IRAS)
Amigdalitis aguda
Bronquitis y bronquiolitis aguda
Hipertensión arterial no complicada
Anorexia
Colon irritable/trastornos intestinales NEC

15-44 años

Infecciones agudas del tracto espiratorio superior (IRAS)
Bronquitis y bronquiolitis aguda
Influenza
Amigdalitis aguda
Depresión
Otras enfermedades del estómago y duodeno
Cefalea
Dolor de espalda sin síntomas de irradiación
Cistitis e infecciones urinarias

45-65 años

Hipertensión arterial no complicada
Osteoartritis y condiciones afines
Infecciones agudas del tracto espiratorio superior (IRAS)
Bronquitis y bronquiolitis aguda
Diabetes mellitus

mayores de 65 años

Hipertensión arterial no complicada
Otras enfermedades cerebrovasculares
Enfisema y EPOC
Osteoartritis y condiciones afines
Bronquitis y bronquiolitis aguda
Diabetes mellitus

En lo que se refiere a las distribución geográfica de la morbilidad específica, resultó ser mayor la semejanza entre comarcas que la diferencia. Según la autora del estudio, las peculiaridades propias de cada comarca se manifestaron algo más notables en las comarcas del interior, y a propósito de ello señalaba que en el interior la población se muestra más envejecida que en las comarcas costeras. Recordemos que las comarcas del interior se caracterizan también frente a las costeras por su diferente actividad económica y su ruralidad. Por áreas de salud sí resultaban diferencias significativas en ocho de ellas, entre las que se contaba el área 16 pero no la 14, que es la que abarca prácticamente la Ribera Alta.

Morbilidad específica. Enfermedades de declaración obligatoria. El estudio de las enfermedades de declaración obligatoria, a pesar de la infradeclaración existente y la desigual notificación según los ámbitos geográficos, mostró para el conjunto de la Comunidad unas tasas elevadas de enfermeda-

des transmitidas por vía fecal-oral, así como la existencia de enfermedades prevenibles por la vacunación prevista en los programas sanitarios establecidos al respecto y también la importancia de las enfermedades de transmisión sexual. Puso de relieve asimismo que la tuberculosis pulmonar seguía constituyendo un problema sanitario en la Comunidad Valenciana. Las afecciones con mayor incidencia resultaron ser las infecciones agudas del tracto respiratorio superior.

El estudio ponía de manifiesto especialmente un problema de saneamiento en el conjunto de la Comunidad Valenciana, la necesidad de reforzar los programas de vacunación establecidos, la necesidad de diagnosticar la tuberculosis pulmonar en el nivel primario de la asistencia sanitaria para detectar bolsas hiperendémicas de la afección, también en zonas rurales, y desarrollar la prevención primaria de la enfermedad, así como también la necesidad de tomar medidas higiénico-preventivas para luchar contra la brucelosis en toda la comunidad. Las tasas relativas a las enfermedades de transmisión sexual eran, según la autora, una pequeña muestra de la realidad.

La Ribera Alta

La Ribera Alta presentaba una morbilidad general algo menor que el conjunto de la Comunidad Valenciana: 95,07 por 1000 habitantes por semana, excepto para el grupo de edad de entre 15 y 44 años, en el que resultó similar a la del conjunto. La demanda fue mayor en el caso de las mujeres, tanto globalmente considerada (índice de masculinidad de 0,87) como en todos los grupos de edad. El 6,12% de la demanda fue de asistencia preventiva, en proporción mayor que la planificación familiar y los cuidados materno-infantiles.

El patrón de morbilidad específica resultó superponible al característico de la Comunidad Valenciana en lo que se refiere a grandes grupos de enfermedades, tanto de toda la población como por sexos. En cuanto a las causas específicas, se observó para la Ribera Alta un aumento de la demanda asistencial por enfermedades respiratorias agudas.

El área 14 también mostraba una morbilidad general algo menor que la del conjunto de la población valenciana, 89,4 por 1000 habitantes por semana, y para todos los grupos de edad. Por sexos, la demanda fue mayor por parte de las mujeres (índice de masculinidad de 0,89) excepto en el grupo de los mayores de 65 años, en el que predominó la demanda masculina. La mor-

bilidad específica reproducía el patrón observado para el conjunto de la Comunidad, tanto en el orden como en las proporciones de los grandes grupos de enfermedades. Entre las causas específicas, las infecciones respiratorias agudas resultaban ligeramente elevadas respecto a la tasa de la Comunidad Valenciana y de la provincia de Valencia. La demanda de asistencia preventiva fue de un 6,2%.

En la comarca limítrofe Ribera Baja y en la también limítrofe área 16, la hipertensión arterial no complicada resultó la primera causa de enfermedad crónica atendida, como en la Comunidad Valenciana en su conjunto, pero algo elevada sobre la norma en el caso del área 16. En esta última área, la 16, a diferencia de lo observado para el conjunto de la Comunidad, el patrón general de morbilidad por grandes grupos de enfermedades presentaba en 5º lugar las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, característico asimismo, por sexos, de los hombres en esta área; el patrón de morbilidad específica por grandes grupos de enfermedades era sin embargo similar al del conjunto de la Comunidad Valenciana para las mujeres.

Tabla nº. 14

Morbilidad proporcional de las principales enfermedades atendidas en asistencia primaria en la Ribera Alta, en el área 14, y su coeficiente de masculinidad

<i>Enfermedades</i>	Ribera Alta		área 14	
	<i>morbilidad proporcional %</i>	<i>coef. de masc.</i>	<i>morbilidad proporcional %</i>	<i>coef. de masc.</i>
IRAS	10,6	0,81	11,1	0,82
Bronquitis y bronquiolitis agudas	7,0	1,26	7,2	1,30
Hipertensión arterial no complicada	5,2	0,48	5,2	0,48
Enfisema y EPOC	4,2	2,71	3,9	2,71
Osteoartritis	4,1	0,50	4,1	0,54
Amigdalitis aguda	4,0	0,91	4,2	0,96
Otras enfermedades cerebrovasculares	3,1	0,96	3,0	0,97
Diabetes mellitus	2,6	0,67	2,5	0,68
Influenza	2,2	1,13	2,4	1,19
Otras enfermedades del estómago y duodeno	1,9	1,26	1,7	1,45
Venas varicosas de las piernas	1,8	0,49	1,9	0,53
Depresión	1,7	0,52	1,4	0,53
Osteoartritis de columna	1,6	0,52	1,6	0,51
Enf. mal definidas del sistema circulatorio	1,4	0,96	1,4	0,90

Cefalea	1,4	0,58	1,6	0,60
Colon irritable	1,3	0,95	1,5	0,92
Insuficiencia cardiaca	1,3	0,87	1,2	1,00
Cardiopatía isquémica crónica	1,1	3,13	1,0	2,39
Anorexia	1,1	0,80	1,2	0,88
Otras neurosis no especificadas	1,1	0,53	1,2	0,53
Dolor de espalda sin síntomas de irradiación	1,0	1,84	1,1	1,82
Dermatitis de contacto	1,0	0,69	1,1	0,59
Contusión; magulladuras	1,0	1,25	1,0	1,57
Cistitis	0,9	0,47	0,9	0,54
Otras úlceras pépticas	0,9	4,14	0,9	4,20
Arterioesclerosis	0,8	0,58	0,9	0,54
Estreñimiento	0,8	0,50	-	-
Conjuntivitis bacteriana	0,8	0,62	-	-
Morbilidad proporcional de las 26 primeras causas %	65,9		65,2	

Fuente: ALMENAR, F. (1988) *Morbilidad atendida en asistencia primaria en la Seguridad Social, Comunidad Valenciana*, Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.

Con mayor detalle *por sexos*, las cifras anteriores permiten ordenar las enfermedades de mayor a menor morbilidad:

La Ribera Alta

Mujeres

IRAS
Bronquitis y bronquiolitis agudas
Hipertensión arterial no complicada
Osteoartritis
Amigdalitis
Diabetes mellitus
Otras enfermedades cerebrovasculares
Venas varicosas de las piernas
Enfisema y EPOC
Depresión
Influenza
Osteoartritis de columna
Cefalea

Hombres

IRAS
Bronquitis y bronquiolitis agudas
Enfisema y EPOC
Amigdalitis
Hipertensión arterial no complicada
Otras enfermedades cerebrovasculares
Osteoartritis
Influenza
Otras enf. del estómago y duodeno
Diabetes mellitus
Cardiopatía isquémica crónica
Otras úlceras pépticas

área 14

Mujeres

IRAS
Hipertensión arterial no complicada
Bronquitis y bronquiolitis agudas
Osteoartritis
Amigdalitis
Otras enfermedades cerebrovasculares
Diabetes mellitus
Venas varicosas de las piernas
Influenza
Enfisema y EPOC
Osteoartritis de columna
Cefalea
Depresión

Hombres

IRAS
Bronquitis y bronquiolitis agudas
Enfisema y EPOC
Amigdalitis
Hipertensión arterial no complicada
Otras enfermedades cerebrovasculares
Osteoartritis
Influenza
Otras enf. del estómago y duodeno
Diabetes mellitus
Cardiopatía isquémica crónica
Colon irritable
Otras úlceras pépticas

Fuente: ALMENAR, F. (1988) *Morbilidad atendida en asistencia primaria en la Seguridad Social, Comunidad Valenciana*, 2 vols., Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.

Destaca que, como en la Comunidad Valenciana, las infecciones agudas de las vías respiratorias altas sean la primera causa de morbilidad en todos los casos. Recordamos que su incidencia presenta un carácter estacional.

Entre las causas más frecuentes, destaca que la hipertensión arterial no complicada y las osteoartritis tienen una mayor morbilidad entre las mujeres, lo mismo que la diabetes sacarina, mientras que el enfisema y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas predominan entre los hombres.

Con una menor presencia que las anteriores, las afecciones del estómago y duodeno –la úlcera péptica incluida–, la cardiopatía isquémica crónica y el colon irritable tienen un predominio claro entre los hombres, y que no figuran entre las principales causas de morbilidad en las mujeres. Por el contrario, la cefalea, la depresión y las osteoartritis de columna son característicamente femeninas.

En sus rasgos más generales el patrón se superpone con el de la Comunidad Valenciana en su conjunto, aunque en el caso de los hombres en la Ribera Alta, la cardiopatía isquémica crónica presenta una morbilidad por debajo de la Diabetes sacarina, la influenza y otras enfermedades del estómago y

duodeno. En el caso de la morbilidad femenina, las venas varicosas de las piernas se sitúan por delante de la influenza, ocupando el 8º lugar.

En cuanto a la distribución de la morbilidad por *grupos de edad*, las causas específicas responsables del 50% de la demanda de asistencia fueron, en orden decreciente de frecuencia las siguientes:

0-14 años

Infecciones agudas del tracto respiratorio superior (IRAS)

Amigdalitis aguda

Bronquitis y bronquiolitis aguda

15-44 años

Infecciones agudas del tracto respiratorio superior (IRAS)

Bronquitis y bronquiolitis aguda

Influenza

Amigdalitis aguda

Cefalea

Depresión

Dolor de espalda sin síntomas de irradiación

Otras enfermedades del estómago y duodeno

Hipertensión arterial no complicada

Enfermedades de los dientes

Otras neurosis no especificadas

Obesidad

Contusión, magulladuras

Dermatitis de contacto

Osteoartritis

Laceración, herida abierta

45-65 años

Hipertensión arterial no complicada

Osteoartritis y condiciones afines

Bronquitis y bronquiolitis aguda

Enfisema y EPOC

Infecciones agudas del tracto respiratorio superior (IRAS)

Osteoartritis de columna

Diabetes mellitus

Venas varicosas de las piernas

Otras enfermedades cerebrovasculares
Cefalea
Depresión
Otras enfermedades del estómago y duodeno
Influenza

Mayores de 65 años

Hipertensión arterial no complicada
Otras enfermedades cerebrovasculares
Enfisema y EPOC
Bronquitis y bronquiolitis aguda
Osteoartritis y condiciones afines
Diabetes mellitus
IRAS
Enfermedades mal definidas del sistema circulatorio

Si lo comparamos con el patrón general observado en la Comunidad Valenciana, resulta similar, aunque aparecen algunas diferencias:

En el primer grupo, la población de hasta 15 años, las tres primeras causas de la morbilidad, comunes al resto de la comunidad, originaron el 50% de la demanda de asistencia en atención primaria. Se trata de enfermedades agudas del aparato respiratorio.

En los adultos de hasta 45 años, las ocho primeras causas coinciden con las del conjunto de la comunidad, donde junto con las enfermedades agudas del aparato respiratorio aparecen la depresión, la cefalea y el dolor de espalda sin síntomas de irradiación. La novena causa en la Comunidad Valenciana, cistitis e infecciones urinarias, no consta para las causas del 50% de la demanda de asistencia primaria en la Ribera Alta, y sin embargo figuran otras ocho afecciones entre las que destacan la hipertensión arterial –comprendida en los trastornos circulatorios–, y las del aparato locomotor, especialmente las debidas a traumatismos. La obesidad, las neurosis sin especificar y las dermatitis de contacto hacen su aparición en este grupo de edad.

En los adultos mayores de 45 años, el patrón reproduce en términos generales el del conjunto de la Comunidad Valenciana: las afecciones circulatorias cobran relevancia frente a las del aparato respiratorio; entre estas últimas hacen su aparición las afecciones crónicas; y sobre todo destaca la presencia de las osteoartritis y condiciones afines, también de columna vertebral. La diabetes mellitus ocupa el 7º en lugar del 5º puesto, por debajo de las EPOC y de las osteoartritis de columna, afecciones ambas que no figura-

ban entre las causas responsables del 50% de la morbilidad en este grupo de edad en la Comunidad Valenciana. A las cinco causas responsables de esa mitad de la demanda asistencial en atención primaria, se suman en la Ribera Alta otras seis causas, entre ellas las venas varicosas de las piernas, la cefalea, la depresión, «otras enfermedades cerebrovasculares», «otras enfermedades del estómago y duodeno» y la influenza.

De todos los grupos de edad, los mayores de 65 años presentan en la Ribera Alta el patrón más ajustado a la norma observada para la Comunidad Valenciana: las enfermedades circulatorias predominan, y junto con ellas son características de este grupo de edad las osteoartritis y similares y las afecciones respiratorias crónicas. Las bronquitis agudas y la diabetes sacarina completan el cuadro de las causas del 50% de la morbilidad atendida en asistencia primaria en este grupo de edad.

Para resumir estos aspectos de la morbilidad específica por grupos de edad, destacaremos que la presencia de las afecciones respiratorias va cediendo el paso con la edad a las afecciones cardiocirculatorias, especialmente representadas por la hipertensión arterial. También con la edad comienzan a cobrar importancia las osteoartritis y condiciones afines, presentes ya en la población adulta alrededor de los 45 años.

Si las afecciones respiratorias dominantes en la infancia y juventud son las infecciosas y agudas, las crónicas no infectocontagiosas —enfisema y EPOC— prevalecen entre los mayores de 45 años y se hacen dominantes en la vejez.

Las afecciones metabólicas aparecen por primera vez en el grupo de adultos jóvenes —entre 15 y 44 años— representadas por la obesidad; la diabetes mellitus aparece por primera vez entre las afecciones responsables de la mitad de la morbilidad entre los mayores de 45 años, para mantenerse en un lugar destacado en los mayores de 65 años.

Aun sin contarse entre las enfermedades de mayor morbilidad, hay afecciones características de cada grupo de edad: las infecciones respiratorias agudas, especialmente del tracto superior, entre los niños. Los traumatismos son más propios del grupo de los jóvenes entre 15 y 45 años. Las enfermedades mentales, en especial la depresión, aparecen característicamente entre la población adulta, de 15 a 65 años. En el grupo de los adultos jóvenes figuran también neurosis no especificadas.

Ya hemos mencionado la importancia que comienzan a cobrar las enfermedades circulatorias, las crónicas del aparato locomotor y del respiratorio y

las metabólicas, entre los 45 y los 65 años. Apenas presentes entre los 15 y los 45 años, destacan como primeras responsables de la morbilidad entre los 45 y los 65 años. La hipertensión arterial, las enfermedades crónicas respiratorias y las osteoartritis y condiciones afines constituyen una tríada característica de los viejos.

Las enfermedades atendidas en asistencia primaria en la actualidad

Como mencionamos, no existe en la actualidad un registro de la morbilidad en atención primaria en la Comunidad Valenciana, a excepción de las enfermedades de declaración obligatoria. Tampoco hay estudios recientes de la morbilidad en asistencia primaria ni generales ni particulares de la Comunidad. Dentro del programa «Ciudades sanas para el año 2000», los municipios valencianos, también de la Ribera Alta, han emprendido recientemente diagnósticos de salud de su población. Sin embargo, no existe una coordinación entre ellos y sus datos resultan de lo más diverso y difícil de manejar, en especial en lo que se refiere a la morbilidad.

Entre estos diagnósticos municipales de salud contamos sin embargo con el realizado en 1990 en Carcagente, de características muy especiales que ya comentamos. Uno de sus siete volúmenes recoge y analiza la morbilidad atendida en asistencia primaria durante un año completo, ya que se realizó desde el propio centro de atención primaria de Carcagente. Por ello exponemos brevemente a continuación algunos de los resultados de este estudio, con la intención de comprobar si se ajustan a los patrones que se observaban seis años atrás en la comarca de la Ribera Alta y en la Comunidad Valenciana en general. Tras ello nos ocuparemos de las enfermedades de declaración obligatoria en la Ribera Alta.

El caso particular de Carcagente, 1990³⁰

El estudio de la morbilidad atendida en asistencia primaria en Carcagente se realizó registrando todos los problemas que constituyeron motivo de

³⁰ L. SANCHEZ RUIZ (1993) Los datos sobre Carcagente proceden todos de este trabajo. Las tablas y los cuadros que ofrecemos se han elaborado con ellos.

consulta en pediatría y medicina general en el centro de atención primaria de Carcagente durante el año 1990, tanto en sus consultorios como en los domicilios de los pacientes. Su autor era entonces el coordinador del «Programa Ciudades Sanas» en Carcagente y contó con la colaboración de los médicos del Equipo de Atención Primaria de la localidad.

En cuanto a la *morbilidad general*, la situación que revela es similar a la observada en 1984 para toda la Comunidad Valenciana y la comarca de la Ribera Alta:

En primer lugar, destaca la elevada demanda de asistencia, aunque en Carcagente hoy supera ampliamente lo observado en 1984 para el conjunto de la comarca y la Comunidad: abarca prácticamente al 30% de los asegurados.

La proporción de mujeres supera ligeramente a la de los hombres que solicitaron asistencia, excepto entre los menores de 15 años, en que se invierte la proporción, a pesar de que también en éste hay una sobremortalidad femenina. Se trata de un fenómeno extendido en nuestro ámbito cultural que apunta, según el autor, a la existencia de factores psicológicos en la mayor demanda masculina de asistencia en este grupo de edad. En la Comunidad Valenciana, seis años atrás, sucedía idéntico fenómeno en éste y en el grupo de edad de los mayores de 65 años, cosa que no ocurría entonces para la Ribera Alta, ni hoy en Carcagente, donde la morbilidad femenina predomina en el grupo de edad de los mayores.

Por edades, la mayor demanda proviene de los mayores de 65 años.

La mayoría de las consultas demandaban tratamiento curativo.

La morbilidad resultó distribuirse *por grandes grupos de enfermedades*³¹ de forma similar a los datos de 1984 observados en la Comunidad y en la Ribera Alta: las enfermedades respiratorias se mantienen en primer lugar, seguidas de las del aparato circulatorio y de las del aparato locomotor y teji-

³¹Los diagnósticos o motivos de consulta en atención primaria fueron codificados según la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria, en su última versión, de 1988. Se trata de la «CIPSAP-2-definida», del comité de la Organización mundial de colegios nacionales, academias y asociaciones académicas de médicos generales y médicos de familia (WONCA), una codificación estrechamente relacionada con la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión (CIE-9), de la OMS.

do conectivo. El cuarto lugar, sin embargo, corresponde a las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Las enfermedades del aparato digestivo quedan desplazadas al quinto lugar que además comparten con las enfermedades mentales. Tras ellas siguen los «síntomas, signos y estados patológicos mal definidos».

Tabla nº. 15

Morbilidad proporcional y coeficiente de masculinidad de los siete primeros grandes grupos de enfermedades. Carcagente, 1990

<i>Grandes grupos de enfermedades</i>	<i>morbilidad proporcional %</i>	<i>coeficiente de masculinidad</i>
Enfermedades del aparato respiratorio	26,16	0,81
Enfermedades del aparato circulatorio	14,82	0,46
Enfermedades del aparato locomotor y del tejido conectivo	8,31	0,51
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	8,13	0,43
Enfermedades mentales	6,65	0,43
Enfermedades del aparato digestivo	6,36	0,73
Síntomas, signos y estados patológicos mal definidos	5,91	0,71

Fuente: Sánchez Ruiz, L. (1993) *Morbilidad diagnosticada en Atención Primaria en Carcaixent, Valencia.*

El patrón variaba *por sexos*, como muestra en parte la tabla anterior y las siguientes con detalle. A los tres primeros grandes grupos sigue en el caso de los hombres el de estados patológicos mal definidos, por delante de las enfermedades endocrinas, del metabolismo y la nutrición. Para las mujeres, en cambio, éstas constituyen el tercer gran grupo de enfermedades responsables de la morbilidad, seguidas en cuarto lugar por las enfermedades del aparato locomotor. Las enfermedades mentales se sitúan algo por delante de las digestivas en el grupo de las mujeres. El orden de mayor a menor morbilidad para los grandes grupos de enfermedades, por sexos queda como sigue:

Hombres

Enfermedades del aparato respiratorio

Enfermedades del aparato circulatorio

Enfermedades del ap. locomotor y del tejido conectivo síntomas, signos y estados patológicos mal definidos

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Mujeres

Enfermedades del aparato respiratorio

Enfermedades del aparato circulatorio

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Enfermedades del ap. locomotor y del tejido conectivo

Enfermedades mentales

Enfermedades del aparato digestivo

Para ambos sexos, el primer y segundo grupo de enfermedades responsables de la mayor morbilidad son, como en el patrón general, las del aparato respiratorio y las del circulatorio. Sin embargo, la morbilidad proporcional varía según los sexos.

En el caso de los hombres, la morbilidad proporcional de las enfermedades respiratorias aumenta respecto del patrón general y la de las afecciones del circulatorio disminuye; lo mismo sucede para las enfermedades endocrinas, metabólicas y de la nutrición, y también disminuye, aunque en menor medida, la morbilidad proporcional de las dolencias del aparato locomotor. Los signos, síntomas y estados patológicos mal definidos aumentan en los hombres respecto del patrón general.

Con respecto del patrón general de morbilidad proporcional, en las mujeres se observa disminuido ligeramente el grupo de enfermedades del aparato respiratorio y apenas también el de enfermedades del aparato digestivo. Por el contrario, está claramente elevada la morbilidad de las enfermedades cardiocirculatorias, las endocrinopatías y trastornos del metabolismo y la nutrición, y las del aparato locomotor. La morbilidad de las enfermedades mentales también es algo mayor.

En cuanto a las *causas específicas de la morbilidad*, las cuatro primeras son las mismas que las observadas en la Comunidad Valenciana y en la Ribera Alta seis años antes: Las infecciones agudas de las vías respiratorias

superiores, la hipertensión arterial no complicada, las bronquitis y bronquiolitis agudas y las artrosis. A continuación, sin embargo, ya no figuran ni la amigdalitis aguda, ni las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. La diabetes mellitus que ocupaba el 8º lugar en la Ribera Alta en 1984, es ahora en Carcagente la 5ª causa de morbilidad en atención primaria. Las enfermedades cerebrovasculares, que ocupaban el 7º lugar por delante de la diabetes, en Carcagente ocupan hoy el 8º, tras las dislipemias y la depresión. Las psicosis afectivas constituyen la siguiente causa de morbilidad más frecuente. Ninguna de las tres últimas figuraba entre las nueve primeras causas en la Ribera Alta en 1984.

Tabla nº. 16

**Enfermedades de mayor morbilidad en asistencia primaria.
Carcagente, 1990**

<i>Diagnóstico específico</i>	<i>morbilidad proporcional %</i>
IRAS	11,50
Hipertensión arterial no complicada	6,97
Bronquitis y bronquiolitis agudas	5,40
Artrosis	4,17
Diabetes mellitus	3,79
Dislipemias	2,99
Depresión	2,62
Otras enfermedades cerebrovasculares	2,48
Psicosis afectivas	2,25
TOTAL	42,17

Fuente: SANCHEZ RUIZ, L. (1993) *Morbilidad diagnosticada en Atención Primaria en Carcaixent, Valencia.*

Por sexos, la diferencia en el patrón se superpone a la observada con anterioridad en Comunidad Valenciana en lo que se refiere a las cuatro primeras causas de la morbilidad: en ambos sexos, las infecciones respiratorias agudas del tracto superior (IRAS) constituyen la primera causa. En el caso de los hombres, sigue la bronquitis y bronquiolitis aguda, las enfermedades

pulmonares obstructivas crónicas y la hipertensión arterial no complicada, en este orden. En las mujeres, tras las IRAS destaca la hipertensión arterial no complicada, seguida de las artrosis y las bronquitis y bronquiolitis agudas. En la Ribera Alta, y el área 14, la amigdalitis aguda se introducía en este grupo alterando el patrón. Las siguientes cuatro causas, en hombres y mujeres, difieren de lo observado anteriormente en la comarca y en la Comunidad Valenciana, en especial en lo relativo a otras enfermedades cerebrovasculares: por delante de ellas, en el caso de los hombres, se sitúan las artrosis, la diabetes mellitus, la depresión y las dislipemias; en el caso de las mujeres, la diabetes mellitus y las dislipemias muestran también una mayor morbilidad:

Tabla nº. 17

Principales causas específicas de la morbilidad atendida en asistencia primaria por sexos, Carcagente, 1990

<i>Hombres</i>	<i>morbilidad proporcional %</i>	<i>Mujeres</i>	<i>morbilidad proporcional %</i>
IRAS	11,69	IRAS	11,38
Bronquitis agudas	6,31	HTA no complicada	8,26
EPOC	6,10	Artrosis	4,91
HTA no complicada	4,91	Bronquitis agudas	4,82
Artrosis	2,98	Diabetes mellitus	4,60
Diabetes mellitus	2,49	Dislipemias	3,57
Depresión	2,45	Enfermedades cerebrovasculares	2,78
Dislipemias	2,07	Psicosis afectivas	2,75
Enfermedades cerebrovasculares	2,00	Depresión	2,73
Psicosis afectivas	1,44		
TOTAL	42,44	TOTAL	45,8

Fuente: SANCHEZ RUIZ, L. (1993) *Morbilidad diagnosticada en Atención Primaria en Carcaixent, Valencia.*

En ambos sexos es dominante la infección aguda del tracto respiratorio superior. La única afección no compartida por hombres y mujeres entre las primeras causas de la morbilidad es la enfermedad obstructiva pulmonar

crónica, que resulta ser característicamente masculina puesto que no aparece entre las principales causas de morbilidad femenina.

Destaca el predominio de la hipertensión arterial no complicada, las artrosis y la diabetes mellitus entre las mujeres; las enfermedades cerebrovasculares, las dislipemias, la depresión y las psicosis afectivas afectan ligeramente más a las mujeres que a los hombres.

El fenómeno del predominio femenino en las consultas aumenta con la *edad*. A excepción del grupo de entre 7 y 14 años, en que predominan las consultas de varones, las mujeres solicitan en mayor medida asistencia a lo largo de su vida; el predominio femenino alcanza su máximo entre los 70 y 75 años, cuando la proporción de mujeres respecto de hombres llega a ser de 3 consultas a 1.

Dentro del grupo de las mujeres, la demanda asistencial presenta más fluctuaciones con la edad que el grupo de los hombres. La demanda femenina alcanza su máximo entre los 25 y los 29 años, para disminuir notablemente entre los 35 y los 39, y volver a aumentar progresivamente a partir de los 55. El máximo de consultas se produce entre los 65 y los 74 años.

Las consultas de los hombres aumentan a partir de los 54 años y alcanzan el máximo de demanda de asistencia entre los 65 y los 69 años de edad.

La morbilidad específica evoluciona según la edad, siguiendo el patrón general que se observó para la Comunidad Valenciana en general y la Ribera Alta en particular, en la década de 1980: Las enfermedades del aparato respiratorio predominan entre los más jóvenes para dar paso con la edad a las enfermedades del aparato circulatorio, que sobrepasan a las respiratorias a partir de los 65 años.

En Carcagente se ha observado que las lesiones y los efectos adversos, las enfermedades infecciosas y parasitarias y el grupo de estados patológicos mal definidos aparecen entre los más jóvenes. En las edades medias predominan las enfermedades del aparato respiratorio, pero despuntan las circulatorias y un grupo de enfermedades mentales. Con menos frecuencia, aparecen ya las enfermedades osteoarticulares. Entre los mayores predominan claramente las enfermedades circulatorias, seguidas de las del aparato locomotor y, tras ellas, las endocrinometabólicas, las mentales, y las respiratorias con menor frecuencia.

En cuanto a las *causas específicas*, son *dominantes* en la morbilidad de los más jóvenes las infecciones de las vías respiratorias altas, la amigdalitis aguda y, a distancia, la otitis media aguda, el malestar general y la fatiga.

Desde los 25 años, aparecen las depresiones y psicosis afectivas, desbancando a las amigdalitis de su segundo puesto. Las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores siguen siendo la causa dominante de enfermedad, situación que se mantendrá hasta los 60 años.

Con los 35 años aparecen los dolores de espalda y la depresión es más frecuente.

En el grupo de edad entre los 40 y los 50 años empieza a surgir la hipertensión arterial y también, aunque de forma incipiente, las dislipemias y las psicosis afectivas. La depresión y los dolores de espalda mantienen su presencia.

Desde los 50 años, aunque las IRAS siguen siendo la primera causa, la hipertensión arterial viene a ocupar el segundo lugar. Le siguen las artrosis y las dislipemias. Hasta los 60 años hay una presencia mayor de la diabetes sacarina, las artrosis y las dislipemias.

A partir de los 60 años, la hipertensión arterial comienza a superar a las infecciones respiratorias agudas. Junto con las artrosis constituyen el trío dominante hasta los 65 años. A ellas se sumarán las dislipemias y la diabetes sacarina para constituir las cinco causas más importantes hasta los 70 años de edad. A partir de los 70 años la hipertensión arterial se hace dominante sobre las otras cuatro causas.

Después de los 80 años, tras la hipertensión destacan las afecciones cerebrovasculares y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. También resultan notables las infecciones respiratorias agudas, las artrosis, el estreñimiento, la diabetes mellitus y las dislipemias.

Aparte de las enfermedades dominantes por su frecuencia, existen dolencias *menos frecuentes pero características de las diferentes edades*: las lesiones y traumatismos, heridas abiertas y erosiones, son propias de los jóvenes. En este grupo de edad, la anemia ferropénica lo es para las mujeres. La alopecia predomina en las mujeres.

A partir de los 30 años, las úlceras pépticas, las lesiones y los traumatismos son dolencias características de los varones; las anemias, la hipotensión postural y las complicaciones del embarazo, de las mujeres. Las dislipemias

son más frecuentes en los varones y las varices de los miembros inferiores, en las mujeres.

Desde los 40 años, las afecciones del estómago son propias de los varones; la morbilidad femenina se distingue por las dolencias de la década de los treinta —anemia, hipotensión postural, varices— a las que se suman la alopecia y las cistitis e infecciones urinarias.

A partir de los 50 años, las mujeres padecen varices, obesidad, dislipemias, diabetes mellitus, anemias y enfermedades cerebrovasculares. Con la edad se sumarán a estas dolencias más propiamente femeninas las psicosis afectivas, la depresión y, a distancia, los vértigos y las cistitis. Las anemias disminuyen su presencia con la edad. Los varones de este grupo de edad padecen característicamente enfisema y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y úlceras pépticas.

Entre los ancianos tienden a borrarse las diferencias entre los sexos, a excepción, por una parte, del predominio general de la demanda femenina de asistencia, que se acentúa, y por otra, de la morbilidad de la hipertrofia benigna de próstata que es una dolencia exclusivamente masculina.

La Ribera Alta

Aunque el estudio de la morbilidad en el nivel primario de la asistencia sanitaria pública de Carcagente es más amplio y detallado, tanto en la recogida de los datos como en su análisis, que los anteriores relativos a la comarca y al conjunto de la Comunidad Valenciana, el perfil de la morbilidad que nos ofrece se corresponde a grandes rasgos y en muchos detalles con el que resultaba en los años 1983-84 para los valencianos en general y para la población de la Ribera Alta en particular.

Tanto en lo que se refiere a la morbilidad general como a la específica, a las enfermedades dominantes en la población, a las más características de sus mujeres y sus hombres, y a la evolución de las mismas con la edad, los datos recientes de Carcagente vienen a confirmar el patrón observado seis años atrás para la población valenciana y la de la Ribera Alta. Cabe destacar, sin embargo, el relieve que han adquirido las enfermedades mentales y las metabólicas en este estudio más reciente. No creemos que se trate de nuevos fenómenos, ni de problemas particulares de Carcagente. Quizá en este estudio se les concede la importancia que requieren hoy, y posiblemente

su detección ha sido más eficaz en un Centro de Salud que funciona ya de acuerdo con la reforma del sistema sanitario: los equipos de atención primaria desarrollan programas de control de la obesidad y de la hipertensión arterial y se han desarrollado equipos de salud mental. Como veremos, eran prioridades de actuación sanitaria según los estudios de morbilidad atendida en asistencia primaria en la Comunidad Valenciana realizados en 1983-1984. Concluir que la sensibilidad de la población y de sus médicos hacia estos problemas ha aumentado en el lapso transcurrido, resulta arriesgado sin contar con estudios sobre los hábitos y pautas de conducta al respecto.

En consecuencia, podemos considerar que el perfil de la morbilidad, en el nivel asistencial primario, resultante de los estudios disponibles refleja, a grandes rasgos, una situación estable en la actualidad característica de la Ribera Alta, y que es acorde con la de la Comunidad Valenciana.

En el nivel primario de la asistencia sanitaria, queda por comprobar la coincidencia o no del perfil actual de la morbilidad de las enfermedades de declaración obligatoria en la Ribera Alta con los de la Comunidad Valenciana y descubrir los rasgos más estables y las tendencias de evolución del patrón observado.

Las enfermedades de declaración obligatoria

Aunque debemos tener en cuenta la bien conocida infradeclaración de que adolece el registro de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y no confundir las cifras que arroja con la morbilidad real de dichas enfermedades, de la comparación de los datos de una misma región a lo largo de los últimos ocho años, y de éstos con los del conjunto de la Comunidad Valenciana, podemos esperar conocer, más que dimensiones absolutas de los problemas sanitarios, un panorama de la evolución en el tiempo, y respecto de su entorno, de realidades sanitarias presentes en la Ribera Alta³².

En el año 1991, hubo un incremento de casos declarados en la comarca del 18,22% respecto del año anterior: 160.833 casos frente a los anteriores

³² Nuestras fuentes para los datos de 1990 en adelante son los informes epidemiológicos de 1991 y 1992 de enfermedades de declaración obligatoria del área 14 e informaciones que nos ha proporcionado el personal del Centro de Salud Comunitaria de Alzira, en particular el epidemiólogo D. Juan Martínez.

136.042. En el año 1992, las cifras disminuyeron en apenas un 1%: 146.996 casos.

Veamos a continuación el número de casos declarados y las tasas por 100.000 habitantes de cada una de la Enfermedades de Declaración Obligatoria en el área 14 durante 1990, 1991 y 1992, así como el número absoluto de casos declarados durante el trienio y las tasas medias anuales.

Tabla nº. 18

Número absoluto de casos y tasas por 100.000 habitantes de las enfermedades de declaración obligatoria en el área 14, años 1990, 1991 y 1992. Número absoluto de casos y tasas medias anuales por 100.000 habitantes en el trienio 1990-1992.

<i>enfermedades de declaración obligatoria</i>	1990		1991		1992		1990-1992	
	<i>casos</i>	<i>tasa</i>	<i>casos</i>	<i>tasa</i>	<i>casos</i>	<i>tasa</i>	<i>casos</i>	<i>tasa anual</i>
Fiebre tifoidea y paratifoidea	8	5,47	3	2,05	2	1,33	13	2,95
Disenteria			1	0,68	1	0,66	2	0,45
Toxinfección alimentaria	4	2,73	9	6,16	138	91,43	151	33,44
Otros procesos diarreicos	8.883	6.077,00	10.442	7.143,54	9.210	6.102,09	28.535	6.440,88
IRA	94.540	64.676,34	118.116	80.805,07	114.487	75.853,36	327.143	73.778,23
Gripe	30.087	20.583,00	29.561	20.223,16	21.044	13.942,70	80.692	18.249,62
Neumonía	281	192,23	351	240,12	321	212,68	853	215,01
Tuberculosis pulmonar	56	38,31	43	29,42	57	31,77	156	23,17
Sarampión	27	18,47	90	61,57	54	35,78	171	38,60
Rubeola	87	59,51	23	15,73	9	5,96	119	27,06
Varicela	929	635,54	1.960	1.340,87	1.588	1.052,13	4.477	1.009,51
Escarlatina	1	0,68	-	-	1	0,66	2	0,45
Brucelosis	1	0,68	2	1,37	1	0,66	4	0,90
Hidatidosis	2	1,36	1	0,68	3	1,99	6	1,34
Sífilis	1	0,68	1	0,68	2	1,33	4	0,90
Infección gonocócica	12	8,20	5	3,42	4	2,65	21	4,76
Infección meningocócica	7	4,78	5	3,42	7	4,64	19	4,28
Hepatitis vírica	19	12,99	93	63,62	30	19,88	142	32,16
Parotiditis	1.024	700,53	16	10,95	2	1,33	1.042	237,60
Tosferina	71	48,57	109	74,57	34	22,53	214	48,55
Lepra	-	-	1	0,68	-	-	1	0,23
Leishmaniasis	1	0,68	1	0,68	-	-	2	0,45
Paludismo	1	0,68	-	-	1	0,66	2	0,45
Total de casos declarados	136.042		160.833		146.996		441.771	

Fuente: Unidad de Epidemiología, Centro de Salud Comunitaria, Alzira (1992) *Informe epidemiológico E.D.O. Área sanitaria 14. 1991 y (1993) Memoria epidemiológica, Área sanitaria 14. 1992.*

De la tabla anterior se desprende una situación general estable en la Ribera Alta en el trienio de 1990 a 1992, caracterizada por la presencia destacada de las infecciones respiratoria agudas (IRA) y la gripe y las enfermedades de transmisión fecal-oral —especialmente las que recoge el término «otros procesos diarreicos». Asimismo se mantienen estabilizadas las bajas cifras de la brucelosis, la disentería y las fiebres tifoideas y paratifoideas y de algunas enfermedades infecciosas agudas prevenibles por vacunación, como son la parotiditis y la rubeola. La lepra, el paludismo, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual, especialmente la sífilis, de gran morbilidad en periodos anteriores, como mostraba el capítulo anterior, también se mantienen en tasas bajas.

Sin embargo, se observa un aumento de las tasas de sarampión y de varicela en los años 1991 y 1992. El sarampión triplicó su incidencia en 1991; la morbilidad en 1992 duplicaba las cifras de 1990. La varicela duplicó con creces su morbilidad en 1991 respecto a la del año anterior, y las cifras de 1992, aunque disminuyeron ligeramente, se aproximan más a las de 1991 que a las de 1990.

Podemos comprobar si esta situación, en sus aspectos más estables y en los cambios de detalle, se corresponde con la del conjunto de la Comunidad Valenciana. También, si puede generalizarse como patrón tanto en lo que se refiere a su estabilidad como en lo relativo a tendencias de su evolución, comparando los datos con otros anteriores. E igualmente podemos comprobar los aspectos que distinguen la Ribera Alta de su entorno, la Comunidad Valenciana, no sólo en un momento determinado, sino a lo largo de la última década.

La Ribera Alta en relación con la Comunidad Valenciana

Veamos en primer lugar las tasas de morbilidad correspondientes a los años 1991-1992 para el conjunto de la Comunidad Valenciana y para la Ribera Alta.

Tabla nº. 19

Enfermedades de declaración obligatoria en la Comunidad Valenciana y en la Ribera Alta. Incidencia. Tasas medias anuales por 100.000 habitantes en el bienio 1991-1992.

	Comunidad Valenciana 1991-1992 tasa media anual	Área 14 1991-1992 tasa media anual
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2,21	1,69
Disentería	1,39	0,67
Toxinfeción alimentaria	56,90	48,29
Otros procesos diarreicos	6.161,55	6.622,81
IRA	54.506,63	78.329,21
Gripe	11.388,90	17.082,93
Neumonía	295,86	226,40
Tuberculosis pulmonar	27,92	30,59
Sarampión	16,04	48,67
Rubeola	10,99	10,84
Varicela	944,55	1.196,50
Escarlatina	1,20	0,33
Carbunco	0,10	-
Brucelosis	3,34	1,01
Hidatidosis	0,92	1,33
Fiebre exantemática mediterránea	0,30	-
Sífilis	1,03	1,00
Infección gonocócica	3,14	3,03
Infección meningocócica	4,33	4,03
Hepatitis vírica	30,25	41,75
Meningitis tuberculosa	0,09	-
Fiebre reumática	0,20	-
Parotiditis	16,51	6,14
Tosferina	21,06	48,55
Fiebre recurrente por garrapatas	0,01	-
Lepra	0,05	0,34
Leishmaniasis	0,52	0,34
Leptospirosis	0,05	-
Paludismo	0,22	0,33
Sepsis puerperal	0,02	-
Tétanos	0,13	-
Triquinosis	0,31	-

Fuente: Unidad de Epidemiología, Centro de Salud Comunitaria, Alzira (1992) *Informe epidemiológico E.D.O. Área sanitaria 14. 1991* y (1993) *Memoria epidemiológica, Área sanitaria 14. 1992.*

Las enfermedades de declaración obligatoria que arrojaban tasas de incidencia significativamente superiores a las de la Comunidad Valenciana eran, en 1991, la infección respiratoria aguda, otros procesos diarreicos, la gripe, el sarampión, la varicela, la hepatitis vírica y la tosferina. En 1992, la lista se reducía a la infección respiratoria aguda, la gripe, el sarampión y la varicela, a las que se añadían las toxoinfecciones alimentarias. Las tasas de otros procesos diarreicos descendían hasta niveles significativamente inferiores a los de la Comunidad Valenciana.

Tabla nº. 20

Enfermedades de declaración obligatoria con una morbilidad en el área 14 significativamente superior que en la Comunidad Valenciana

1991	1992
Otros procesos diarreicos	Toxinfección alimentaria
IRA	IRA
Gripe	Gripe
Sarampión	Sarampión
Varicela	Varicela
Hepatitis vírica	
Tosferina	

Fuente: Unidad de Epidemiología, Centro de Salud Comunitaria, Alzira (1992) *Informe epidemiológico E.D.O. Área sanitaria 14. 1991 y (1993) Memoria epidemiológica, Área sanitaria 14. 1992.*

Según los especialistas de epidemiología del área 14, las infecciones respiratorias agudas siguen presentando hoy una incidencia mayor que la esperada según la norma observada para el conjunto de la Comunidad Valenciana. En particular, la zona sanitaria 5, correspondiente a Alginet, presenta característicamente la mayor incidencia en la Ribera Alta, significativamente superior a la del área, por razones no aclaradas, y que tradicionalmente la gente ha atribuido, y aun hoy atribuye, a una mayor exposición a corrientes de aire y vientos en dicha región.

El sarampión sigue siendo también hoy un problema sanitario que se presenta en brotes focalizados, sin que todavía se haya determinado claramente la causa. Últimamente se está comprobado que afecta a población vacunada

–se desconoce si la vacuna fue ineficaz por inactiva–. En todo caso, la vacuna triple vírica no se administró de forma regular en la Comunidad Valenciana hasta 1984, por lo que el nuevo calendario vacunal (enero 1994) obliga a una segunda dosis a los 11 años. Durante los meses de febrero y marzo de 1994, la población escolar de Alzira ha sufrido un brote epidémico de sarampión.

En 1991 y 1992, mantuvieron una tasa significativamente inferior a la de la Comunidad Valenciana la neumonía, la brucelosis y la parotiditis. En 1991, también mantenían tasas inferiores a las del conjunto de la Comunidad la toxinfeción alimentaria, el paludismo y otras nueve enfermedades de las que no hubo ningún caso declarado en la Ribera Alta y que figuran en la tabla siguiente. En 1992, la disentería y otros procesos diarreicos declarados disminuyeron significativamente por debajo de lo observado en la Comunidad Valenciana.

Tabla nº. 21

Enfermedades de declaración obligatoria con una morbilidad en el área 14 significativamente inferior que en la Comunidad Valenciana

1991	1992
	Disentería
	Otros procesos diarreicos
Toxinfeción alimentaria	
Neumonía	Neumonía
Escarlatina	
Carbunco	
Brucelosis	Brucelosis
Fiebre exantemática mediterránea	
Meningitis tuberculosa	
Fiebre reumática	
Parotiditis	Parotiditis
Leptospirosis	
Paludismo	
Sepsis puerperal	
Tétanos	
Triquinosis	

Fuente: Unidad de Epidemiología, Centro de Salud Comunitaria, Alzira (1992) *Informe epidemiológico E.D.O. Área sanitaria 14. 1991 y (1993) Memoria epidemiológica, Área sanitaria 14. 1992.*

No se registró un solo caso de las siguientes enfermedades de declaración obligatoria:

Tabla nº. 22

Enfermedades de declaración obligatoria que no presentaron incidencia alguna en el área 14 1991 y 1992

1991	1992
Escarlatina	
Carbunco	Carbunco
Fiebre exantemática mediterránea	Fiebre exantemática mediterránea
Meningitis tuberculosa	
Fiebre reumática	Fiebre reumática
Difteria	Difteria
Fiebre recurrente por garrapatas	Fiebre recurrente por garrapatas
Fiebre recurrente por piojos	Fiebre recurrente por piojos
Leptospirosis	Leptospirosis
Oftalmia neonatorum	Oftalmia neonatorum
Paludismo	
Poliomielitis	Poliomielitis
Rabia	Rabia
Sepsis puerperal	Sepsis puerperal
Tétanos	Tétanos
Tracoma	Tracoma
Triquinosis	Triquinosis
Tifus exantemático	Tifus exantemático
Cólera	Cólera
Fiebre amarilla	Fiebre amarilla
Peste	Peste

Fuente: Unidad de Epidemiología, Centro de Salud Comunitaria, Alzira (1992) *Informe epidemiológico E.D.O. Área sanitaria 14. 1991 y (1993) Memoria epidemiológica, Área sanitaria 14. 1992.*

Evolución de la morbilidad 1984-1992³³

Para la Comunidad Valenciana, las tasas medias anuales por 100.000 habitantes correspondientes al bienio de 1991-1992 presentan diferencias

³³ Los datos relativos a la Comunidad Valenciana en el trienio de 1984 a 1986 y los relativos a la Ribera Alta en 1984, proceden de F. ALMENAR (1986) y (1988). Los datos de 1991 y 1992 proceden de los informes internos citados, de la unidad de Epidemiología del centro de Salud Comunitaria del área 14.

importantes con las del trienio 1984-86, en especial en lo que se refiere a las enfermedades infectocontagiosas agudas cuya vacunación contempla hoy el calendario vacunal, en particular sarampión, rubeola y parotiditis, cuyas tasas han descendido notablemente. En menor grado también ha sucedido así con la tosferina. La varicela, sin vacuna en la actualidad, mantiene niveles similares a lo largo de estos ocho años.

Han descendido asimismo de forma notable las tasas de fiebres tifoideas y paratifoideas y de disentería, así como de brucelosis, lo que indica respectivamente un mejor estado del saneamiento y mayor control sanitario de los productos lácteos. Sin embargo, el problema de las enfermedades transmisibles por vía fecal-oral, y en especial «otros procesos diarreicos» y las tox infecciones alimentarias, sigue presente hoy en la Comunidad Valenciana como hace casi diez años. Señala defectos del saneamiento que todavía requieren ser subsanados.

Las enfermedades de transmisión sexual también han mostrado un considerable descenso, aunque siempre debemos tener en cuenta la infradeclaración de las mismas.

En el momento actual, la tuberculosis pulmonar parece estar aumentando su morbilidad, sin embargo, la infradeclaración de esta enfermedad en el último decenio es algo reconocido ya en los medios sanitarios, por lo que no creemos que estas cifras sean representativas del problema real. Debemos tener en cuenta las deficiencias en su diagnóstico en el nivel de atención primaria, único que permite la detección precoz de casos en el entorno del afectado y por lo tanto la de bolsas hiperendémicas en la población, así como señalar la necesidad de establecer un programa encaminado a corregir la situación, algo que en otras comunidades autónomas del estado español se emprendió en la década de 1980.

El Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), celebrado en Oviedo a comienzos de junio de 1994, informa de que, muy por encima de los datos oficiales, se registra una media anual de 20.000 nuevos casos de tuberculosis en el país durante los últimos años. La tasa de incidencia resultaría así ser de alrededor de 50 nuevos casos anuales por 100.000 habitantes. Según este dato, la incidencia en la Comunidad Valenciana debería esperarse que fuera de casi 2.000 nuevos casos anuales; en la Ribera Alta, de alrededor de 100, y en el área 14, de 77 nuevos casos anuales. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torá-

cica considera necesario y urgente crear en España un programa nacional encaminado a frenar el avance de la enfermedad, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de unificar acciones para conseguir una mayor coordinación de esfuerzos y recursos.

Mención aparte merece la incidencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que cuenta con un registro propio nacional que puede seguirse hasta los niveles autonómico y provincial. Su incidencia se ha estabilizado en España durante los últimos tres años en cifras de 4.500 y 4.700 nuevos casos anuales, lo que representa una tasa de 12 nuevos casos por 100.000 habitantes y año, la mayor de Europa. En los 14 años que median desde 1981 hasta septiembre de 1994 se han declarado en la Comunidad Valenciana un total acumulado de 2.109 casos, lo que representa algo más del 7,5% del total en España.

La importancia social de esta enfermedad no reside, pues, en su frecuencia ni tampoco en la mortalidad que ocasiona, si tenemos en cuenta sus tasas dentro del conjunto. Su distribución por grupos de edad y sexo presenta unas tasas muy aumentadas en los hombres de entre 25 y 45 años, aunque se observa ya una tendencia a ampliarse hacia edades mayores y un aumento progresivo del número de mujeres enfermas. Los drogadictos por vía intravenosa siguen siendo el grupo más numeroso de afectados por la enfermedad. Por otra parte, se calcula que el número de portadores que no padecen la enfermedad alcanza hoy la cifra de 100.000 en el conjunto del país³⁴.

³⁴ La incidencia de tuberculosis, por ejemplo, duplica con creces las cifras del SIDA, aun ateniéndonos al registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria, que refleja, según los especialistas, la mitad de la incidencia anual real de la tuberculosis: Veinte mil nuevos casos anuales dista mucho de los cinco mil del SIDA, cifra en la que parece haberse estabilizado según los especialistas. Las tasas de mortalidad por tuberculosis pulmonar también superan con creces la mortalidad actual por SIDA, aun contando con la conocida relación entre ambas enfermedades, y a pesar de que no disponemos más que de cifras acumuladas de muertes por SIDA. La mortalidad por tuberculosis se sitúa en 2,38 muertes por 100.000 habitantes y año en España -63 muertes en 1990 en la Comunidad Valenciana, algo más de 2 muertes por 100.000 habitantes. Sólo entre 1980 y 1984 hubo 3.442 muertes en España por tuberculosis. Los 7.000 muertos por SIDA en España fallecieron a lo largo de 11 años, entre 1981 y 1992. La fuente de los datos sobre el SIDA es el Ministerio de Sanidad y Consumo. Los datos sobre tuberculosis proceden de las *Estadísticas de mortalidad en la Comunidad Valenciana, 1990 (1992)*, de los diferentes informes sobre enfermedades de declaración obligatoria que ya hemos citado y del *Atlas europeo de mortalidad evitable*, este último citado en el *Anuario de la Sanidad en España, 1994*, pp.96 (número monográfico de la revista *El Médico* de abril de 1994).

Tabla nº. 23

Evolución de la incidencia de las enfermedades de declaración obligatoria en la Comunidad Valenciana: tasas medias anuales por 100.000 habitantes en el trienio 1984-1986 y en el bienio 1991-1992.

	Comunidad Valenciana	
	1984-1986 <i>tasa media anual</i>	1991-1992 <i>tasa media anual</i>
Fiebre tifoidea y paratifoidea	8,70	2,21
Disentería	4,60	1,39
Toxoinfección alimentaria	43,90	56,90
Otros procesos diarreicos	4.290,70	6.161,55
IRA	34.472,70	54.506,63
Gripe	11.143,90	11.388,90
Neumonía	171,10	295,86
Tuberculosis pulmonar	21,40	27,92
Sarampión	144,90	16,04
Rubeola	393,50	10,99
Varicela	987,30	944,55
Escarlatina	4,50	1,20
Carbunco	0,03	0,10
Brucelosis	8,60	3,34
Hidatidosis	1,00	0,92
Fiebre exantemática mediterránea	0,20	0,30
Sífilis	11,40	1,03
Infección gonocócica	64,40	3,14
Infección meningocócica	7,90	4,33
Hepatitis vírica	56,50	30,25
Meningitis tuberculosa	-	0,09
Fiebre reumática	1,60	0,20
Parotiditis	693,90	16,51
Tosferina	66,80	21,06
Fiebre recurrente por garrapatas	0,04	0,01
Lepra	0,20	0,05
Leishmaniasis	0,40	0,52
Leptospirosis	0,04	0,05
Paludismo	0,30	0,22
Sepsis puerperal	0,01	0,02
Tétanos	0,20	0,13
Triquinosis	0,01	0,31

Fuente: F. ALMENAR (1986) y Unidad de Epidemiología, Centro de Salud Comunitaria, Alzira (1992) y (1993).

En relación con esta evolución de la morbilidad por enfermedades de declaración obligatoria, la de la Ribera Alta es semejante a la del conjunto de la Comunidad, con algunas excepciones.

La Ribera Alta ha seguido el patrón de la Comunidad Valenciana en lo que se refiere a las enfermedades de transmisión fecal-oral, tanto en los aspectos positivos como en los negativos: la disminución de la incidencia de las fiebres tifoideas y paratifoideas y la disentería por una parte y, por otra, el notable incremento de las tox infecciones alimentarias en los últimos dos años; las tasas de otros procesos diarreicos también han aumentado en los últimos años, aunque en menor proporción que las tox infecciones alimentarias.

La brucelosis ha disminuido notablemente.

En cuanto a las enfermedades infecciosas agudas prevenibles por vacunación, el descenso espectacular de la parotiditis, la rubeola y la tosferina, contrasta con la evolución del sarampión, que ha sufrido un notable incremento en los años 1991 y 1992.

Las infecciones respiratorias agudas y también, aunque en menor medida, la gripe, han seguido aumentando.

Las similitudes mencionadas, lo mismo que las diferencias de detalle, resultan evidentes comparando la tabla anterior con la siguiente.

Tabla n.º. 24

Evolución de la incidencia de las enfermedades de declaración obligatoria en la Ribera Alta: número de casos y tasas por 100.000 habitantes en 1984, 1990 y 1992. Tasa media anual por 100.000 habitantes en el bienio 1991-1992.

	1984		1990		1992		1991-1992 tasa media anual
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	
Fiebre tifoidea y paratifoidea	25	12,78	8	5,47	2	1,33	1,69
Disentería	6	3,06	1	0,68	1	0,66	0,67
Toxoinfección alimentaria	50	25,56	4	2,73	138	91,43	48,29
Otros procesos diarreicos	8.100	4.141,80	8.883	6.077,00	9.210	6.102,09	6.622,81
IRA	62.042	31.724,30	94.540	64.676,34	114.487	75.853,36	78.329,21
Gripe	16.930	8.656,87	30.087	20.583,00	21.044	13.942,70	17.082,93
Neumonía	174	88,97	281	192,23	321	212,68	226,40
Tuberculosis pulmonar	27	13,81	56	38,31	57	31,77	30,59
Sarampión	94	48,07	27	18,47	54	35,78	48,67
Rubeola	517	264,35	87	59,51	9	5,96	10,84
Varicela	5.066	2.590,42	929	635,54	1.588	1.052,13	1.196,50
Escarlatina	-	-	1	0,68	1	0,66	0,33
Brucelosis	16	8,18	1	0,68	1	0,66	1,01
Hidatidosis	2	1,02	2	1,36	3	1,99	1,33
Sífilis	23	11,76	1	0,68	2	1,33	1,00
Infección gonocócica	151	77,21	12	8,20	4	2,65	3,03
Infección meningocócica	10	5,11	7	4,78	7	4,64	4,03
Hepatitis vírica	147	75,16	19	12,99	30	19,88	41,75
Fiebre reumática	3	1,53	-	-	-	-	-
Parotiditis	4.977	2.544,91	1.024	700,53	2	1,33	6,14
Tosferina	603	308,33	71	48,57	34	22,53	48,55
Lepra	1	0,51	-	-	-	-	0,34
Leishmaniasis	-	-	1	0,68	-	-	0,34
Paludismo	1	0,51	1	0,68	1	0,66	0,33
	98.965		136.042		146.996		

Fuente: F. ALMENAR (1988) y Unidad de Epidemiología, Centro de Salud Comunitaria, Alzira (1992) y (1993).

Aunque similar a grandes rasgos, la morbilidad de las enfermedades de declaración obligatoria en la Ribera Alta presenta diferencias notables de detalle con el de la Comunidad Valenciana, en especial relativas a ciertas enfermedades infecciosas agudas que no han seguido el patrón general en la disminución de su morbilidad. Es el caso de la hepatitis vírica, que ha dismi-

nuido en menor proporción que en la Comunidad Valenciana, pero se trata especialmente de las que son prevenibles por vacunación. Ha disminuido en menor proporción en la Ribera Alta la tosferina; el sarampión ha regresado incluso a las tasas de 1984 en los años de 1991 y 1992. La varicela, para la que no se dispone de una vacuna, que se mantiene estable a lo largo del periodo en la Comunidad Valenciana, ha sufrido un descenso considerable en la Ribera Alta, a pesar de lo cual su incidencia supera significativamente en la actualidad la observada para el conjunto de la Comunidad.

En el caso del sarampión, en la Comunidad Valenciana se aprecia la diferencia entre una tasa de 145 casos por 100.000 habitantes en el trienio de 1984-1986, a la de 16,04 en el bienio de 1991-92. Las tasas aumentaron ligeramente entre 1991 y 1992: de 14 a 17 casos por 100.000 habitantes. En la Ribera Alta el descenso desde 1984 a 1990 fue desde una tasa de 48,07 a la de 18,47 casos por 100.000 habitantes. En el bienio de 1991-92 la tasa por 100.000 habitantes volvió a las cifras de 1984: fue de 48,67 casos por 100.000 habitantes. En 1991 alcanzó sin embargo la cota de 61,67 casos por 100.000 habitantes, que descendió a 35,67 en 1992.

Las infecciones respiratorias agudas y la gripe parecen haber aumentado considerablemente sus tasas de morbilidad en la Comunidad, pero no hasta la sobrada duplicación observada en la Ribera Alta entre 1984 y 1992: la incidencia de 31.724 casos de IRA por 10⁵ habitantes en 1984, resulta de 80.805 en 1991 y de 75.835 en 1992. Sin embargo, no sabemos si en los últimos años ha disminuido la infradeclaración de las mismas ni tampoco si la población acude hoy al médico por esta causa en mayor medida que a mediados de la década de 1980. En cualquier caso, si la morbilidad por infecciones respiratorias agudas en 1984 en la Ribera Alta resultaba algo menor que en el conjunto de la Comunidad Valenciana, en los años 1991 y 1992 supera de forma significativa las tasas observadas en la Comunidad Valenciana.

Por otra parte, en 1991 y 1992, se consideraron epidémicos en la Ribera Alta algunos brotes de hepatitis, conjuntivitis, meningitis vírica, sarampión y toxiinfección alimentaria:

En el año 1991 hubo tres brotes epidémicos de hepatitis que afectaron respectivamente las poblaciones de Carlet (16 casos), L'Alcudia (25 casos) y Alzira (17 casos), el primero y el tercero por mecanismo indirecto de transmisión (fecal-oral) y mixto en L'Alcudia. El origen de los brotes quedó desco-

nocido. Asimismo hubo un brote de conjuntivitis en la población infantil de esta última localidad, de origen desconocido, que afectó a 43 niños.

En 1992 se detectó un brote de hepatitis A en Alzira, familiar y de mecanismo indirecto de transmisión; otro de meningitis vírica que afectó a 73 miembros de la población de Algemesí, y tres brotes epidémicos de sarampión que afectaron respectivamente a una población escolar de Alfarp, a una familia de Alzira y a la población de Algemesí. Las tox infecciones alimentarias, que sufrieron un aumento notable este año, se presentaron de forma epidémica en ocho ocasiones afectando a un total de 134 personas. 118 de ellas resultaron afectadas en comedores colectivos (en 5 brotes diferentes) y el resto en el ámbito familiar (en dos brotes distintos). El agente responsable en tres de los brotes fue la salmonella; en los cinco restantes quedó sin determinar.

Aunque no disponemos de los informes correspondientes al año 1993, el problema de la elevada incidencia del sarampión, de las infecciones respiratorias agudas, especialmente en la zona 5, y de las tox infecciones alimentarias ha seguido plenamente vigente. En lo que se refiere al primer cuatrimestre de 1994, sólo tenemos noticia del brote de sarampión que ha afectado a la población escolar de Alzira: en la primera quincena de marzo eran 40 los casos declarados en un total de 7 centros escolares y los responsables médicos consideraban que la realidad podía duplicar ya esa cifra.

La vivencia de la enfermedad: el estado de salud y los principales problemas morbosos que declaran los valencianos

El *Servei Valencià de Salut* ha realizado durante 1990 y 1991 una encuesta a la población de la Comunidad Valenciana que aborda aspectos que considera «básicos para el estado de salud de una población: biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales». Disponemos de los datos de conjunto de la Comunidad Valenciana y no hemos tenido acceso a los de la Ribera Alta, que se incluyen en aquéllos. La encuesta y su estudio contemplaban tres cuestiones principales: la primera, relativa a la percepción y satisfacción del propio estado de salud en comparación con las personas del mismo grupo de edad y valores; la segunda abordaba el estrés y la integración social; y la ter-

cera, la opinión sobre a quién atañe la responsabilidad de la propia salud. Con ello, identificó los problemas sanitarios de mayor presencia entre los valencianos, analizándolos en relación con la duración de los procesos morbosos declarados, la solicitud de atención sanitaria profesional ante ellos, los grupos profesionales consultados y los motivos de no solicitar asistencia ante enfermedades.

Veamos algunos resultados de este trabajo³⁵.

La vivencia de la salud y la enfermedad, que los autores denominan auto-percepción del propio estado de salud, muestra notables diferencias en los distintos grupos de edad y según el nivel económico de la población. Si en su conjunto los valencianos declaran gozar de una buena y muy buena salud en el 71% de los casos, el porcentaje se acerca al 85% entre los jóvenes de 15 a 24 años y desciende a tan sólo la mitad de la población mayor de 65 años. De entre los cinco grupos en que se dividió a la población según su nivel socioeconómico, el de mayores ingresos manifestaba disfrutar de buena y muy buena salud en un 85% de los casos; apenas la mitad de la población del nivel inferior pudo afirmar lo mismo. Insistiendo en la cuestión, la satisfacción con el propio estado de salud era mínima o nula para una quinta parte de los mayores de 65 años y sólo para un 6% de los jóvenes de entre 15 y 24 años. Por el nivel socioeconómico, sólo un 4,65% del grupo mejor situado manifestaba estar poco o nada satisfecho con su estado de salud, mientras que la proporción aumentaba a casi un 14% para la población del nivel inferior.

En lo que se refiere al estrés, una quinta parte de la población manifestó llevar una vida muy agitada, proporción que era mayor en la población de entre 25 y 64 años y que también mostró diferencias según fuera rural —en mayor medida manifestaba disfrutar de una vida tranquila: el 42,3%— o urbana —sólo el 34,5% declaraba llevar una vida tranquila.

En cuanto a la responsabilidad de la propia salud, un tercio de los jóvenes entre 15 y 24 años consideran a la propia persona responsable de su salud, mientras que sólo es así para una cuarta parte de los mayores de 65 años. Más de la mitad de la población mayor de 65 años y sólo un 17% de los jóvenes creen que dios o el destino tienen esa responsabilidad.

³⁵ *Encuesta de salud de la comunidad valenciana, 1990-91*. Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum, 1992. *Encuesta de salud de la comunidad valenciana, 1990-91. Avance de resultados*. Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum, 1991. García Benavides, F., ed. (1991)

La identificación y cuantificación de los problemas de salud de mayor presencia en la población puso de manifiesto que la media de casi tres problemas diferentes por persona –una cuarta parte de la población no sufre ninguno y una quinta parte sufre 4 o más problemas– presentaba grandes diferencias por edades y sexos. Sólo un 3% de los menores de 16 años, pero más de la mitad de los mayores de 65, padecían 4 o más problemas. El 41% de los menores de 16 años, pero sólo el 4,55% de los mayores de 65, no presentaba en el momento problema de salud alguno. Los hombres, en general, manifiestan en mayor proporción que las mujeres no tener ningún problema de salud.

Los procesos morbosos con mayor presencia en la encuesta de salud fueron, en orden decreciente de frecuencia, la caries, las osteoartrosis, el resfriado común, los síntomas de la cabeza y el cuello, los trastornos digestivos, la enfermedad vascular periférica y la hipertensión arterial esencial.

Aunque para el asunto del presente trabajo tengan mayor interés las expresiones literales de las enfermedades que la gente dice padecer, su traducción a los grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, ha permitido a los autores del análisis de esta encuesta comparar el estado de salud de los valencianos con el de otras poblaciones españolas y europeas. Los problemas identificados resultan así los mismos que para el País Vasco y para Francia (1987), aunque con diferente prevalencia.

Según la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE, 9ª revisión), los problemas en orden decreciente de prevalencia, quedan como sigue:

Tabla nº. 25

Prevalencia de los principales problemas de salud que declara padecer la población valenciana, 1990

<i>Enfermedades</i>	<i>prevalencia %</i>
Enfermedades del aparato circulatorio	15,3
Enfermedades del sistema osteomuscular	13,1
Estados morbosos mal definidos	12,5
Problemas de la cavidad bucal	11,7
Enfermedades del aparato respiratorio	11,6
Enfermedades del aparato digestivo	9,0

Fuente: *Encuesta de salud de la comunidad valenciana, 1990-91*. Valencia, Consellería de Sanitat i Consum, 1992.

La prevalencia es diferente para los hombres y las mujeres valencianos. De mayor a menor presencia, los grupos de problemas de salud que declara padecer la población valenciana quedan, por sexos, como sigue.

Tabla nº. 26

Principales enfermedades declaradas por los valencianos, según sexos, en orden de mayor a menor frecuencia

<i>orden de prevalencia mujeres</i>		<i>hombres</i>
1º	enfermedades del aparato circulatorio	enfermedades del aparato respiratorio
2º	enfermedades del sistema osteomuscular	enfermedades de la cavidad bucal
3º	estados morbosos mal definidos	enfermedades del sistema osteomuscular
4º	enfermedades de la cavidad bucal	enfermedades del aparato circulatorio
5º	enfermedades del aparato respiratorio	estados morbosos mal definidos
6º	enfermedades del aparato digestivo	enfermedades del aparato digestivo

Fuente: *Encuesta de salud de la comunidad valenciana, 1990-91*. Valencia, Consellería de Sanitat i Consum, 1992.

El mencionado estudio ofrece además una tabla comparativa de las principales causas de muerte y las principales enfermedades que declara padecer la población, en la que se comprueba, obviamente, la discordancia entre las causas de muerte más frecuentes y los problemas de salud de mayor prevalencia en una población³⁶.

En relación con los procesos declarados se manejaron las variables de la duración de los mismos, *la solicitud de asistencia profesional*, los profesionales consultados y, cuando no se recurre al profesional, los motivos de la población para ello. En general, en el 80% de los casos interviene un profesional. En las edades extremas se consulta más.

Sin embargo, cuando la duración del proceso es menor de 16 días, ni siquiera la mitad de los casos se consultan (sólo el 46,5% acude a un profesional sanitario), y por lo tanto en ellos no interviene profesional alguno. Los problemas que persisten más de 16 días se consultan en casi un 86% de los casos.

³⁶ García Benavides, F., ed. (1991) sobre datos de la *Encuesta de salud de la Comunidad Valenciana, 1990-91* y el *Registro de mortalidad de la Comunidad Valenciana, 1990*.

Los motivos para no recurrir a la asistencia de un profesional que contemplaba la encuesta eran sólo dos: la ausencia de gravedad de la afección, motivo para un 27,6% de casos, y el autotratamiento, motivo en un 9,5% de casos.

Las preguntas fueron cerradas, y el cuestionario no contemplaba ningún otro motivo ni indagaba en la percepción de la gravedad ni en las formas de autotratamiento. Tampoco se han cruzado los datos sobre la duración de los procesos con la autopercepción de gravedad y el autotratamiento.

Los problemas que menos se consultan son los de la cavidad bucal, debido en parte a su falta de cobertura en la sanidad pública –recordemos que la caries constituye el problema de salud de mayor prevalencia según declara la población. Los médicos son los profesionales más solicitados.

El análisis de la encuesta de salud se ocupaba especialmente de algunos *aspectos particulares*: los problemas de la audición, de la visión y los bucodentales; la exposición de la población a los accidentes; la restricción de la actividad habitual por motivos de salud y, finalmente, de la salud de los mayores de 65 años.

En lo que se refiere a la *exposición a los accidentes*, el estudio analiza su frecuencia, de las lesiones producidas y del tipo de accidente y lugar en que sucede, por sexos y por grupos de edad; así como de la duración de la restricción de la actividad que acarrearán y de la frecuencia de sus secuelas, sin distinguir la gravedad de las mismas.

El 8,5% de la población encuestada ha sufrido más de un accidente en el último año. De ellos, apenas un 6% no requirió la intervención de un profesional sanitario.

Las lesiones más frecuentes por accidente son, en general, las fracturas y los esguinces, aunque entre los mayores de 65 años lo son las quemaduras y en los menores de 5 años las lesiones oculares. En las mujeres son más frecuentes las quemaduras y en los hombres las lesiones oculares.

Los hombres están más expuestos a los accidentes de tráfico, a los laborales y a los que se producen en el ocio, en este orden, y las mujeres a los accidentes domésticos, seguidos de los que suceden durante el ocio y de los de tráfico. Los accidentes de tráfico prevalecen en el grupo de edad de entre 16 y 24 años, en que constituyen el 33% de todos los accidentes. Los laborales, y tras ellos los accidentes domésticos, prevalecen entre los 24 y los 64 años. Los accidentes domésticos y los que suceden en lugares públicos, excluidos

los de tráfico, dominan entre los mayores de 65 años. En los niños menores de 5 años, los accidentes suceden con más frecuencia en el domicilio familiar y en la escuela, a lo que siguen los de tráfico; en los niños de entre 5 y 16 años son más frecuentes los que suceden en la escuela y durante el ocio.

Casi la mitad de los accidentes provocan una suspensión de la actividad habitual menor de dos semanas; una quinta parte de los mismos obligan a la suspensión de las actividades durante más de un mes. En las mujeres y en los mayores de 64 años, el tiempo de suspensión de la actividad resulta mayor.

El 12,3% de los accidentes deja secuelas; la proporción mayor se da en las mujeres y en los mayores de 64 años.

La *restricción de la actividad habitual* por motivos de salud, en las dos semanas previas a la encuesta, se había producido *con carácter transitorio* en más del 7% de la población encuestada, con diferencias marcadas por la edad. En los grupos de edad extremos la frecuencia era mayor. Algo más del 9% sufría alguna *limitación crónica* para realizar actividades propias de su edad y sexo, aunque la proporción aumentaba con la edad. La actividad principal era la que estaba limitada en un 2,3% de los casos, e impedida completamente en algo menos del 1%.

La causa más frecuente de la *incapacidad temporal* fueron las afecciones respiratorias, seguidas de las del sistema osteomuscular y de los accidentes. Entre los jóvenes duró menos de una semana en el 84% de los casos; en el 47% de los mayores de 65 años duró más de una semana.

Las principales causas de la *incapacidad crónica* fueron, en orden de mayor a menor frecuencia, las enfermedades del sistema osteomuscular, del aparato circulatorio, del respiratorio, los trastornos mentales y las afecciones del sistema nervioso.

En cuanto a la *población mayor de 65 años*, en aumento progresivo desde la década de 1950 y que en 1991 constituía ya el 13,47% de toda la población de la Comunidad Valenciana, el estudio se detenía especialmente en los problemas de movilidad y el grado de autonomía, contemplando la existencia o no de ayuda para desenvolverse así como el hecho de cobrar o no una pensión. La encuesta ha puesto de relieve la frecuencia y gravedad de los problemas de inmovilidad y de la disminución de la autonomía que afectan a este

colectivo, así como su estrecha dependencia del nivel socioeconómico de los afectados.

El 16% de los encuestados declaró no haber podido salir de su domicilio en algún momento durante los últimos 15 días. El 6,5% ni siquiera con ayuda. Entre las mujeres, la situación había sido más frecuente que entre los hombres. La situación de inmovilidad fue transitoria con más frecuencia para los hombres que para las mujeres. El 10% de la población mayor de 65 años pasa la mayor parte del día inmovilizado, sentado o acostado, por problemas de salud, sin diferencia por sexos, y por igual en el medio rural y en el urbano.

La autonomía es más precaria en las mujeres que en los hombres. Más de un 10% de los mayores de 65 años necesita ayuda diaria para valerse en su domicilio, pero la proporción por sexos es de casi el 13% de las mujeres frente a apenas un 8% de los hombres. El 20% de los viejos declara necesitar ayuda y el 11,5% afirma no necesitar ayuda en absoluto. El 84% recibe una pensión, pero sólo un 75% de las mujeres frente al 96% de los hombres.

Las desigualdades sanitarias relacionadas con el nivel de ingresos se traducen en este colectivo en problemas de invalidez completa que en cambio se resuelven con ayuda adecuada en las clases más favorecidas. Ningún anciano tiene problemas de inmovilidad sin resolver por falta de ayuda en el grupo de ingresos mayores; el 40% de las personas con esta clase de problema del grupo socioeconómico más bajo no los tiene resueltos en absoluto.

Los principales problemas sanitarios, según los profesionales

La percepción de los profesionales de la sanidad pública: diez prioridades sanitarias en la Comunidad Valenciana y sus provincias en 1989

Las diez prioridades sanitarias de la Comunidad Valenciana, según el parecer de los profesionales de la sanidad pública –médicos y enfermeros de asistencia hospitalaria, de atención primaria, y concejales de sanidad, de las provincias de Alicante, Castellón y Valencia–, quedaban establecidas en 1989, literalmente, así³⁷:

- 1º. Atención primaria
- 2º. Gestión sanitaria³⁸
- 3º. Medicina preventiva
- 4º. Servicio de urgencias
- 5º. Asistencia hospitalaria
- 6º. Enfermedades cardiovasculares
- 7º. Salud mental
- 8º. Atención especial a niños y ancianos
- 9º. Acciones sobre el medio ambiente
- 10º. Enfermedades infecciosas

³⁷ CARBONELL, M. C.; GASCON, M. E. (1989)

³⁸ Los epígrafes incluidos en el apartado de gestión sanitaria del cuestionario se referían en particular a los siguientes asuntos que reproducimos literalmente «los servicios de salud no son accesibles a todos los ciudadanos debido a las barreras económicas y geográficas existentes por la mala distribución de los servicios sanitarios, así como de los profesionales que la realizan»; «desorganización de los servicios sanitarios»; «deficiente coordinación entre los distintos servicios sanitarios»; «falta de interés en el sistema sanitario para cambiar el tipo de enfermedades» y «seguimiento inadecuado de los resultados en el campo de la salud».

Las autoras del estudio señalaban que estos resultados se asemejan a los que se han obtenido siguiendo el mismo procedimiento en otros países de similar nivel de desarrollo socioeconómico —se refieren en particular a dos estudios realizados en Washington y en Londres respectivamente—, destacando en especial la coincidencia de las dos primeras prioridades, las medidas de atención primaria y la gestión sanitaria.

Los profesionales consultados coincidieron, tanto en cada uno de los grupos profesionales como globalmente considerados por provincias, en las tres primeras prioridades, y en este orden: atención primaria, gestión sanitaria y medicina preventiva. Sobre las siguientes cuatro prioridades también hubo consenso, aunque en diferente orden.

El grupo de profesionales más cercanos a la población sana de entre los consultados, el de los concejales, manifestó su interés por tres problemas que no consideró el resto de los grupos entre los 10 primeros: la salud laboral, la política intersectorial —entendida como «el conjunto de actividades para la provisión de servicios de salud adecuados y otros servicios sociales que ayuden a la promoción de la Salud Pública»— y la salud bucodental.

Sólo los profesionales de enfermería consideraron la Promoción de la Salud entre las prioridades sanitarias, aunque en el 7º puesto (en el 6º lugar por los de atención primaria y en el 9º lugar por los de asistencia hospitalaria). Para el sector hospitalario de este grupo de profesionales, los servicios de urgencia, las enfermedades infecciosas y las actuaciones sobre el medio ambiente se contaban entre las diez prioridades, mientras que no fue así para quienes desarrollan su labor en atención primaria. La salud de los ancianos ocupa el 6º lugar entre las prioridades para el personal de enfermería de los hospitales, y sólo el 10º en atención primaria. La salud mental, por el contrario, se percibe con mayor relevancia en atención primaria (4ª prioridad) que en el medio hospitalario (5ª prioridad).

Entre los médicos, tanto de atención primaria como hospitalaria, aparece una prioridad que no contempla ninguno de los otros dos grupos de profesionales sanitarios consultados: «los problemas de la profesión médica por la pérdida de credibilidad y el aumento del paro». Las dos primeras prioridades de la lista general, atención primaria y gestión sanitaria, lo son para los médicos tanto de atención primaria como de asistencia hospitalaria, aunque en diferente orden, lo mismo que las tres cuestiones siguientes en impor-

tancia: la asistencia hospitalaria, la salud mental y la medicina preventiva. Entre el 6º y el 9º puesto aparecen en idéntico orden para ambos colectivos la medicina de urgencia, las acciones sobre el medio ambiente, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades infecciosas. En el 10º lugar figura el cáncer para los médicos que desarrollan su labor en los hospitales, y la salud de los ancianos para los médicos de atención primaria.

Por provincias, los problemas específicos considerados prioridades por los profesionales sanitarios varían, destacando el informe como significativos para Castellón las enfermedades reumáticas y la política intersectorial; para Alicante la salud maternoinfantil y las enfermedades infecciosas y para Valencia el cáncer y las enfermedades infecciosas.

Prioridades de actuación sanitaria en la Comunidad Valenciana y en la Ribera Alta (1988) según el estudio de la morbilidad atendida en Asistencia Primaria en 1983-1984

La detección de los problemas de salud que originaban la mayor demanda de asistencia primaria en la Comunidad Valenciana en su conjunto y en cada una de sus provincias, comarcas y áreas de salud condujo a señalar los programas de actuación sanitaria que debían ponerse en marcha y su prioridad. La población valenciana, su salud, necesitaba programas para el control o la lucha contra la hipertensión arterial, las enfermedades reumatológicas, la diabetes mellitus, programas de rehabilitación de las afecciones neurológicas, reumatológicas y respiratorias crónicas, y de atención a la salud mental. En cuanto a las enfermedades de declaración obligatoria se precisaba desarrollar un plan de saneamiento, aumentar la cobertura de los programas de vacunación, establecer programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, de la tuberculosis y de la hepatitis vírica.

Otros programas resultaron ser también necesarios, aunque no fundamentales, en la Comunidad Valenciana: para la patología venosa, que mostró una prevalencia elevada y para la educación alimentaria y la prevención de la obesidad.

En la Ribera Alta resultaban necesarios con la máxima prioridad los programas de control de la hipertensión arterial y de las enfermedades reumatológicas. En segundo lugar figuraban los relativos al control de la

diabetes, a la rehabilitación de las enfermedades neurológicas y de las respiratorias crónicas, a la prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los programas de salud mental, los orientados a la lucha contra la patología venosa y a la educación alimentaria. En último lugar era necesaria la prevención de la obesidad. Para el área 14, el orden de prioridades resultó ser semejante a excepción de los programas de salud mental, que ocupaban el tercer nivel junto con los de prevención de la obesidad.

La salud, la enfermedad y la medicina en la Ribera Alta

Hemos expuesto los datos disponibles hasta la fecha sobre la distribución de la salud, la enfermedad y la muerte en la Ribera Alta. La mayor parte de los relativos al conjunto de la Comunidad Valenciana se ajustan a la población de la Ribera Alta, aunque el estudio detallado de la comarca y sus diferentes municipios está por hacer en muchos aspectos. No nos corresponde a nosotros la interpretación detallada de los datos demográficos y sanitarios, pero de la descripción que hemos ofrecido se desprenden a simple vista algunos rasgos generales característicos de la población, que podemos expresar como consideraciones generales.

Se ha puesto de manifiesto con detalle que el perfil epidemiológico de la Ribera Alta se caracteriza por el predominio de las enfermedades sociales no infectocontagiosas y los accidentes. No sólo son responsables de una elevada mortalidad sino que afectan a una parte considerable de la población y en mayor medida que el resto de afecciones.

Sin embargo, las enfermedades infecciosas siguen afectando a la población y provocando muertes. La lucha mediante la vacunación, especialmente en las infecciones agudas, y el diagnóstico temprano en el nivel primario de la asistencia sanitaria, en las crónicas, siguen constituyendo un reto para la sanidad pública. Pensemos en los recientes y repetidos brotes epidémicos de sarampión en esta comarca, en las hepatitis víricas, en las enfermedades de transmisión sexual, o en la presencia de tuberculosis pulmonar que requiere con urgencia la detección de bolsas hiperendémicas en la región.

Con todo ello, los factores económicos determinan una desigualdad sanitaria patente hoy en la Comunidad Valenciana, dentro de cuya población existen núcleos de pobreza donde la esperanza de vida al nacer es menor, la mortalidad está muy por encima de la esperada para el conjunto de la población, las enfermedades infecciosas tienen mayor presencia y donde las enfermedades crónicas y la vejez comportan una invalidez patética.

Las enfermedades dominantes son, desde luego, en gran parte enfermedades incurables, pero también en gran medida prevenibles y, en todo caso, se

consigue prolongar cada vez más la vida de los enfermos crónicos. Si la esperanza de vida al nacer es muy alta y el envejecimiento de la población resulta notable, la calidad de la vida, de esa vida larga y en una elevada proporción minusválida, constituye hoy una preocupación central de la medicina en general y de las instituciones sanitarias en particular.

La ciencia médica persigue lograr la curación de estas afecciones, pero en la actualidad son en su mayoría incurables. Sin embargo, puede combatir las en la práctica mediante la prevención y la asistencia a los enfermos.

La prevención de las enfermedades dominantes hoy tiene como principal objetivo combatir sus causas sociales, en gran parte las desigualdades económicas, y muy en primer término mediante la modificación de los así llamados «hábitos» o «estilos de vida» de la población, desde la alimentación y la dieta, hasta el consumo de drogas como el tabaco y el alcohol, el sedentarismo, etc. Se trata en realidad de promover la salud del conjunto de la población, el primero de los objetivos de la medicina, y estamos lejos de cumplirlo en muchos aspectos.

La prolongación de la vida del enfermo incurable o crónico se ha de perseguir, por una parte, mediante la promoción del diagnóstico precoz en la población. Por otra parte, la asistencia médica incluye la educación del enfermo que ha de convivir con su estado durante largo tiempo, así como los tratamientos paliativos oportunos, que cada vez más ponderan el factor de la calidad de la vida del enfermo y se encaminan a su rehabilitación física, psíquica y social. En lo que se refiere a la educación del paciente crónico y a su rehabilitación física, psíquica y social, las carencias son más pronunciadas.

En efecto, resulta evidente la complejidad de la organización y elevado coste de una asistencia que, a diferencia del tratamiento de las enfermedades infecciosas agudas, requiere una atención individualizada de los enfermos, de por vida. Para el caso de algunas de estas afecciones como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus se han desarrollado equipos de atención primaria en los Centros de Salud, que también controlan las obesidades. La educación del paciente que debe convivir con la enfermedad, controlarla, seguir una dieta especial, cambiar hábitos relativos al ejercicio físico habitual y a otras conductas sociales establecidas relacionadas con ello y con el consumo de alcohol y tabaco, y a pesar de ello «hacer una vida lo más normal posible», es una de las tareas más urgentes y más difíciles de lograr.

La rehabilitación de los enfermos crónicos con secuelas físicas, de orden neurológico y reumatológico por ejemplo, resulta aun más difícil dado que además de la educación para vivir con su minusvalía, la terapéutica física y la farmacológica son costosas en tiempo y recursos. En el caso de las osteoartritis y problemas afines del aparato locomotor, el propio curso crónico con brotes de dolor e incapacidad obliga a extremar la educación sanitaria para evitar la automedicación, corregir o compensar hábitos posturales particulares y combatir el sedentarismo extendido entre la población. Junto con ello, el caso de las minusvalías propias de la edad avanzada reclama con urgencia la asistencia social. La ayuda puede convertir a un anciano incapacitado por su minusvalía en una persona con cierta autonomía, como reflejan los datos de la encuesta de salud.

El caso de las enfermedades mentales, que como hemos visto tienen un peso y unas repercusiones sociales muy notables en la actualidad, también requieren hoy esta clase de asistencia individualizada y continuada. Aunque todavía queda mucho por hacer —empezando por las investigaciones médico-sociales sobre estas afecciones en la población valenciana— en esa dirección se han establecido equipos de salud mental y parecen haberse desterrado los grandes centros psiquiátricos, incorporando la asistencia de estos enfermos a las salas de los hospitales generales y manteniéndolos lo más integrados posible en su entorno sociocultural.

Todas estas tareas relativas a la asistencia, y no sólo las que conciernen a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades en la población, requieren siempre medidas sociales de diversa índole. Estamos hablando de Medicina Social, la más reciente de las grandes disciplinas médicas y la que mayor eficacia ha demostrado en el combate contra las enfermedades desde hace al menos medio siglo, denominada cada vez con más frecuencia en nuestro medio, bajo el influjo del mundo angloamericano, Salud Pública.

Conocer con detalle los «hábitos» de la población, en definitiva patrones culturales, resulta pues fundamental para implantar de forma eficaz la asistencia a los enfermos y la prevención de las enfermedades de mayor importancia social. Entre los patrones culturales o pautas de conducta se cuentan las prácticas populares relacionadas con la salud y la enfermedad.

Además de dejar planteada la necesidad de conocer los hábitos dietéticos actuales, y de haber investigado y conocer los hábitos relativos al consumo de tabaco y alcohol, a la actividad física de la población y otros aspectos como

la epidemiología del suicidio y de los accidentes en la Comunidad Valenciana, las autoridades sanitarias han querido conocer los casos y los motivos por los que la población valenciana no consulta a los profesionales su enfermedad, incluyendo dos cuestiones sobre el tema en la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (1990-1991). Aunque las preguntas fueron cerradas y excluyeron de la investigación numerosos aspectos, destaca el hecho de que un 20% de los problemas de salud que los valencianos dicen padecer no pasa por los profesionales de la medicina científica moderna; las cifras aumentan a casi la mitad de las enfermedades cuando los síntomas duran menos de 16 días; pero sólo se reducen a un 14% cuando duran más. Apenas el 30% de quienes no consultan su problema declara proceder así ante la ausencia de gravedad que cree percibir. Un 10% declara autotratarse. No podemos suponer que los valencianos conviven con su enfermedad sin hacer nada al respecto en todos los casos de enfermedad que no consultan, ni por considerarla leve (27,6%) ni por su corta duración (46,5%).

Sólo conocer en qué consiste el autotratamiento declarado y en qué casos se produce requiere atención. No sabemos si los encuestados se referían exclusivamente a la automedicación con especialidades farmacéuticas o incluían otras terapias, en especial los remedios populares tradicionales que incluyen el uso de plantas medicinales. Tampoco sabemos si la población recurre, ni en qué medida, a la automedicación y a tratamientos no convencionales de forma complementaria, más que como alternativa, a los de la medicina científica moderna. Es un fenómeno social extendido en Europa y a su estudio se han venido dedicando en los últimos años numerosas publicaciones. En particular, parece frecuente en las enfermedades incurables de curso crónico, y más si incapacitan al paciente con brotes de dolor. Las importantes repercusiones sanitarias y económicas de estas pautas de conducta han constituido el principal motor de las investigaciones sociales más recientes sobre el tema³⁹. En España, estas realidades sociales están presentes en la calle y en los medios de comunicación pero la investigación rigurosa queda en gran parte por hacer.

³⁹También por la misma razón —el coste económico principalmente—, se ha abordado el estudio antropológico del despilfarro en fármacos, investigando las conductas tanto de los médicos que los prescriben como de la población que los demanda. En el nivel de la asistencia primaria, y relativo a los psicofármacos y a los fármacos de amplio uso geriátrico, se han realizado investigaciones en la sanidad pública alemana en Dusseldorf, encaminadas a conocer la raíz del problema sanitario y económico con el fin de atajarlo seriamente. (L. VON FERBER; C. VON FERBER (1993)).

Tanto en el primer aspecto, relativo a la modificación de hábitos de la población para promover la salud, prevenir las enfermedades sociales dominantes, y tratar y rehabilitar a quienes las padecen, como en este segundo que concierne al recurso de la población a otros remedios y sistemas médicos diferentes de la medicina científica moderna, resulta evidente que las pautas de conducta de la población requieren estudios detallados si se pretende que la planificación socio-sanitaria se plasme en la realidad.

Las prácticas populares relacionadas con la salud y la enfermedad, como pautas de comportamiento de un grupo social que son y en consecuencia expresión del conjunto de sus valores, actitudes y conocimientos, constituyen el objeto del presente trabajo.

La existencia de la medicina popular es un hecho sabido. No tiene cronología y está presente en todas las sociedades donde existe un control institucionalizado del ejercicio de la medicina. Las características generales de la medicina popular o folkmedicina han sido bien descritas y analizadas por los historiadores de la medicina desde hace más de medio siglo; sin embargo, la medicina popular se manifiesta de forma diferente en cada sociedad —de acuerdo con las particulares condiciones culturales y socioeconómicas, producto del desarrollo histórico de cada grupo humano— como subsistema cultural y social que es. El estudio de las pautas de comportamiento y de las ideas, actitudes, creencias y valores de la población respecto a la salud y la enfermedad debe incluirlas todas y no sólo las vinculadas directamente con el recurso a la medicina científica moderna o al sistema público de asistencia sanitaria.

Referencias bibliográficas

- ALBERT I ROS, X. (1994) *Mortalitat evitable a la Comunitat Valenciana. Anàlisi temporal i geogràfica (1975-1990)*, Valencia, Tesis doctoral.
- ALMENAR, F. (1988) *Morbilidad atendida en asistencia primaria en la Seguridad Social, Comunidad Valenciana*, 2 vols., Valencia, Consellería de Sanitat i Consum. Servei valencià de salut.
- ALMENAR, F. et al. (1986) *Estudios sanitarios comarcales de la Comunidad autónoma valenciana: Ribera Alta y Ribera Baja*, Valencia, Dirección provincial del Instituto Nacional de la Salud.
- ARIAS, A. et al. (1993) Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia, *Med. Clín. (Barc)*, 100, 281-287.
- CARBONELL, M.A.; GASCON, M.E. (1987) *Prioridades sanitarias en la Comunidad Valenciana: un estudio Delphi*, Valencia, Consellería de Sanitat i Consum. IVESP.
- CAYUELA, A.; VIOQUE, J. (1992) *Atlas de mortalidad por cáncer en la Comunidad Valenciana (1976-1984)*. Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.
- ENCUESTA de Salud de la Comunidad Valenciana 1990-91 (1993) Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.
- ESTADISTICAS de mortalidad de la Comunidad Valenciana, 1988. (1989) Valencia, Consellería de Sanitat i Consum, Generalitat Valenciana.
- ESTADISTICAS de mortalidad de la Comunidad Valenciana, 1990. (1992) Valencia, Consellería de Sanitat i Consum, Generalitat Valenciana.
- FERBER, L. VON; FERBER, C. VON (1993) From drug utilization research to pharmaceutical anthropology. Comunicación al 2nd European Colloquium on ethnopharmacology (ESE), Heidelberg, 24-27 Marzo, 1993. (Actas en prensa).
- FRESQUET, J. L. et al. (1994) *Salut, malatia i terapèutica popular als municipis riberencs de l'Albufera*, Catarroja.

- GALLUD, J.; MEJIA, M. J. (1991) *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 1990-91. Los hábitos de salud (avance de resultados)*, Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.
- GARCIA BENAVIDES, F. (1986) *La fiabilidad de las estadísticas de mortalidad*. Valencia, Consellería de sanitat i Consum.
- GARCIA BENAVIDES, F. et al. (1988) *Anàlisi de mortalitat per àrees de salut de la Comunitat Valenciana, 1976-1980*. Valencia, Consellería de Sanitat i Consum, Generalitat Valenciana.
- GARCIA BENAVIDES, F. et al. (1990) *Atlas de mortalidad evitable de la Comunidad Valenciana*, Consellería de Sanitat i Consum, IVESP.
- GARCIA BENAVIDES, ed. (1992) *La salud en la Comunidad Valenciana (informe técnico)*, Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.
- GARCIA FERRANDO, M. (coord.) (1992) *La sociedad valenciana de los 90*, Valencia, Edicions Alfons el Magnànim, Generalitat Valenciana.
- GLASSER J. H. (1981) The quality and utility of death certificate date, *Am. J. Public Health*, 71, 231-233. Cit. en: Cayuela, A; Vioque, J. (1992) pp. 23.
- LIBRO blanco de la salud en la Comunidad Valenciana* (1991) Valencia. Consellería de Sanidad y Consumo. Gabinete técnico de la Secretaría General. Generalitat Valenciana.
- NOLASCO, A. et al. (1991) *Anàlisi de mortalitat per àrees de salut de la Comunitat Valenciana 1981-1984*, Valencia, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum.
- NOLASCO, A. et al. (1992) *La encuesta nacional de salud (1987) en la Comunidad Valenciana y provincias, Resultados descriptivos*, Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.
- PÉREZ HOYOS, S. (1992) *Evolución de la mortalidad en el País Valenciano, 1976-1990*, Valencia, Generalitat Valenciana, Consellera de Sanitat i Consum-IVESP.
- SANCHEZ RUIZ, L. (1993) *Condicionantes demográficos, culturales y económicos de la salud en Carcaixent*, Valencia.
- SANCHEZ RUIZ, L. (1993) *Condicionantes medioambientales, históricos e infraestructurales de la salud en Carcaixent*, Valencia.
- SANCHEZ RUIZ, L. (1993) *El bienestar físico, mental y social en Carcaixent*, Valencia.

- SANCHEZ RUIZ, L. (1993) *La salud y los servicios comunitarios en Carcaixent, según su encuesta de salud*, Valencia.
- SANCHEZ RUIZ, L. (1993) *Los hábitos de vida en Carcaixent, según su encuesta de salud*, Valencia.
- SANCHEZ RUIZ, L. (1993) *Morbilidad diagnosticada en atención primaria en Carcaixent*, Valencia.
- SANCHEZ RUIZ, L. (1993) *Mortalidad en Carcaixent, 1970-1990*, Valencia.
- UNIDAD de Epidemiología, Centro de Salud Comunitaria, Alzira (1992) *Informe epidemiológico E.D.O. Área sanitaria 14. 1991*.
- UNIDAD de Epidemiología, Centro de Salud Comunitaria, Alzira (1993) *Memoria epidemiológica, Área sanitaria 14. 1992*.

EL USO POPULAR DE PLANTAS MEDICINALES

José L. Fresquet, José Alfonso Tronchoni

Introducción

Abundantes y variados son los trabajos que se han publicado en los últimos años sobre plantas medicinales. La mayoría tienen una finalidad divulgadora y carecen de rigor científico. En ocasiones, incluso, puede vislumbrarse la existencia de publicidad encubierta entre sus páginas que obedece a intereses ajenos a la ciencia y al conocimiento de las especies con propiedades terapéuticas. Suelen transmitir, además, la idea de que su uso es natural, inocuo para el organismo y que desarrollan acciones positivas cuando no espectaculares.

Un fenómeno parecido puede descubrirse entre quienes las recomiendan, ya sean médicos, «naturópatas», «naturistas», homeópatas, herbolarios, farmacéuticos o curanderos. No sabemos dónde ni cómo se han formado. En el Reino Unido¹, por ejemplo, a principios de la década de los ochenta se planteó el tema de la adquisición, o de la venta, de remedios vegetales sin ningún tipo de control. Se pensó en la necesidad de que los farmacéuticos estuvieran más implicados en el tema, pero no se consideró necesario que realizaran un aprendizaje durante el periodo de la licenciatura o de postgrado. La dispensación de estos productos por parte de los naturópatas sí está controlada; han de ser miembros del *National Institute of Medical Herbalist*, fundado en Londres en 1864. Reciben una enseñanza de cuatro años de duración o cursan una diplomatura como la que ofrece la *School of Herbal Medicine*. Sus tratamientos van dirigidos a la restauración de la homeostasis o equilibrio normal del organismo más que a la curación de enfermedades. La tradición de naturópatas o médicos naturópatas también existe en otros países europeos; en Alemania hay unos 16.000 y en Dinamarca unos 4.000.

¹ Véase la parte séptima de TREASE-EVANS, W.C, (1991)

Ante la masiva eclosión de datos que sobre el tema está produciéndose en nuestro país en los medios de comunicación y a través de folletos y prospectos publicitarios en los comercios, farmacias, mercados, etc., existe la necesidad imperiosa de poner orden. A través de los estudios de campo que hemos realizado recientemente, hemos comprobado que los entrevistados demandan información seria sobre todos estos asuntos. Una vez más, las instituciones oficiales y extraoficiales no han sabido responder adecuadamente; cuando lo han hecho ha sido mediante los ineficaces «parches». En juego están intereses económicos importantes; sin embargo, éstos no son los únicos ya que, ante todo, está la salud de los ciudadanos. A título de ejemplo, hemos empezado a observar a través del *Boletín de Farmacovigilancia*, los efectos adversos que provoca el consumo de determinadas plantas medicinales que no son autóctonas pero sí de uso común en nuestro entorno². Por otra parte, estudios recientes³ demuestran que determinadas plantas que se creía que eran inócuas, son potencialmente peligrosas. Por ejemplo, la consuelda o *Symphytum officinale* utilizada en algunos países, contiene pequeñas cantidades de alcaloides pirrolizidínicos conocidos como hepatotóxicos, que cuando se administran a ratas producen cáncer de hígado.

Se hace necesario, pues, abordar el tema de la forma más rigurosa posible. Como hilo conductor de la exposición de este capítulo utilizaremos la estructura de la etnofarmacología, es decir, la distribución y orden de las partes que forman esta disciplina aparecida recientemente. No porque sea nueva sino porque logra relacionar satisfactoriamente diversos campos que han ido desarrollándose por separado desde hace mucho tiempo.

Circulan muchas definiciones de «etnofarmacología»⁴. En los años ochenta se hablaba de «exploración o investigación interdisciplinar de los agentes biológicamente activos observados y utilizados tradicionalmente por los hombres». En el *1er Colloque européen d'Ethnopharmacologie*, celebrado en Metz, en 1990, se la definió como el «estudio científico interdisciplinar del

² Por ejemplo: Reacciones adversas relacionadas con Panax Ginseng y plantas afines. *Boletín de Farmacovigilancia de la Comunidad Valenciana*, nº 24, 345-349, 1993.

³ Otro ejemplo: Ries, C.A. et al (1975). Agranulocytosis caused by chinese herbal medicines. *Jama*, 231, (4), 352-355.

⁴ Véanse, otro ejemplo, ETKIN, N.L. (1989) *lères. Journées d'Ethnopharmacologie* (1989). *L'Ethnopharmacologie...* (1990).

conjunto de remedios de origen vegetal, animal y mineral, y de los saberes y prácticas sobre los mismos, que poseen las distintas culturas para modificar los estados del organismo con fines curativos, preventivos o diagnósticos».

Respecto a las disciplinas⁵ que concurren en la etnofarmacología, hay que citar en primer lugar de la *Botánica*, pero de una botánica viva, unida a la *etnografía*, alejada de los gabinetes y estrechamente vinculada con el trabajo de campo. El segundo puesto lo ocupa la *farmacología*, en relación directa con la *etnología*. Si aquélla nos proporciona el estudio científico de los efectos químicos y biológicos de los medicamentos, de su acción y de su uso, ésta nos suministra una aproximación científica a las sociedades y culturas que emplean los productos naturales que son objeto de estudio. La tercera base fundamental de la etnofarmacología es la *Historia*, que ofrece una imagen diacrónica del empleo de los remedios vegetales, animales y minerales así como de las doctrinas teóricas en que se fundamenta, entre otras muchas aportaciones. Es de gran utilidad para el replanteamiento de cuestiones y problemas así como para la aclaración de las condiciones en que se han producido los distintos préstamos entre sistemas médicos y los errores transmitidos a lo largo de los años.

Tal como hemos podido comprobar en el recientemente celebrado *2nd. Colloque Européen d'Ethnopharmacologie*, en Heidelberg, la colaboración de las distintas disciplinas sigue estando muy lejos de lo que podría juzgarse como situación óptima. Este estado de cosas, en extremo peligroso, porque supone un alejamiento de los objetivos que se persiguen, tiene su origen en los problemas que plantea el desarrollo de la nueva disciplina. En términos muy generales puede hablarse, por una parte, del difícil entendimiento entre los cultivadores de las ciencias sociales y los de las ciencias naturales. El desconocimiento de los saberes y de los métodos que emplean cada una de las disciplinas que pretenden confluir en el objeto de estudio, convierten en estériles los trabajos que se realizan de forma cerrada en cada una de las parcelas. Esto es obvio en muchos estudios totalmente fallidos por un mal planteamiento de los objetivos.

Por otra parte, constituye una fuente de múltiples obstáculos la difícil relación de la medicina científica moderna con otros sistemas médicos, especialmente con las medicinas tradicionales y las populares. Todavía en la

⁵ Véase el trabajo de DOS SANTOS, J.; FLEURENTIN, J. (1990), FRESQUET FEBRER, J.L. (1993).

actualidad hay muchos que las ven como una curiosidad o, lo que es peor, las ignoran. Desde que en 1977 se celebrara en la sede de la OMS en Ginebra una reunión de expertos representativos de los principales sistemas de medicina tradicional para proponer un plan de acción orientado hacia la promoción y desarrollo de estos tipos de medicina, es intolerable que en los diversos *curricula* de las llamadas ciencias de la salud, siga sin figurar una información seria sobre otras formas de hacer frente a la enfermedad distintas de la medicina científica moderna con la que coexisten⁶.

En tercer lugar, en relación directa con los dos anteriores, el estudio aislado de los remedios populares curativos, es decir, ignorando la cosmovisión del grupo humano que los utiliza, es fuente de muchos problemas. Entendemos por cosmovisión el conjunto articulado de sistemas ideológicos, relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el que el individuo o un grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo; en este caso, el que hace referencia a la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano. Este hecho es fundamental en un doble sentido: para investigar con rigor los compuestos y para devolver de forma adecuada los hallazgos a los grupos que los han proporcionado. Por último, habría que mencionar todos los problemas que derivan de la aplicación de las distintas técnicas de cada disciplina.

Conviene detenerse ahora, aunque sea brevemente, en las técnicas que se emplean y que corresponden a las que se utilizan en las distintas disciplinas antes mencionadas. Podemos agruparlas, según los métodos a los que sirven, de la siguiente manera:

A) Métodos de campo: La observación, la entrevista abierta y semiestructurada, la encuesta, así como la recolección e identificación de los remedios son imprescindibles. Los principales problemas que se plantean son de tipo lingüístico: comprensión de la lengua en la que se expresan los informantes, sinonimias y polisemias de los nombres empleados para designar las especies, síntomas y enfermedades, etc. y las dificultades para traducir los términos al lenguaje científico. Tampoco es nada fácil la identificación botánica y

⁶ Como muestran muchos trabajos todavía es difícil la colaboración entre los sistemas médicos años después del programa de la OMS. Véase, por ejemplo, AKERELE, O. (1986).

el estudio de los acuerdos y desacuerdos existentes en la información recogida y que hace referencia a denominaciones, formas de preparación, de administración, usos, etc.

B) Análisis y explotación de los datos obtenidos: Comprende el conjunto de procedimientos para elegir los preparados que deberán ser objeto de estudio de laboratorio así como la elaboración del protocolo de investigación farmacológica partiendo de la información sobre los usos vernáculos que se asocian a cada especie. La comparación de la información que se recoge en distintas colectividades es de gran importancia para poder encauzar adecuadamente este trabajo. Está demostrado que la selección biológica intensiva de plantas recogidas al azar y el examen fitoquímico de éstas, con el propósito de identificar nuevos compuestos químicos, no ha dado buenos resultados.

Es imprescindible que se recojan datos sobre las condiciones en las que se ha recolectado la planta (época del año, por ejemplo), de la parte empleada, forma de preparación y de administración, de la dosis y sobre su uso.

Los historiadores pueden aportar mediante la aplicación de sus técnicas una información valiosa sobre el uso de las sustancias objeto de estudio. Por ejemplo, uno de los estratos más importantes de la medicina popular proviene del galenismo. Puede contrastarse la información que se ha obtenido mediante el trabajo de campo con la que figura en los textos médicos clásicos⁷.

C) Métodos toxicológicos y farmacológicos⁸. A las tareas anteriormente citadas les sigue la elaboración de un extracto según el modo tradicional, la evaluación de su actividad farmacológica según las indicaciones terapéuticas tradicionales, y el fraccionamiento y estudio químico y farmacológico de las fracciones obtenidas.

Tras los estudios encaminados a averiguar la toxicidad del producto empleado, la selección de los protocolos de evaluación farmacológica es uno

⁷ El estudio de la terapéutica y materia médica supone para los historiadores dificultades específicas. Un obstáculo se plantea por la mera identificación de los medicamentos simples y compuestos de cada época. Es un aspecto que eluden muchos historiadores de la medicina y de la farmacia por la única razón de que los textos resultan ininteligibles. A esto viene a sumarse un prejuicio muy extendido: la idea de que la terapéutica de épocas pasadas carecía de eficacia. También puede ser de interés para la etnofarmacología conocer con detalle la historia de los medicamentos de procedencia vegetal, especialmente el aislamiento de los principios activos y los usos que les han venido dando los médicos a través del tiempo.

⁸ Véase FARNSWORTH, N.R.; AKERELE, O.; BINGEL, A.S.; SOEJARTO, D.D.; GUO, Z. (1989). También puede ser de utilidad la consulta de las revistas *Journal of Ethnopharmacology* y *Phytoteraphy*.

de los temas más conflictivos en estos momentos. La mayor parte de los trabajos publicados se basan en estudios *in vitro*, procedimiento que es criticado por muchos autores. En realidad, tanto los que se realizan *in vivo* como *in vitro* tienen sus ventajas y sus inconvenientes. Por lo general es muy difícil reproducir gran parte de los resultados registrados en la literatura sobre la actividad biológica de los extractos de las plantas. Cuanto más complicado es el análisis, menor es la posibilidad de reproducir los fenómenos. Esto tiene muchas explicaciones que se escapan de este modesto trabajo; sólo merece ser mencionado el hecho de que muchos de los estudios se realizan en los laboratorios de los países desarrollados donde se emplean animales subalimentados cuya respuesta bioquímica se diferencia de la que presentan animales mejor nutridos. Es cierto que muchos trabajos publicados ocultan o ignoran detalles relativos a las técnicas empleadas, lo que hace imposible establecer homologaciones y comparaciones.

A pesar de los problemas que pueden deducirse de todo lo dicho, lo cierto es que para muchos países en vías de desarrollo los resultados que está proporcionando la etnofarmacología son incuestionables. Para la mayor parte de estos países el costo de importar fármacos en grandes cantidades suele ser prohibitivo. Poseen, por otro lado, un caudal extraordinario de información sobre el uso de plantas medicinales que, además de ser abundantes y baratas, son aceptadas culturalmente. Existe, pues, la necesidad inicial de producir preparados galénicos eficaces antes que llegar al descubrimiento de los principios activos. Sirva como ejemplo que una tintura químicamente normalizada de *Atropa belladonna* para el tratamiento de las úlceras gástricas tiene una eficacia terapéutica por lo menos equivalente a la de una dosis estándar de sulfato de atropina (el principio activo fundamental de la planta)⁹.

Menos claro está el papel de la etnofarmacología en los países desarrollados. Sigue vigente la tendencia a utilizar la investigación para que los grandes laboratorios y firmas farmacéuticas fabriquen nuevos medicamentos. Esto seguirá así mientras no se reflexione seriamente sobre los objetivos que pretende esta nueva disciplina.

⁹ FARNSWORTH, N.R.; AKERELE, O.; BINGEL, A.S.; SOEJARTO, D.D.; GUO, Z. (1989).

Las plantas utilizadas

Siguiendo este esquema, en primer lugar ofrecemos una lista de los términos con los que el pueblo médico de los municipios estudiados ha designado a las plantas. Queremos conservar tanto los que están normalizados en castellano y valenciano como los que no lo están, y que figuran entre corchetes.

Ajenjo, 18	Boldo, 79	Chirivía, 119
Ajo, 73	[<i>Boletes de terrec</i>], 56	<i>Dacsa</i> , 36
[<i>Albadoque</i>], 93	Borraja, 8	<i>Espart bord</i> , 34
[<i>Albarçana</i>], 48	<i>Bufulaga</i> , 113	Esparto, 34
[<i>Albardana</i>], 48	Cacao, 2	<i>Espit blanc</i> , 96
[<i>Albardonera</i>], 48	[<i>Calahuella</i>], 90	<i>Espitgol</i> , 42
<i>All</i> , 73	<i>Camamilla</i> , 19	Espinacas, 21
Almendra dulce, 98	[<i>Camamirla</i>], 19	Espliego, 42
Almendro, 98	[<i>Camomilla</i>], 19	[<i>Espriego</i>], 41
Altramuz, 71	[<i>Camomirla</i>], 19	Estepa, 15
Amapola, 84	Canela, 63	Estepera, 15
<i>Anís d'estrela</i> , 1	[<i>Cantahueso alicantino</i>], 43	Eucalipto, 81
Anís estrellado, 1	<i>Canya</i> , 29	[<i>Eucaliptus</i>], 81
[<i>Anouer</i>], 40	Caña, 29	[<i>Falaguera</i>], 38
<i>Apegalosa</i> , 103	Cañita de oro, 102	[<i>Fenoi</i>], 118
<i>Api</i> , 116	<i>Carlota</i> , 117	<i>Fenoll</i> , 118
<i>Api bord</i> , 116	<i>Cascall</i> , 85	[<i>Ficus</i>], 26
Apio, 116	Casia, 65	<i>Figa de pala</i> , 9
[<i>Arenaria</i>], 12	Cebada, 32	<i>Figa palera</i> , 9
Arnica, 17	Cebolla, 72	<i>Figuera</i> , 80
<i>Arròs</i> , 33	[<i>Cebullana</i>], 28	<i>Figuera borda</i> , 80
Arroz, 33	Centauro, 27	[<i>Frángula</i>], 95
[<i>Asparaella</i>], 91	Cerraja, 91	Garbanzos, 67
[<i>Aspígol</i>], 42	<i>Cigrans</i> , 67	<i>Garrofa</i> , 66
<i>Assutzena</i> , 74	<i>Cirerer</i> , 99	<i>Garrofer</i> , 66
Azafrán, 38	<i>Cirerer de pastor</i> , 96	[<i>Gesmil</i>], 83
Azucena, 74	Cola de caballo, 24	<i>Gram</i> , 30
<i>Baladre</i> , 4	[<i>Cola de cavall</i>], 24	Gramma, 30
Beleño, 109	Corazoncillo, 37	<i>Gramònica</i> , 93
Belladona, 108	[<i>Cresolera</i>], 5	Granada amarga, 93
[<i>Benit</i>], 11	<i>Cua de cavall</i> , 24	Granado, 93

[Hedra], 6
 Helecho macho, 7
Herba Maria Lluïsa, 124
Herba sana, 48
 Hiedra, 6
 Hierbabuena, 48
 Hierba Luisa, 124
 [Hierba oliva], 57
 Higo chumbo, 9
 Higuera, 80
 [Hipericón], 37
Hisop, 118
 Hisopo, 118
Jolivarda, 20
Joliverd, 120
Joliverda, 20
 Lavanda, 41
 Laurel, 64
 Lentejas, 70
 Limonero, 104
 Linaza, 76
 Lino, 76
 Lúpulo, 10
 [Llantem], 88
 Llantén, 88
Lletsó, 91
[Llidoner], 115
Llimoner, 104
Llinós, 76
[Llipsó], 91
Llorer, 64
Magraner agre, 93
Magraner bord, 93
 Maíz, 36
 Malta, 32
 Malva, 78
Malvinos, 77
 [Manrubio], 44
 Manzanilla, 19
 [Maria Luisa], 124
[Marialluïsa], 124
Margall, 31
Matapuça, 47
 Mejorana, 51
 Melocotonero, 100
 Membrillo, 97
 Menta, 45
Menta pebrera, 45
 Mesto, 94
Milenrama, 16
Milfulles, 16
[Mirtilo], 25
 [Monrubio], 44
Morella en grà, 111
Morella roquera, 121
 Naranja, 105
 Nogal, 40
 Olivarda, 20
 Olivera, 82
 Olivo, 82
[Orégan], 52
 Orégano, 52
Orelletes de rata, 53
 Ortiga, 122
[Palera], 9
Panís, 36
 Panizo, 36
 [Paraella], 91
Pastenaga, 117
 Patata, 112
Pebrella, 61
 [Pellico], 37
Pebre negre, 87
 Perejil, 120
 [Perico], 37
Pí, 86
 Pino, 87
[Piperella], 61
Pitera, 9
 Plátano, 88
Plantatge, 88
Plataner, 89
 Poleo, 49
Poliol, 49
Poliol menta, 46
Rabet de gat, 58
 Rabo de gato, 58
[Raspallera], 50
 Regaliz, 69
 Remolacha roja, 20
 Retama, 68
Romantí, 54
[Romer], 54
 Romero, 54
 [Rompepedras], 59
 Rosa, 101
 Rosal, 101
Rosella, 84
 Ruda, 106
 Rusco, 75
Sabonera, 14
Safrà, 39
 [Sahullada], 28
 [Salicornio], 20
 Salvia, 55
 Sanguinaria, 13
[Sauce ploró], 107
[Saul·là], 28
Seba, 72
 [Segullada], 28
 Sen, 65
 [Seullada], 2
 Tabaco, 110
Taronger, 105
Tarrec, 56
[Terrec], 56
 Tila, 114

<i>Til.la</i> , 114	Tomillo, 62	Verbena, 125
<i>Til.ler</i> , 114	Tomillo macho, 60	Verdolaga, 92
Tilo, 114	[Torcías], 53	Vid, 127
<i>Timó</i> , 62	Trigo, 35	Violeta, 126
[<i>Timonet</i>], 62	<i>Tussilag</i> , 3	[<i>Xolivarda</i>], 20
[<i>Tomell</i>], 62	Tusílago, 3	Zanahoria, 117
[<i>Tomell mascle</i>], 60	Valeriana, 123	[Zoullada], 28
[<i>Tomello</i>], 62	<i>Vareta d'or</i> , 102	
[<i>Tomello mascle</i>], 60	[Varica de oro], 102	

Al final del capítulo incluimos un inventario organizado que contiene la información obtenida en entrevistas que se han realizado en los municipios antes mencionados. Como es habitual en las publicaciones internacionales de este tipo, se presenta ordenada por familias y especies, conforme a la nomenclatura botánica normalizada. Se completa con la frecuencia, que indica las veces que ha sido mencionada la planta por distintas personas, los diversos nombres populares que han empleado los entrevistados para referirse a ella, la parte o partes que se utilizan, y los diversos empleos, que incluyen la forma de preparación, de administración y el uso correspondiente.

Como puede apreciarse, esto significa que se han realizado una serie de tareas previas. Entre éstas destaca la que tenía como finalidad pasar del nombre popular al científico, es decir, la identificación botánica de las especies. Esta tarea es relativamente sencilla o difícil, según se mire. Decimos esto porque requeriría la confluencia de diversos especialistas si se partiera de cero. Este no es nuestro caso. Hay que decir que en los últimos años se han publicado numerosas monografías que estudian las plantas, incluidas las medicinales, de las diversas zonas geográficas. En nuestra Comunidad ha sucedido lo mismo y hay que decir que en la mayoría de las ocasiones se trata de excelentes trabajos¹⁰. Tampoco es cierto que estos estudios sean recientes; son herederos de una larga tradición.

En la elaboración del inventario también se nos ha planteado la cuestión de cómo expresar los usos. Aunque en otros estudios optamos por una fórmula distinta —la más habitual—, en este caso nos ha parecido oportuno, des-

¹⁰ Como ejemplos podemos mencionar la clásica monografía de FONT Y QUER, P. (1979) y la que es de obligada consulta MULET PASCUAL, L. (1991). También podemos citar las de ASENSI, J.; TIRADO, C. (1990), CLIMENT I GNER, D. (1985), FIGUEROLA, R.; PERIS, J.B.; STÜBING, G. (1988), MATEO SANZ, G.; CRESPO VILLALBA, M.B. (1990), PELLICER, J. (1991), etc.

pués de valorar su interés, reflejar con toda fidelidad el uso con las palabras utilizadas por los informantes. Creemos que las expresiones populares sobre la utilización de plantas medicinales puede proporcionarnos información valiosa sobre diversos aspectos de la medicina popular.

A continuación en la tabla nº 2 podemos ver qué familias de plantas se emplean, y dentro de cada una, qué número de especies utilizadas contiene:

Tabla nº. 2

Distribución por familias botánicas de las especies de plantas medicinales empleadas en la Ribera Alta

<i>Familia</i>	<i>nº de especies</i>	<i>Familia</i>	<i>nº de especies</i>
AMARYLLIDACEAE	3	LINACEAE	1
APOCYNACEAE	1	MALVACEAE	2
ARACEAE	1	MONIMIACEAE	1
ARALIACEAE	1	MORACEAE	1
ASPIRIDACEAE	1	MYRTACEAE	1
BORAGINACEAE	1	OLEACEAE	2
CACTACEAE	1	PAPAVERACEAE	2
CANNABACEAE	1	PINACEAE	1
CAPRIFOLIACEAE	1	PIPERACEAE	1
CARYOPHILLACEAE	3	PLANTAGINACEAE	1
CISTACEAE	1	PLATANACEAE	1
COMPOSITAE	5	POLYPODIACEAE	2
CHENOPODIACEAE	3	PORTULACACEAE	2
EQUISETACEAE	1	RHAMNACEAE	2
ERICACEAE	1	ROSACEAE	6
FUCACEAE	1	RUBIACEAE	2
GENTIANACEAE	1	RUTACEAE	3
GLOBULARIACEAE	1	SALICACEAE	1
GRAMINEAE	8	SOLANACEAE	5
GUTTIFERAE	1	THYMELAEACEAE	1
HYPOLEPIDACEAE	1	TILIACEAE	1
IRIDACEAE	1	ULMACEAE	1
JUGLANDACEAE	1	UMBELLIFERAE	5
LABIATAE	22	URTICACEAE	2
LAURACEAE	2	VALERIANACEAE	1
LEGUMINOSAE	7	VERBENACEAE	2
LILIACEAE	4	VIOLACEAE	1

Como puede apreciarse, la familia con más especies botánicas de uso medicinal en la Ribera Alta es la de las labiadas, con 22, seguida a mayor distancia por las gramíneas, con 8, las leguminosas, con 7, con 6 especies por las rosáceas, y con 5 las compuestas, solanáceas y umbelíferas. Las labiadas son una familia de unos 200 géneros y 3.300 especies; son plantas aromáticas, anuales o perennes, herbáceas o subfruticosas. Está muy bien representada en la zona mediterránea y en Gran Bretaña. Muchas de las especies se utilizan en la cocina, como plantas medicinales, como fuentes de esencias, y para la obtención de mentol y timol. Aparte de las esencias, estas plantas contienen diterpenoides y triterpenoides, saponinas, alcaloides piridínicos y pirrolidínicos, polifenoles, y taninos, entre otras sustancias.

La familia de las gramíneas comprende unos 620 géneros y unas 10.000 especies. La mayor parte son herbáceas con raíces fibrosas; anuales, bienales y perennes. Es un grupo de gran importancia económica especialmente en la zona estudiada en este trabajo. Todas ellas contienen sustancias de gran interés como alcaloides, saponinas, ácidos fenólicos, flavonoides, etc. No obstante, la mayoría de los trabajos de investigación sobre las plantas de estas especies se dedican a la vertiente alimenticia.

Las leguminosas constituyen una familia de unas 12.000 especies correspondientes a 600 géneros. Gran parte de las drogas de procedencia vegetal que se han usado y se usan en la actualidad proceden de ella. Ejemplos representativos son el haba del calabaz, la raíz de regaliz, bálsamos de Perú y Tolú, el aceite de cacahuete, las acacias, tamarindo, etc. Tienen un alto contenido en taninos además de heterósidos cianogenéticos, saponinas, mucílagos y antocianos. Los alcaloides son también comunes en esta familia. Tienen asimismo mucho interés desde el punto de vista de la alimentación y de la industria.

Las rosáceas forman una familia de 100 géneros y unas 2.000 especies; contienen heterósidos cianogenéticos, taninos, saponina, terpenoides, etc., como en las leguminosas. Las compuestas es la mayor familia de plantas fanerógamas, que abarca unos 900 géneros y unas 13.000 especies. Hasta ahora, el número de productos que de ellas derivan con cierta importancia económica es poco significativo. Sin embargo, en los últimos tiempos han despertado el interés de los científicos. Se han encontrado especímenes con

propiedades antibacterianas y antitumorales. La riqueza de sustancias que entran en su composición es enorme.

Las umbelíferas forman una familia de 275 géneros y 2.850 especies. Contienen esencias, resinas, cumarinas, saponinas, etc. Las solanáceas son una familia de 90 géneros y de más de 2000 especies. Son típicas de regiones tropicales y templadas. De esta familia proceden drogas como las que se extraen de las hojas de estramonio y del beleño, de la belladona, del pimiento, de la mandrágora, de la patata y de la *Nicotiana tabacum*. Contienen una gran variedad de alcaloides con gran interés taxonómico.

En cuanto a las especies, en la tabla n.º 3 ofrecemos la distribución por orden decreciente de frecuencia de uso. En esta relación observamos que entre las especies más citadas, tres pertenecen a la familia de las labiadas (el rabo de gato, el romero y el tomillo), dos pertenecen a las gramíneas (el maíz y el arroz), dos a las compuestas (manzanilla y árnica), y dos a las rutáceas (naranja y ruda). La familia de las tiliáceas está representada por la tila, las verbenáceas por la verbena, las mirtáceas por el eucalipto, las urticariáceas por la ortiga, las malváceas por la malva, las liliáceas por el ajo y las umbelíferas lo están por el hinojo.

Tabla n.º 3

Distribución por orden decreciente de frecuencia de las especies botánicas de uso medico popular en la Ribera Alta

<i>Especie</i>	<i>n.º de citas</i>
<i>Sideritis angustifolia</i> Lag., <i>S. lagascana</i> Willk, <i>S. hirsuta</i> L.	50
<i>Chamomilla recutita</i> (L.) Rauschert.	40
<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	30
<i>Lippia triphylla</i> (L'Hér.) O. Kuntze	28
<i>Tilia phatyphyllos</i> Scopoli (<i>Tilia officinarum</i> Crantz).	27
<i>Thymus vulgaris</i> L.	27
<i>Zea mays</i> L.	25
<i>Citrus aurantium</i> L.	23
<i>Eucalyptus globulus</i> Labillardiere	23
<i>Micromeria fruticosa</i> (L.) Druce (<i>M. marifolia</i> (Cav.) Bentham)	20

<i>Urtica dioica</i> L., <i>U. urens</i> L.	18
<i>Malva sylvestris</i> L. y especies afines.	17
<i>Ruta angustifolia</i> Pers., <i>R. graveolens</i> L., <i>R. montana</i> (L.) L.	17
<i>Allium cepa</i> L.	16
<i>Arnica montana</i> L., <i>Inula montana</i> L. y especies afines	16
<i>Foeniculum vulgare</i> Miller	16
<i>Oryza sativa</i> L.	16
<i>Equisetum arvense</i> L., <i>E. telmateia</i> Ehrhart	15
<i>Olea europaea</i> L.	15
<i>Allium sativum</i> L.	14
<i>Inula viscosa</i> Aiton (= <i>Dittrichia viscosa</i> (L.) W. Greuter)	13
<i>Citrus</i> sp.	12
<i>Peumus boldus</i> Mol.	12
<i>Juglans regia</i> L.	10
<i>Lavandula latifolia</i> Medicus y especies afines	9
<i>Marrubium vulgare</i> L. y especies afines.	9
<i>Mentha X piperita</i> L. y especies afines.	9
<i>Cynodon dactylon</i> (L.) Pers.	8
<i>Globularia alypum</i> L.	8
<i>Herniaria glabra</i> L.	8
<i>Laurus nobilis</i> L.	8
<i>Papaver rhoeas</i> L.	8
<i>Petroselinum crispum</i> (Millier) A.W. Hill (<i>P. hortense</i> Hoffmann)	8
<i>Plantago</i> sp.	8
<i>Salvia lavandulifolia</i> Vahl., <i>S. officinalis</i> L.	8
<i>Teucrium polium</i> L.	8
<i>Illicium verum</i> Hook	7
<i>Mentha sativa</i> L.	7
<i>Punica granatum</i> L.	7
<i>Ficus carica</i> L.	6
<i>Opuntia</i> sp.	6
<i>Achillea millefolium</i> L.	5
<i>Cassia obovata</i> Colladon, <i>C. alexandria</i> L. y <i>C. angustifolia</i> L.	5
<i>Ceratonia siliqua</i> L.	5
<i>Crocus sativus</i> L.	5

<i>Hypericum perforatum</i> L.	5
<i>Linum usitatissimum</i> L. y especies afines.	5
<i>Origanum virens</i> Hoffmanns & Link	5
<i>Solanum tuberosum</i> L.	5
<i>Apium graveolens</i> L.	4
<i>Arundo donax</i> L.	4
<i>Papaver somniferum</i> L.	4
<i>Rhamnus alaternus</i> L.	4
<i>Rosa canina</i> L. y especies afines.	4
<i>Triticum aestivum</i> L. (<i>T. sativum</i> Lam.)	4
<i>Verbena officinalis</i> L.	4
<i>Asperula cynanchica</i> L.	3
<i>Atropa bella-donna</i> L.	3
<i>Borago officinalis</i> L.	3
<i>Cistus albidus</i> L.	3
<i>Genista hispanica</i> L. y especies afines.	3
<i>Hordeum vulgare</i> L.	3
<i>Micromeria salmanticus</i> (L.) De Candolle	3
<i>Parietaria diffusa</i> Mert. Koch in Röhling (<i>P. officinalis</i> L.)	3
<i>Pinus</i> sp.	3
<i>Thymus piperella</i> L.	3
<i>Valeriana officinalis</i> L.	3
<i>Vitis vinifera</i> L.	3
<i>Celtis australis</i> L.	2
<i>Cicer arietinum</i> L.	2
<i>Crataegus oxyacantha</i> L.	2
<i>Daucus carota</i> L.	2
<i>Lens culinaris</i> Medicus.	2
<i>Lupinus</i> sp.	2
<i>Nerium oleander</i> L.	2
<i>Origanum majorana</i> L.	2
<i>Pneomis lychnitis</i> L.	2
<i>Prunus amygdalus</i> Stokes	2
<i>Rumex crispus</i> L.	2
<i>Salvia verbenaca</i> L.	2

<i>Solanum nigrum</i> L.	2
<i>Stipa tenacissima</i> L.	2
<i>Teobroma cacao</i> L.	2
<i>Tussilago farfara</i> L.	2
Resto de especies del inventario con frecuencia	1

La especie más utilizada en la Ribera Alta, según nuestros datos, es la *Sideritis sp.*, planta autóctona valenciana que también crece en algunas zonas de Murcia y de Andalucía. Su uso se ha extendido durante el presente siglo de una forma extraordinaria ya que no existen noticias de que se utilizara antes como planta medicinal. Quizás se trasladó al hombre el empleo veterinario que se le daba. Tal como se observa en el inventario, se le atribuyen muchas virtudes, pero desde el punto de vista farmacéutico se buscan sus efectos antisépticos y vulnerarios por vía externa, y antiinflamatorios por la interna. Más adelante veremos cómo algunas especies de *Sideritis* han sido estudiadas por miembros del Departamento de Farmacología de la *Universitat de València* que han llegado a interesantes conclusiones.

En segundo lugar, con una frecuencia de 40, nos encontramos con la *Chamomilla recutita* (L.) Rauschert. Es una herbácea anual de flores olorosas que se emplea en infusiones como antiespasmódica, sedante, carminativa y estimulante de la digestión. Es originaria del sur y del este de Europa. Esta planta así como otras especies de porte semejante, se han venido utilizando en la medicina científica clásica y moderna. Dioscórides¹¹ menciona tres tipos de manzanilla, pero no es de extrañar que con el mismo nombre se refiriese a especies que hoy consideramos muy diferentes. En los antidotarios del siglo XVI¹² también aparece como simple o formando parte de diversas fórmulas, como por ejemplo el aceite de manzanilla. Merat, en el capítulo dedicado a las matricarias, dice que la *M. chamomilla* L. tiene «*l'odeur douce, aromathique, tirant un peu sur celle de la fourmi, et son amertume prononcée; elle est estimée stomachique, vermifuge, antispasmodique, etc.*»¹³

¹¹ LAGUNA, A. (1570), Libro III, cap. 148, p. 360-361.

¹² Por ejemplo los antidotarios de CALVO (1580), FRAGOSO, (1592) etc.

¹³ MERAT, F.V.; DE LENS, A.J. (1829-1847), vol. IV, pp. 264-265.

El *Rosmarinus officinalis* L. es la tercera especie más citada. Es un arbusto perennifolio muy aromático, con flores de un azul más o menos intenso. Es característico de la zona mediterránea central y occidental. Fue mencionado de pasada por los tratadistas de la Antigüedad Clásica aunque su celebridad como planta medicinal procede de la baja Edad Media europea. A Arnau de Vilanova se le atribuye haberle dedicado la monografía *De las virtudes del romero*. En los comentarios de Laguna a Dioscórides podemos leer,

«Es el coronario romero tan conocido y vulgar, que en muchas partes de Francia y de España, calientan con él los hornos. Florece dos veces al año el Romero: conviene a saber, por la primavera, y por el Otoño. Hace la flor azul, y algun tanto descolorida... Es el romero caliente y seco en el segundo grado. Su sahumero sirve admirablemente a las toses, al catarro, y al romadizo. Preserva a la casa del aire corrupto, y de la pestilencia, y hace huir las serpientes de ella. Comida su flor en conserva, conforta el cerebro, el corazón y el estómago. Aviva el entendimiento. Restituye la memoria perdida. Despierta el sentido. Y en suma es saludable remedio contra todas las enfermedades frias de cabeza y de estómago»¹⁴.

Merat¹⁵ lo aconseja por vía interna contra los vértigos, la histeria, la hipocondría, la parálisis, el «catarro húmedo», y otras enfermedades como «clorosis», leucorreas, etc. Por la externa lo recomienda para resolver equimosis, contusiones, y en forma de baños «fortificantes». Habla asimismo del alcohol de romero.

Después del romero, la planta más mencionada por los entrevistados de la Ribera Alta es la *Lippia triphylla* (L'Hér.) O. Kuntze o hierba luisa. Es una planta originaria de América del Sur cuyas hojas despiden un agradable aroma a limón. Florece en verano y la gente la cultiva en macetas o en jardines como planta ornamental y aromática. A finales del siglo XVIII se utilizaba contra las indigestiones, palpitaciones, flatos y vértigos hipocondríacos o histericos¹⁶.

La tila o *Tilia phatyphyllos* Scopoli y el *Thymus vulgaris* L. o tomillo aparecen con la misma frecuencia. La primera es un árbol de buen porte, de follaje tupido con hojas grandes de figura de corazón de bordes dentados y festoneados irregularmente, que florece en junio y julio. No es mencionada

¹⁴ LAGUNA, A. (1570), Libro III, cap. 83, p. 321.

¹⁵ MERAT, F.V.; DE LENS, A.J. (1829-1847), vol. VI, pp. 117-118.

¹⁶ FONT QUER, P. (1979), p. 639.

en la *Materia médica* de Dioscórides, aunque Laguna y Mattioli parece que en las notas sí se refieren a ésta planta; no obstante, no hablan de las virtudes calmantes y antiácidas de las flores; sólo empleaban las raíces¹⁷. Su uso para calmar la «excitación nerviosa» en la folkmedicina valenciana es relativamente reciente.

En cuanto al tomillo podemos decir que es una planta muy característica de España y de otros países mediterráneos occidentales. Es un arbustillo muy aromático, compacto, grisáceo y muy ramificado, con flores rosadas o blancas. Crece en ribazos soleados y en matorrales de las tierras bajas calcáreas y arcillosas. Dioscórides dice que nace en los pedregales y lugares estériles. Sus cocimientos mezclados con miel sirven para «arrancar» mucosidades y para las enfermedades respiratorias como el asma. También señala que elimina las lombrices del vientre, aumenta la diuresis, provoca la menstruación y el parto¹⁸. Sin embargo, Laguna¹⁹ señala en los comentarios a este capítulo, que hay confusión respecto a esta planta. Dice que hay dos especies: el tomillo salsero que se da en España comúnmente y otra que se parece y se confunde con la ajedrea o la *Satureja montana* L. Merat²⁰ indica que esta especie de *Thymus* nace en las montañas áridas entre las rocas. Su fuerte olor aromático atrae a las abejas y se emplea como condimento y como planta medicinal en infusión por su rico contenido en aceites alcanforados.

El siguiente lugar está ocupado por una gramínea de procedencia americana y de gran importancia desde el punto de vista alimenticio, el maíz o *Zea mays* L. Planta de muchísima importancia social y cultural en los pueblos precolombinos fue introducida en Europa a principios del siglo XVI. Sin embargo, el uso de los estigmas como diurético es más reciente. Laguna se refiere al maíz en los comentarios del capítulo ochenta y ocho del libro segundo de la *Materia médica* de Dioscórides, que dedica al mijo:

«Hallese a cada paso una suerte del mijo llamado Turquesco, que produce unas cañas muy grandes, y en ellas ciertas mazorcas llenas de muchos granos amarillos o rojos, y tamaños como garbanzos: de los cuales molidos hacen pan la infima gente, y este es el maíz de las Indias, por donde meritamente le llamo *Milium Indicum* Plinio»²¹

¹⁷ LAGUNA, A. (1570), Libro I, cap. 105, p. 77-78.

¹⁸ LAGUNA, A. (1570), Libro III, cap. 40, pp. 292-293.

¹⁹ LAGUNA, A. (1570), Libro III, cap. 40, pp. 292-293.

²⁰ MERAT, F.V.; DE LENS, A.J. (1829-1847), vol. VI, pp. 736-738.

²¹ LAGUNA, A. (1570), Libro III, cap. 88, pp. 186.

El tema del maíz, como dice Patiño²², es extenso y complejo. Los cereales y los granos desempeñaron un papel secundario en la alimentación de los indígenas. Su consumo fue intenso en el sector andino de Sudamérica, así como en Mesoamérica y México. Respecto a sus usos terapéuticos, Gimeno Cabañas²³ recoge un trabajo de Landrieux desarrollado en el Hospital de Beaujon, en el que demuestra que los estigmas del maíz tienen propiedades diuréticas. Así, se usaría en las enfermedades del riñón en que está indicada especialmente la arenaria y en las hidropesías sintomáticas de afecciones cardíacas y hasta en las dependientes del hígado. Font Quer²⁴ reafirma este poder diurético de los estigmas, estilos o cabelleras del maíz bien colectadas; no irritan jamás. La infusión de estos filamentos es inocua, puede consumirse cuanta se quiera y proporciona buenos resultados. Nunca debe emplearse cuando la dificultad de orinar se debe a problemas de próstata. Los estudios de su composición se han llevado a cabo en el presente siglo por W. Freise (1936) y Doby (1914). Laguna nada nos dice acerca de la utilización de esta parte de la planta. Mattioli no la menciona en su edición del Dioscórides de 1548. El grabado que utilizó Laguna para ilustrar este capítulo procede del Dioscórides de Gualtherus Ryffi de 1544; es una prueba definitiva para poder identificar la planta de la que habla.

A continuación aparece el *Citrus auranticum* L. o naranjo, planta importante desde el punto de vista económico para la zona estudiada como ya se ha visto. Procede de Asia. No sólo se usa como alimento sino que tiene numerosos empleos farmacéuticos; para ello se utilizan sobre todo las flores (flores de azahar), la corteza y el zumo.

Detrás del naranjo en orden de frecuencia se sitúa el eucalipto o *Eucalyptus globulus* Labillardiere. Es un árbol que procede de Oceanía y se introdujo en nuestro país en la segunda mitad del siglo XIX. En concreto, se plantaron tres mil macetas en el Jardín Botánico de Valencia en 1868, que después se distribuyeron entre agricultores, jardineros y curiosos. El uso médico popular actual procede de los usos que le dieron los primeros médicos que lo emplearon en terapéutica.

²² PATIÑO, V.M. (1963-1970), vol.2, p. 92.

²³ GIMENO CABAÑAS, A. (1877-80), vol.2, p. 200-201.

²⁴ FONT QUER, P. (1988), p. 946-947.

Usos populares de las plantas medicinales

Como antes hemos advertido, hemos tratado de ser lo más fieles posible con las expresiones y términos que habían utilizado las personas entrevistadas. No se nos escapa la dificultad de comprender y explicar sus significados. La lingüística nos enseña que éstos son la objetivación y la fijación del conocimiento intuitivo que el hombre tiene del mundo y de sí mismo. La constitución de los significados del lenguaje reviste un carácter histórico; así, los que corresponden a las palabras usuales de la lengua se encuentran en un proceso de formación continuo.

Este proceso mantiene una estrecha vinculación con las necesidades, intereses, ámbito y cultura de cada comunidad. Existe una estrecha relación entre el lenguaje y la cosmovisión. Por ejemplo, tras el estudio de numerosas categorías lingüísticas del idioma de los navajos, se llegó a los mismos resultados que los que obtuvieron los etnógrafos cuyo trabajo se basó en el análisis de datos no lingüísticos²⁵. Esta claro, pues, que considerando las limitaciones de nuestra investigación, podemos acercarnos un poco más a la concepción de la enfermedad que se tiene en el grupo estudiado.

Con las expresiones que hemos obtenido en las entrevistas sobre los diferentes usos populares de las plantas medicinales hemos confeccionado un *thesaurus* sencillo. Hoy en día el *thesaurus* es el instrumento más eficaz de control del vocabulario en un sistema de recuperación de la información²⁶. Durante muchos siglos se ha usado con el significado de «léxico» o «selección de palabras». El uso moderno del término *thesaurus*²⁷ se puede fijar en 1852 cuando se publicó la primera edición del *Thesaurus of English Words and Phrases*, de P.M. Roget. En él se explicita claramente que «los términos se

²⁵ CASDO VELARDE, M. (1988).

²⁶ En la actualidad existe abundante literatura sobre el tema. Desatacan los trabajos de VICKERY (1970), SOERGEL (1975), LANCASTER (1985), CHAUMIER (1986), APTCHISON (1972) y GILCHRIST (1971).

²⁷ La definición de UNISIST (Sistema mundial de información científica de la Unesco) dice que «Un *thesaurus* puede ser definido desde el punto de vista de su función y de su estructura. Desde el punto de vista de su función, un *thesaurus* es un instrumento de control terminológico útil en la conversión del lenguaje natural de los documentos, los indizadores o los usuarios en otro más estricto, llamado lenguaje documental o de indización. Desde el punto de vista de su estructura, el *thesaurus*, es un vocabulario controlado y dinámico de términos relacionados semántica y genéricamente, que abarcan un campo particular del conocimiento».

clasifican y ordenan de modo que se facilita la expresión de ideas y se auxilia en la composición literaria».

La aplicación de los lenguajes de indización a la investigación historico-médica fue introducida por López Piñero²⁸. Parte de la base de que los descriptores resultantes de la indización de un conjunto de documentos científicos, que produce una sociedad, en un periodo determinado, pueden considerarse como indicadores de la actividad científica en la sociedad y periodo en cuestión. Asimismo, el conocimiento de la semántica estructural de los descriptores permite acotar unos campos semánticos que nos ofrecen la composición del área científica estudiada. Por tanto, la finalidad de construcción de un *thesaurus* es doble: a) contribuir a una recuperación más eficaz del material reunido, objetivo específico de estos métodos, mediante la indización alfabética de lexemas, y b) poner de manifiesto la estructura de la producción científica de un área concreta, mediante la indización genérico-específica, polijerárquica de los descriptores.

Después de realizar una aproximación un tanto intuitiva en nuestro anterior trabajo sobre los pueblos de la Albufera²⁹, hemos intentado realizar un *thesaurus* con las expresiones populares del uso de plantas medicinales. Más que un *thesaurus* lo que hemos hecho es utilizar la idea de éste para ordenar nuestros materiales³⁰. Así, consideramos que un término de indización es la representación de un concepto. Puede estar constituido por una o más palabras y se denomina unidad léxica o lexema. Lo que presentamos es una lista alfabética de relaciones genérico-específicas de estos lexemas. Los árboles semánticos se presentan en forma de sangrado y ofrecen el conjunto completo de cada jerarquía a partir de un genérico mayor (véase la tabla nº 4). Los números se corresponden con los del inventario de plantas. Las expresiones colocadas entre corchetes han sido introducidas por nosotros.

²⁸ LOPEZ PIÑERO, J.M. (1987).

²⁹ FRESQUET, J.L. *et al* (1994).

³⁰ La elaboración de un *thesaurus* implica establecer un control de vocabulario. Así, entre los lexemas se seleccionan los descriptores. Los criterios para hacerlo suelen ser, el más frecuente, el más antiguo, denominación más escueta, mayor similitud con el genérico del que depende, etc. Para normalizar los descriptores se aplica una serie de reglas: uso de la forma sustantiva, género masculino, número singular, forma desarrollada, secuencia normal de los términos de una expresión, grafía más frecuente. Los lexemas que no se seleccionan como descriptores son los sinónimos o términos equivalentes.

El problema principal al que hay que hacer frente es el de los significados, puesto que partimos de expresiones empleadas para referirse a los usos de plantas medicinales y no de materiales procedentes de entrevistas sobre la estructura y función de las distintas partes del organismo o de las enfermedades. No obstante, la información que se presenta tiene su utilidad y puede servir de base, entre otras cosas, para volver al campo y obtener nuevos datos.

Tabla nº. 4

Relación alfabética de los lexemas o expresiones de los usos populares de las plantas en la Ribera Alta, por relaciones genérico-específicas.

ADELGAZANTE, 71, 94

Ayuda a adelgazar y eliminar la grasa, 26

Celulitis, 6

AFECCIONES EXTERNAS

[Cabello]

Aclarar y suavizar el pelo, 19

Fricciones del cabello, 54

Problemas de la piel, 24, 101= Afecciones cutáneas, 16

Acné, 54, 58

Limpieza de la cara, 104

Callos, 66

Ablandar durezas y callos, 6

Cosmético, 98

Desodorante, 42, 54

Erupciones cutáneas, 35, 62

«Borraura», 17

Erupciones cutáneas en niños, 17

Sarampión, 17, 70

Lesiones del sarampión, 35

Viruela, 17

Combatir la erisipela, 33

- Escaldaduras, 82
- Escozores de la piel, 13
- Infecciones de la piel, 17
 - [Granos]
 - Curar los granos, 72
 - Facilita la eliminación del pus en las pústulas y su resolución, 91
 - Limpieza de los granos con pus, 76
 - Madurar los granos, 33, 72= Facilita la maduración de los granos, 91
 - Resblandecer granos, 62, 72
 - [Herpes]
 - Favorece la resolución de vesículas en el herpes de los labios, 82
 - Infecciones cutáneas sin herida externa, 68
 - [Infecciones de la piel en niños]
 - Prevenir infecciones de la piel en niños, 44
- Inflamación de la piel, 66
- Llagas, 40= Ulceras, 58
 - Curación de llagas, 40
- Mordeduras, 44
- Picaduras, 35
 - Picaduras de insecto, 80
 - Picaduras de escorpión, 80, 82
 - Dolor de las picaduras de escorpión, 80, 82
 - Picaduras de mosquito, 20
- Picores de la piel, 13
- Piel seca, 66
 - Evitar la deshidratación de la piel, 82
 - Hidratante de la piel, 82
 - Hace desaparecer las escamas de la piel en los niños, 17
 - Lubricar la piel, 82
 - Tónico refrescante sobre la piel, 93
- [Problemas derivados de traumatismos externos]
 - Contusiones, 17, 20, 58= Golpes y magulladuras, 54, 58
 - Antiinflamatorio de golpes, heridas y contusiones, 40
 - Desinflamar contusiones, 17
 - Disminuye la inflamación tras golpes o contusiones, 40
 - Emoliente, 33
 - Derrames, 54
 - Hematomas, 44, 64, 125= Moraduras, 17
 - Acelera la curación de los hematomas, 35

- Favorece la eliminación de los hematomas, 68
- Resolución de los hematomas, 17
- Heridas, 9, 17, 37, 58, 64, 78, 93
 - Antiinflamatorio de golpes, heridas y contusiones, 58
 - Cicatrizar, 6= Cicatrizante, 74
 - Cicatrizante de heridas, 75
 - Cicatrización de heridas externas, 40
 - Curar heridas, 29, 58, 64, 78= Resolver heridas, 15, 78
 - Acelera la curación de las heridas, 78= Acelera la resolución de las heridas, 78
 - Acelera la curación de grandes heridas y cortes profundos, 88
 - Favorece la resolución de las heridas, 58
 - Cortes, 17
 - Cortes profundos, 88
 - Evitar la infección de heridas, 62
 - Desinfección de heridas, 104
 - Antiséptico, 101
 - Desinfectante, 17, 29, 41, 48, 58, 62, 91
 - Desinfectante de heridas, 10
 - Limpieza de heridas, 55, 60, 62, 78= Lavado de heridas, 58
 - Limpieza de heridas externas, 40
 - Limpieza de heridas y golpes, 17
 - Limpieza de heridas de la piel, 88
 - Heridas grandes, 88
- Mal infectado, 78
 - Antiséptico, 101
 - Desinfectante, 17, 29, 41, 48, 58, 62, 91
 - Desinfectante de la piel, 104
- Quemaduras, 48, 82, 86, 112
 - Quemaduras por pólvora, 86, 93
- Sabañones, 73
 - Picor de sabañones, 5
- Sudor de los pies, 106
- [Uñas]
 - Cercadados, 33, 72, 80
 - Inflamación de las uñas, 72
- Verrugas, 4, 67, 80, 82, 104
 - Eliminar las verrugas, 80, 104= Eliminación de las verrugas, 67, 82

Secar las verrugas, 73

APARATO DIGESTIVO, 58, 79

Antiinflamatorio del aparato digestivo, 58

[Bazo]

Inflamación de bazo, 78

Enfermedades dolorosas del tubo digestivo, 1

Cólicos intestinales, 19, 41, 62= Espasmos, 105, 123

Dolores digestivos, 1, 49

Dolor de barriga, 19, 58, 106, 124= mal de barriga, 124

Dolor de vientre, 45, 78, 121, 124= mal de vientre, 19, 105, 121, 124

Inflamación de vientre, 121, 127= inflamación de barriga, 33

Dolor intestinal, 33= dolor de tripa, 58

Estómago, 58, 93, 124

Problemas de estómago, 24, 48, 53, 62= trastornos del estómago, 19, 58, 104, 114= dolencias de estómago, 15

Acidez, 122= ardor, 16, 58

Antiácidos, 62

Cólico de estómago, 19

Debilidad de estómago, 49

Dolor de estómago, 19, 46, 55, 124= mal de estómago, 58, 105, 124

Facilitar el eructo, 45, 118

Infección de estómago, 124

Inflamación de estómago, 58, 62, 118, 121= estómago inflamado, 125=
=catarros de estómago, 48= gastritis, 16, 19, 122

Limpiar la lengua sucia, 104

Lavados de estómago, 44

Pesadez de estómago, 19

Úlcera de estómago, 67

Hígado, 20, 79

Problemas de hígado, 1, 19, 21, 58, 62, 92

Cólicos hepáticos, 79

Hígado flojo, 111

Tónico del hígado, 79= activa el hígado, 79

Mal de hígado, 19= trastornos de hígado, 79

- Hepatitis, 20, 50
- Inflamación de vesícula e hígado, 20, 48
 - Inflamación de hígado, 79
 - Inflamación de vesícula, 79
- Problemas digestivos, 33, 53= trastornos digestivos, 102
 - Almorranas, 40, 78, 80
 - [Digestivos]= digestiva, 19, 35, 43, 45, 48, 49, 52, 54, 55, 58, 60, 62, 64, 105, 114, 118, 119, 124, 125= favorece la digestión después de la «parà», 104 = hacer bien la digestión, 124= activa el aparato digestivo, 79
 - Tónicos, 13, 41, 54, 61, 123
 - Estimular el trabajo del estómago y del hígado, 54
 - Estimulante de la bilis, 48
 - Tónico del hígado, 79
 - Facilita el buen funcionamiento del intestino y de la vesícula, 82
 - Estimulante de la bilis, 48
 - Tónico del intestino, 79
- Disfunciones del aparato digestivo, 19, 124
 - Digestiones pesadas, 49, 124=Empacho, 45= Parà, 62= Malas digestiones, 13 =maldigestión, 19= malestar de vientre, 124
 - Náuseas, 1
 - Vómitos, 104, 105
 - Hacer vomitar, 124
 - Vómitos nerviosos, 123
- Intestino, 54 = tripas, 78
 - Problemas intestinales, 41, 53
 - Catarros de intestino, 48= inflamación de intestino, 79
 - Diarreas, 33, 49, 58, 66, 97, 104
 - Diarreas leves, 124
 - Diarreas en niños, 117
 - Pujos, 33, 48
 - Estreñimiento, 11, 29, 45, 58, 66, 76, 102, 105
 - Estreñimiento prolongado, 78
 - Estreñimiento en recién nacidos, 120
 - [Laxantes y purgantes]
 - Laxantes, 35, 54, 65, 78, 82, 105, 113

- Purgantes, 44, 65, 72
 - Purgante para perros, 31
- Flatulencia, 1, 34, 49, 55, 95, 105, 118, 124= gases, 41, 48, 54= flato, 27= aires 118
 - Combatir los gases, 48
 - Infecciones digestivas, 78= infecciones de vientre, 62
 - Infecciones intestinales, 58, 62
 - Limpia la lengua sucia, 104
- [Parásitos intestinales]
 - Eliminar gusanos intestinales, 60
 - Tenia, 7, 93= solitaria, 73
- Lavativas, 44= limpiar los intestinos, 62= lavado de vientre, 62

Vesícula biliar, 79

- Inflamación de vesícula y de hígado, 20, 48
 - Inflamación de hígado, 79
 - Inflamación de vesícula, 79
- Piedras de vesícula, 82

[APARATO RESPIRATORIO]

- Problemas del aparato respiratorio, 33
 - Dificultades respiratorias, 81
 - Respirar bien, 81
 - Enfermedades del pulmón, 45
 - Asma, 55
 - Asma nervioso, 123
 - Bronquios, 83
 - Arrancar, 9
 - Balsámico, 81
 - Despejar los bronquios, 81
 - Expectorante, 3, 8, 62
 - Expulsión de mucosidades bronquiales, 69
 - Suavizar los bronquios, 105
- Hipo, 65
 - [Prevención]
 - Prevenir las enfermedades respiratorias en general, 104
 - Prevenir catarros, 104
- Problemas de la garganta, 80, 104= Mal de garganta, 81, 108

- Afonía, 52
 - Aclarar la voz, 57, 72
- Anginas, 62, 81
- Dolor de garganta, 108
- Faringe, 58
 - Antiinflamatorio de faringe, 58
- Irritación de garganta, 86
 - Suavizante de garganta, 81
- Inflamación de garganta, 58, 78
- Llagas de garganta, 88
- Resfriados que afectan a la garganta, 81

- Resfriados, 37, 44, 45, 48, 51, 55, 69, 72, 76, 78, 81, 88, 105, 107, 114 =
- Catarros, 49, 55, 76, 81, 114= Constipados, 15, 19, 33, 54, 62, 78, 105, 118
- Aliviar catarros, 76
- Nariz tapada, 81
 - Descongestionante de la nariz, 72, 81
 - Despejar la nariz, 81
- Prevenir catarros, 104
- Resfriados que afectan a la garganta, 81
- Respirar bien, 81
- Sudorífico, 44, 62, 81
- Tos, 3, 24, 52, 72, 76, 77, 81, 105, 112, 126
 - Calmar la tos, 112
 - Calmante de la tos, 62, 84
 - Enfermedades del aparato respiratorio que cursan con tos, 3
 - Tosferina, 105
 - Tos nerviosa, 105

BOCA Y DIENTES

[Boca]

- Inflamación de boca, 88, 120
- LLagas de la boca, 88, 93
 - Curar llagas de la boca, 58
 - Resolutivo de llagas de la boca, 93
- Mal de boca, 85

Muelas, 20

Corrosivo dental, 94
Dolor de muelas, 39, 42, 94, 109= Mal de muelas, 96
Flemones, 85
Muelas careadas, 110
 Deshace dientes podridos, 89
 Dolor de muelas careadas, 73, 110
 Analgésico para el dolor de muelas careadas, 110

CELOS, 9

CIRCULACION DE LA SANGRE, 44, 62, 106

Problemas circulatorios, 48, 54, 116= Trastornos circulatorios, 37, 96
 Arteriosclerosis, 37
 Evitar retener líquidos, 58
 Hemorroides, 48
 Mejorar la circulación de la sangre, 8, 42, 106, 122= Favorece la circulación de la sangre, 24, 58, 72, 82
 Tensión, 24, 57, 62, 73, 82, 122= Tensión alta, 42, 45, 60, 104, 106, 122=
 =Hipertensión, 82= Hipertensión arterial, 94
 Bajar la tensión, 82= Disminuye la tensión, 24, 122= Rebajar la tensión, 20, 82
 Hipotensor arterial, 94
 Varices, 122
 Mejora la circulación especialmente en los casos de varices, 118

CORAZON, 37, 39

Fortalecer el corazón, 86, 100
Palpitaciones, 123

DOLOR, 17, 24, 30, 54, 73, 76, 84, 85, 105

Cólico de matriz, 19, 62= Dolor de matriz, 62

 Calmante de los dolores de matriz, 62

Cólicos de riñón, 44, 106

Cólico de vejiga, 19

Dolor articular, 41

Dolor de cabeza, 42, 45, 49, 54, 83, 112, 118, 123

 Calmar el dolor de cabeza, 112

- Dolor de extremidades, 54
- Dolor del mal de oído, 106= Dolor de oreja, 106
- Dolor de muelas, 39, 42, 94, 109= Mal de muelas, 96
 - Dolor de muelas careadas, 73, 110
 - Analgésico para el dolor de muelas careadas, 110
- Dolor de garganta, 108
- Dolor de tipo nervioso, 19
- Dolor e inflamación, 116
- Dolor en general, 73, 105
- Dolores menstruales, 19, 124= Dolor de regla, 18, 19, 55, 106
 - Analgésico para los dolores menstruales, 124
- Enfermedades dolorosas del tubo digestivo, 1
 - Cólicos intestinales, 19, 41, 62= Espasmos, 105, 123
 - Dolores digestivos, 1, 49
 - Dolor de barriga, 19, 58, 106, 124= mal de barriga, 124
 - Dolor de vientre, 45, 78, 121, 124= mal de vientre, 19, 105, 121, 124
 - Dolor intestinal, 33= dolor de tripa, 58
 - Cólico de estómago, 19
 - Dolor de estómago, 19, 46, 55, 124= mal de estómago, 58, 105, 124
 - Cólicos hepáticos, 79
- Mal de pies, 68
- Reuma, 12, 20, 58, 62, 64, 72, 73
 - Articulaciones dolorosas, 54
 - Dolor de las extremidades, 54
- [Tratamiento]
 - Analgésico, 37, 39, 42, 52, 101, 109, 110
 - Analgésico ligero, 109
 - Analgésico para el dolor de muelas careadas, 110
 - Analgésico para los dolores menstruales, 124
 - Calmante, 16, 48, 49, 62, 123, 124
 - Calmante de los dolores de matriz, 62
 - Calmar el dolor de cabeza, 112

[ENFERMEDADES DE LA MUJER]

- Abortivo, 39, 120
 - Abortivo a dosis altas, 120
- Cólico de matriz, 19, 62= Dolor de matriz, 62
 - Calmante de los dolores de matriz, 62
- Desencadenante del parto, 2

- Infertilidad, 101
- Inflamación de genitales en la mujer, 40
 - Inflamación de matriz, 40
 - Inflamaciones vaginales, 40
 - Lavado de genitales inflamados, 36
- Lavado de genitales, 40= Baños de asiento, 36
 - Lavado de genitales inflamados, 36
- Leche en la mujer, 118, 122
 - Aumenta la lactancia, 33= Aumentar la leche de la mujer, 118, 122
 - Resblandecer el pecho de las mujeres, 108
- Mal de regla, 16= Desarreglos de la menstruación, 49
 - Dolores menstruales, 19, 124= Dolor de regla, 18, 19, 55, 106
 - Analgésico para los dolores menstruales, 124
 - Favorece la menstruación, 54
 - Menstruaciones escasas y dolorosas, 54
 - Menstruaciones excesivas, 24

FIEBRE E INFECCIONES

- Antipútrido, 41
 - Ambientador, 41, 54
- Febre, 62, 114
 - Disminuye la fiebre, 114, 116
 - Produce fiebre, 39
- Infecciones, 15, 19
 - Tercianas, 28= Paludismo, 28
 - Sarampión, 17, 70
 - Viruela, 17
 - Virus, 42
 - Antivírico, 72
 - Sarampión, 17, 70
 - Viruela, 17

[HUESOS Y ARTICULACIONES]

- Artrosis, 55, 120
- Artritis, 55, 62, 90= Artritis, 13
- [Desconjuntamiento de articulaciones]
 - Desconjuntamiento de codo, 82

Desconjuntamiento de muñeca, 82
Desconjuntamiento de pie, 82
Desconjuntamiento de rodilla, 82= Desconjuntamiento de menisco, 82
Encabalgamiento de cervicales, 82
Gota, 13, 32, 36, 122
Inflamación articular, 58
Mal de pies, 68
Mejora la calcificación de los huesos, 24
Reuma, 12, 20, 58, 62, 64, 72, 73
 Articulaciones dolorosas, 54
 Dolor de extremidades, 54
 Prevenir el reuma, 72, 73

INFLAMACION, 29, 30, 33, 36, 58, 62, 78, 106, 116

 Antiinflamatorio, 17, 19, 20, 24, 40, 54, 58, 60, 62, 76, 103, 104

 Antiinflamatorio del aparato digestivo, 58

 Antiinflamatorio de faringe, 58

 Antiinflamatorio general, 19

 Antiinflamatorio local, 58

 Antiinflamatorio de ojos, 40= Antiinflamatorio ocular, 19

Dolor e inflamación, 116

[Inflamación aparato digestivo]

 Inflamación de bazo, 78

 Inflamación de intestino, 79= Catarro de intestino=48

 Inflamación de vientre, 121, 127= Inflamación de barriga, 33

 Inflamación de estómago, 58, 62, 118, 121= Estómago inflamado, 125=
=Catarros de estómago, 48= Gastritis, 16, 19, 122

 Inflamación de vesícula e hígado, 20, 48

 Inflamación de hígado, 79

 Inflamación de vesícula, 79

Inflamación articular, 58

Inflamación de boca, 88, 120

Inflamación de garganta, 58, 78

Inflamación de genitales en la mujer, 40
Inflamación de matriz, 40
Inflamaciones vaginales, 40
Lavado de genitales inflamados, 36
Inflamación de ojos, 58
Inflamación de párpados, 101
Inflamación de riñón, 29, 32, 36
Inflamación urinaria, 58= Inflamación de orina, 12
Inflamación de vejiga, 32
Inflamaciones internas, 17, 58, 62
Aliviar inflamaciones internas, 17

MAREOS, 45, 105

NERVIOS, 85, 105

Cansancio cerebral, 54
Depresiones nerviosas. 19
Estimulante de nervios, 54
Hipo, 65
Histerismo, 123
Insomnio, 123
Combatir el insomnio, 84
Favorece el sueño, 114
Producir sueño, 85= Somnífero, 85
Relajante, 105, 114= tranquilizante, 19, 24, 45, 49, 54, 78, 80, 105, 106, 114, 120, 123, 124= sedante, 114= calmante de nervios, 114, 124= relajante de los nervios, 114, 124
Calmante ligero de los nervios, 78, 84= tranquilizante para los niños, 85= relajante para los niños pequeños, 19
Vómitos nerviosos, 123

OBTENER TODO CUANTO SE DESEE, 38

[OIDO]

Mal de oído, 98= Mal de oreja, 106
Dolor del mal de oído, 106= Dolor de oreja, 106
Infección de oído, 106

OJOS, 25, 40

Enfermedades de los ojos, 19= Ojo enfermo, 58= Problemas oculares, 18, 19

- Escozor de los ojos, 19
- Infecciones oculares, 19
 - Conjuntivitis, 19, 58
 - Tracoma, 80
- Inflamación de ojos, 58
 - Antiinflamatorio de ojos, 40= Antiinflamatorio ocular, 19
 - Conjuntivitis, 19, 58
 - Inflamación de párpados, 101
- Irritación ocular, 40
- Orzuelo, 19, 33
- Limpieza de los ojos, 19, 55, 58= Lavado ocular, 58= Baños oculares, 19
- Mejorar la vista, 127
- Recuperar la vista, 25

PERDIDA DE MEMORIA, 127

[RIÑÓN Y VIAS URINARIAS]

Riñón, 20

- Enfermedades del riñón, 62= Problemas del riñón, 22, 24, 30, 36, 58, 102, 116=
=Trastornos del riñón, 37
- Evitar la retención de líquidos, 58
- Inflamación de riñón, 29, 32, 36
- Limpieza los riñones, 30= Limpieza de riñón, 24, 48, 122
- Orina insuficiente, 35
 - Diurético, 8, 24, 49, 120, 122= Para orinar, 2, 12, 29, 30, 32, 62, 67, 88
 - Facilita la expulsión de orina, 36= Facilita la orina, 120
- Piedras de riñón, 12, 20, 29, 32, 36, 59, 72, 120
 - Cólicos de riñón, 44, 106
 - Eliminar piedras de riñón, 12
 - Facilita la eliminación de piedras de riñón, 120
- Retención de orina, 12
 - Diurético, 8, 24, 49, 120, 122= Para orinar, 2, 12, 29, 30, 32, 62, 67, 88
 - Facilita la expulsión de orina, 36= Facilita la orina, 120

[Vías urinarias]

- Infección de orina, 12, 30, 36, 58, 72, 78
- Inflamación urinaria, 58= Inflamación de orina, 12

[Vejiga]

- Cólico de vejiga, 19

- Inflamación de vejiga, 32
- [Próstata]
- Enfermedades de la próstata, 44

[TONICOS]

- Aperitivo, 37, 61, 62
- Apetito, 54= Hambre, 73
- Aplacar el hambre, 73
- Falta de apetito, 54
 - Dar ganas de comer, 28, 51, 54, 58, 64, 106, 111, 118, 122= Aumentar el apetito, 28
 - Dar ganas de comer en niños pequeños, 16
- Nutritivo, 35
- Cansancio en general, 58
- Cansancio cerebral, 54
- Estimulante, 2
- Fortificante, 122
- Reconstituyente, 32, 33
- Estimulante, 2= Excitante, 124
- Fortificante, 122
- Refrescante, 45, 49, 69
- Sed, 30

TOXICOS, 4

VERTIGOS, 123

En la tabla nº 5 ofrecemos la frecuencia de genéricos mayores sobre los usos de las plantas medicinales en la Ribera Alta.

Tabla nº 5

Relación del número de expresiones por los genéricos mayores (orden alfabético)

<i>Genéricos</i>	<i>Frecuencias</i>
Adelgazante	2
Afecciones externas	105
Aparato digestivo	111

Aparato respiratorio	48
Boca y dientes	16
Celos	1
Circulación de la sangre	18
Corazón	3
Dolor	45
Enfermedades de la mujer	27
Fiebre e infecciones	13
Huesos y articulaciones	19
Inflamación	37
Mareos	1
Nervios	18
Obtener cuanto se desee	1
Oído	5
Ojos	19
Perder la memoria	1
Riñón y vías urinarias	31
Tónicos	19
Tóxicos	1
Vértigos	1

En la tabla nº 6 se ve la misma distribución pero en orden de frecuencia.

Tabla nº 6

Relación del número de expresiones en orden de frecuencia por los genéricos mayores

<i>Genérico</i>	<i>Frecuencia</i>
Aparato digestivo	111
Afecciones externas	105
Aparato respiratorio	48
Dolor	45
Inflamación	37
Riñón y vías urinarias	31
Enfermedades de la mujer	27
Huesos y articulaciones	19
Ojos	19

Tónicos	19
Circulación de la sangre	18
Nervios	18
Boca y dientes	16
Fiebre e infecciones	13
Oído	5
Corazón	3
Adelgazante	2
Celos	1
Mareos	1
Obtener todo cuanto se desee	1
Pérdida de memoria	1
Tóxicos	1
Vértigos	1

Problemas relacionados con el aparato digestivo

Los genéricos mayores de este grupos son: antiinflamatorio del aparato digestivo, bazo, enfermedades dolorosas del aparato digestivo, estómago, hígado, problemas digestivos inespecíficos, intestino, y vesícula biliar.

Los problemas de tipo digestivo son los más habituales en los usos de las plantas medicinales de la Ribera Alta, igual que en el estudio que realizamos sobre los municipios ribereños de la Albufera.

El conocimiento popular sobre el aparato digestivo, tanto de su estructura como de su función, es un tema del que poseemos poca información. Es cierto que puede haber variaciones importantes en su concepción, pero también es verdad que pueden encontrarse regularidades significativas. En 1992, E. Banet y F. Núñez³¹ publicaron un trabajo sobre didáctica que contiene información interesante al respecto. Con la finalidad establecer un plan para explicar el sistema digestivo a los estudiantes de séptimo y octavo cursos de Educación General Básica, averiguaron las ideas previas que estos tenían acerca de la digestión de los alimentos, puesto que los autores parten de la base de que las ideas que poseen los alumnos condicionan sus aprendizajes posteriores.

³¹ BANET, E.; NUÑEZ, F. (1992).

Pudieron comprobar que los estudiantes poseen nociones que no se corresponden con el conocimiento científico. Desde el punto de vista estructural observaron bastantes errores en el recorrido boca-estómago, falta de relación del hígado y del páncreas así como del orden de los intestinos, y desde el funcional, se consideró al estómago como órgano central de la digestión, y que el proceso es más mecánico que químico. Banet y Núñez señalan que además de los errores sobre aspectos concretos, los estudiantes poseen esquemas conceptuales alternativos, con cierto grado de coherencia interna, comunes en distintos centros y en diferentes niveles educativos, y de gran persistencia.

A través de los usos de las plantas medicinales nos hacemos una idea de las partes del aparato digestivo que la gente conoce y de cuáles son los problemas que más les preocupan. Nos han hablado del aparato digestivo, tubo digestivo, bazo, estómago, hígado, vesícula, intestino o tripas, y de forma más inespecífica, de vientre o barriga.

Como problemas de tipo general y poco específicos se suele hablar siempre de trastornos digestivos donde las disfunciones es lo que predomina (malas digestiones, digestiones pesadas, náuseas, vómitos, etc.) junto con los problemas de dolor y de inflamación que generalmente van unidos a ellas.

Respecto al estómago nos han aparecido las siguientes alteraciones: acidez, cólico de estómago, debilidad de estómago, infección de estómago e inflamación de estómago, pesadez y úlcera de estómago. La lengua sucia es un signo de que algo no va bien en este órgano, y en general, en todo el tubo digestivo. La debilidad habría que entenderla como sinónimo de «estómago delicado» u órgano que no se puede forzar.

En cuanto al hígado, nos han referido también «problemas de hígado» inespecíficos, cólicos, «hígado flojo», hepatitis y alteraciones de la vesícula (por lo general, la inflamación). Es muy difícil para muchas personas separar hígado de vesícula. Lo que sí se diferencia bien son las piedras de esta parte anatómica.

Lo mismo ocurre con las tripas o intestino. Se habla de inflamación del intestino, de las diarreas y del estreñimiento, de la flatulencia o gases, de las infecciones y de las parasitosis. En las diarreas se distingue entre las infantiles, bastante frecuentes, y las de los adultos; los pujos son diarreas con deposiciones sanguinolentas.

Hay expresiones que podemos denominar «terapéuticas» como la de plantas que sirven para «limpiar» la lengua sucia o el intestino, para «tonificar» y «activar» el hígado, para «estimular» la bilis o el funcionamiento de los órganos digestivos, para «hacer vomitar», para laxar y para purgar, para «eliminar» los aires o los gusanos, etc.

Las afecciones externas

En este apartado destacan dos grandes grupos de problemas: los que podemos denominar de tipo dermatológico y los de causa traumática. Dentro del primer grupo se pueden englobar las erupciones, como la popular «Borraura» (sarpullido inespecífico) o las que se producen en determinadas infecciones infantiles sistémicas; las verrugas; los sabañones; el acné; los granos; y las infecciones de la piel como el herpes. También hemos incluido las picaduras. Asimismo, los usos dermatológicos de algunas plantas se hacen con fines cosméticos: desodorantes, para luchar contra el sudor de los pies, para evitar la deshidratación de la piel, etc.

En el caso de los granos, por ejemplo, el léxico utilizado es el mismo que el empleado en el galenismo: facilitar la eliminación del pus, madurarlos, resblandecerlos, o limpiarlos.

Las llagas, que en el lenguaje popular no se distinguen de las úlceras, corresponderían a soluciones de continuidad con pérdida de sustancia en los tejidos orgánicos, sostenido por alguna causa interna y, por tanto, diferenciable perfectamente de las heridas.

En el segundo grupo se pueden ubicar una serie de problemas muy comunes y que son consecuencia de traumatismos: las contusiones, magulladuras, golpes, etc. que producen hematomas, derrames e inflamación. Las plantas utilizadas en este caso pretenden acelerar la resolución, curación y eliminación de los mismos, por una parte, y desinflamar, por otra. Resulta interesante el uso del término emoliente, muy habitual en el galenismo, sinónimo de «ablandante».

En el caso de las heridas en general, y de los cortes en particular, se busca limpiar y desinfectar y, por supuesto, cicatrizar. Aunque en el botiquín casero suele haber desinfectantes y otros productos de patente para la cura de heridas, resulta interesante que se usen plantas con estos fines, algunas de

las cuales han demostrado su eficacia con este cometido a lo largo de la historia de la medicina. Tanto en este apartado como en el de los traumatismos sin heridas, es muy común el uso del término «acelerar» en el sentido de ayudar a la Naturaleza a hacer su obra, que se corresponde perfectamente con las ideas de la medicina grecolatina.

Afecciones del aparato respiratorio

Si bien en nuestro anterior trabajo³² separábamos bien las alteraciones de las vías respiratorias altas y bajas, la estructura que presentamos en éste es la siguiente: dificultad respiratoria, enfermedades de pulmón, hipo (también podría situarse dentro de las afecciones digestivas y neurológicas), prevención de los síntomas o enfermedades respiratorias en general, problemas de garganta, resfriados, y tos.

Las dificultades respiratorias pueden tener muchas causas, graves y leves. Se busca algo para «respirar bien». El pulmón es una parte anatómica bien reconocida, en donde se sitúan los bronquios. Varias especies de plantas se usan para expulsar mucosidades, para despejarlos, para suavizarlos, para «arrancar» o por su efecto balsámico; es bien patente la riqueza de expresiones. El hecho de que una enfermedad mejore de forma ostensible con la expulsión de mucosidades es muy evidente para el enfermo. Las explicaciones del galenismo y de la medicina científica moderna para este fenómeno apenas divergen.

Otra estructura o parte anatómica de mucha importancia en la medicina popular es la garganta (parte anterior del cuello). Ahí se ubica la faringe y las anginas, término que también hace referencia a su inflamación-infección.

Los resfriados, con una sintomatología predominantemente respiratoria, tienen una gran importancia popular. Una gran parte importante de lo que la gente considera como «resfriados», catarros, o constipados, es objeto de autotratamiento y muy pocos —sólo los que se cronifican o «bajan al pulmón»— son los que llegan al médico. Como se puede apreciar hay una amplia gama de plantas que se usan para luchar contra ellos o para aliviar los síntomas más insidiosos.

³² FRESQUET, J.L. *et al.* (1994), pp. 104-105.

Por último, la tos. Esta puede ser consecuencia de un resfriado o no serlo, por ejemplo la «tos nerviosa». Un total de doce especies de plantas se usan en la Ribera Alta para calmarla.

Dolor

La sensación molesta, más o menos intensa, de una parte del cuerpo debida a causas diversas, que llamamos dolor, despierta en la gente la búsqueda inmediata de alivio. Uno de los genéricos dentro de este grupo es el «tratamiento del dolor», donde los términos precisos de analgésicos no son raros. Los procedimientos y materiales para hacerle frente son abundantes y variados. El remedio farmacológico de patente suele constituir un capítulo importante de la automedicación. Sin embargo, como hemos visto, en la Ribera Alta se emplean un total de cuarenta y dos plantas diferentes con este propósito.

La lista de términos nos ofrece los tipos de dolor que son importantes para las personas y a los que se les puede hacer frente con remedios caseros. Los dolores intensos, como los cólicos renales, son motivo de consulta de urgencia. No aparecen reflejados los dolores asociados a problemas oncológicos.

Los retortijones o el dolor cólico se distinguen muy bien de otros tipos de dolor. Se suele asociar siempre al aparato digestivo y al urinario. La riqueza en calificativos que hacen referencia al sistema digestivo acompañando al sustantivo «dolor» se entiende perfectamente por todo lo que llevamos dicho. Aparte están los dolores de otras estructuras del cuerpo, entre los que destacan los dolores menstruales, de muelas, de cabeza, etc.

Inflamación

Relación de especies empleadas: 12, 16, 17, 19, 20, 24, 29, 30, 32, 33, 36, 40, 48, 54, 58, 60, 62, 76, 78, 79, 88, 101, 103, 104, 106, 116, 118, 120, 121, 122, 125, 127.

Con la inflamación sucede algo parecido a lo descrito en el caso del dolor. Cuando aparece se busca disminuirla o resolverla. Este término se relaciona con los de infección, dolor, enrojecimiento, tumefacción o hinchazón, limita-

ción de la movilidad, etc. Un total de treinta y dos especies de plantas han sido mencionadas como «antiinflamatorias» de diversas partes del cuerpo tanto externas como internas.

Riñón y vías urinarias

Relación de especies empleadas: 2, 8, 12, 19, 20, 22, 24, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 44, 48, 49, 58, 59, 62, 67, 72, 78, 88, 102, 106, 116, 120, 122.

Riñón, vejiga y próstata son las partes mencionadas. Los problemas a los que los habitantes de La Ribera Alta hacen frente con plantas son la inflamación, la «orina insuficiente», las piedras, las «enfermedades de próstata» y la infección. Las piedras de riñón y de la vejiga se suelen relacionar siempre con los dolores cólicos. El principal efecto que se busca en las plantas empleadas es el efecto diurético y el antiinflamatorio.

Huesos y articulaciones

Relación de especies empleadas: 12, 13, 20, 24, 32, 36, 54, 55, 58, 62, 64, 68, 72, 73, 82, 90, 120, 122.

En este apartado encontramos todo tipo de problemas que cursan con dolor, inflamación y con una restricción de la movilidad. Se usan términos como «artrosis», «artritis», «reuma», «inflamación articular», etc. sin que podamos saber con certeza a qué se están refiriendo. El «reuma» se considera como el resultado de fuertes resfriados, aumento del ácido úrico en sangre, humedad, cambios climáticos y, finalmente, de una larga vida consagrada al trabajo manual.

Ojos

Relación de especies empleadas: 18, 19, 25, 33, 40, 55, 58, 80, 101, 127.

Los problemas oculares para los que los habitantes de la Ribera Alta utilizan plantas medicinales son el escozor, las infecciones, la inflamación, la irritación, y el orzuelo. El procedimiento básico consiste en «hacer limpiezas

y lavados». Llama la atención que todavía se mencione la conjuntivitis infecciosa granulosa o tracoma, desaparecida ya hace muchos años.

Tónicos

Relación de especies empleadas: 2, 16, 28, 30, 32, 33, 35, 37, 45, 49, 51, 54, 58, 61, 62, 64, 69, 73, 106, 111, 118, 122, 124.

Bajo el nombre de tónicos hemos reunido un buen número de especies que tienen como denominador común «entonar» el cuerpo en sus múltiples significados; básicamente hacen referencia a recuperar el hambre o a dar ganas de comer y a superar el cansancio o estimular.

Circulación de la sangre

Relación de especies empleadas: 8, 20, 24, 37, 42, 44, 45, 48, 54, 57, 58, 60, 62, 72, 73, 82, 94, 96, 104, 106, 116, 118, 122.

Bajo este genérico se agrupan los «problemas» o «transtornos» circulatorios relacionados casi exclusivamente con la tensión arterial; todas las especies mencionadas tienen como finalidad disminuirla. Aparte de esto se busca también la acción de mejorar la circulación de forma inespecífica o particularmente en el caso de las varices. La retención de líquidos leve se relaciona con la tensión arterial alta. Cuando es más grave se la asocia con otras enfermedades que requieren tratamiento médico especializado. Por último hemos de señalar que, desde hace unos cuantos años, observamos cómo la gente suele conocer su cifra de colesterol, que relaciona con la arteriosclerosis, con el estado de las «arterias y venas» y con el de la circulación.

Nervios

Relación de especies empleadas: 19, 24, 45, 49, 54, 78, 80, 84, 85, 105, 106, 114, 120, 123, 124.

Bajo este término se agrupan un conjunto de palabras que hacen referencia, sobre todo, a dos acciones: calmar, tranquilizar y relajar, por una parte, y a estimular, por otra. Se buscan las primeras acciones en casos de histeris-

mo, de «nervios» en general, de depresiones nerviosas, y de problemas relacionados con el sueño. Se persigue la acción contraria (la que se atribuye al *Rosmarinus officinalis*) sólo en casos de «cansancio cerebral».

Las especies de *papaver* mencionadas se han utilizado, como en el resto del País Valenciano, durante mucho tiempo para relajar y tranquilizar a los niños y también contra el insomnio³³.

Boca y dientes

Relación de especies empleadas: 20, 39, 42, 58, 73, 85, 88, 89, 93, 94, 96, 109, 110, 120.

La finalidad de las acciones de las especies mencionadas para los problemas de boca es curar las llagas y la inflamación de la mucosa bucal. En el caso de los dientes también está muy claro: calmar los dolores de muelas, ayudar a «deshacer» los dientes o muelas careadas y luchar contra los flemones.

Fiebre e infecciones

Relación de especies empleadas: 15, 17, 19, 28, 39, 41, 42, 54, 62, 70, 72, 114, 116.

Algunas plantas se utilizan en La Ribera Alta para bajar la fiebre y sólo una aumenta la temperatura corporal sin que sepamos si se hace con algún motivo terapéutico. La fiebre se relaciona casi siempre con la presencia de infecciones, especialmente por virus. También llama la atención que los entrevistados se han referido a las fiebres tercianas o paludismo, enfermedad que tuvo mucha importancia en esta zona arrocerá en los siglos XVIII y parte del XIX, como se ha visto en un capítulo precedente.

³³ En el diario *Levante* del 25 de febrero de 1995 se da noticia de que unas cien matas de adormidera crecen en una rotonda ajardinada hace un año. Los vecinos de la zona, que han advertido su presencia las recolectan.

Oído

Relación de especies empleadas: 98, 106.

Los únicos problemas de oído para los que la gente de La Ribera Alta utiliza plantas medicinales son el dolor y la infección.

Corazón

Relación de especies empleadas: 37, 39, 86, 100, 123 .

Tal como señala Castillo de Lucas, la forma del corazón se simboliza por una figura cónica, aplastada, con una escotadura en su base y la punta oblicua a la izquierda; su tamaño es el de un puño. El pueblo médico conoce muy bien que este órgano es el núcleo de la vida aunque también se le atribuyen otras funciones que ahora no son objeto de nuestra atención. Desde el punto de vista popular, con el empleo de plantas sólo se busca fortalecerlo. La valeriana también es utilizada algunas veces para regular las «palpitaciones». Parece claro que el resto de los padecimientos del corazón son objeto de consulta médica.

Adelgazante

Relación de especies empleadas: 6, 26, 71, 94.

Hemos dicho varias veces que la medicina popular es una medicina viva. El tema del adelgazamiento y pérdida de peso se ha hecho habitual y ha tomado en los últimos años una gran importancia. Aunque lo normal es adquirir los preparados que se anuncian en los medios de comunicación, la gente aprende pronto la composición de los mismos y usa las plantas de su entorno que puede utilizar con el mismo fin.

Celos

Relación de especies empleadas: 9.

Es normal que en el sistema médico popular aparezcan usos de plantas para problemas que en principio no se plantean en la medicina científica moderna. El caso del uso de las distintas especies y variedades de *Opuntia*,

importadas de América en el siglo XVI, contra los celos, es un ejemplo muy interesante. Sin duda alguna, la presencia de los pinchos u hojas de la planta, juegan un papel destacado en el empleo mágico de la misma.

Mareo

Relación de especies empleadas: 45, 105.

Es difícil incluir a los «mareos» dentro de otro apartado. Suelen definirse como algo que tiene su origen en la cabeza y que se acompaña de otros síntomas como «estómago revuelto», náuseas, y que las cosas del alrededor «dan vueltas». Unas veces se relaciona con los viajes, otras con la tensión baja, otras con el exceso de calor, otras con los disgustos, etc.

Obtener todo cuanto se desee

Relación de especies empleadas: 38.

Este caso es parecido al de los celos. El uso de la falaguera con el objeto de obtener todo cuanto se desee está muy próximo a las recetas mágicas que figuran en algunos papiros de la colección PGM³⁴ (s. I aC- s. IV dC).

Pérdida de la memoria

Relación de especies empleadas: 127.

Aquí hemos recogido la creencia popular, muy extendida por estas tierras, de que los rabillos de las uvas secas o pasas bebidas en infusión, ayudan a estimular la memoria.

Tóxicos

Relación de especies empleadas: 4.

³⁴ Véase *Textos de magia en papiros griegos* (1987), Madrid, Gredos.

Muy pocas plantas de las mencionadas en nuestro inventario son tóxicas. Sin embargo, se conoce muy bien el poder tóxico del *baladre* o adelfa, tan común en nuestras tierras. Contiene heterósidos cardiotónicos derivados del cardenólido, que no se destruyen ni por la desecación ni la ebullición. Según Mulet Pascual³⁵ se han descrito intoxicaciones por asar conejos y aves a la estaca utilizando ramas de adelfa como soporte. Asimismo se han descrito casos criminales por administración de tisanas muy diluidas de esta planta durante un largo periodo.

Vértigos

Relación de especies empleadas: 123.

Los vértigos son definidos como transtornos del equilibrio que se caracterizan por una sensación de movimiento rotatorio de los objetos que están alrededor de la persona afectada, o de ella misma. En la Ribera Alta se le atribuye la propiedad de combatirlos a la valeriana.

Estudios farmacológicos de las plantas medicinales de uso popular

Siguiendo el esquema que hemos propuesto al comenzar el capítulo, vamos a abordar la parte de la etnofarmacología que se ocupa del estudio experimental de las plantas, o dicho de otra manera, de evaluar su eficacia e inocuidad. El 60% de los medicamentos proceden, al menos en origen, del reino vegetal. Podemos distinguir habitualmente entre los medicamentos vegetales y los principios activos preparados a partir de vegetales superiores o bien reproducidos por síntesis. Este segundo caso se refiere a plantas con dos o tres principios químicos definidos, fáciles de aislar e identificar y cuyas propiedades farmacológicas se conocen perfectamente. En este caso, la planta generalmente cultivada sirve sólo para la extracción de aquéllos; son las que denominamos «plantas duras», como las que contienen alcaloides³⁶.

³⁵ MULET PASCUAL, L., (1991), pp. 296-298.

³⁶ FARNSWORTH, N.R.; AKERELE, O.; BINGEL, A.S.; SOEJARTO, D.D.; GUO, Z. (1989).

Las otras plantas, las que nos interesan, se las denomina «plantas suaves», que contienen decenas de principios activos tan sólo conocidos parcialmente, que proceden de la medicina popular y que son los que nos interesa investigar desde la etnofarmacología. Estas tienen mucha importancia en los países pobres. Debemos tener presente que el desarrollo de un nuevo medicamento tarda por término medio de diez a doce años. Por cada 10.000 moléculas sintéticas sólo una se convierte en un nuevo producto terapéutico, y de cada diez de éstas, sólo llega a comercializarse en farmacias una exclusivamente. El coste de todo este proceso se estima en 25.000 millones de pesetas, cifra razonable cuando éste incluye rigurosamente todos los pasos: identificación de una necesidad terapéutica, biología exploratoria, síntesis química, evaluación biológica preclínica, trabajos toxicológicos, farmacológicos y bioquímicos, desarrollo del proceso industrial, estudios galénicos, investigación clínica y registros³⁷.

Es muy evidente que los países pobres no pueden afrontar estos gastos, ni tampoco aquéllos que se derivan de la importación. Además, debemos tener en cuenta que desde el punto de vista cultural, muchos grupos rehusan los medicamentos de patente, o simplemente no saben utilizarlos, por lo cual resultan totalmente ineficaces. Por el contrario, la etnofarmacología permite mejorar el rendimiento de las farmacopeas tradicionales, integradas en estas comunidades desde todos los puntos de vista, mediante su estudio científico. Esta disciplina puede ayudar a seleccionar tratamientos eficaces mediante la evaluación de las plantas de uso popular, y también, enriquecer el arsenal terapéutico de la medicina científica al permitir el descubrimiento de nuevos medicamentos a base de extractos. Por último, y en nuestro territorio, otra aplicación de esta disciplina es la de mantener informados científicamente a los médicos sobre el uso de las plantas y de otros remedios terapéuticos que habitualmente consumen sus pacientes, e incluso, contribuir a que los profesionales entiendan mejor los conocimientos que tienen sobre la salud y la enfermedad.

A continuación, vamos a ofrecer dos ejemplos del tipo de estudios de laboratorio que se realizan con las plantas medicinales después de recorrer, al menos teóricamente, todos los pasos previos que anteriormente hemos des-

³⁷ GOMEZ DE LAS HERAS, F. (1993).

crito. Se trata de buscar principios activos responsables de las acciones y de los efectos de los remedios vegetales, es decir, de demostrar y justificar científicamente sus usos populares. Esta fue una de las primeras fases de lo que se ha denominado «transformación de la materia médica en farmacología experimental», aunque, como hemos señalado en la introducción de este capítulo, existen diferencias de fondo.

Para conseguir nuestros objetivos hemos seleccionado dos grandes grupos de plantas empleadas en la comarca de la Ribera Alta del Júcar; por una parte, aquéllas a las que se les atribuyen popularmente propiedades antiinflamatorias, y por otra, aquéllas con «virtudes» sedantes. Respecto al término «inflamación», debemos matizar que en la medicina popular tiene un significado sensiblemente diferente del científico, sobre todo cuando hace referencia a problemas del aparato digestivo, circunstancia ya apuntada con anterioridad.

A) Plantas antiinflamatorias

Entre el grupo constituido por las más utilizadas figuran con estas propiedades la *Sideritis angustifolia* Lag. y especies afines y la *Chamomilla recutita* (L.) Rauschert. La primera pertenece a la familia *Labiatae*, conjunto formado por especies con un tipo de principios activos: los flavonoides. La manzanilla pertenece a la familia de las compuestas, que también cuentan con estas sustancias en su composición química. A los flavonoides se atribuye la responsabilidad del efecto antiinflamatorio. Veamos esto con más detenimiento.

La actividad antiinflamatoria que asigna la folkmedicina valenciana al género *Sideritis* ha sido comprobada experimentalmente durante la pasada década en la *Universitat de València*³⁸, aunque todavía prosiguen tales estudios con el fin de establecer los mecanismos íntimos de dichos efectos. El primer principio activo aislado fue el borjatriol (diterpenoide inicialmente descrito en la *Sideritis mugronensis* Borja) que desarrolla actividad antiinflamatoria en modelos experimentales de inflamación aguda inducidos en animales de laboratorio, sin aparente contribución del timo ni de la glándula suprarrenal, y también sobre tests de inflamación crónica, provocando

³⁸ Departamento de Farmacología y Farmacotecnia.

una reducción de los parámetros indicativos de dicho proceso —peso del granuloma y niveles séricos de lisozima³⁹.

Con posterioridad se aisló en la misma especie botánica un nuevo flavonoide, la hipolaetina-8-glucósido, que desarrolla actividades antiinflamatorias, analgésicas y antiulcerosas. Este principio activo, al compararlo con la fenilbutazona (antiinflamatorio de síntesis que pertenece a los derivados de las pirazolonas, de efectos parecidos a los salicilatos pero con una toxicidad que difiere sensiblemente) en modelos experimentales *in vivo*, resultó ser más potente en la supresión del edema en la fase aguda de la inflamación y de idéntica eficacia en la inhibición del desarrollo del tejido de granulación, además de presentar menor efecto en fases tardías de dicha respuesta. La diferencia fundamental respecto de la fenilbutazona es que el flavonoide citado carece de capacidad ulcerogénica, y muestra efectos protectores de la mucosa gástrica⁴⁰. La hipolaetina-8-glucósido actúa en una vía similar a la indometacina (medicamento que se introdujo en 1963 para el tratamiento de la artritis reumatoide y alteraciones afines, con una gran efectividad, pero de uso restringido por su alta toxicidad) en la inhibición de la migración leucocitaria y la liberación de enzimas lisosómicos, aunque sin estar relacionada su acción con la inhibición de la síntesis de prostaglandinas como los antiinflamatorios no esteroideos (salicilatos, fenilbutazona, ibuprofen, naproxen, etc.)⁴¹. Además de las características anteriormente mencionadas, en un estudio reciente realizado sobre los flavonoides aislados en la *Sideritis javalambrensis* Pau, y en especial de la hipolaetina-8-glucósido, ha descubierto que tales sustancias son agentes reductores, capaces de interactuar con distintas especies de radicales libres, siendo probablemente dicha particularidad la responsable de su actividad antioxidante que puede participar en sus efectos antiinflamatorios, ya que las acciones inducidas por radicales libres juegan un papel central en la respuesta inflamatoria, especialmente en el daño tisular. Por tanto, las propiedades antioxidantes e inactivantes de radicales libres podrían prevenir la génesis de mediadores de la inflamación⁴².

³⁹ VILLAR, A. *et al.* (1984a).

⁴⁰ VILLAR, A. *et al.* (1984b).

⁴¹ ALCARAZ, A.; JIMÉNEZ, M.J. (1988).

⁴² RIOS, J.L. *et al.* (1992).

Estos trabajos han revelado propiedades que al principio no se sospechaban. Por ejemplo, la actividad antiulcerogénica de este flavonoide, que reduce significativamente las lesiones gástricas inducidas por el etanol, el ácido acetil-salicílico y situaciones extremas de *stress*. En modelos experimentales *in vivo* no se detecta ninguna modificación del volumen de secreción gástrica, pero sí una disminución de su acidez y actividad péptica. La actividad antiulcerosa no está relacionada con la estimulación de la proliferación celular en las glándulas de la mucosa gástrica, sino que se plantea, para explicar el mecanismo citoprotector un aumento en la producción de moco mediado por prostaglandinas endógenas, las cuales estimulan la secreción de moco y de bicarbonato e incrementan el flujo hemático a la mucosa gástrica. Al mismo tiempo ejerce un moderado efecto antisecretor, cuyo mecanismo íntimo no está totalmente definido⁴³.

Debemos añadir a lo anteriormente expuesto, la baja toxicidad *per se* de estos flavonoides y el grandísimo margen de seguridad que nos ofrecen respecto a la dosificación, de tal forma que, en el modelo experimental, dosis diez veces superiores a la dosis eficaz 50, no provocaron efectos tóxicos⁴⁴. Se abre así un nueva perspectiva terapéutica de interés no sólo en lo referente a la administración aislada de estas sustancias, sino más bien por la posibilidad de asociarlas con fármacos antiinflamatorios no esteroideos, con el fin de disminuir o mitigar la posibilidad de lesión gastrointestinal inducida por estos últimos⁴⁵.

Recientemente en la especie *Sideritis javalambrensis* Pau, se ha descrito en modelos experimentales *in vivo* que los extractos obtenidos con hexano, diclorometano y metanol, reducen la fase crónica de la respuesta inflamatoria, y que carece de efecto en la fase aguda, lo que sugiere la presencia de nuevos principios activos con potencial actividad antiartrítica y cuyo mecanismo de acción no está todavía establecido⁴⁶; así, del extracto n-hexano citado se ha aislado un nuevo diterpenoide, el ent-16-hidroxi-13-epi-manoil óxido, y también ésteres de tirosol⁴⁷.

⁴³ ALCARAZ, M.J.; TORDERA, M. (1988).

⁴⁴ VILLAR, A. *et al.* (1984b).

⁴⁵ ALCARAZ, M.J.; JIMENEZ, M.J. (1988).

⁴⁶ DE LAS HERAS, B. *et al.* (1994).

⁴⁷ ALCARAZ, M.J. *et al.* (1989); RIOS, J.L. *et al.* (1992).

Respecto a las manzanillas, ya hemos señalado que con esta denominación se conocen un conjunto de plantas de la familia *Compositae*, semejantes en su aspecto, y a las que se atribuyen propiedades muy similares entre sí. Nosotros nos referiremos a la *Chamomilla recutita* (L.) Rauschert y a la *Santolina chamaecyparissus* L. ssp. *squarrosa* (DC.) Nyman.

La primera contiene aceite esencial compuesto por camazuleno, farneseno, a-bisabolol A y a-bisabolol B entre los más importantes. Además de la esencia se han aislado también flavonoides, especialmente flavonas como la apigenina, apigenina-7- α - β -glucósido y luteolina; y también flavonoles como la quercetina y la quercimeritrina.

La segunda, es decir, la *Santolina*, contiene aceite esencial, entre cuyos componentes destacamos el camazuleno; y por otro lado, compuestos polifenólicos como la pectolarigenina, hispidulina, nepetina y jaceosidina⁴⁸.

Según algunos autores, el camazuleno que contienen estas plantas puede ser el responsable en buena medida de su actividad antiinflamatoria, aunque estudios más recientes otorgan un papel prioritario a los flavonoides.

A parte de lo que hemos mencionado en el caso del rabo de gato, añadiremos que las flavononas apigenina y luteolina muestran una potencia similar a la indometacina en la fase aguda de la respuesta inflamatoria inducida en animales de experimentación. La apigenina y sus derivados deben muy probablemente sus efectos inhibitorios a sus propiedades antihistamina, antiserotonina y antibradiquinina (sustancias que se incluyen dentro del grupo de mediadores químicos de inflamación, que incrementan la permeabilidad en la microcirculación en la fase vascular de dicha respuesta). También disminuye la infiltración leucocitaria del foco inflamatorio.

La luteolina y su derivado 7-glucósido inhiben la fase exudativa de la respuesta inflamatoria, manteniendo su efecto en el modelo experimental incluso varias horas después de que la apigenina y la indometacina ya no mostraron su eficacia; actúa también sobre la fase proliferativa de la antedicha respuesta.

La nepetina, sustancia presente en la composición de la *Santolina*, y su derivado glicosilado, desarrollan una actividad antiinflamatoria que puede ser mediada por el antagonismo con mediadores como la bradiquinina y la

⁴⁸ MULET PASCUAL, L. (1991); GUADALAJARA OLMEDA, A.M. (1981).

angiotensina. Este último muestra efectos antipiréticos en situaciones de hipertermia inducida experimentalmente.

Los flavonoles, quercetina y derivados, han sido estudiados también sobre modelos experimentales *in vivo*, ofreciendo resultados controvertidos respecto al incremento de la permeabilidad capilar inducida por los mediadores histamina, serotonina y bradiquinina, aunque las fases exudativa y proliferativa fueron significativamente controladas por tales principios activos.

Muchos datos sobre el mecanismo de acción de la quercetina han aparecido en los últimos años. Este flavonol afecta a varios sistemas bioquímicos relacionados con la respuesta inflamatoria; en la actualidad se analizan diversas hipótesis para intentar explicar sus efectos *in vivo*, tales hipótesis son: inhibición de la degranulación de los mastocitos inducida por diversos agentes, la inhibición de la liberación de enzimas lisosómicos, el estallido en el consumo de oxígeno y génesis de radicales libres, la quimiotaxis de polimorfonucleares neutrófilos y, la inhibición de la fosfolipasa A₂ en los neutrófilos⁴⁹.

Por otra parte, farmacólogos italianos de la Universidad de Trieste han estudiado la absorción por vía percutánea de los flavonoides, en especial de la apigenina, llegando a la conclusión de que dicho principio es el que mayor actividad antiinflamatoria ofrece tras la administración por vía tópica dentro de dicho grupo de compuestos, mostrando una potencia ligeramente superior a la indometacina⁵⁰. Dicha característica farmacocinética está también presente en otros muchos flavonoides que entran a formar parte de la composición de las plantas citadas con anterioridad, lo cual justificaría su utilización popular como antiinflamatorios por vía tópica.

En la especie *Santolina chamaecyparissus* L. ssp. *squarrosa* (DC.) Nyman, además de los compuestos ya mencionados, se ha aislado un nuevo principio activo, el b-sitosteril-3-D glucósido (obtenido a partir del extracto con cloriformo de dicha planta) que exhibió en ensayos sobre animales de experimentación un potente efecto antiinflamatorio. Este nuevo glucósido parece ser el responsable en parte de la actividad antiinflamatoria de la especie, tal como lo demuestran los distintos *tests* empleados para evaluar dicha capacidad. Posee también un amplio margen de seguridad, apareciendo reacciones

⁴⁹ ALCARAZ, M.J.; JIMÉNEZ, M.J. (1988).

⁵⁰ DELLA LOGGIA, R. *et al.* (1986).

adversas de hiperactividad motora sólo cuando se sobrepasaba en diez veces la dosis eficaz 50 (70 mg/Kg. por vía intraperitoneal y 146 mg/Kg por vía oral)⁵¹.

A continuación nos referiremos a otras especies consideradas como poseedoras de efectos antiinflamatorios. Antes hemos aludido a que el término inflamación en el caso de los trastornos y afecciones del aparato digestivo tenía un significado más amplio que el atribuido en la medicina científica. Así, algunos remedios disminuyen esta «inflamación» por sus efectos espasmolíticos, digestivos, carminativos, etc. propiedades asignadas especialmente al *Thymus vulgaris* L., *Rosmarinus officinalis* L., *Foeniculum vulgare* Miller, *Jasonia glutinosa* (L.) DC. y también a *Chamomilla recutita* (L.) Rauschert y a la *Santolina chamaecyparissus* L. ssp. *squarrosa* (DC.) Nyman; con relación a esta última, estudios farmacológicos sobre órganos aislados evidencian que los extractos no polares de dicha planta inhiben las contracciones inducidas por diferentes agentes espasmogénicos como la acetilcolina, histamina, serotonina y noradrenalina. Este efecto espasmolítico justifica el uso popular de esta especie como agente antiespasmódico. Su antagonismo respecto a la histamina y la serotonina podría contribuir a explicar en parte su actividad antiinflamatoria⁵².

También en el *Thymus vulgaris* L. se ha aislado luteolina⁵³, cuyas acciones las hemos señalado con anterioridad. El contenido fenólico del aceite esencial es responsable en gran medida de las propiedades antisépticas, antitusígenas y expectorantes asignadas a esta planta⁵⁴.

En el romero —*Rosmarinus officinalis* L.— se ha observado que su aceite esencial contiene de un 8-20% de alcoholes totales calculados como borneol, que según algunos autores⁵⁵ ejerce una acción analgésica, antipirética y antiinflamatoria que ha sido comprobada clínicamente.

B) Plantas sedantes

La valeriana ha sido empleada tradicionalmente en la folkmedicina europea desde hace más de trescientos años por sus propiedades sedantes en el

⁵¹ GINER, R.M. *et al.* (1988); RIOS, J.L. *et al.* (1989).

⁵² GINER, R.M. *et al.* (1988); RIOS, J.L. *et al.* (1989).

⁵³ Mencionado por MULET PASCUAL, L. (1991).

⁵⁴ Véase TREASE; EVANS, W.C. (1991).

⁵⁵ FARNSWORTH, N. R. *et al.* (1989).

tratamiento de estados de excitación nerviosa, trastornos nerviosos somatizados en el aparato digestivo y problemas de insomnio, circunstancia por la cual fue incluida en 1983 en la *European Pharmacopeia*⁵⁶. En la actualidad el conocimiento de su utilización terapéutica presenta una distribución prácticamente universal, formando parte oficial de las farmacopeas de diversos países, con la notoria excepción de los Estados Unidos, donde a pesar de dicha limitación, constituye probablemente el remedio fitoterapéutico más recomendado por herbolarios, médicos naturópatas y quiroprácticos para tratar formas leves de insomnio y tensión. En el estudio desarrollado por Hobbs acerca de los remedios naturales derivados de las plantas medicinales y empleados como tratamientos oficiales para diversos trastornos nerviosos (histeria, hipocondriasis y manía), en una serie de textos seleccionados (recetarios, farmacopeas, materias médicas y estudios similares) durante el periodo de tiempo comprendido entre 1733 y 1936, se llega a la conclusión de que la valeriana ha sido citada como tratamiento eficaz para los trastornos mencionados, en cada uno de los tratados considerados, sin perder validez su utilización en el transcurso del tiempo⁵⁷.

El término «Valeriana» no aparece citado en los textos de autores clásicos como Hipócrates, Teofrasto, Plinio y Dioscórides⁵⁸, la primera referencia en la literatura se encuentra en escritos fechados alrededor de los siglos IX y X. La droga se menciona en textos anglosajones del siglo XI y era muy estimada, no solo por sus propiedades medicinales sino también como especia y perfume⁵⁹. Su empleo específico en el tratamiento de desordenes nerviosos se extiende entre los siglos XVI y XVII, así, aparece mencionada en la primera *London Pharmacopeia —Pharmacopoeia Londinensis—* de 1618, con distintas formas de preparación: infusión, tintura y tintura amoniacal, aunque no aparecen reflejadas sus respectivas indicaciones terapéuticas⁶⁰.

Existen más de doscientas especies de valeriana distribuidas por todo el mundo y muchas de ellas se emplean con finalidad terapéutica, usualmente preparadas en forma de infusión realizada con distintas partes de la planta. En algunos países, especialmente Alemania y Holanda, los compuestos acti-

⁵⁶ HÖLZL, J.; GODAU, P. (1989); TUFİK, S. *et al.* (1994).

⁵⁷ Véase HOBBS, CH. (1990).

⁵⁸ Para mayor información sobre el tema véase HOBBS, CH. (1990).

⁵⁹ Véase TREASE; EVANS, W.C. (1991).

⁶⁰ Véase nota 36.

vos de la planta están ya comercializados. Diversos estudios realizados en la pasada década mostraron que las sustancias activas comprendían, entre otros, un grupo de compuestos denominados valepotriatos, cuya concentración variaba notablemente de unas especies a otras. Así en Alemania existe a disposición del público un preparado farmacéutico llamado Valmane® que contiene en su composición una mezcla estandarizada de tres valepotriatos: 80% de dihidrovaltrato, 15% de valtrato y 5% de acevaltrato⁶¹. También en nuestro país existen comercializados diversos preparados farmacéuticos obtenidos a partir de extractos de raíces de *Valeriana officinalis* L., y cuya dispensación al público a través de la red de farmacias no requiere receta médica.

La valeriana contiene 0.5-1% de aceite esencial en cuya composición encontramos ésteres (isovalerianato de bornilo, acetato de bornilo, formiato de bornilo, isovalerianatos de eugenilo e isoeugenilo), alcoholes monoterpénicos como el borneol, eugenol, terpenos y sesquiterpenos oxigenados. Entre éstos, varios ácidos (hidroxivalerénico, acetoxivalerénico, valerénico y una larga lista de ácidos carboxílicos), ésteres, alcoholes y faurinona⁶².

También encontramos en los extractos obtenidos de la planta una serie de ésteres epoxi-iridoides denominados genéricamente valepotriatos, entre los que destacan por su importancia el valtrato, dihidrovaltrato, acevaltrato e isovaltrato. Estos compuestos están presentes en mayor proporción en muestras frescas y crudas de la planta e incluso en su respectiva tintura, debido a que son altamente inestables de tal forma que en el proceso de almacenamiento y desecación de las raíces sufren una importante degradación.

La *Valeriana officinalis* L. contiene además alcaloides (0.05-0.1% en las raíces desecadas); entre ellos podemos destacar la actinidina y la naftiridilmetilketona⁶³.

Respecto a la composición es interesante anotar su gran variabilidad; los investigadores del Instituto de Farmacognosia de Belgrado al comparar la composición de plantas cultivadas en zonas montañosas y en zonas de planicie, observaron que en las primeras aparecía una mayor proporción de acetato de bornilo y en las segundas unas mayor concentración de valepotriatos.

⁶¹ TUFİK, S. *et al.* (1994).

⁶² Véase TREASE; EVANS, W.C. (1991); KUROWSKA, A. *et al.* (1992).

⁶³ JANOT, M.M. *et al.* (1979). Véase TREASE; EVANS, W.C. (1991).

También detectamos importantes diferencias al comparar la composición de plantas cultivadas de valeriana japonesa y europea, especialmente en relación a variedades de mono-sesquiterpenos, de forma que algunos autores⁶⁴ llegan a la conclusión de que las propiedades sedantes de la valeriana europea deben estar desencadenadas por otros compuestos distintos de los citados anteriormente.

Se han realizado diversos estudios clínicos y experimentales sobre animales para intentar confirmar, por una parte, la hipótesis específica de que los extractos de raíces de valeriana disminuyen el tiempo de latencia del sueño, especialmente en personas aquejadas de insomnio leve y moderado; y por otra, para establecer una correlación causal entre determinados principios activos propios de la planta y sus propiedades sedantes.

Respecto a los primeros debemos destacar el desarrollado por Leathwood y por Chauffard y publicado en 1985. Estos autores administraron a un grupo de ocho voluntarios (tres mujeres y cinco hombres), de edades comprendidas entre los 33 y 59 años (edad media 45 años) y afectados de problemas de insomnio moderado-leve, un placebo (azúcar moreno) y 450 mg o 900 mg de un extracto acuoso de *Valeriana officinalis* L. en un ensayo a doble ciego, realizando medidas al azar. El grado de sueño subjetivo fue evaluado por cuestionarios sencillos repartidos entre los voluntarios a la mañana siguiente, mientras que el registro objetivo del nivel de sueño fue medido con un sistema específico de detección de movimientos localizado sobre la muñeca del paciente y que al mismo tiempo ofrecía valores concretos de las pulsaciones por minuto⁶⁵. Los resultados de tal ensayo sugieren que en insomnios leves, la valeriana disminuye de manera importante el tiempo de latencia requerido para dormirse; carece de influencia sobre el tiempo de sueño total y no disminuye los movimientos normales durante la noche. Los pacientes a los que se les administraron 900 mg. de extracto referían a la mañana siguiente una sensación de adormecimiento, de somnolencia, que no aparecía en dosis menores y tampoco en el placebo. Esto indica que a dosis elevadas puede producirse una sensación de sedación y somnolencia similar a la desencade-

⁶⁴ SUZUKI, H. *et al* (1993).

⁶⁵ La ventaja de esta forma de medida es que ofrece unos valores relativos al tiempo de latencia de sueño, estabilidad de sueño y duración del mismo, sin necesidad de interferir con la vida normal del paciente, tal y como sucede con el electroencefalograma.

nada por algunas benzodiacepinas y barbitúricos. Los resultados obtenidos con este sencillo ensayo clínico confirmaron la hipótesis inicial y los autores plantearon que la valeriana es al menos tan efectiva como pequeñas dosis de benzodiacepinas y barbitúricos. Es importante destacar que el análisis químico demostró la presencia de valepotriatos en una cuantía del 0,01%, circunstancia por la cual estos autores sugirieron que tales principios químicos podían ser excluidos como responsables de la actividad hipnótica del extracto acuoso⁶⁶.

La búsqueda de la identidad de los principios químicos responsables de las acciones farmacológicas de la valeriana, constituye una importante línea de investigación desde la década de los años cincuenta y persiste todavía en la actualidad con notorios avances. En el terreno de la farmacognosia, inicialmente se atribuyeron las propiedades sedantes de la planta a dos componentes de su aceite esencial: el acetato de bornilo y el isovalerato. Posteriormente, a finales de los años sesenta y comienzos de los setenta, la caracterización y demostración de la actividad del grupo de principios denominados valepotriatos, pareció resolver, en parte, la situación e interés a ellos referido. Al mismo tiempo, a partir del aceite esencial, investigadores de diversas nacionalidades aislaron varios sesquiterpenoides; en primer lugar el ácido valerénico que mostró propiedades espasmolíticas, después se aisló la valeranona en una especie relacionada con la valeriana europea, concretamente *Nardostachys jatamansi* D.C. y que más tarde se detectó su presencia también en el aceite esencial de la *Valeriana officinalis* L. Este principio activo mostró propiedades anticonvulsivantes, hipotensoras y sedantes, además de influir sobre los niveles de serotonina y noradrenalina, lo que indicaba su acción sobre el sistema nervioso central.

Más tarde se llegó a establecer que la acción de los preparados de valeriana no podía ser plenamente atribuida a la presencia de valepotriatos o de sus respectivos productos de descomposición (recordemos las conclusiones de Leathwood y Chauffard sobre el extracto acuoso de valeriana). En algunas preparaciones, estas sustancias están ausentes, tal como sucede por ejemplo en *Nardostachys jatamansi* D.C. que en Asia se emplea con idéntica finalidad para tratar desordenes nerviosos. En 1978 Rücker *et al.* confirmaron las propiedades farmacológicas de la valeranona y experimentos de investigado-

⁶⁶ LEATHWOOD, P.D.; CHAUFFARD, F. (1985).

res japoneses llegaron a la conclusión de que las propiedades sedantes de la valeriana japonesa podrían deberse a los sesquiterpenoides constituyentes⁶⁷.

Muy recientemente los análisis comparativos de la composición química entre la valeriana japonesa y la europea permiten apuntar, con relación a las importantes diferencias, que la acción sedante de la valeriana europea debe asociarse a algunos componentes distintos de los mono y sesquiterpenoides⁶⁸.

El ácido valerénico mostró en estudios sobre modelos experimentales *in vivo* propiedades depresoras del sistema nervioso central inespecíficas observadas a dosis relativamente altas; al mismo tiempo se observó que prolongaba el periodo de sueño inducido por el fenobarbital cuando se administraban conjuntamente, con lo que podría sospecharse una interacción en el nivel farmacocinético o farmacodinámico de ambos compuestos. Los resultados de estos experimentos indicaron que el ácido valerénico podía contribuir a explicar las propiedades farmacológicas de la valeriana, ya que además de lo anteriormente expuesto, este compuesto químico se encuentra en *Valeriana officinalis* L. y está presente en preparaciones de valeriana en las cuales no aparecen los valepotriatos por su forma de preparación (extractos fluidos, decocto, tinturas, etc.) y descomposición⁶⁹.

Nos ocuparemos ahora de los mecanismos de acción. La acción sedante en el sistema nervioso central es mediada de manera principal por el neurotransmisor GABA a través de los receptores GABA-A. Estos receptores controlan el flujo de iones cloro en la membrana neuronal, de forma que su activación produce hiperpolarización de las neuronas. Importantes sitios de modulación alostérica han sido descritos para el complejo receptor GABA-A-ionóforo de cloro, como el receptor benzodiazepínico central y el receptor para barbitúricos, ambos encontrados en el sistema nervioso central de muchas especies animales incluido el hombre.

Otro receptor benzodiazepínico está también en el SNC; se trata del receptor benzodiazepínico periférico o mitocondrial. La localización celular del receptor está en el nivel de la membrana interna mitocondrial y parece estar relacionado con la síntesis y actividad de otros moduladores del complejo anteriormente citado, como neuroesteroides y neuropéptidos.

⁶⁷ HENDRIKS, H. *et al* (1985); TREASE; EVANS, W.C. (1991).

⁶⁸ SUZUKI, H. *et al* (1993).

⁶⁹ HENDRIKS, H. *et al* (1985).

El neurotransmisor GABA también actúa sobre un receptor diferente, no acoplado al ionóforo de cloro, llamado receptor GABA-B, cuya acción está relacionada con la inhibición de otros sistemas de neurotransmisores.

A pesar de las conocidas propiedades de los extractos de valeriana, muy poca información existe acerca de su actividad sobre los diferentes receptores GABA y sus respectivos sitios de modulación. Así, para intentar paliar tales deficiencias, investigadores italianos han publicado recientemente los resultados de un estudio comparativo de la actividad *in vitro* de los extractos totales (hidroalcohólico y acuoso) y de algunas fracciones purificadas sobre los distintos subtipos de receptores GABA y sus sitios de modulación para benzodiazepinas y barbitúricos. Los resultados de tales estudios aportan las siguientes conclusiones: en primer lugar, el extracto hidroalcohólico (contenido aproximado 0.8% de ácidos valerénicos), el extracto acuoso total y la fracción acuosa derivada del extracto hidroalcohólico, mostraron afinidad por el receptor GABA-A. La naturaleza química de los compuestos responsables de dicha actividad no está claramente correlacionada con los sesquiterpenoides o valepotriatos de la fracción orgánica del extracto hidroalcohólico. El ácido hidroxivalerénico y el dihidrovaltrato no mostraron afinidad por el receptor GABA-A.

Respecto al extracto acuoso de la planta se sugiere que su interacción *in vitro* con el receptor GABA-A podría considerarse de significación terapéutica.

El extracto lipofílico derivado del extracto hidroalcohólico mostró afinidad por los sitios de modulación barbitúricos en complejo receptor GABA-A-ionóforo de cloro, aunque con afinidad menor respecto a los compuestos de referencia. Esta actividad está probablemente relacionada con la presencia de dihidrovaltratos.

El extracto lipofílico y el dihidrovaltrato mostraron además cierta afinidad por el receptor benzodiazepínico periférico, aunque considerablemente inferior a los compuestos de referencia.

Sobre el receptor GABA-B se observa que las fracciones derivadas de la valeriana aumentan la unión del 3 H-Baclofeno a dicho receptor; el mecanismo íntimo de acción no está todavía bien definido.

En conclusión, este estudio muestra las actividades biológicas de los extractos de valeriana sobre el complejo receptor GABA-A-ionoforo de cloro y los sitios de modulación propios de los barbitúricos y las benzodicepinas.

Es muy difícil comparar los resultados *in vitro* y los efectos *in vivo*, debido a que las concentraciones en el cerebro de diversos constituyentes de la valeriana después de administrar dosis activas no son conocidas. Sin embargo, se ha demostrado que después de la administración de extractos de valeriana disminuye el metabolismo de 14 C-deoxiglucosa en regiones cerebrales, un efecto común con otros principios activos como benzodicepinas, barbitúricos y agonistas GABA.

Aunque la naturaleza química de las sustancias que proporcionan este efecto no es conocida, este ensayo sugiere que una interacción de los extractos de valeriana con el complejo receptor GABA-A-ionoforo de cloro-benzodicepina podría representar la base de acción molecular para explicar sus efectos sedantes⁷⁰.

A partir de los datos ofrecidos por la bibliografía secundaria consultada podemos llamar la atención sobre una serie de efectos adversos; en primer lugar, los ensayos sobre la actividad depresora central del ácido valerénico en animales de experimentación mostraron que después de la administración de 50 mg/Kg se produjo una influencia negativa sobre la actividad espontánea, 100 mg/Kg causaron ataxia y después de un corto periodo de tiempo los animales quedaron inmóviles. Una dosis de 150-200 mg/Kg causó espasmo muscular; 400 mg/Kg desencadenaron la aparición de violentas convulsiones en los ratones después de su administración, causando la muerte a la mayoría de animales inculados. En la experiencia se observó que este principio provocaba un descenso de la temperatura corporal (las dosis fueron administradas por vía intraperitoneal).⁷¹

En segundo lugar, en relación a los valepotriatos hemos de destacar los estudios desarrollados por investigadores brasileños y publicados en 1994. Estos ensayos han analizado los efectos de la administración prolongada de tales compuestos sobre ratas gestantes y su descendencia. Los resultados obtenidos muestran que la administración durante 30 días de valepotriatos no cambió el promedio de duración del ciclo estrogénico, ni tampoco el núme-

⁷⁰ HÖLZ, J.; GODAU, P. (1989); MENINI, T. *et al.* (1993).

⁷¹ HENDRIKS, H. *et al.* (1985).

ro de fases durante dicho periodo. Tampoco aparecieron cambios en el índice de fertilidad. En la prole no se detectaron anomalías morfológicas externas, aunque se detectó un incremento en el número de casos con retraso en el proceso de osificación, cuando se administraban a las madres durante la gestación dosis muy elevadas de 12-24 mg/Kg (administración por vía oral). No se detectaron cambios ni alteraciones en el normal desarrollo de la descendencia, después del tratamiento durante la gestación. También se observó que cuando los valepotriatos se administraban por vía intraperitoneal se producía un efecto hipotermizante, no presente al administrarlos por vía oral. Generalmente las dosis administradas por vía oral fueron inocuas para las ratas gestantes y para su descendencia⁷².

Además de los estudios exhaustivos desarrollados sobre la valeriana, también hemos de mencionar importantes avances en los análisis farmacológicos de otras plantas empleadas por sus propiedades frente a trastornos nerviosos; entre ellas debemos citar la *Chamomilla recutita* (L.) Rauschert. Al administrar una infusión liofilizada de flores de manzanilla por vía intraperitoneal se observó una marcadísima disminución de la motilidad basal de los animales de experimentación inoculados con dosis de 360 mg/Kg, sin involucrar la coordinación motora y la relajación muscular. Otras actividades motoras sí resultaron disminuidas, evaluando las mismas con distintos baremos. Con dosis entre 160 y 320 mg/Kg se produjo un suave efecto hipnótico, potenciando el sueño inducido por el hexobarbital al administrarlos conjuntamente. En este ensayo no se evidenciaron efectos tóxicos incluso a dosis excesivamente elevadas. El estudio asigna a la camomila una acción depresora sobre el sistema nervioso central⁷³, lo que confirma su empleo como tranquilizante en la folkmedicina.

En otro ensayo se analizó el efecto de extractos acuosos de hojas y tallos de diferentes especies botánicas —*Rosmanirus officinalis* L., *Pimpinella anisum* L., *Chamomilla recutita* (L.) Rauschert, *Artemisia vulgaris*, *Origanum vulgare*, *Lupinus albus* y *Olea europaea* L.— sobre los ataques inducidos por la picrotoxina en ratones. Esta sustancia es un principio activo obtenido de la semilla de *Anamirta cocculus* que adopta la forma de cristales prismáticos flexibles y resplandecientes o de polvo microcristalino; estimula todas las

⁷² TUFIK, S. *et al.* (1994).

⁷³ DELLA LOGGIA, R. *et al.* (1982).

partes del sistema nervioso central al bloquear la inhibición presináptica de los impulsos neurales. Se ha empleado como estimulante central y respiratorio para tratar el envenenamiento por fármacos depresores del sistema nervioso central, como los barbitúricos, observándose cómo los extractos de las cuatro primeras retrasaban los ataques de convulsiones y disminuían también la tasa de mortalidad inducidos experimentalmente por dicha sustancia⁷⁴.

En la especie botánica *Mentha piperita* L. los ensayos con extractos de *pip-permint* no han puesto de manifiesto efectos notables sobre la actividad fisiológica del SNC, mostrando por contra una interesante actividad diurética⁷⁵.

⁷⁴ ABDUL-GHANI, A.S. *et al.* (1987).

⁷⁵ DELLA LOGGIA, R. *et al* (1990).

Referencias bibliográficas

- ACKERKNECHT, E.H. (1985). *Medicina y antropología social*. Madrid, Akal.
- ADAM RUIZ, D. (s.a.). *La medicina popular en Catadau*. Valencia, manuscrito.
- AGUIRRE BELTRAN, G. (1986). *Antropología médica*. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología.
- AGUIRRE BELTRAN, G. (1987) *Medicina tradicional y atención primaria*. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología.
- AITCHISON, J. (1972), *Welfare of the Elderly: a Faceted Classification and Thesaurus*, 2 vols., London, Aslib.
- AKERELE, O. (1984). Who's traditional medicine programme: progress and perspectives. *WHO Chronicle*, 38, (2), 76-81.
- ALBERO MARTINEZ, P. (1992). *Las plantas medicinales en la población de Manuel*. Valencia, manuscrito.
- ALCARAZ TORMO, M.J. (1981). *Contribución al estudio de la Sideritis mugronensis Borja: aislamiento de un principio antiinflamatorio*. Valencia, Tesis de la Facultad de Farmacia.
- ALCARAZ, M.J.; JIMENEZ, M.J. (1988). Flavonoids as anti-inflammatory agents. *Fitoterapia*, 59, 1, 25-37.
- ALCARAZ, M.J.; TORDERA, M. (1988). Studies on the gastric anti-ulcer activity of Hypolaetin-8-glucoside. *Phytother. Res.*, 2, 2, 85-88.
- ALCARAZ TORMO, M.J. *et al.* (1989). A derivate of ent-3-epimanoyl oxide isolated from *Sideritis javalambresis*. *Phytochemistry*, 28, 4, 1267-1268.
- ALCARAZ, M.D.; GARCIA, C.; REVERA, D.; OBON, C. (1990). Lesser-known herbal remedies as sold in the market at Murcia and Cartagena. *J. Ethnopharmacol.*, 28, (2), 243-248.
- ALCOVER, V.; ARANDA, M.; BELLVER, V.; BOSCH, N.; GARCIA, E. (1984). *Incidencia de la medicina popular en Tous*. Valencia, manuscrito.
- ALONSO MATEU, I. (s.a.). *Plantas medicinales* Valencia, manuscrito.
- AQEL, M.B. (1991). Relaxant effect of the volatile oil of *Rosmarinus officinalis* on tracheal smooth muscle, *J. Ethnopharmacol.*, 33, (1-2), 57-62.
- ARNOLD, N. *et al.* (1991). Comparative study on essential oil of some *Teucrium* species from Cyprus. *Jour. Ethnopharmacol.*, 35, (2), 105-114.

- ASENSI, J. TIRADO, C. (1990). *La vegetació al nostre medi. La vegetació al País Valencià*. València, Eliseu Climent Editor.
- AUSINA GOMEZ, A.; GRAU ANDREU, J. (1984). *Folkmedicina en Carcaixent* Valencia, manuscrito.
- BAGUENA ROIG, J. A. (1985). *Els acudits en Catadau sobre Medicina popular* Valencia, manuscrit.
- BAS SERRA, R. A. (1984). [*Prácticas populares curativas en Alberique*]. Valencia, manuscrito.
- BONET, M.A.; BLANCHE, C.; XIRAU, J.V. (1992). Ethnobotanical study in River Tenes valley (Catalonia, Iberian Peninsula). *J. Ethnopharmacol.*, 37, (3), 205-212.
- BORDALLO CONEJERO, A.; FERRER BAIXAULI, F. (1991). *El anciano ante la enfermedad y la medicación*. Valencia, manuscrito.
- BRU MARTINEZ, C. (s.a.). *Plantas medicinales*, Valencia, manuscrito.
- CALVO JUAN, A. (s.a.). *Creencias mágico-religiosas sobre la enfermedad en Alzira* Valencia, manuscrito.
- CARRIL, A. (1991). *Etnomedicina. Acercamiento a la terapéutica popular*. Valladolid, Castilla ediciones.
- CASADO VELARDE, M. (1988). *Lenguaje y cultura. La etnolingüística*. Madrid, Síntesis.
- CASTILLO DE LUCAS, A. (1958). *Folkmedicina*. Madrid, Dossat.
- CASTILLO DE LUCAS, A. (1969). *Folklore médico del aparato digestivo*. Barcelona, Almirall.
- CHAUMIER, J. (1986), *Análisis y Lenguajes Documentales*, Barcelona, Mitre.
- CLIMENT I GINER, D. (1985). *Les nostres plantes*. Alacant, Instituto Joan Gil-Albert.
- CLIMENT PERIS, J. L. (s.a.). *Folkmedicina*. Valencia, manuscrito.
- COLOMER LLORET, M.; CAMPOS BARBER, R.M. (s.a.). *El uso de las plantas medicinales en Alzira*. Valencia, manuscrito.
- COLOMER PELLICER, J. (1990). *Plantas curativas utilizadas en la folkmedicina valenciana*, Valencia, manuscrito.
- COSERIU, E. (1978). *Sincronía, diacronía e historia. El problema del cambio lingüístico*. 3ª ed., Madrid, Gredos.
- COSTA, M. (1991). Botánica del género Citrus. En: *Historia de la Naranja*. Valencia, Levante-Generalitat Valenciana, p.1-21.
- DAT, D.D. et al. (1992). Studies on the individual and combined diuretic effects of four vietnamese traditional herbal remedies (*Zea mays*, *Imperata cylindrica*, *Plantago major* and *Orthosiphon stamineus*). *J. Ethnopharmacol.*, 36, (3), 225-232.

- DE FEO, V. *et al.* (1992). Traditional phytotherapy on the Peninsula Sorrentina, Campania, Southern Italy. *Jour. Ethnopharmacol.*, 36, (2), 113-126.
- DE LA PRESENTACION BLASCO, C. (s.a.). *Plantas medicinales en la folkmedicina de Algemesí*. Valencia, manuscrito.
- DE LAS HERAS, B.; VIVAS, J.M.; VILLAR, A. (1994), Anti-inflammatory activity of *Sideritis javalambrensis* extracts, *J. Ethnopharmacology*, 41, 15-17.
- DELLA LOGGIA, *et al.* (1986). First data on the percutaneous absorption of a topically active antiphlogistic flavonoid. *Planta Med.* 52, 541-542.
- DIAZ SANCHEZ, C. (1986). *Curanderos y otros prácticos de la folkmedicina valenciana*. Valencia, manuscrito.
- DOS SANTOS, J.R.; FLEURENTIN, J. (1990). L'Ethnopharmacologie: une approche pluridisciplinaire. En: *Ethnopharmacologie. Sources, methodes, objectifs*. Paris, Orstom, Société Française d'Ethnopharmacologie, p.26-39.
- ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA EUROPEO-AMERICANA, (1905-1933). 100 vols., Barcelona, Espasa.
- ESTESO ESTESO, F. (1992). *Vegetación y flora del Campo de Montiel. Interés farmacéutico*. Albacete, Instituto de Estudios Albacetenes.
- ESPERT IBANEZ, J.J. (s.a.). *Utilización de plantas medicinales en la folkmedicina valenciana*. Valencia, manuscrito.
- ETKIN, N.L. (1989). Ethnopharmacology: Biological and behavioral perspectives in the study of Indigenous Medicines. En: *Medical Anthropology*. New York, Greenwood Press.
- ETKIN, N.L. (1993). Anthropological methods in ethnopharmacology. *J. Ethnopharmacol.* 38, (2-3), 189-196.
- FERRANDEZ ARAUJO, C. (1974). *Medicina popular en Cartagena*. Murcia, Excmo. Ayuntamiento de Cartagena.
- FARNSWORTH, N.R. (1993). Ethnopharmacology and future drug development: the North America experience. *J. Ethnopharmacol.*, 38, (2-3), 145-152.
- FARNSWORTH, N.R.; AKERELE, O.; BINGEL, A.S.; SOEJARTO, D.D.; GUO, Z. (1989). Las plantas medicinales en la terapéutica. *Bol. of Sanit. Panam.*, 107, (4), 314-329.
- FIGUEROLA, R.; PERIS, J.B.; STÜBING, G. (1988). *Guía de las Flores silvestres de la Comunidad Valenciana*. Valencia, Consorci d'Editors Valencians.
- FLEURENTIN, J.; PELT, J.M. (1990). Las plantas medicinales. *Mundo Científico*, 10, 927-934.
- FLOREZ, J.; HURLE, M.A. (1992), Fármacos ansiolíticos y sedantes, En: J. Flórez *et al*, *Farmacología humana*, 2ª ed., Barcelona, Masson-Salvat.

- FOLCH I GUILLEM, R. (Dir) (1998). *Història natural dels Països Catalans*. Barcelona, Fundació Enciclopèdica Catalana.
- FONT I QUER, P. (1979). *Plantas medicinales. El Dioscórides renovado*. 10^a ed. Barcelona, Labor.
- FORES AHUIR, M.J. (1991). *Trabajo sobre plantas curativas utilizadas en la Folkmedicina del barrio de Santa Bárbara, de Algemesí*. Valencia, manuscrito.
- FRESQUET, J.L.; AGUIRRE, C.; BAGUENA, M.J.; LOPEZ, M.L.; PARDO, J.; ZORRILLA, V.; BORDALLO, A.; FERRER, F.; TRONCHONI, J.A. *Plantes medicinales d'usage populaire dans la Region de la Ribera Alta (Valencia, Espagne)*. Heidelberg, marzo, 1993.
- FREYTAG, W.E. (1983), Determination of valerenic acid and valerenal as well as valepotriates in *Valeriana officinalis* with HPLC, *Pharm Ztg*, 128, 2869-2871.
- GANDHI, M. *et al.* (1991). Post-coital antifertility activity of *Ruta graveolens* in female rats and hamsters. *J. Ethnopharmacol.*, 34, (1), 49-60.
- GARCIA BENETO, M.A. (s.a.). *Plantas medicinales* Valencia, manuscrito.
- GARCIA DELPECH, S. (1989). *Folkmedicina en la pedanía del Palmar*. Valencia, manuscrito.
- GARCIA GUERRERO, N. (1992). *El uso de las plantas medicinales en Carcaixent* Valencia, manuscrito.
- GARCIA GUTIERREZ, A.; MIRAVET RAMIREZ, A. (1989). *Plantas curativas utilizadas en la folkmedicina valenciana*. Valencia, manuscrito.
- GARCIA OCHEDA, A. (1987). *Estudio sobre las plantas medicinales en Carlet* Valencia, manuscrito.
- GARRIDO SARASOL, M. E.; HERNANDEZ CHAFES, F. S. (1992). *Plantas medicinales en Villanueva de Castellón*, Valencia, manuscrito.
- GIL, L. (1969). *Thérapeia. La medicina popular en el mundo clásico*. Madrid, Ediciones Guadarrama.
- GILCHRIST, A. (1971), *The Thesaurus Retrieval*, London, Aslib.
- GIMENO CABAÑAS, A. (1877-1881). *Tratado elemental de terapéutica, materia médica y arte de recetar*, 2 vols. Valencia, Librería de Pascual Aguilar.
- GINER, R.M.; RIOS, J.L.; VILLAR, A. (1988), CNS Depressant Effects, Anti-inflammatory Activity and Anti-cholinergic Actions of *Santolina chamaecyparissus* extracts, *Phytotherapy Research*, 2, (1), 37-41.
- GINER, R.M.; RIOS, J.L.; VILLAR, A. (1989), Inhibitory effects of *Santolina chamaecyparissus* extracts against spasmogen agonists. *J. Ethnopharmacology*, 27, 1-6.

- GUADALAJARA OLMEDA, A.M. (1981). *Estudio y diferenciación de las manzanillas*. Valencia, Tesis de licenciatura.
- GUERRERO GIMENEZ, F. (s.a.). [*Folkmedicina en el área del Perelló*]. Valencia, manuscrito.
- HENDRIKS, H.; BOS, R.; WOERDENBAG, H. J.; KOSTER, A. S. (1985), Central Nervous Depressant Activity of Valerianic Acid in the Mouse, *Planta Medica* (1), 28-31.
- HERVAS GINESTA, J. (s.a.). *La medicina tradicional en la localidad de Carlet* Valencia, manuscrito.
- HOELZL, J.; GODAU, P. (1989), Receptor bindings studies with *Valeriana officinalis* on the benzodiazepine receptor, *Planta Med.*, 55, (7), 642.
- HOBBS, CH. (1990), Valerian and other anti-hysterics in European and American Medicine (1733-1936). *Pharm. Hist.*, 32, 132-137.
- JANOT, M.M.; GUILHEM, J.; CONTZ, O.; VENERA, G.; CIONGA, E. (1979), Contribution to the study of valerian alkaloids (*Valeriana officinalis* L.): actinidine and naphthyridylmethylketone, a new alkaloid, *Ann. Phar. Fr.*, 37, 413-420.
- KUROWSKA, A.; KALEMBA, D.; GORA, J. (1992), Investigation progress of the chemical composition of *Valeriana officinalis* L. eteric oil. *Farm. Pol.*, 48, 117-122.
- LAGUNA, A. (1636). *Pedacio Dioscorides Anazarbeo, acerca de la materia medicinal, y de los venenos mortiferos. Traducido de la lengua Griega, en la vulgar Castellana, e ilustrado con claras y substanciales Annotations, y con las figuras de innumerables plantas exquisitas y raras*. Salamanca, Por Martin Gast.
- LANCASTER, F.W., (1985), *Information Retrieval Systems. Characteristics Testing and Evaluation*, New York, John Wiley & Sons.
- LEATHWOOD, P.D.; CHAUFFARD, F. (1985), Aqueous extract of valerian reduces latency to fall asleep in man, *Planta Med.*, (2), 144-148.
- LITTER, M. (1975). *Compendio de Farmacología*. 5ª reimpr., Buenos Aires, el Ateneo.
- LOPEZ GOMEZ, A. (1988). *Geografía de las tierras valencianas*. 2ª ed., València, Eliseu Climent editor.
- MANUEL COLON, L.; PEIRO VILAPLANA, C. (1992). *Folkmedicina y otros sistemas médicos [en Cullera]*. Valencia, manuscrito.
- MARTINEZ-COSTA PEREZ, L.; MARTINEZ MAS, M.L. (s.a.). *Estudio de folkmedicina valenciana*. Valencia, manuscrito.

- MARTINEZ DALMAU, J. (s.a.). *Plantas medicinales en la folkmedicina valenciana* Valencia, manuscrito.
- MATEO SANZ, G.; CRESPO VILLALBA, M.B. (1990). *Claves para la flora valenciana*. Valencia, Del Cenia al Segura.
- MAZARS, G.; MORTIER, F. (1990) L'Ethnopharmacologie en Europe. En: *Ethnopharmacologie. Sources, methodes, objectifs*. Paris, Orstom, Société Française d'Ethnopharmacologie, p. 43-47.
- MEDICINA Tradicional (1978). (Promoción y desarrollo de la) Informe de una Reunión de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- MEDINA, J.H.; PEÑA, L.; LEVI DE STEIN, M.; WOLFMAN, L.; PALADINI, A.C. (1989), Benzodiazepine-like molecules as well as other ligands for the brain benzodiazepine receptors are relatively common constituents of plants, *BBRC (Biochem. Biophys. Res. Commun.)*, 165, (2), 547-553.
- MENNINI, T.; BERNASCONI, P.; BOMBARDELLI, E.; MORAZZONI, P. (1993), In vitro study on the interaction of extracts and pure compounds from *Valeriana officinalis* roots with GABA, benzodiazepine and barbiturate receptors in rat brain, *Fitoterapia*, 64, (4), 291-300.
- MERAT, F.V.; DE LENS, A.J. (1829-1847). *Dictionnaire universel de matière médicale*. 7 vols., Paris, Baillière.
- MEYER, G.; BLUM, K.; CULL, J. (1981). *Folk medicine and herbals healing*. Springfield, Charles C. Thomas Pub.
- MIRA PEREZ, J.A. (s.a.). [*Folkmedicina en Benimodo*] Valencia, manuscrito.
- MONTAGUD PORTA, M. (s.a.). *Folkmedicina en Sueca*. Valencia, manuscrito.
- MOVAI, M.; MOLNAR-PERL, I. (1988), Gas chromatographic analysis of the carboxylic acid composition of valerian extracts, *Chromatographia*, 25, (1), 37-42.
- MULET PASCUAL, L. (1991). *Estudio etnobotánico de la provincia de Castellón*. Castellón, Diputación Provincial.
- NADAL I SAYOL, J.J. (1986). *Estudi de les plantes curatives utilitzades a Alzira i altres dos pobles de la Ribera* Valencia, manuscrit.
- NAVARRO JUANES, A. (1984). *Sobre la folkmedicina y sus saberes*. Valencia, manuscrito.
- NAVARRO MARTINEZ, A. (1991). *Medicina popular en Alcàntera de Xúquer* Valencia, manuscrito.
- ORTEGA DE LOS MARTIRES, F. (s.a.). *Plantas curativas utilizadas en la Folkmedicina valenciana [Sueca]*. Valencia, manuscrito.

- PALACIOS MARTORELL, D. (s.a.). *Estudio sobre Folkmedicina. Datos recogidos en Sueca (Ribera Baixa)*. Valencia, manuscrito.
- PAREDES I CARBONELL, J.; RAMIREZ I PALANCA, J.J. (1986). *Plantes medicinals a Algemesí*. València, manuscrit.
- PASTOR VILLALBA, J.M. (1984). *Tirar la llista*. Valencia, manuscrit.
- PELLICER, J. (1988). *Herbes medicinals al País Valencià*. Canelobre, 11, 67-80.
- PELLICER, J. (1991). *Herbari breu de la Safor*. Gandia, Universitat Popular de Gandia.
- PELT, J.M. (1990) L'Ethnopharmacologie a l'aube du troisieme millenaire. En: *Ethnopharmacologie. Sources, methodes, objectifs*. Paris, Orstom, Société Française d'Ethnopharmacologie, p.20-25.
- PIQUERAS GARCIA, V.M.; DOÑATE PEREZ, F. (s.a.). *Estudio sobre la folkmedicina de Carlet*. Valencia, manuscrito.
- PLANS I PUJOL, F. (1870). *Lecciones de Botánica farmacéutica*. 2ª ed., Barcelona, Librería especial de Luis Niubó.
- REUTER, L. (1923). *Traité de Matière Médicale et de Chimie Végétale*. Paris, Librairie J.B. Ballière et fils.
- RIOS, J.L.; GINER, R.M.; VILLAR, A. (1989), Isolation and Identification of an Anti-inflammatory Principle from *Santolina chamaecyparissus*, *Phytotherapy Research*, 3, (5), 212-214.
- RIOS, J.L.; MAÑEZ, S.; PAYA, M.; ALCARAZ, M.J. (1992), Antioxidant Activity of Flavonoids from *Sideritis javalambrensis*, *Phytochemistry*, 31, (6), 1947-1950.
- RUA ALLER, F.J.; RUBIO GAGO, M.E. (1990). *La medicina popular en León*. León, Ediciones leonesas.
- SALOM MARCO, I. (s.a.). *Conocimiento y uso de las plantas y hierbas medicinales en Carcaixent*. Valencia, manuscrito.
- SANCHEZ YEPES, C. (s.a.). *Plantas curativas utilizadas en la folkmedicina [de Alfafar]*. Valencia, manuscrito.
- SANZ CHINESTA, M. (1986). *Prácticas populares de carácter terapéutico en Carlet*. Valencia, manuscrito.
- SCHMIDT, E. (1911). *Tratado de química farmacéutica*. 3 vols. Barcelona, Hijos de J. Espasa.
- SHAH, A.M.; QURESHI, S.; AGEEL, A.M. (1991). Toxicity studies in mice of ethanol extracts of *Foeniculum vulgare* fruit and *Ruta chalepensis* aerial parts. *Jour. Ethnopharmacol.*, 34, (2-3), 167-172.
- SOERGEL, D. (1975), *Indexing Languages and Thesauri: Construction and Maintenance*, Los Angeles, Melville Publishing Company.

- SORIANO VIVANCOS, L. (s.a.). *La medicina popular en Alfafar*. Valencia, manuscrito.
- SUZUKI, M.; ZHANG, B.C.; MARADA, M.; IIDA, O.; SATAKE, M., (1993), Quantitative studies on terpenes of Japanese and European valerians, *Shoyakugaku Zasshi*, 47, (3), 305-310.
- TARIN RODRIGO, F.; TRONCHONI FORNER, J.A. (1989). *Plantas antiinflamatorias utilizadas en la folkmedicina valenciana y su posible aportación a la medicina científica*. Valencia, manuscrito.
- TREASE; EVANS, W.C. (1991). *Farmacognosia*. 13ª ed. México, Interamericana.
- TRONCHONI FORNER, J. A. (1989). *Estudio relativo a la utilización actual de plantas curativas en la folkmedicina de Silla*. Valencia, manuscrito.
- TUFIK, S; FUJITA, K.; VENTURA, M.L.; LOBO, L.L. (1994), Effects of a prolonged administration of valepotriates in rats on the mothers and their offspring, *J. Ethnopharmacology*, 41, 39-44.
- VALVERDE NAVARRO, A. A., (1991). *Uso popular de plantas medicinales en Benifaio*. Valencia, manuscrito.
- VERA VERDU, F. (1991). *Topografía médica de Sollana*. Sueca, Ajuntament de Sollana.
- VICKERY, B.C. (1970), *Technics of Information Retrieval*, London, Butterworths.
- VILA ALBELDA, C. (1984). *Medicina popular en Pobla LLarga*. Valencia, manuscrito.
- VILLANUEVA FERRAGUD, S. (1993). *Folkmedicina en Algemesí*. Valencia, manuscrito
- VILLAR, A.; GASCO, M.A.; ALCARAZ, M.J. (1984). Anti-inflammatory and anti-ulcer properties of hypolaetin-8-glucoside, a novel plant flavonoid. *J. Pharm. Pharmacol.*, 36. 820-823.
- VILLAR, A.; JIMENEZ, M.J.; ALCARAZ, M.J. (1986). The anti-inflammatory activity of the genus *Sideritis*: a new insight. *Plant. Med. Phytother.* XX, (1), 31-36.
- VILLAR, A.; SALOM, R.; ALCARAZ, M.J. (1984). An approach to the anti-inflammatory activity of Borjatriol. *Planta med.* 1, 90-92.
- VOGEL, H. G. (1991). Similarities between various systems of traditional medicine. Considerations for the future of ethnopharmacology. *J. Ethnopharmacol.*, 35, (2), 179-190.

INVENTARIO POR FAMILIAS DE LAS PLANTAS MEDICINALES UTILIZADAS EN LA COMARCA DE LA RIBERA ALTA DEL XUQUER

AMARYLLIDACEAE

* 1

Illicium verum Hook

Nombres populares: Anís d'estrella. Anís estrellado.

Frecuencia: 7

Parte empleada: Semillas, frutos.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión, añadir dos o tres «estrellitas» por taza. Oral, administrar una taza después de cada comida, o bien, dos o tres tazas al día sin que corresponda necesariamente con las comidas principales: [Flatulencia]. [Enfermedades dolorosas del tubo digestivo]. [Náuseas]. [Dolores digestivos y náuseas]
2. Decocto. Oral: [Problemas del hígado].

* 2

Teobroma cacao L.

Nombres populares: Cacao.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Semilla.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto mezclado con leche para preparar el tradicional chocolate. Oral, administrar varias tazas de chocolate muy caliente: [Estimulante]. [Desencadenante del parto].

* 3

Tussilago farfara L.

Nombres populares: Tussilag. Tusflago.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Hojas y flores.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión, añadir una cucharadita por cada taza a preparar. Oral, administrar tres o cuatro tazas al día: [Enfermedades del aparato respiratorio que cursan con tos]. [Expectorante].

APOCYNACEAE

* 4

Nerium oleander L.

Nombres populares: Baladre.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Semillas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Crudo. Mágico: [Para eliminar las verrugas]. Se cuentan las verrugas y se coge igual número de semillas; se tiran y mientras éstas se secan, las verrugas irán desapareciendo paulatinamente.
2. Veneno.

ARACEAE

* 5

Arum italicum Miller

Nombres populares: Cresolera.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Cruda. Tópica, frotar los tallos de la planta entre los dedos y la savia resultante es la que ejerce su efecto: [Picor de los sabañones —*prunjons*—].

ARALIACEAE

* 6

Hedera helix L.

Nombres populares: Hedra. Hiedra.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Cruda, como constituyente del siguiente unguento: Ingredientes: Aceite de oliva virgen —*Olea europaea* L.—, 9 garrofinos —*Ceratonia siliqua* L.—, 3 hojas de hiedra —*Hedera helix* L.—, granos de granada amarga —*Punica granatum* L.— equivalentes a dos o tres gajos, cera de abeja virgen, limón —*Citrus* sp.—. Preparación: En una cazoleta de barro freír con aceite de oliva, los garrofinos, las tres hojas de hiedra y los granos de granada hasta que estos últimos presente un

aspecto o coloración dorada. Después añadir cera virgen y colar; dejar enfriar unos minutos y finalmente añadir el zumo de un limón. Tópica: [Para cicatrizar]. [Para ablandar durezas y callos]. [Para la celulitis].

ASPIRIDACEAE

* 7

Dryopteris filix-mas Schott

Nombres populares: Helecho macho.

Frecuencia: 1

Parte empleada: no se especifica.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Para la tenia].

BORAGINACEAE

* 8

Borago officinalis L.

Nombres populares: Borraja.

Frecuencia: 3

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión/Decocto. Oral: [Diurético]. [Expectorante]. [Mejora la circulación de la sangre].

2. Infusión, preparada conjuntamente con cebolla hervida—*Allium cepa* L.— y estigmas de maíz —*Zea mays* L.—. Oral: [Para poder orinar].

CACTACEAE

* 9

Opuntia sp.

Nombres populares: Figa de pala, palera, figa palera. Higo chumbo. Pitera.

Frecuencia: 6

Parte empleada: Palas, fruto.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Crudo. Tópica, aplicar directamente sobre la herida durante toda la noche: [Para las heridas].
2. Infusión/Decocto, se quitan las puntas y se mezclan con hojas de nogal—*Juglans regia* L.—. Inhalación de vahos: [Para arrancar].
3. Pala. Mágico: [Contra los celos]. Colgar una pala en una casa dónde haya problemas de celos, o en su caso colocarla debajo de la cama de la persona que padezca dicho problema.

CANNABACEAE

* 10

Humulus lupulus L.

Nombres populares: Lúpulo.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Toda la planta.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Sin preparación previa. Tópico: [Desinfectante de heridas].

CAPRIFOLIACEAE

* 11

Sambucus nigra L. (?)

Nombres populares: Benit.

Frecuencia: 1

Parte empleada: No se especifica.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral, administrar una taza en ayunas y otra después de cenar, o bien, después de las principales comidas: [Contra el estreñimiento].

CARYOPHILLACEAE

* 12

Herniaria glabra L.

Nombres populares: Arenaria.

Frecuencia: 8

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral, administrar tres tazas al día: [Para orinar más y mejor]. [Retención de orina]. [Eliminación de piedras del riñón]. [Infección de orina]. [Inflamaciones de orina]. [Para el reumatismo].
2. Infusión. Oral, beber abundantemente durante todo el día: Mismos usos que el caso anterior.

*** 13**

Paronychia argentea Lam.

Nombres populares: Sanguinaria.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión, añadir una cucharadita por cada taza. Oral, administrar tres tazas al día: [Tónico]. [Para las impurezas de la sangre]. [Para las malas digestiones]. [Para la gota]. [Para el *artritis*]. [Contra los picores y escozores de la piel].

*** 14**

Saponaria officinalis L.

Nombres populares: Sabonera.

Frecuencia: 1

Parte empleada: No se especifica.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Emplasto: [Rebajar la sangre].

CISTACEAE

*** 15**

Cistus albidus L.

Nombres populares: Estepa, estepera.

Frecuencia: 3

Partes empleadas: Hojas

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión/Decocto. Oral, administrar una taza en ayunas y otra después de comer, o bien, después de las principales comidas: [Dolencia de estómago]. [Para las infecciones]. [Para el constipado].

2. Hojas. Cruda, antes de aplicarlas se elimina la parte externa de las hojas que poseen un tacto veloso. Tópica: [Resolver heridas].

COMPOSITAE

* 16

Achillea millefolium L.

Nombres populares: Milfulles, milenrama.

Frecuencia: 5

Parte empleada: Flores.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Da ganas de comer a los niños pequeños]. [Calmante]. [Para tratar el ardor de estómago]. [Gastritis]. [Para los nervios]. [Mal de regla]. [Afecciones cutáneas].

* 17

Arnica montana L., *Inula montana* L. y especies afines

Nombres populares: Arnica.

Frecuencia: 16

Parte empleada: Sumidad aérea y especialmente las flores.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión/Decocto, medir media cucharadita de flores por taza. Oral, administrar de 2 a 3 tazas al día después de las principales comidas: [Aliviar inflamaciones internas]. [Depurativo de la sangre]. [Desinflamar contusiones externas]. [Para que desaparezcan las escamas de los niños]. [Viruela —Pigota—]. [Sarampión —Pallola—]. [Antiinflamatorio]. [Desinfectante].
2. Infusión/Decocto. Tópica, aplicada en forma de baños: [Infecciones de piel, siempre que no exista heridas, pues puede provocar trastornos]. [Antiinflamatorio]. [Limpieza de heridas y golpes]. [Tratamiento de las erupciones cutáneas de los niños]. [Resolución de hematomas]. [Per a la «borraura»]. [Dolor].
3. Maceración en alcohol de 90° durante 7, 8 días. Vía tópica, administrar tantas veces como estime el paciente: [Para heridas y cortes]. [Contusiones y moraduras].
4. Cruda. Picar las hojas en un mortero y aplicar sobre la zona a tratar a modo de cataplasma, con un trapo limpio. Tópica: [Calmar el dolor].

* 18

Artemisia absinthium L.

Nombres populares: Ajenjo.

Frecuencia: 1

Parte empleada: No se especifica.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. No se especifica. [Contra el dolor de regla].

* 19

Chamomilla recutita (L.) Rauschert.

Nombres populares: Camamilla, camomilla, camamirla, camomirla. Manzanilla.

Frecuencia: 40

Parte empleada: Cabezas florales. Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral, administrar después de las principales comidas: [Para el mal de vientre]. [Tranquilizante]. [Inflamaciones de hígado]. [Constipados]. [Dolor de barriga]. [Cólicos de estómago]. [Cólicos de intestino]. [Cólico de matriz]. [Cólico de riñón]. [Cólico de vejiga]. [Enfermedades infecciosas]. [Dolores de tipo nervioso]. [Para los nervios]. [Tratamiento del dolor de regla]. [Indigestiones y otras disfunciones digestivas]. [Relajante para los niños pequeños]. [Gastritis («la infusión hace una capa protectora sobre la pared del estómago»)]. [Digestiva]. [Mal de barriga]. [Trastornos del estómago]. [Depresiones nerviosas (asociada al boldo — *Peumus boldus* Mol.— y edulcorada con miel)]. [Antiinflamatorio general]. [Problemas del hígado]. [Depurativo de la sangre]. [Pesadez de estómago]. [Maldigestión]. [Dolor menstrual]. [Dolor de estómago].
2. Infusión/Decocto. Tópica, aplicada sobre los ojos con una torunda de algodón humedecido con el caldo resultante: [Orzuelos y conjuntivitis]. [Baños oculares]. [Para tratar cualquier enfermedad de los ojos]. [Limpieza de ojos]. [Problemas oculares]. [Antiinflamatorio ocular]. [Para las infecciones oculares]. [Para tratar el orzuelo]. [Escozor de ojos].
3. Infusión/Decocto. Tópica, añadir el caldo resultante al agua de baño: [Relajante para los niños pequeños].
4. Decocto. Tópica, lavar el pelo con la cocción 2 veces al mes: [Para aclarar y suavizar el pelo].

* 20

Inula viscosa Aiton (= *Dittrichia viscosa* (L.) W. Greuter)

Nombres populares: Jolivarda, joliverda, xolivarda. Olivarda.

Frecuencia: 13

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Cataplasma, obtenida con hojas crudas mojadas. Tópica, aplicada directamente sobre las heridas: [Para cortar las hemorragias]. [Desinfectante]. [Coagular la sangre]. [Antiinflamatorio]. [Contusiones]. [Reuma]. [Hepatitis].
2. Infusión. Oral, administrar tres o cuatro tazas al día): [Para orinar]. [Contra las piedras del riñón]. [Para el riñón]. [Para el hígado]. [Rebaja la tensión].
3. Infusión, mezclada con una cucharadita de zumo de cebolla —*Allium cepa* L.—. El zumo debe obtenerse la noche anterior y dejarse en el balcón durante toda la noche al relente. Oral, una tacita por la mañana durante nueve días consecutivos: [Para las piedras de riñón].
4. Decocto. Oral, administrar una taza en ayunas: [Inflamación de vesícula y de hígado].
5. Cruda. Tópica, picada y aplicada sobre la piel: [Picaduras de mosquito].
6. Cruda. Tópica bucal, masticar las hojas: [Para las muelas].

CHENOPODIACEAE

*21

Beta vulgaris L.

Nombres populares: Remolacha roja.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Raíz.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Cruda, preparada en ensalada o bien, emplear su zumo. Oral: [Problemas de hígado].

* 22

Halocnemum strobilaceum (Pallas) Bieb. (= *Salicornia strobilacea* Pallas)

Nombres populares: Salicornio.

Frecuencia: 1

Parte empleada: No se especifica.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto con rabo de gato —*Sideritis angustifolia* Lag., *S. lagascana* Willk, *S. hirsuta* L.—y estigmas de maíz —*Zea mays* L.—. Oral: [Problemas de riñón].

* 23

Spinaca oleracea L.

Nombres populares: Espinacas.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Oral: [Util para tratar las anemias].

EQUISETACEAE

* 24

Equisetum arvense L., *E. telmateia* Ehrhart

Nombres populares: Cola de cavall, cua de cavall. Cola de caballo.

Frecuencia: 15

Parte empleada: Sumidad aérea. Se considera que tienen más «gracia» los nudos que salen del tronco. «La gracia» está en la salida de los brotes.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Tópica, en forma de baños: [Problemas de la piel]. [Antiinflamatoria].
2. Infusión/Decocto. Oral, administrar de tres a cuatro tazas al día: [Antiinflamatorio]. [Diurético]. [Favorece la circulación de la sangre]. [Purificador de la sangre]. [Disminuye la tensión]. [Para las hemorragias]. [Problemas de riñón]. [Problemas de estómago]. [Menstruaciones excesivas]. [Tranquilizante]. [Mejora la calcificación de los huesos]. [Tos]. [Tratamiento del dolor de reuma]. [Tratamiento del dolor]. [Para limpiar el riñón].
3. Infusión/Decocto, asociada a la bolsa de pastor, diente de león —*Taraxacum officinale* Weber—, maíz —*Zea mays* L.— y tomillo —*Thymus vulgaris* L.—: [Diurética]. [Para facilitar la orina].

ERICACEAE

* 25

Vaccinium myrtillus L.

Nombres populares: Mirtilo.

Frecuencia: 1

Partes empleadas:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Zumo. Oral: [Bueno para los ojos y ayuda a recuperar la vista].

FUCACEAE

* 26

Fucus vesiculosus L.

Nombres populares: Ficus.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Toda la planta.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral: [Para ayudar a adelgazar y eliminar grasa].

GENTIANACEAE

* 27

Centaurium linariifolium (Lam.) G. Beck

Nombres populares: Centaura.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral: [Contra el flato].

GLOBULARIACEAE

* 28

Globularia alypum L.

Nombres populares: Cebullana. Sahullada, saullà, seullada, segullada, zoullada.

Frecuencia: 8

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión/Decocto. Oral, administrar en ayunas un vaso del caldo resultante durante nueve días consecutivos —Novenario—: [Para tratar las tercianas]. [Paludismo]. [Bajar el azúcar de la sangre].
2. Picada en un mortero y dejar en maceración acuosa durante toda la noche. Oral, administrar una taza en ayunas: [Para dar ganas de comer]. [Aumentar el apetito].

GRAMINEAE

* 29

Arundo donax L.

Nombres populares: Caña. Canya.

Frecuencia: 4

Parte empleada: Raíz, tallos y especie de telilla blanquecina situada en los nudos de la caña.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Raíz, empleada en la denominada tisana de los «cuatro granos», concretamente en una de sus variantes, asociada en este caso a cuatro granos de cebada —*Hordeum vulgare* L.—y pelo de panocha —*Zea mays* L.—. Los ingredientes se tuestan y posteriormente se cuecen con agua. Oral: [Para orinar]. [Inflamaciones de riñón]. [Piedras de riñón].
2. Raíz. Decocto. Oral: [Inflamación]. [Estreñimiento].
3. «Tel de la canya». Tópico: [Para cortar las hemorragias].
4. Tallo; rellenar brotes de caña tiernos con azúcar y hojas de romero —*Rosmarinus officinalis* L., transcurridos nueve o diez días aparece una especie de líquido resultante de la maceración que, se emplea con finalidad terapéutica. Tópica: [Para curar las heridas].

* 30

Cynodon dactylon (L.) Pers.

Nombres populares: Gram, grama.

Frecuencia: 8

Parte empleada: Rizomas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral: [Para facilitar la orina]. [Para purificar la sangre]. [Infección de orina]. [Dolor]. [Inflamación].
2. Infusión. Oral: [Contra la sed]. [Limpia los riñones]. [Purifica la sangre]. [Para orinar]. [Problemas del riñón].

* 31

Hordeum murinum L. y especies afines

Nombres populares: Margall.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Crudo. Oral: [Purgante para perros].

*** 32**

Hordeum vulgare L.

Nombres populares: Cebada. Malta.

Frecuencia: 3

Parte empleada: Semillas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión, preparada conjuntamente con cabellera de panizo. Oral: [Para orinar]. [Piedras de riñón].
2. Decocto, constituyente de la «tisana de los cuatro granos» (Ver * 29 *Arundo donax* L.). Oral, administrarle al paciente la cantidad que se considere oportuna: [Para orinar]. [Reconstituyente]. [Inflamaciones de riñón y de vejiga]. [Gota].

*** 33**

Oryza sativa L.

Nombres populares: Arroz. Arròs.

Frecuencia: 16

Parte empleada: Semillas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto, para preparar el agua de arroz o la sustancia de arroz que, se emplea con finalidad terapéutica. Oral: [Aumentar la lactancia]. [Para hacer aumentar la leche en las mujeres que están dando de pecho]. [Constipados y garganta]. [Para la inflamación]. [Diarreas]. [«Pujos» (heces babosas con gran cantidad de moco)]. [Problemas digestivos]. [Reconstituyente].
2. Cataplasma preparada a partir de arroz hervido con agua, en algunos casos, se puede emplear la leche de vaca con idéntica finalidad. Tópica: [Orzuelo]. [Dolor de barriga]. [Problemas del aparato respiratorio]. [Resblandecer y quitar granos]. [Madurar los granos]. [Mal de pecho]. [Para combatir la erisipela]. [Emoliente]. [Analgésico]. [Mal de barriga]. [Inflamaciones de la barriga].
3. Cataplasma, preparada a base de arroz hervido y cebolla—*Allium cepa* L.— Tópica: [Cercadados].

*** 34**

Stipa tenacissima L.

Nombres populares: Esparto. Espart bord.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Semillas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: Abortivo.
2. Decocto. Oral: [Buena para tratar los aires]. [Flatulencia].

*** 35**

Triticum aestivum L. (*T. sativum* Lam.)

Nombres populares: Trigo.

Frecuencia: 4

Parte empleada: Grano.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Cataplasma, preparada a base de salvado de trigo mezclado con miel. Tópico: [Para acelerar la curación de los hematomas].
2. Maceración acuosa. Tópico, aplicada en forma de lavados sobre la zona lesionada: [Para las erupciones y las picaduras]. [Para las lesiones del sarampión].
3. Decocto, forma parte de una de las preparaciones peculiares de la denominada «tisana de los cuatro granos» (Ver * 36 *Zea mays* L.). Oral: [Laxante]. [Nutritivo]. [Digestivo]. [Para los casos de «orina insuficiente»].

*** 36**

Zea mays L.

Nombres populares: Dacsa, panís. Maíz, panizo.

Frecuencia: 25

Parte empleada: Estigmas de maíz o «cabellera de dacsa».

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión / Decocto. Oral: [Para facilitar la expulsión de orina]. [Infecciones de orina]. [Para rebajar la sangre]. [Problemas de riñón]. [Para provocar o facilitar la micción después del parto en casos de retención]. [Para la inflamación]. [Constipados]. [Digestivo].
2. Infusión / Decocto, asociada a salicornio —*Salicornia europaea* L.— y rabo de gato —*Sideritis angustifolia* L.—: [Para orinar]. [Para las piedras de riñón]. [Para la gota].
3. Decocto, ingrediente común de las dos fórmulas de preparación de la denominada «tisana de los cuatro granos»: La primera constituida por maíz —*Zea mays* L.— (estigmas y granos), cebada —*Hordeum vulgare* L.— (granos), trigo —*Triticum vulgare* Villars — (granos); y la segunda formada por maíz — *Zea mays* L.— (estigmas), cebada — *Hordeum vulgare* L.— (granos) y caña —*Arundo donax* L.— (raíz). En ambos casos se tuestan los componentes y después se pasa a su cocción. Oral: [Diurético]. [Para tratar las infecciones de orina]. [Para deshacer las piedras de riñón]. [Inflamación de riñones]. [Para la gota].
4. Decocto. Tópico, aplicado en forma de baños de asiento: [para combatir las infecciones de orina]. [Lavado de genitales]. [Inflamación de genitales].

GUTTIFERAE

* 37

Hypericum perforatum L.

Nombres populares: Perico, pellico. Hipericón, corazoncillo.

Frecuencia: 5

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión / Decocto. Oral: [Aperitivo]. [Analgésico]. [Tratamiento de los trastornos renales].
2. Picado en un mortero con aceite y después dejar macerar en alcohol de 96° Tópica: [Para las heridas].
3. Infusión junto con espino blanco —*Crataegus oxyacantha* L.— y melisa —*Melissa officinalis* L.—. Oral: [Para los trastornos circulatorios].
4. Decocto con agripalma, espino —*Crataegus oxyacantha* L.— y valeriana —*Valeriana officinalis* L.—, durante diez minutos. Oral: [Para la arteriosclerosis]. [Para el corazón].

HYPOLEPIDACEAE

* 38

Pteridium aquilinum (L.) Kuhn in Decken.

Nombres populares: Falaguera.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Semillas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Mágico. [«En la noche de San Juan florece la falaguera y aquél que recoja la semilla de la planta, puede obtener todo cuanto desee». Las semillas deben conservarse en un tubo de acero y «alimentarse» con limaduras de oro].

IRIDACEAE

* 39

Crocus sativus L.

Nombres populares: Azafrán. Safrà.

Frecuencia: 5

Parte empleada: Planta entera. Flor.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Cruda. Tópico. [Contra el dolor de muelas]. [Analgésico].
2. Sin especificar. Oral: [Abortivo]. [Para facilitar la regla].
3. Cruda. Tópica, aplicada debajo de la axila: [Produce fiebre].

JUGLANDACEAE

* 40

Juglans regia L.

Nombres populares: Nogal. Anouer.

Frecuencia: 10

Parte empleada: Hojas secas y tiernas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral: [Disminuye el azúcar de la sangre].
2. Decocto. Tópico, aplicada en forma de baños de asiento: [Para las almorranas]. [Para tratar la inflamación de los genitales en la mujer]. [Inflamaciones de matriz]. [Inflamaciones vaginales]. [Lavado de genitales].
3. Decocto. Tópico, aplicada en forma de lavados: [Limpieza y cicatrización de las heridas externas]. [Disminuye la inflamación producida tras golpes o contusiones]. [Curación de llagas].
4. Decocto. Tópico, aplicada en forma de baños oculares: [Para la irritación ocular]. [Antiinflamatorio de los ojos].

LABIATAE

* 41

Lavandula angustifolia Miller

Nombres populares: Lavanda, espriego.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Sumidad florida.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Incinerada: [Desinfectante]. [Ambientador]. [Antipútrido].
2. Infusión, medir una cucharadita por cada taza a preparar. Oral, administrar de tres a cuatro tazas al día: [Tónico]. [Tranquilizante]. [Calmante de los nervios]. [Dolores articulares]. [Problemas intestinales]. [Contra los gases]. [Cólicos intestinales].

*** 42**

Lavandula latifolia Medicus y especies afines

Nombres populares: Espígol, aspígol. Espliego.

Frecuencia: 9

Parte empleada: Sumidad florida.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Cataplasma preparada a base de espígol, café y azúcar quemado. Tópica: [Analgésico].
2. Brotes. Incinerada conjuntamente con brotes de romero —*Rosmarinus officinalis* L.—: [«Para que el humo se extienda y se vayan las enfermedades»].
3. Infusión. Oral: [Para tratar el ácido úrico]. [Para mejorar la circulación de la sangre]. [Para el mal de cabeza].
4. Decocto durante diez minutos, asociada en este caso particular al meliloto —*Melilotus alba* Medicus—. Oral, administrar una taza en ayunas y después de las principales comidas: [Para mejorar la circulación de la sangre]. [Para tratar la tensión alta].
5. Decocto con vino para obtener una especie de colutorio. Tópica bucal, aplicada en forma de gargarismos: [Para el dolor de muelas].
6. Crudo. Sin previa preparación: [«Se pone en habitaciones donde hay enfermos y con ello luchas contra los virus»].

*** 43**

Lavandula stoechas L.

Nombres populares: Cantahueso alicantino.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Digestiva].

*** 44**

Marrubium vulgare L. y especies afines.

Nombres populares: Manrubio, monrubio.

Frecuencia: 9

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Maceración con vinagre. Tópico, aplicado sobre la zona afectada con un paño humedecido con el líquido resultante; realizar esta operación durante uno o dos días: [Para las moraduras]. [Hematomas]. [Hemorragias internas].

2. Decocto, dejando el resultante reposar durante toda la noche. Oral, administrar en ayunas: [Para tratar los resfriados porqué hace sudar]. [Limpia los intestinos, porqué actúa como purgante]. [Elimina los cálculos y la arenilla del aparato urinario]. [Enfermedades de la próstata].
3. Infusión. Oral, administrar al paciente en ayunas: [Para favorecer la orina]. [Enfermedades de la próstata]. [Para la circulación de la sangre].
4. Decocto. Vía rectal, aplicada en forma de enema: [Lavados de estómago]. [Lavados intestinales]. [Lavativas].
5. Decocto. Tópica, aplicada en forma de lavados cutáneos: [Para prevenir las infecciones de la piel en los niños].

*** 45**

Mentha X piperita L. y especies afines.

Nombres populares: Menta, menta pebrera.

Frecuencia: 9

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión / Decocto. Oral: [Digestivo]. [Para facilitar el eructo (combinada en este caso particular con el hinojo —*Foeniculum vulgare* Miller—)]. [Tranquilizante]. [Refrescante]. [Empacho]. [Mal de cabeza]. [Mareos]. [Dolor de vientre]. [Estreñimientos].
2. Infusión / Decocto, con espino albar —*Crataegus oxyacantha* L.—y efedra —*Ephedra fragilis* Desf.—. Oral: [Para la tensión alta].
3. Decocto. Inhalar los vahos resultantes de la decocción: [Resfriados] [Enfermedades de pulmón].

*** 46**

Mentha pulegium L.

Nombres populares: Polioli menta.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Para tratar el mal de barriga y las indigestiones].

*** 47**

Mentha rotundifolia (L.) Hudson.

Nombres populares: Matapuça.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Para el ácido úrico].

* 48

Mentha sativa L.

Nombres populares: Hierbabuena. Herba sana, albardonera, albarçana, albardana.

Frecuencia: 7

Parte empleada: Sumidad aérea y raíces.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto de raíces y hojas. Oral, administrar de 2 a 3 tazas al día: [Para las hemorroides]. [Tenesmo anal]. [Tratamiento de los «pujos»]. [Para la irritación anal con supuración blanca que aparece en la época de la sandía y tras defecar].
2. Decocto de hojas y tallos. Oral: [Para limpiar los riñones]. [Para problemas circulatorios]. [Problemas del estómago]. [Digestivo]. [Facilita la eliminación de lombrices intestinales en los niños].
3. Maceración acuosa; incorporar 9 hojas por cada litro de agua. Oral: [Para la pulmonía y los resfriados].
4. Decocto, medir una cucharada por taza. El líquido resultante se mezcla con aceite para su aplicación posterior. Tópica, aplicar sobre la zona lesionada con paños humedecidos: [Calmante]. [Desinfectante]. [Tratamiento de quemaduras].
5. Idéntica forma de preparación. Oral: [Digestiva]. [Estimulante de la bilis]. [Combate los gases intestinales]. [Catarros de estómago y de intestino]. [Inflamación de hígado y de vesícula].

* 49

Micromeria fruticosa (L.) Druce (*M. marifolia* (Cav.) Bentham)

Nombres populares: Poleo. Polioli.

Frecuencia: 20

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Para tratar los dolores digestivos]. [Diurética]. [«Debilidad de estómago»]. [Dolor de cabeza]. [Tratamiento de catarros]. [Calmante]. [Tranquilizante]. [Refrescante]. [Para las flatulencias]. [Para las digestiones pesadas]. [Para tratar las diarreas].
2. Decocto, conjuntamente con albahaca —*Ocimum basilicum* L.—, anís verde —*Pimpinella anisum* L.—, menta —*Metha piperita* L.—, salvia —*Salvia lavandulifolia* Vahl— y flor de azahar —*Citrus auranticum* L.—. Oral: [Para tratar los desarreglos en la menstruación].

3. Decocto, conjuntamente con romero —*Rosmarinus officinalis* L.—, tomillo macho —*Teucrium polium* L.— y flor de azahar —*Citrus auranticum* L.—. Oral: [Digestiva]. [Tranquilizante].

*** 50**

Micromeria salmanticus (L.) De Candolle

Nombres populares: Raspallera.

Frecuencia: 3

Parte empleada: Sin especificar.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral, administrar durante 9 días consecutivos: [baja el azúcar de la sangre].
2. Decocto con jolivarda —*Inula viscosa* Aiton— Oral: [Para quitar la hepatitis].

*** 51**

Origanum majorana L.

Nombres populares: Mejorana.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Toda la planta.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Tratamiento de los resfriados]. [Para dar ganas de comer].

*** 52**

Origanum virens Hoffmanns & Link

Nombres populares: Orégano. Oregon.

Frecuencia: 5

Parte empleada: Sin especificar.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Tratamiento de los constipados y para aclarar la voz]. [Para la tos]. [Digestivo]. [Analgésico].
2. Infusión. Tópica en forma de colutorio bucal: [Afonía].

*** 53**

Pneomis lychnitis L.

Nombres populares: Torcías. Orelles de rata.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Tallos y hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Problemas de estómago y digestivos en general].
2. Decocto. Oral: [Malalties de ventre: «Quan estas desesperat del ventre, a la primera taceta bons].

*** 54**

Rosmarinus officinalis L.

Nombres populares: Romaní, romer. Romero.

Frecuencia: 30

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Maceración en alcohol —alcohol de romero—; se prepara con 11 puntas o brotes de romero en 1/4 de litro de alcohol de 96° durante tres días a la serena, sin darle el sol directamente. Tópica: [Golpes y magulladuras]. [Dolor de extremidades]. [Fricciones del cabello]. [Articulaciones dolorosas]. [Tónico]. [Acné]. [Antiinflamatorio]. [Calmante del dolor].
2. Incineración conjunta con espliego. [Para que el humo se extienda por la casa y se vayan las enfermedades]. [Ambientador].
3. Decocto, asociado al poleo —*Micromeria fruticosa* (L.) Druce—, a la flor de azahar —*Citrus auranticum* L.— y al tomillo macho —*Teucrium polium* L.—. Oral: [Digestivo]. [Tranquilizante].
4. Infusión/Decocto. Oral: [Dar ganas de comer]. [Digestivo]. [Problemas circulatorios]. [Laxante]. [Derrames]. [Tranquilizante (sóla o bien asociada a la tila —*Tilia phatyphyllos* Scopoli (*Tilia officinarum* Crantz)— y la manzanilla —*Chamomilla recutiita* (L.) Rauschert—)]. [Para el azúcar]. [Bajar el azúcar de la sangre (administrar en este caso en particular una taza en ayunas)]. [Dolor de cabeza]. [Estimula el trabajo del estómago y del hígado]. [Estimulante de los nervios]. [Favorece la menstruación]. [Menstruaciones escasas y dolorosas]. [Falta de apetito]. [Cansancio cerebral]. [Gases intestinales]. [Resfriados]. [Buena para el intestino].
5. Decocto. Tópica en forma de baños: [Antiinflamatorio].
6. Infusión, edulcorada con miel de romero. Oral: [Constipados].

*** 55**

Salvia lavandulifolia Vahl., *S. officinalis* L.

Nombres populares: Salvia.

Frecuencia: 8

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión / Decocto. Oral: [Para tratar el asma]. [Para los catarros y resfriados]. [Flatulencias]. [Digestiva]. [Dolor de estómago]. [Para tratar el dolor de la regla].

2. Infusión / Decocto, conjuntamente con menta —*Mentha piperita* L.— y romero —*Rosmarinus officinalis* L.—. Oral: [Para tratar la artrosis y la artritis].
3. Decocto. Tópica, en forma de lavados: [Limpieza de heridas].

*** 56**

Salvia verbenaca L.

Nombres populares: Tarrec, terrec, boletes de terrec.

Frecuencia: 2

Parte empleada: «Bolas».

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Crudo. Tópica, aplicar directamente en el ojo, durante toda la noche: [Per l'encegament: «les plantes tenen unes boletes que es fiquen al ull encegat durant tota la nit. A l'endemà, la boleta ha replegat la brutetat i no hi ha encegament»]. [Para limpiar los ojos de polvo y suciedad].

*** 57**

Satureja montana L. y especies afines.

Nombres populares: Hierba oliva.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Para la tensión].

*** 58**

Sideritis angustifolia Lag., *S. lagascana* Willk., *S. hirsuta* L.

Nombres populares: Rabet de gat. Rabo de gato.

Frecuencia: 50

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral: [Ardor de estómago]. [Problemas renales]. [Infección de orina]. [Tratamiento de las inflamaciones en general]. [Inflamación urinaria]. [Problemas de hígado]. [Dolores de barriga]. [Digestivo]. [Antiinflamatorio del aparato digestivo]. [Antiinflamatorio de la faringe]. [Dolores de tripa]. [Cansancio en general]. [Diarreas]. [Tratamiento de cualquier tipo de inflamación]. [Inflamaciones internas]. [Para facilitar la orina]. [Favorece la circulación]. [Trastornos de estómago]. [Inflamación de estómago]. [Úlceras]. [Para el reuma]. [Estreñimiento, en este caso se asocia al manrubio —*Marrubium vulgare* L. y especies afines—]. [Para no

- retener líquidos]. [Mal de estómago]. [Dar ganas de comer]. [Contra las infecciones de intestino].
2. Infusión/Decocto. Tópico: [Desinfectante]. [Tratamiento de heridas]. [Problemas oculares]. [Lavado ocular]. [Lavado de heridas]. [Antiinflamatorio local]. [Inflamaciones de los ojos]. [Curar malets]. [Inflamaciones articulares]. [Acné]. [Favorece la resolución de las heridas]. [Conjuntivitis]. [Antiinflamatorio en golpes, heridas y contusiones]. [«Ojo enfermo»].
 3. Decocto. Tópico en forma de colutorio: [Para curar las llagas de la boca]. [Inflamación de garganta].
 4. Decocto. Enema, aplicado por vía rectal a modo de lavativa: [Para el estreñimiento].

* 59

Teucrium buxifolium L.

Nombres populares: Rompepiedras.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Mágico: [Tratamiento de las piedras de riñón].

* 60

Teucrium polium L.

Nombres populares: Tomillo macho. Tomello mascle, tomell mascle.

Frecuencia: 8

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión / Decocto. Oral: [Para la tensión alta]. [Disminuye el colesterol de la sangre]. [Para eliminar los gusanos intestinales]. [Antiinflamatorio]. [Alivia el colesterol]. [Para que suban los glóbulos rojos de la sangre].
2. Infusión / Decocto, conjuntamente con poleo —*Micromeria fruticosa* (L.) Druce— flor de azahar —*Citrus auranticum* L.— y romero—*Rosmarinus officinalis* L.—. Oral: [Digestivo]. [Tranquilizante].
3. Decocto, conjuntamente con tomillo—*Thymus vulgaris* L.—. Tópica: [Limpieza de heridas]. [Antiinflamatorio].

* 61

Thymus piperella L.

Nombres populares: Piperella. Pebrella.

Frecuencia: 3

Parte empleada: Toda la planta excepto la raíz.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. [Aperitivo]. [Tónico].

* 62

Thymus vulgaris L.

Nombres populares: Tomello, timó, tomell, timonet. Tomillo.

Frecuencia: 27

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión/Decocto. Oral: [Para la inflamación]. [Problemas del estómago]. [Aperitivo]. [Rebajar la sangre]. [Enfermedades del riñón]. [Digestiva]. [Inflamaciones de estómago]. [Antiácido]. [Calmante de los dolores de matriz]. [Limpia los intestinos]. [Rebajar el colesterol]. [Calma la tos]. [Empacho—*Parà*—]. [Expectorante]. [Calmante]. [Para la fiebre]. [Anginas]. [Para la circulación de la sangre (administrar en este caso una taza en ayuna)]. [Reuma]. [Sudorífico]. [Para orinar]. [Constipados]. [Artrosis]. [Tosferina]. [Cólicos de matriz]. [Cólicos de intestino]. [Problemas de hígado]. [Inflamaciones internas]. [Aumenta la tensión de la sangre].
2. Maceración en alcohol de 96°. Tópica: [Limpieza de heridas]. [Para las erupciones cutáneas]. [Reuma]. [Calmante].
3. Decocto. Tópico, aplicar sobre la herida con una gasa estéril empapada con el caldo resultante: [Para evitar la infección de las heridas]. [Resblandecer granos]. [Desinfectante]. [Calmante leve]. [Antiinflamatorio].
4. Cataplasma (sin detallar la forma de preparación). Tópica: [Dolores del reuma].
5. Decocto, preparado con dos cucharadas de la planta en 1/2 l. de agua. Vía rectal, aplicar a modo de enema: [Lavados de vientre]. [Infecciones de vientre]. [Infecciones intestinales]. [Cólicos intestinales].

LAURACEAE

* 63

Cinnamomun sp.

Nombres populares: Canela

Frecuencia: 1

Parte empleada: Corteza.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Condimento culinario.

*** 64**

Laurus nobilis L.

Nombres populares: Llorer. Laurel.

Frecuencia: 8

Parte empleada: Hojas secas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral: [Para tratar el reuma]. [Dar ganas de comer]. [Digestiva]. [Bajar el azúcar de la sangre].
2. Cataplasma, obtenida conjuntamente con arroz —*Oryza sativa* L.—. Tópica: [Curar heridas]. [Para tratar los hematomas].

LEGUMINOSAE

*** 65**

Cassia obovata Colladon, *C. alexandria* L. y *C. angustifolia* L.

Nombres populares: Sen, casia.

Frecuencia: 5

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral, administrar una taza cuando aparezcan las molestias, especialmente en casos de estreñimiento de varios días de duración: [Purgante]. [Laxante]. [Para tratar el estreñimiento].

*** 66**

Ceratonía siliqua L.

Nombres populares: Garrofer, garrofa.

Frecuencia: 5

Parte empleada: Fruto.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Fruto verde, se emplea la savia de aspecto lechoso que surge tras cortar el mismo. Tópica: [Hidratante de la piel].
2. Decocto; añadir 23 trozos del tamaño del dedo pulgar y dejar hervir varios minutos conjuntamente con higos secos y edulcorar finalmente con miel. Oral: [Para las diarreas]. [Estreñimiento].
3. Ungüento preparado con los siguientes ingredientes: aceite de oliva virgen —*Olea europaea* L.—, 9 garrofinos —*Ceratonía siliqua* L.—, 3 hojas de hiedra —*Hedera helix* L.—, granos de granada amarga —*Punica granatum* L.—equivalentes a dos o tres gajos, cera de abeja virgen, limón —*Citrus* sp.—. Preparación: En una cazo-

leta de barro freír con aceite de oliva, los garrofines, las tres hojas de hiedra y los granos de granada hasta que estos últimos presente un aspecto o coloración dorada. Después añadir cera virgen y colar; dejar enfriar unos minutos y finalmente añadir el zumo de un limón. Tópica: [Inflamaciones de la piel]. [Piel seca]. [Callos].

4. Decocto. Oral: [Para las diarreas].

* 67

Cicer arietinum L.

Nombres populares: Garbanzos. Cigrons.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Semilla.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Maceración acuosa de los garbanzos durante 12 - 24 horas. Oral, administrar el caldo resultante del procedimiento anterior: [Para orinar].
2. Decocto. Oral, comer a lo largo del día aproximadamente un kilogramo de garbanzos cocidos: [Úlcera de estómago].
3. Mágico: [Eliminación de la verrugas]. Pasar el garbanzo humedecido sobre la verruga, rezar a continuación un credo y finalmente tirar el garbanzo; el paciente debe olvidarse de las verrugas y tras un corto período de tiempo, éstas desaparecerán.

* 68

Genista hispanica L. y especies afines.

Nombres populares: Retama.

Frecuencia: 3

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto, asociado con tal fin a la árnica —*Arnica montana* L., *Inula montana* L. y especies afines—. Tópico: [Tratamiento de las infecciones cutáneas sin herida externa (sin solución de continuidad, pues en caso de su empleo en tal situación, puede provocar trastornos)].
2. Decocto. Tópico en forma de baños: [Mal de los pies].
3. Picada en forma de cataplasma. Tópico: [Favorece la eliminación de los hematomas].

* 69

Glycyrrhiza glabra L.

Nombres populares: Regaliz.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Raíz.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Sin previa preparación. Oral, se mastica lentamente: [Refrescante]. [Expulsión de mucosidades bronquiales]. [Resfriados].

* 70

Lens culinaris Medicus.

Nombres populares: Lentejas.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Semillas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto, se emplea con finalidad terapéutica el caldo resultante de la cocción. Oral: [Tratamiento del sarampión «Pallola»].

* 71

Lupinus sp.

Nombres populares: Altramuz.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Semilla.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Altramuces secos. Oral: [Adelgazante].
2. Maceración acuosa durante 24 horas. Oral, administrar una taza del caldo resultante en ayunas y en forma de novenario: [Diabetes].
3. Altramuz. Oral, administrar un altramuz al día cómo si fuera una pastilla: [Diabetes].

LILIACEAE

* 72

Allium cepa L.

Nombres populares: Cebolla. Seba.

Frecuencia: 16

Parte empleada: Bulbo.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto, asociado conjuntamente a las raíces de regaliz —*Glycyrrhiza glabra* L.—. Oral, administrar una taza después de cada comida, hasta que desaparezcan los síntomas: [Resfriados]. [Para la tos]. [Aclarar la voz].

2. Decocto. Oral, administrar el caldo resultante de la decocción: [Infección de orina]. [Para prevenir y tratar el reuma]. [Purgante].
3. Cataplasma, obtenida con cebolla hervida. Tópica local: [Ablanir grans]. [Madurar los granos].
4. Sin previa preparación. Oral: [Favorece la circulación]. [Antivírico]. [Descongestionante nasal].
5. Zumo obtenido a partir de cebolla picada asociada a infusión de olivarda —*Inula viscosa* Aiton—, el resultante debe dejarse toda la noche al relente. Oral, administrar una taza por la mañana: [Para las piedras del riñón].
6. Freír rodajas de cebolla con aceite de oliva y un poco de ceniza. Tópica: [Para curar los granos]. [Inflamación de las uñas]. [Cercadedos].
7. Infusión/Decocto, de una cebolla y tres hojas de lechuga —*Lactuca sativa* L.—, y dejar en maceración durante toda la noche a la mañana siguiente, incorporarle el zumo de un limón —*Citrus* sp.—. Oral, administrar durante todo el día el caldo resultante: [Para facilitar la orina].

* 73

Allium sativum L.

Nombres populares: All. Ajo.

Frecuencia: 14

Parte empleada: Bulbo (dientes de ajo).

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Dientes de ajo crudo picados. Tópica, aplicar sobre la muñeca y envolver con una venda hasta que desaparezca el dolor: [Para el dolor].
2. Sin previa preparación. Oral, comer todos los días un número impar de ajos crudos: [Para prevenir y tratar el reuma]. [Dolor en general]. [Tratamiento de la tensión].
3. Asociado a la leche, sin detallar la forma de preparación, ni de administración: [Para tratar la solitaria].
4. Crudos. Tópica, friccionar la zona lesionada, y después acercarla a una fuente de calor: [Sabañones].
5. Zumo obtenido tras picar dientes de ajo crudo. Tópica bucal, aplicar directamente sobre las muelas careadas: [Dolor de muelas careadas].
6. Mágico: [Secar las verrugas]. «Se cuenta el número de verrugas que tiene el paciente y se cogen igual número de ajos. Luego se va a un lugar solitario dónde nadie vea al paciente, y se tiran hacia atrás los ajos. Cuando éstos se sequen también lo harán las verrugas».
7. Crudo. Tópica, frotar el vientre con un diente de ajo: [Aplacar el hambre].

*** 74**

Lilium candidum L.

Nombres populares: Azucena. Assutzena.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. [Cicatrizante].

*** 75**

Ruscus aculeatus L.

Nombres populares: Rusco.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. [Cicatrizante de heridas].

LINACEAE

*** 76**

Linum usitatissimum L. y especies afines.

Nombres populares: Linaza, lino. Llinós.

Frecuencia: 5

Parte empleada: Semilla.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Aceite de semilla. Oral: [Para el estreñimiento].

2. Cataplasma de harina de linaza, con dos variantes en la forma de preparación: a.

Mezclar la pasta resultante de la cocción de harina de linaza, con tocino rancio, después introducir el resultante en una bolsa de tela y aplicar sobre el pecho, espolvoreando también con mostaza. b. Idem pero sin incorporar tocino rancio y aplicando solamente la mostaza cuando aparezca el dolor. Tópica: [Despejar el pecho]. [Aliviar catarros]. [Tos]. [Resfriados]. [Antiinflamatorio]. [Calmante del dolor]. [Limpieza de los granos con pus]. [Pulmonías y catarros].

MALVACEAE

*** 77**

Althaea officinalis L.

Nombres populares: Malvinos.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Oral: [Tratamiento de la tos].

*** 78**

Malva sylvestris L. y especies afines.

Nombres populares: Malva.

Frecuencia: 17

Parte empleada: Hojas, flores y raíces.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Hojas. Decocto. Tópica local: [Limpieza de heridas]. [Acelera la resolución de las heridas]. [Inflamación]. [Mal infectado]. [Tratamiento de las almorranas (en este caso mezclar el caldo resultante con agua fría)]. [Infecciones de orina]. [Baños de asiento].
2. Cataplasma, obtenida a partir de malvas cocidas y mezcladas posteriormente con manteca. Tópica local: [Acelera la curación de las heridas].
3. Flor y rizoma, a partir de tales componentes se obtiene una especie de aceite, aunque no se detalla la forma de preparación del mismo. Tópica local, untar sobre el pecho del paciente: [Resfriados].
4. Infusión/Decocto. Oral: [Tranquilizante]. [Para las tripas]. [Constipados]. [Inflamación de garganta]. [Inflamación de bazo]. [Laxante]. [Estreñimiento prolongado con dolor de vientre].
5. Decocto, asociado a la caña fistula y al arroz —*Oryza sativa* L.—. Oral: [Para la tos]. [Constipados].
6. Decocto. Vía rectal, aplicar a modo de enema el caldo resultante: [Lavado intestinal]. [Laxante]. [Estreñimiento prolongado con dolores de vientre]. [Infecciones digestivas].
7. Hojas. Cruda. Vía rectal, introducir por dicha vía una hoja grande de malva untada con aceite de oliva o vaselina: [Laxante]. [Estreñimientos prolongados con dolor de vientre].

MONIMIACAE

*** 79**

Peumus boldus Mol.

Nombres populares: Boldo.

Frecuencia: 12

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión , añadir media cucharada de café por taza. Oral, administrar una taza en ayunas o bien cuando aparezcan los síntomas a tratar: [Trastornos del hígado]. [Para el hígado]. [Inflamación del hígado]. [Inflamación de la vesícula biliar]. [Cólicos hepáticos]. [Para la vesícula biliar]. [Inflamación de los intestinos]. [Para el corazón]. [Enfermedades del hígado]. [Tónico del hígado]. [Activa el hígado]. [Calmanete ligero de los nervios]. [Tónico del intestino]. [Activa al aparato digestivo].
2. Infusión, asociado al anís estrellado —*Illium verum* Hook—. Oral: [Disminuir la inflamación del hígado].

MORACEAE

* 80

Ficus carica L.

Nombres populares: Figuera, figuera borda. Higuera.

Frecuencia: 6

Parte empleada: Hojas, peciolo y raíz.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Savia de los periolos. Tópico, frotar directamente sobre la lesión: [Eliminar las verrugas]. [«Para las picaduras de los insectos»]. [Rodadits].
2. Hojas. Tópica, frotar la conjuntiva con las hojas: [Tracoma].
3. Hojas, savia, frutos. Decocto con vino y azúcar. Tópica: [Problemas de garganta]. [Alivia el dolor de las picaduras de escorpión].
4. Raíz. Mágico: [Para las almorranas]. Se introducen las raíces en una bolsita de tela en contacto con la piel, el paciente debe llevarla siempre encima, para que se cieren la almorranas.

MYRTACEAE

* 81

Eucalyptus globulus Labillardiere

Nombres populares: Eucalipto, eucaliptus.

Frecuencia: 23

Parte empleada: Hojas secas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Inhalación de vapores: [Resfriados que afectan a la garganta]. [Resfriados]. [Descongestionante de la nariz]. [Despeja la nariz y los bronquios]. [Bronquitis]. [Nariz tapada]. [Balsámico]. [Sudorífico]. [Para las dificultades respiratorias]. [Tratamiento de los catarros]. [Para respirar bien]. [Mal de garganta]. [Constipats (se emplea las hojas de eucalipto mezcladas con brea)].
2. Infusión conjunta con yemas de pino —*Pinus* sp.— y tomillo —*Thymus vulgaris* L.—. Oral: [Contra los resfriados]. [Contra la tos].
3. Jarabe, preparado a partir de la cocción de eucalipto, miel y limón —*Citrus* sp.—. Oral: [Para las anginas]. [Para la tos]. [Suavizante de la garganta].
4. Infusión, preparada conjuntamente con milenrama —*Achillea millefolium* L.— enebro —*Junniperus communis* L.— trabalera —*Centaurea aspera* L.— y arándano . Oral, administrar una taza al día: [Para prevenir la diabetes].

OLEACEAE

* 82

Olea europaea L.

Nombres populares: Olivo. Olivera.

Frecuencia: 15

Parte empleada: Hojas y frutos.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Aceite de oliva. Tópica, friccionar suavemente sobre la herida: [Escaldaduras]. [Lubrifica la piel y evita la deshidratación]. [Quemaduras]. [Favorece la resolución de vesículas en el herpes de los labios].
2. Aceite de oliva. Oral, administrar una cucharadita al día: [Piedras de vesícula]. [Facilita el buen funcionamiento del intestino y de la vesícula]. [Laxante]. [Alivia las picaduras de escorpión].
3. Aceite de oliva bendecido. Tópica, aplicado en formas de masajes sobre la zona lesionada: [Desconjuntamiento de muñeca, pies, codos, rodillas y menisco]. [Encaalgamiento de cervicales].
4. Hojas. Infusión / Decocto. Oral: [Favorece la circulación]. [Hipertensión]. [Rebajar la tensión]. [Para la sangre]. [Para la tensión].
5. Hojas. En este caso particular se asocia a la manzanilla —*Chamomilla recutita* (L.) Rauschert—, romero —*Rosmarinus officinalis* L.—, boldo —*Peumus boldus* Mol.— y pelo de panoja —*Zea mays* L.—. Decocto. Oral, administrar 1 l. del preparado durante el tiempo que se considere oportuno: [Bajar la tensión].

6. Hojas. Mágico: [Eliminación de verrugas]. Aparecen diversos procedimientos utilizados con tal fin:

- a. Coger una ramita de olivo verde y enterrarla en un lugar por el que pase frecuentemente el paciente, cuando ésta se seque desaparecerán las verrugas. Dicha práctica la realiza el curandero.
- b. Esconder tres hojas de olivo sin que el paciente lo sepa.
- c. Coger siete hojas de olivo y colgarlas en el propio árbol sin que el paciente lo conozca. Esta maniobra es suficiente para que le desaparezcan las verrugas.
- d. Coger tantas hojas de olivo como verrugas tenga el paciente, después hacer una cruz sobre las distintas verrugas con cada una de las hojas, y por último éstas se entierran y el enfermo debe olvidarse de su problema.

* 83

Jasminum officinale L. y especies afines.

Nombres populares: Gesmil.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Maceración. Oral: [Para los bronquios]. [Mal de cabeza].

PAPAVERACEAE

* 84

Papaver rhoeas L.

Nombres populares: Rosella. Amapola.

Frecuencia: 8

Parte empleada: Pétalos.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión, medir una cucharada de pétalos por cada taza. Oral, la posología es de 2 a 4 tazas al día: [Calmante suave de los nervios]. [Calmante del dolor]. [Para combatir el insomnio (en este caso particular administrar al paciente dos tazas al día)]. [Calmante de la tos].

* 85

Papaver somniferum L.

Nombres populares: Cascall.

Frecuencia: 4

Parte empleada: Fruto y semillas. Carabasseta de cascall.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto, añadir dos pellizcos de semillas al agua antes del punto de ebullición, después dejar macerar durante 20-30 minutos. Oral, administrar una taza cuando se requiera su uso: [Produce el sueño en niños y adultos]. [Tranquilizante para los niños]. [Somnífero].
2. Idem. Tópica bucal: [Para los flemones y mal de boca].
3. Carabasseta de cascall. Mágico: [Para quitar los dolores y los nervios]. Con tal finalidad el paciente debe llevarla siempre dentro del bolsillo.

PINACEAE

*** 86**

Pinus sp.

Nombres populares: Pí. Pino.

Frecuencia: 3

Parte empleada: Hojas, corteza y flor.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Ebullición de la corteza. Tópico: [Tratamiento de las quemaduras, especialmente las producidas por pólvora].
2. Flor. Infusión. Oral: [Para fortalecer el corazón].
3. Hojas. Sin especificar la forma de preparación ni de administración: [Irritación de garganta].

PIPERACEAE

*** 87**

Piper nigrum L.

Nombres populares: Pebre negre.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Cruda. Condimento culinario.

PLANTAGINACEAE

* 88

Plantago sp.

Nombres populares: Llantén , llantem, plantatge. Plantago.

Frecuencia: 8

Parte empleada: Hojas frescas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión/Decocto. Tópico bucal, aplicada en forma de colutorio: [Inflamaciones de la boca]. [Llagas de la boca]. [Llagas de la garganta].
2. Infusión/Decocto. Tópico local: [Limpieza de heridas de la piel]. [Limpieza de los ojos].
3. Decocto. Inhalación de vahos: [Resfriados].
4. Decocto. Oral: [Para orinar].
5. Sin previa preparación. Tópica, cubrir la herida con hojas e ir cambiándolas hasta la definitiva curación de la herida: [Acelera la curación de grandes heridas y cortes profundos]. [Cicatrizante].

PLATANACEAE

* 89

Platanus hybrida Brot (*P. acerifolia* (Aiton) Wild, *P. cuneata* Wild.)

Nombres populares: Plataner.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Corfa de tronco.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Tópico bucal: [Deshacen dientes cuando éstos están «podridos»].

POLYPODIACEAE

* 90

Polypodium callaguhala L.

Nombres populares: Calahuela.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Contra las subidas de ácido úrico y la artritis].

*** 91**

Rumex crispus L.

Nombres populares: Asparaella, paraella, lletsó, llipsó. Cerraja.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Crudo, se emplea una hoja asociada al ungüento de hojas de hiedra, garrofin y granada (Ver * 6 *Hedera helix* L.). Tópica en cura oclusiva, en forma de vendaje: [Facilita la maduración de los granos]. [Facilita la eliminación del pus en las pústulas y su resolución]. [Desinfectante].

PORTULACACEAE

*** 92**

Portulaca oleracea L.

Nombres populares: Verdolaga.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Crudo, preparada en ensaladas. Oral: [Problemas de hígado].

*** 93**

Punica granatum L.

Nombres populares: Magraner agre, magraner bord, gramònica. Albadoque, granada amarga, granado.

Frecuencia: 7

Parte empleada: Fruto, especialmente corteza, tabiques de separación de los granos y finalmente los propios granos.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Fruto asado. Tópica, aplicar directamente sobre la herida la especie de polvillo resultante: [Para las heridas externas].
2. Infusión. Oral: [Per al estomac].
3. Crudo. Corteza y tabiques del fruto. Sin especificar la forma de administración: [Eliminación de gusanos intestinales, especialmente de la solitaria].
4. Ungüento obtenido a partir de aceite de oliva virgen —*Olea europaea* L.—, 9 garrofines —*Ceratonia siliqua* L.—, 3 hojas de hiedra —*Hedera helix* L.—, granos de granada amarga —*Punica granatum* L.—equivalentes a dos o tres gajos, cera de abeja virgen, limón —*Citrus* sp.—. Preparación: En una cazoleta de barro freír con

- aceite de oliva, los garrofines, las tres hojas de hiedra y los granos de granada hasta que estos últimos presente un aspecto o coloración dorada. Después añadir cera virgen y colar; dejar enfriar unos minutos y finalmente añadir el zumo de un limón. Tópico: [Tónico refrescante sobre la piel].
5. Sin indicar la forma de preparación, sólo se detalla su asociación con zumo de limón —*Citrus* sp.—, miel y azúcar. Tópico bucal: [Para tratar las llagas de la boca].
 6. Jarabe del fruto. Tópico bucal: [Resolutivo de llagas de la boca].
 7. Ungüento; preparado a partir de los granos del fruto y hojas de verdolaga —*Portulaca oleracea* L.—, todo ello triturado para obtener una especie de ungüento. Tópica local, aplicar durante 2 a 3 días: [Para tratar las quemaduras especialmente las producidas por pólvora].

RHAMNACEAE

* 94

Rhamnus alaternus L.

Nombres populares: Mesto.

Frecuencia: 4

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Tópica bucal aplicada en forma de colutorio: [Dolor de muelas]. [Corrosivo dental].
2. Infusión. Oral: [Tratamiento de la hipertensión arterial]. [Adelgazante]. [Hipotensor arterial].

* 95

Frangula alnus Miller (*Rhamnus frangula* L.)

Nombres populares: Frángula.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Bayas y corteza del ramaje.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral, administrar tres veces al día: [Flatulencias].

ROSACEAE

* 96

Crataegus oxyacantha L.

Nombres populares: Cirerer de pastor, espí blanc.

Frecuencia: 2

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión (se asocia, a veces, con corazoncillo —*Hypericum perforatum* L.—y melisa —*Melissa officinalis* L.—). Oral: [Trastornos circulatorios].
2. Mágico: [Para curar y prevenir el mal de muelas]. El paciente debe llevar la planta en el bolsillo los viernes con dicha finalidad.

*** 97**

Cydonia oblonga Miller (= *C. oblonga* Pers.)

Nombres populares: Membrillo.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Fruto.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocción conjunta con azúcar para obtener el dulce de membrillo. Oral: [Diarreas].

*** 98**

Prunus amygdalus Stokes

Nombres populares: Almendro, almendra dulce.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Semilla.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Aceite de almendra dulce, mezclado con leche materna. Tópico ótico, aplicar con una torunda de algodón empapado con el resultante, previamente calentar antes de emplearlo: [«Mal de oídos»].
2. Aceite de almendra dulce. Tópico: [Cosmético].

*** 99**

Prunus avium L.

Nombres populares: Cirerer

Frecuencia: 1

Parte empleada: Peciolos del fruto.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral, administrar una taza después de cada comida: [Para favorecer la orina].

*** 100**

Prunus persica (L.) Batsch

Nombres populares: Melocotonero.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Semilla.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. [Para fortalecer el corazón].

*** 101**

Rosa canina L. y especies afines.

Nombres populares: Rosal, rosa.

Frecuencia: 4

Parte empleada: Pétalos de la flor.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Tópico local: [Problemas de la piel].
2. Infusión. Tópica vaginal: [Antiséptica]. [Contra la infertilidad].
3. Maceración en alcohol —agua de rosas—. Tópica: [Analgésica].
4. Maceración en agua caliente durante toda una noche. Tópico local, aplicar en forma de compresas empapadas sobre los párpados: [Tratamiento de la inflamación de los párpados].

RUBIACEAE

*** 102**

Asperula cynanchica L.

Nombres populares: Varetta d'or. Cañita de oro, varica de oro.

Frecuencia: 3

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión. Oral: [Trastornos digestivos]. [Estreñimiento]. [Problemas del riñón (en este caso se puede asociar a la arenaria —*Herniaria glabra* L.—)].

*** 103**

Rubia peregrina L.

Nombres populares: Apegalosa.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Sin indicar la forma de preparación ni de administración. [Antiinflamatorio].

RUTACEAE

* 104

Citrus sp.

Nombres populares: Limonero. Llimoner.

Frecuencia: 12

Parte empleada: Fruto.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Zumo. Vía nasal: [Para cortar las hemorragias nasales].
2. Zumo y corteza del fruto. Oral: [Para la tensión alta].
3. Zumo. Oral, administrar durante nueve días consecutivos: [Catarros y resfriados]. [Trastornos del estómago]. [Favorece la digestión después del empacho o «parà»]. [Diarreas].
4. Zumo asociado con bicarbonato sódico y agua. Oral: [Vómitos].
5. Idem. Tópico bucal: [Problemas de garganta]. [Limpiar la lengua sucia].
6. Zumo. Tópico local: [Eliminación de verrugas]. [Limpieza y desinfección de heridas]. [Antiinflamatorio]. [Limpieza de la cara]. [Desinfectante de la piel].
7. Mágico: El día de Santa Rosa de Lima, se pone un limón colgado del cuello del paciente o bien dentro del bolsillo mirando hacia el cielo. Dicha práctica se emplea en la terapéutica popular para prevenir los catarros y enfermedades respiratorias en general.
8. Zumo y corteza de limón. Decocto con arroz —*Oryza sativa* L.— para obtener la denominada agua de arroz. Oral: [Para tratar las diarreas].

* 105

Citrus aurantium L.

Nombres populares: Taronger. Naranja.

Frecuencia: 23

Parte empleada: Fruto y flor de azahar.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Flor. Infusión. Oral: [Para tratar los vómitos]. [Mareos]. [Digestiva]. [Para la tos]. [Laxante]. [Tranquilizante]. [Contra los nervios]. [Para los nervios]. [Para los espasmos]. [Mal de vientre].
2. Flor. Maceración con cazalla. Oral: [Tranquilizante]. [Flatulencias].
3. Flor. Maceración acuosa. Oral: [Tranquilizante]. [Relajante]. [Dolor en general]. [Para tratar el hipo]. [Dolor].
4. Flor, asociada a estigmas de maíz —*Zea mays* L.—. Oral: [Mal de vientre]. [Mal de estómago].
5. Fruto. Zumo mezclado con miel. Oral: [Para tratar el hipo]. [Tos nerviosa]. [Tosferina]. [Bronquitis].

6. Fruto. Zumo. Oral: [Estreñimiento]. [Resfriados].
7. Flor. Decocto. Inhalación de vapores: [Para suavizar los bronquios].
8. Flor. Decocto. Oral: [Tranquilizante]. [Estreñimiento]. [Constipados].

*** 106**

Ruta angustifolia Pers., *R. graveolens* L., *R. montana* (L.) L.

Nombres populares: Ruda.

Frecuencia: 17

Parte empleada: Flor y hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión/Decocto. Oral: [Mejora la circulación]. [Tensión alta]. [Tranquilizante]. [Inflamaciones]. [Cólicos de riñón]. [Abortivo]. [Dolor de barriga]. [Dolor de regla]. [Para la circulación].
2. Freír las hojas de ruda con aceite de oliva. Tópico: [Quitar el dolor del mal de oreja]. [Infección de oído].
3. Mágico. Decocto con leche materna, procedente ésta de una mujer que amamante a un niño de sexo contrario respecto al paciente a tratar: [Para dar ganas de comer].
4. Tópico: [Para el sudor de los pies].

SALICACEAE

*** 107**

Salix alba L.

Nombres populares: Sauce ploró.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Inhalación de los vahos, aplicar solamente una vez al día antes de acostarse: [Tratamiento de los resfriados].

SOLANACEAE

*** 108**

Atropa bella-donna L.

Nombres populares: Belladona.

Frecuencia: 3

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Sin especificar. Tópica, aplicada con una torunda de algodón: [Tratamiento del mal de garganta].
2. En forma de unguento. Tópica: [Dolor de garganta]. [Para resblandecer el pecho de las mujeres].

*** 109**

Hyoscyamus sp.

Nombres populares: Beleño.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Sin especificar.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Sin especificar. [Analgésico ligero]. [Tratamiento del dolor de muelas].

*** 110**

Nicotiana tabacum L.

Nombres populares: Tabaco.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Crudo. Tópico bucal, aplicar directamente sobre la muela careada: [Analgésico empleado en el dolor de muelas careadas].

*** 111**

Solanum nigrum L.

Nombres populares: Morella en grà.

Frecuencia: 2

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto, conjuntamente con jolivarda —*Inula viscosa* L.—. Oral: [Da ganas de comer].
2. Infusión. Oral, administrar por la mañana en ayunas: [«Hígado flojo»].

*** 112**

Solanum tuberosum L.

Nombres populares: Patata.

Frecuencia: 5

Parte empleada: Tubérculo.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Cruda, rallada. Tópica: [Quemaduras].
2. Asada. Tópica: [Quemaduras].

3. Mágico: [«Llevar una patata seca en el bolsillo para calmar el dolor de cabeza»].
4. Agujerear la patata e introducir un poco de azúcar por dichos agujeros, a continuación, hacer una cruz en la porción inferior o extremo opuesto, el líquido azucarado resultante que rezuma por los mismos, se emplea con finalidad terapéutica a modo de jarabe. Oral: [Para calmar la tos].

THYMELAEACEAE

* 113

Thymelaea hirsuta (L.) Endl (= *Passerina hirsuta* L.).

Nombres populares: Bufalaga.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. [Laxante].

TILIACEAE

* 114

Tilia phatyphyllos Scopoli (*Tilia officinarum* Crantz).

Nombres populares: Tila, tilo. Til.la, til.ler.

Frecuencia: 27

Parte empleada: Sumidad florida. Corteza.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión / Decocto. Oral: [Tranquilizante]. [Sedante]. [Digestiva]. [Tratamiento de catarros y resfriados]. [Disminuye la fiebre]. [Trastornos del estómago]. [Tranquilizante]. [Relajante nervioso]. [Digestivo]. [Para los nervios]. [Relajante]. [Favorece el sueño].
2. Corteza, para su empleo debe dejarse a secar durante aproximadamente un año, para que de esta manera pierda las sustancias tóxicas. Decocto. Oral: [Tranquilizante].

ULMACEAE

* 115

Celtis australis L.

Nombres populares: LLidoner.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral: [Para bajar el azúcar de la sangre]. [Para el colesterol].

UMBELLIFERAE

* 116

Apium graveolens L.

Nombres populares: Api bord, api. Apio.

Frecuencia: 4

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral: [Problemas circulatorios]. [Problemas de riñón]. [Dolor e inflamación].
2. Hojas. Tópica, aplicar las hojas directamente sobre la zona del estómago y a continuación vendar: [Para disminuir la fiebre].

* 117

Daucus carota L.

Nombres populares: Zanahoria, carlota. Pastanaga.

Frecuencia: 2

Parte empleada: Raíz.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Cruda. Oral: [Para mejorar la vista].
2. Cruda. Oral: [Para las diarreas en los niños].

* 118

Foeniculum vulgare Miller

Nombres populares: Fenoll, fenoí, hisop. Hisopo.

Frecuencia: 16

Parte empleada: Sumidades floridas. Semillas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión / Decocto. Oral: [Flatulencias]. [Da ganas de comer]. [Aumenta la leche en la mujer que amamanta]. [Mejora la circulación, especialmente en los casos de varices]. [Inflamación de estómago]. [Disminuye el colesterol de la sangre]. [Depurativo]. [Constipados]. [Facilita el eructo]. [Digestivo]. [Contra los aires]. [Limpia la sangre].
2. Semillas. Cataplasma obtenida a partir de harina de hisopo, agua y vinagre. Tópica local: [Inflamaciones del estómago]. [Dolor de cabeza].

*** 119**

Pastinaca sativa L.

Nombres populares: Chirivía.

Frecuencia: 1

Parte empleada:

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. [Digestiva].

*** 120**

Petroselinum crispum (Milller) A.W. Hill (*P. hortense* Hoffmann)

Nombres populares: Perejil. Jolivert.

Frecuencia: 8

Parte empleada: Sumidades aéreas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral: [Abortivo]. [Tratamiento de la artrosis]. [Diurético]. [Tranquilizante]. [Facilita la orina]. [Facilita la eliminación de las piedras de riñón]
2. Decocto. Tópico bucal, aplicado en forma de colutorio: [Inflamación de boca].
3. Decocto. Vía vaginal: [Abortivo a dosis elevada].
4. Sin previa preparación. Aplicada por vía rectal, untada con aceite de oliva: [Estreñimiento en recién nacidos].
5. Crudo. Picado y mezclado con azúcar y tocino. Tópica local: [Para quitar las hemorragias].

URTICACEAE

*** 121**

Parietaria diffusa Mert. Koch in Röhling (*P. officinalis* L.)

Nombres populares: Morella roquera.

Frecuencia: 3

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral, administrar cuando aparezca la sintomatología a tratar: [Inflamación de estómago].
2. Infusión. Oral: [Inflamaciones y dolor de vientre].
3. Cataplasma, preparada con hojas picadas de la planta, a las que posteriormente se añade vinagre. Tópica: [Mal de vientre].

*** 122**

Urtica dioica L., *U. urens* L.

Nombres populares: Ortiga.

Frecuencia: 18

Parte empleada: Sumidad aérea.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión / Decocto. Oral: [Para mejorar la circulación de la sangre, especialmente en las varices]. [Disminuye la tensión]. [Aumenta la producción de leche en la mujer después del parto]. [Para tratar la gota]. [Tratamiento de la gastritis y la acidez de estómago]. [Para tratar las anemias de la sangre]. [Diurético]. [Depurativo]. [Para dar ganas de comer]. [Tensión alta]. [Para facilitar la orina]. [Fortificante]. [Para la limpieza del riñón].

VALERIANACEAE

* 123

Valeriana officinalis L.

Nombres populares: Valeriana.

Frecuencia: 3

Parte empleada: Raíz y tallo.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión / Decocto. Oral: [Tónica]. [Vértigo]. [Dolor de cabeza]. [Vómitos nerviosos]. [Histerismo]. [Asma nervioso]. [Palpitaciones]. [Insomnio]. [Calmante]. [Tranquilizante]. [Espasmos].

VERBENACEAE

* 124

Lippia triphylla (L'Hér.) O. Kuntze

Nombres populares: Hierba Luisa, Maria Luisa. Herba Maria Luisa, Marialluïsa

Frecuencia: 28

Parte empleada: Hojas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Infusión / Decocto. Oral: [Calmante]. [Dolores de barriga]. [Dolores de estómago]. [Digestiones pesadas]. [Mal de barriga]. [Indigestiones]. [Tranquilizante]. [Analgésico para los dolores menstruales]. [Para los nervios]. [Digestivo]. [Excitante]. [Para hacer vomitar]. [Dolor de vientre]. [Diarreas leves]. [Mal de vientre]. [Infecciones de estómago]. [Para facilitar la orina]. [Malestar de vientre]. [Relajante nervioso]. [Para hacer bien la digestión]. [Mal de estómago]. [Para el estómago]. [Flatulencia].

*** 125**

Verbena officinalis L.

Nombres populares: Verbena.

Frecuencia: 4

Parte empleada: Hojas y tallo.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Cruda, mezclada conjuntamente con aceite de oliva y con clara de huevo. Tópica: [Tratamiento de los hematomas tras contusiones].
2. Infusión. Oral: [Digestiva].
3. Cruda, preparar con vinagre una especie de cataplasma. Tópica, aplicada directamente sobre la zona del estómago: [Estómago inflamado].

VIOLACEAE

*** 126**

Viola odorata L.

Nombres populares: Violeta.

Frecuencia: 1

Parte empleada: Flores secas.

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Decocto. Oral: [Para la tos].

VITACEAE

*** 127**

Vitis vinifera L.

Nombres populares: Vid.

Frecuencia: 3

Parte empleada: Hojas. «Rabos de las pasas».

Utilización popular (Preparación, administración, usos):

1. Rabos de las pasas. Decocto con otras plantas medicinales no detalladas. Oral, administrar una taza después de cada comida: [Para la pérdida de memoria].
2. Hojas. Cruda. Tópico, empleado con finalidad mágico-diagnóstica; con tal fin se colocan diversas hojas de vid sobre el vientre, en el caso de que exista inflamación, a la mañana siguiente las hojas aparecerán secas.

LAS PRACTICAS MAGICO-RELIGIOSAS Y LOS CURANDEROS EN LA MEDICINA POPULAR DE LA RIBERA ALTA

José Luis Fresquet Febrer

La práctica mágica como sistema de acción

Toda la historia de la medicina está llena de ejemplos que demuestran que la ciencia ha rechazado con mayor o menor virulencia los aspectos creenciales relacionados con la salud y la enfermedad. Esto fue muy patente en el siglo XIX con las corrientes positivistas y los logros alcanzados por la ciencia y la práctica médicas. También se pensó que las conquistas sociales y el acceso de la mayoría a una educación más elevada y científica harían desaparecer todo tipo de «supersticiones». Unas décadas más tarde la realidad nos muestra que estas afirmaciones eran bastante ingenuas.

Muy pocos son los documentos escritos que poseemos acerca de cómo se luchaba en el pasado contra la enfermedad desde frentes distintos a los de la medicina científica moderna. Por ejemplo, en el periodismo médico valenciano del siglo XIX y de parte del presente, aparecieron suficientes noticias, notas y artículos sobre intrusismo, curaciones milagrosas, conflictos entre médicos y curanderos, como para descubrir que el tema era importante y de bastante trascendencia social. Si bien la preocupación por la «cultura popular», es decir, por la cultura no oficial, o la de los grupos que no formaban parte de la élite¹, mereció el interés de los estudiosos de diversas disciplinas en el siglo XIX, apenas disponemos de fuentes adecuadas para poder llegar a un conocimiento cabal de cómo fue la medicina popular en esta época y en las anteriores, así como de la relación existente entre los diversos tipos de medicinas.

Durante el presente siglo se han realizado algunas aportaciones más sobre el tema desde disciplinas diversas y con resultados desiguales. Las

¹ Según definición de Gramsci, recogida en BURKE, P. (1978), p. 29.

ciencias sociales permiten acercarse a la realidad superando el nivel de lo que llamamos «sentido común», como las creencias que llevaron a los científicos de principios del XX a hacer afirmaciones optimistas como las que antes hemos visto.

En este capítulo pretendemos abordar los aspectos mágico-religiosos de la medicina popular, por una parte, y los prácticos de este tipo de medicina, por otra. Aunque estamos lejos de explicarlos y comprenderlos, podemos ofrecer, al menos, una descripción de los mismos considerándolos donde se producen, es decir, en situaciones sociales y culturales, resultado de un proceso histórico. Para ello es útil estudiar la práctica mágica como un sistema concreto de acción, y aplicar para su análisis el esquema conceptual que propone Parsons, aunque éste presente muchas limitaciones como posteriormente se ha puesto de manifiesto². Como se sabe, este autor ofrece un esquema analítico que explica la sociedad como una suma de acciones llevadas a cabo por unos individuos (actores), en un determinado contexto (situación), y con arreglo a un determinado fin.

La acción social es el área donde confluyen de forma articulada las condiciones ambientales, las psicologías individuales y las pautas valorativas culturales. La visualización concreta de esta mediación corresponde al sistema social; es éste el que instaaura las jerarquías interrelacionando en cada momento a los mundos físico, psicológico (o en sentido más amplio, personal) y cultural. Hace falta además un cierto carácter de persistencia. La estabilidad y la permanencia dependen de unas garantías de cohesión en los tres órdenes natural, personal-motivacional y cultural³.

Para el análisis de los sistemas sociales son fundamentales las nociones de *rol* y *status*. Para Parsons, el subsistema status-rol es central para el ajuste del sistema social, ya que el actor no se orienta sólo por virtud de los valores, sino también en función de las sanciones que sabe acarreará la adopción de uno u otro rol. Dentro del esquema parsoniano es también básica la relación *ego-alter*, por la cual el actor (*ego*) calibra las respuestas poten-

² Entre nuestros autores, véanse, por ejemplo, las consideraciones que hace Laín Entralgo al modelo de Parsons en su obra *La relación médico-enfermo*.

³ PARSONS, T. (1966), capítulos I y II. Sobre la acción social véase también WEBER, M. (1969). Los siguientes textos ofrecen buenos resúmenes al respecto: GARCIA FERRANDO, M. (coor.) (1993), pp. 179-181; GINER, S. (1978), p. 51-54; GONZALEZ-ANLEO, J. (1991), pp. 211-214.

ciales de sus *partenaires* en el transcurso de la acción (*alter*), perfilando definitivamente un rol sobre el que tiene, antes de detallarlo, una «expectativa» versátil. Según explica Olavarrieta, siguiendo a W.J. Sprott, el *ego* orienta sus expectativas hacia los *alteri* y estos hacia el *ego*, y «las culturas a las que pertenecen registran mediante formas simbólicas los términos de sus intercambios»⁴. Aparece así el tercer sistema implicado: el cultural. Mientras los dos primeros se conciben como disposiciones a actuar de modos específicos, manifestados a través de la conducta de actores concretos, el sistema cultural se encuentra integrado por la organización de valores, normas y símbolos que orientan las elecciones de los actores y limitan los tipos de interacción que pueden producirse entre ellos. Los sistemas culturales se articulan de modo tanto conceptual como empírico con los otros dos sistemas sin desaparecer en ellos; presentan formas y problemas de integración que les son propios.

Respecto a las pautas culturales es conveniente distinguir tres clases: En primer lugar las formadas por los cuerpos de ideas o creencias, donde los intereses de tipo cognoscitivo tienen la primacía. En segundo lugar, los llamados sistemas de símbolos expresivos. En tercero, los sistemas de orientaciones valorativas, en las que el interés primario reside en la evaluación de alternativas «desde el punto de vista de sus consecuencias e implicaciones para un sistema de acción o alguno de sus subsistemas».

Siguiendo estos esquemas, abordaremos en primer lugar la tradición cultural o el sistema cultural que constituye al trasfondo normativo de la práctica mágica y seguiremos después con el análisis del sistema social, describiendo la práctica mágica como un sistema concreto de acción. Después, como complemento del sistema cultural, ofrecemos un análisis del conjunto de prácticas del curanderismo con especiales referencias al tipo de enfermedades que curan y a los aspectos mágicos en general. Por último, inspirándonos en las palabras de Michelet de que «quien quiera atenerse al presente, a lo actual, no comprenderá lo actual» y a las de Marc Bloch, «comprender el presente por el pasado... y el pasado por el presente»⁵, pretendemos acercarnos tímidamente al origen de los rasgos de la medicina popular actual, o

⁴ OLAVARRIETA, M. (1989), p. 149.

⁵ Ambas citas recogidas en la obra de Marc Bloch, *Apologie pour l'Histoire ou Métier d'historien* (1949).

dicho de otra forma, a la influencia y a las huellas que dejaron otros pueblos y culturas en la nuestra.

La tradición cultural. Adquisición de la identidad social de curandero

En algunos trabajos que se han publicado sobre el tema en la Comunidad Valenciana ya pueden encontrarse los rasgos que vamos a estudiar⁶. Básicamente son poseer «don», realizar algún tipo de aprendizaje, a lo que suele añadirse, aunque no siempre, el hecho de haber vivido una experiencia reveladora.

1) Poseer «don» o «gracia»

Antes de comenzar, el recurso al Diccionario⁷ puede ser de utilidad. Entre las muchas acepciones de «gracia» que figuran podemos destacar las siguientes: 1. Don gratuito de Dios que eleva sobrenaturalmente la criatura racional en orden a la bienaventuranza eterna. 2. Don natural que hace agradable a la persona que lo tiene. 3. Beneficio, don y favor que se hace sin merecimiento particular; concesión gratuita. 4. Afabilidad y buen modo en el trato con las personas. 5. Garbo, donaire y despejo en la ejecución de una cosa.

El término don⁸, de especial significado en el tema que nos ocupa, significa dádiva, presente o regalo; cualquiera de los bienes naturales o sobrenaturales que tenemos, respecto a Dios, de quien los recibimos; y por último, gracia especial o habilidad para hacer una cosa.

Como señala Pitt-Rivers⁹ en una reciente publicación, la «gracia» ha sido merecedora de muy pocos trabajos y sólo unos cuantos autores han llamado la atención sobre su existencia como un concepto antropológico general. Sin embargo, a lo largo de la historia, se ha puesto de relieve su interés filosófico en los sentidos estético y teológico. Sin entrar en el terreno de la estética, el

⁶ Véanse los distintos trabajos reunidos en el número monográfico de Canelobre, *La Medicina profana*, y FRESQUET FEBRER, J.L. et al. (1994).

⁷ *Diccionario de la lengua española* (1970), p. 672.

⁸ *Diccionario de la lengua española* (1970), p. 493.

⁹ PITT-RIVERS, J. (1993), p. 280.

concepto de gracia ha gozado y goza de enorme importancia en el judaísmo, cristianismo y islamismo y de él se han ocupado autores como San Agustín, San Anselmo, Santo Tomás, Gabriel Biel y Leibniz entre otros, aunque, como señala Galindo¹⁰, por lo general lo han hecho con gran profundidad en sus adjetivaciones de sanadora y liberadora¹¹.

La teología cristiana impregna, como hemos visto, casi todos los significados de la palabra «gracia». En el *Antiguo Testamento* se emplean términos como *hesed*, *hen*, *emet*, que, referidas a Dios, significan fidelidad, ayuda solidaria, benevolencia, etc. *Hen* traducible al griego por *χαρις* o *gratia* en latín, es don, favor, agrado, etc. Estos usos ordinarios en las Escrituras se vuelven extraordinarios cuando se trata de la buena voluntad, don o amor clemente, de Dios.

La palabra *χαρις* como término teológico hizo su aparición en las *Epístolas* y en las *Actas* de San Pablo. Según éste, la gracia es gratuita y la única condición para ella es la fe; «...no como la transgresión. Pues si por la transgresión de uno solo murieron todos, mucho más sobreabundó la gracia de Dios y el don gratuito de la gracia de un solo hombre: Jesucristo»¹². Para Pablo la humanidad anterior a Cristo padeció ausencia de Dios, ausencia de la expresión de Dios en el hombre. La elaboración conceptual griega posterior fue más en el sentido de un examen de la divinización del hombre por medio de la gracia y la elaboración latina se encaminó, sobre todo, en el sentido de la relación entre el perdón de los pecados por medio de la gracia y la «reacción» del hombre ante este perdón.

En este tema existen diferencias entre el *Antiguo Testamento* y el *Nuevo*. En este último, además de los dones y bienes que asumirían el contenido de la gracia, se habla de que estos dones se hacen realidad en nosotros. Pasa de ser algo externo a ser algo interno en el hombre. Los dones y bienes otorgados a éste no son propiamente efecto de Dios, sino expresión de Dios mismo a la persona no por medio de palabras, imágenes y símbolos, sino por medio de hechos y acontecimientos en los que queda implicado y manifestado su mismo ser. Según Galindo¹³, esta relación vital e intrínseca entre Dios y el hombre —dos seres personales— no puede menos de tener un carácter personal.

¹⁰ GALINDO RODRIGO, J.A. (1991).

¹¹ Hasta el siglo XIII el occidente formó bajo el influjo de San Agustín, la teología de la gracia con categorías psicológicas que se han ido ampliando con el paso de los siglos.

¹² *Rom.*, V, 15, 16.

¹³ GALINDO RODRIGO, J.A. (1991), pp. 68-69.

Los teólogos han establecido varias distinciones; una de las más importantes es la que marca diferencias entre la «gracia santificante» o don de Dios con vistas a la santificación de quien lo recibe, y la «gracia carismática», o don de Dios con vistas al bien común de la Iglesia, mediante la cual los infieles son llevados a creer y los cristianos a perseverar. Aquí se excluyen las nociones de deuda, recompensa y similares.

Otra distinción que nos puede ser útil y que es muy habitual, es la que diferencia «gracia santificante» de «gracia actual». La primera es la que Dios entrega al hombre haciendo posible que éste pueda realizar actos conformes con el carácter sobrenatural del alma, y la segunda es la que Dios otorga al hombre de un modo pasajero, en ciertos actos y con vistas a permitirle obrar sobrenaturalmente, es decir, actuar para su salvación. La santificante es una cualidad por la cual participamos de la naturaleza divina; es permanente. La actual es un auxilio de Dios que ilumina nuestro entendimiento y mueve nuestra voluntad para obrar el bien y evitar el mal; es transitoria. Siendo las gracias actuales necesarias para practicar el bien, Dios concede a todos los hombres las suficientes para que puedan obrar el bien y salvarse. Sin embargo, no da a todos gracias iguales, las «reparte como él quiere y según la disposición personal del hombre»¹⁴. Hay unas gracias llamadas eficaces a las cuales el hombre obedece siempre; éstas no las da Dios a todos. Pero es cierto que el hombre puede convertir las gracias suficientes en eficaces.

Otro asunto interesante dentro de este tema puede ser el de la naturaleza de la gracia. Aquí podemos recurrir a San Agustín¹⁵. Hay una gracia común que le ha sido conferida a toda realidad por haberla hecho criatura y una gracia más elevada que es la que viene de Dios mediante Jesucristo. En virtud de esta última muchos hombres son salvados, o dicho de otra forma, responden a la llamada que Dios les ha hecho. San Agustín asegura además que la gracia restablece la naturaleza y es inmerecida, y por tanto, gratuita. Es decir, la expresión de Dios en el hombre, como hemos dicho, necesaria-

¹⁴ Concilio de Trento.

¹⁵ San Agustín se refiere al tema en sus obras *De libero arbitrio*; *De gratia et libero arbitrio ad Valentinum*; *De correctione et gratia*, etc. De especial significado son las obras Anselmo de Aosta *Cur deus homo* y *De concordiae praesentiae et praedestinationis et gratiae Dei cum libero arbitrio* así como la *Summa theologiae* de Tomás de Aquino. Sobre estos autores véase ABBAGNANO, N. (1973), vol. I.

mente ha de ser gratuita al ser específicamente libre por parte de aquél. Además de esa gratuidad defiende también su necesidad. Por último, añade que la gracia posibilita la libertad, da a la voluntad la fuerza de querer el bien y realizarlo.

También me parece interesante repasar con Galindo la relación entre la gracia y la posesión beatífica. Si Dios es amor, la bienaventuranza o posesión beatífica, será amor ante todo; ya que «necesariamente la beatitud deberá consistir en la «identificación» activa con Dios»¹⁶. La beatificación es, como la gracia, expresión de Dios por ser la prolongación y culminación de ésta. El elemento decisivo de ambas es la caridad, como puede apreciarse a lo largo de las Escrituras. En San Pablo así se explicita. Según él, el amor es la condición de toda vida cristiana. Todos los demás dones del espíritu, la profecía, la ciencia, la fe, son nada sin el amor. «La caridad lo soporta todo, tiene fe en todo, lo espera todo, contiene todo... Quedan estas tres cosas: la fe, la esperanza, la caridad; pero la mayor de todas estas es la caridad»¹⁷.

Para los curanderos entrevistados el significado de «gracia» se acerca de alguna manera, con sus peculiaridades propias, al que acabamos de exponer, aunque, igual que para nosotros, encierra algo de «misterio insondable». Tanto los curanderos como sus clientes creen firmemente que la «gracia» o el «don» provienen de Dios¹⁸ como un designio, es decir, que algunas personas han sido señalados o destinados para determinado fin: hacer el bien, ejercer la caridad mediante la sanación sin pedir nada a cambio, gratuitamente. Se trata, en cambio, de una «gracia especial», no de la que todos disfrutamos. Esto tiene un reflejo inmediato en expresiones como «fulano ha tenido una desgracia», «mengano ha caído en desgracia», «la pobre está enferma, ¡que desgraciada!», «¡que mala suerte tiene!, ¡que desgraciado es!», etc¹⁹. Suerte, salud, del que todos merecen algo; lo bueno y lo malo distribuido equitativamente, una racha de buena suerte y otra de mala...cuanto menos; la gracia repartida en una especie de equilibrio, pero como es común a todos no tiene nada de especial, sólo se es consciente de ella cuando se pierde. En cambio,

¹⁶ GALINDO RODRIGO, J.A. (1991), p. 180.

¹⁷ *Cor. I*, 13, 7, 13.

¹⁸ En términos generales puede hablarse de que son sobrenaturales. Tenemos registros de curanderos de otras zonas en donde la «gracia» viene de otros seres distintos a Dios.

¹⁹ No nos referiremos aquí a otro hecho importante: caer en desgracia como consecuencia del pecado.

la «gracia» de los curanderos es algo sobrenatural, incomprensible, pero de la que nos podemos beneficiar. Para que esto ocurra el curandero exige que su cliente tenga fe; es corriente que los usuarios en vez de señalar que ellos «creen» en lo que hace el sanador dicen que tienen «fe» en él.

Los curanderos «viven» esa gracia de dos maneras. Por una parte, se sienten designados por Dios para ejercer el bien, son su brazo en el mundo terrenal, son la expresión de su voluntad divina; así lo recalcan una y otra vez, «yo no curo, quien cura es Dios». Por otra, el ejercicio de la sanación y de la ayuda a los demás les es compensada con el alivio de sus propios problemas y enfermedades. Después veremos unos ejemplos en la muestra estudiada.

En el lenguaje vulgar aparece otro significado del término «gracia» que, aunque relacionado con el divino, es más mundano, como se ve en las definiciones de los diccionarios examinadas más arriba. En el supuesto reparto de dones que Dios hace entre los nacidos se acepta que algunos reciben aquéllos que los capacitan para desarrollar ciertas habilidades; incluso en nuestro medio se usa la palabra «gracia»: «Dios le ha dado gracia para los estudios», «tiene gracia para coser», «gracia para pintar», etc. Si bien lo que hace está al alcance de todos, hay un componente que no puede aprenderse.

Habitualmente se establece una distinción entre «técnica» y «habilidad». La primera podría definirse como un conjunto de categorías y planes que se emplean para lograr una meta determinada²⁰ y la habilidad como la capacidad adquirida para aplicar eficaz y diligentemente una técnica concreta. Conociendo las herramientas y las técnicas se puede llegar a hacer algo, pero si a esto se une la «habilidad» lo que se haga se acerca a la perfección. La definición que hemos utilizado está exenta de cualquier elemento sobrenatural; de alguna manera puede relacionarse con la opinión generalizada de que la habilidad puede ir aprendiéndose con el tiempo, o dicho de otra forma, a través de la «experiencia». Todos prefieren a una persona experimentada a otra que no lo es.

Tal como señala Pitt-Rivers²¹, y como hemos visto, podemos considerar que en el terreno antropológico la gracia conserva todavía el sentido originario: don puro y gratuito de Dios. Este desarrolla dentro de nosotros una predisposición a colaborar con la voluntad del Supremo, y esto incluye la volun-

²⁰ Véase BOCK, P.K. (1985), p. 338.

²¹ PITT-RIVERS, J. (1993).

tad humana, sobre la que actúa la voluntad de Dios. El antropólogo inglés dice, citando a Ott²², que «el misterio insondable de la doctrina de la gracia se encuentra en la íntima colaboración y la intervención recíproca del poder divino y la libertad humana»; punto de donde parten todas las herejías y controversias que se refieren a la gracia.

La esencia de la «gracia» parece ser, pues, la voluntad de Dios, que restringe de alguna manera la voluntad individual, pero que sólo puede conseguirse por la colaboración de ambas.

También puede hablarse de «gracia» como reconocimiento, como resultado de un proceso en el que se da algo a cambio de nada, sin contrapartida. En principio esto es cierto en los curanderos estudiados. Por lo general estos no hablan de dinero; jamás reconocen que cobran. Entre ellos y entre la gente existe la creencia de que si se cobra se pierde la «gracia». Ahora bien, si se disimula de alguna manera (mediante regalos, mediante «la voluntad») ya es otra cosa. También es cierto que si el curandero utiliza medios empíricos evidentes en los que demuestra su habilidad, hay menos inconveniente en cobrar y en pagar con dinero. En los últimos años hemos podido comprobar personalmente que muchos sanadores se atreven a hablar del «cobro en moneda» por unos servicios prestados. Este hecho va unido a otros en los que de momento no vamos a entrar. El cobro en metálico no es tan raro como pueda parecer en principio. En el caso de interacción de sistemas médicos puede comprobarse cómo el pago mediante moneda puede extenderse a sociedades que hasta hace poco habíamos considerado como «primitivas». Tal como se ha demostrado entre los diversos grupos que viven en Kenia, los curanderos en las zonas rurales no cobran o aceptan obsequios o dinero; sin embargo, en las zonas urbanas, como Nairobi, sólo aceptan moneda²³.

Nadie, en cambio, habla de milagros. Existen, no obstante, ciertos parecidos entre éstos y lo que hacen los curanderos. El milagro es un hecho sensible, extraordinario o fuera de lo normal y divino. Sensible porque lo pueden ver nuestros ojos y percibir los sentidos. Extraordinario, porque es contra lo que debía suceder según las leyes de la Naturaleza. Divino, porque es obra exclusiva de Dios. Aparte de las expulsiones de demonios, los milagros de Jesús son de tres clases: milagros sobre la Naturaleza inanimada, como cal-

²² OTT, L. (1955). *Précis de Théologie dogmatique*. Paris.

²³ NYAMWAYA, D. (1987).

mar la tempestad; curaciones de enfermedades, como la del ciego de nacimiento; y resurrecciones de muertos, como la de Lázaro. En los Evangelios se narran de forma expresa veintiocho milagros y siete curaciones de poseos, alguno de los cuales se repite en varios textos.

El número de milagros sobre curación de enfermos de que dan noticia los Evangelios son quince. Entre éstos destacan la curación de leprosos²⁴; de los parálíticos de Cafarnaum²⁵, de la piscina²⁶, del siervo del centurión²⁷; y del ciego de nacimiento.

En uno de sus trabajos²⁸, Joan Prats señala que explicamos una serie de fenómenos relativos a la muerte, la enfermedad y el sufrimiento a partir de causas sobrenaturales, igual que sucede en muchas sociedades. Esto es aplicable a al vasto campo de prácticas terapéutico-religiosas. Prats aborda el estudio de los milagros referidos a la salud en tres epígrafes: el poder de hacer milagros, los beneficiarios del poder y el proceso terapéutico.

El poder de hacer milagros pertenece a Jesús, el elegido y el hijo amado de Dios. Esta potestad es innata y no está desligada de lo que podríamos llamar proceso iniciático, con unas características como las señales externas y la superación de pruebas antes de comenzar la vida pública.

Si esta capacidad de Jesús es innata, la de otras personas elegidas, como los apóstoles, es adquirida. Se les conceden poderes temporales y limitados, que, además, pueden fracasar en determinadas situaciones²⁹. El origen sobrenatural del poder de hacer milagros requiere una utilización correcta y pautada. Sin embargo, el milagro en el Nuevo Testamento está más cercano a la magia y al sortilegio y subordinado a la palabra.

En lo relativo a los beneficiarios del poder son o bien multitudes o bien individuos particulares. Las técnicas rituales de curación se caracterizan por los ritos de tacto o de contacto en el primer caso. Las curaciones individuales hacen referencia a enfermos orgánicos (ciegos, mudos, parálíticos, etc), enfermos rituales o de impureza física (leprosos), enfermos del espíritu o de impureza espiritual, transgresores del orden moral y marginados.

²⁴ Lc., 17, 11-19; Mc., 1, 40-45.

²⁵ Mc., 2, 1-12.

²⁶ Jn., 5, 1-18.

²⁷ Lc., 7, 1-10.

²⁸ PRAT I CAROS, J. (1984).

²⁹ Mt., 17, 14-17.

Por último, Prats distingue entre relaciones directas (el enfermo se dirige a Jesús en busca de ayuda), indirectas (los acompañantes son los que solicitan la ayuda para un enfermo que puede o no estar presente en la ceremonia curativa), e invertidas (cuando es Jesús quien cura a alguien que ni siquiera se lo ha pedido).

En el primer caso Jesús toca los miembros enfermos pronunciando a la vez una serie de palabras rituales que apelan a la fe de la víctima; existe como una descarga de «energía sanadora». Los curados agradecen a su benefactor el milagro manifestando públicamente las maravillas que ha obrado.

En el segundo caso el procedimiento suele ser la imposición de manos, la curación no se efectúa de inmediato y no se producen recomendaciones o prescripciones finales como en el caso anterior. En estos milagros se hace mucho hincapié en la fe. En el tercer caso apenas se puede añadir nada que no se haya dicho.

Prats continúa su trabajo haciendo referencia a la eficacia simbólica del milagro³⁰, del culto a las reliquias, del culto a los santos, y de los sacramentos y otros medios de salud y gracia.

A nosotros nos interesa que el lector establezca paralelismos entre lo que hemos explicado y aquéllo que hacen y dicen los curanderos, aunque no se refieren de forma expresa a que ellos obran «milagros». Un caso parecido fue el de los reyes taumaturgos. El historiador Marc Bloch³¹ publicó en 1924 *Les rois thaumaturges*. Burke³² la considera como una de las grandes obras históricas de nuestro siglo. En este libro Bloch estudia la creencia, corriente en Inglaterra y Francia desde la Edad Media al siglo XVIII, de que los reyes tenían la facultad de curar escrófulas a causa del poder del toque real, relacionado con el rito de tocar al enfermo para curarlo. Muchos médicos de la época miraron con gran escepticismo este hecho e incluso algunos como Juan Fragoso³³ se permitió hacer comentarios irónicos al respecto.

³⁰ Sobre la eficacia simbólica puede verse el capítulo con el mismo nombre en LEVI-STRAUSS, C. (1974).

³¹ BLOCH, M. (1988).

³² BURKE, P. (1993), p. 24.

³³ Este autor dice que en 1565 cuando estaba la reina Isabel con su madre en Bayona, vio al rey Carlos IX que santiguó a muchos enfermos en el claustro de la Iglesia mayor cuando acabaron los oficios en honor del Santísimo, la Trinidad y de los santos Juan y Pedro. El soberano pronunciaba estas palabras: «El Rey te santigua y Dios te sana». Los que se curan —señala—, es por el trabajo del largo camino que «divierten» los humores, pero que de regreso a España les salen de nuevo y en mayor número. (*Cirugía Universal ahora nuevamente añadida con todas las dificultades y cuestiones...* Madrid, por los herederos de Pablo de Vals, 1666, p. 351).

Volviendo a nuestra área, como hemos visto en esta muestra y en otras,³⁴ la gracia va unida a una serie de acontecimientos determinados. En Carcaixent, por ejemplo, hay una serie de personas que, sin ser curanderos, tienen poder especial para curar *l'aliacrà* (ictericia). Estos poseen la gracia por cumplir la condición de ser el quinto hijo varón de una familia (no tiene que haber hembra alguna antes). La curandera M.³⁵ de Poble Llarga, señala que nació con gracia pero no sabe muy bien por qué; dice que quizás se deba a que es la quinta hija de una familia en la que todos los hijos anteriores a ella son mujeres. Esto es algo distinto de la evidencia que se percibe si una persona ha nacido con «gracia». Una curandera de Beneixida³⁶ nació en nochebuena («el mismo día que despertó el señor») y lloró en el vientre de su madre.

En términos generales existen unas evidencias por las que la gente sabe que tiene «gracia». Otra curandera³⁷, que vive en la Poble Llarga, tiene gracia porque lloró en el vientre de su madre, circunstancia que sus padres percibieron nueve días antes de que naciera. El día del alumbramiento era víspera de San Vicente y por la calle pasaba la procesión dels «*Combregars*», en la que se lleva la comunión a los enfermos que no pueden salir de su casa. Una curandera de Alcántara del Júcar³⁸ posee gracia porque nació con «surró» (zurrón³⁹) además de llorar en el vientre de su madre.

El curandero L.⁴⁰ de Benifaió dice que cuando uno posee gracia lo «sabe», lo «intuye», no hace falta que nadie se lo diga. M.⁴¹ de Alcántara tiene muy claro que la «gracia» no se puede transmitir ni enseñar. Dice que su hija puede llegar a hacer masajes muy bien, pero nunca llegará a poseer «don» o «gracia» porque no nació con ella.

³⁴ FRESQUET, J.L. *et al* (1994).

³⁵ FM184A.

³⁶ FM291A.

³⁷ FM184B.

³⁸ FM291B.

³⁹ En el *Diccionario de Autoridades* (1737) ya aparece el término zurrón con este significado: «tela como piel, en que suele nacer envuelta la criatura, cuando nace, la cual se guarda, y se aprecia mucho, por ser buena para muchas cosas particulares».

⁴⁰ FM195A.

⁴¹ FM291B.

Otras veces la evidencia es percibida por otra persona. Un curandero⁴² de Alginet dice que fue su madre la que le dijo que tenía gracia, pero no le indicó los motivos. En cambio, una mujer de Catadau dice que el «don» o la «gracia» se puede adquirir. Basta que una persona con poderes te revele el día de Viernes Santo sus conocimientos y la oración para sanar. En la muestra que hemos estudiado⁴³ hemos encontrado otra acepción parecida del término «gracia». Se emplea para referirse a la parte secreta de una curación; es decir, hay cosas que se pueden revelar a un extraño, como el tipo de masajes, las distintas hierbas que pueden emplearse, etc. y una parte en la que se hace la «gracia» o el «secreto» que no puede desvelarse. La curandera⁴⁴ de Beneixida descubrió el por qué de su gracia después de haber vivido lo que más adelante llamaremos «experiencia reveladora».

Este tipo de hechos no son peculiares de la Ribera Alta; tampoco lo son de la Comunidad Valenciana ni de España. Lisón Tolosana⁴⁵ en su trabajo sobre la *sabia* gallega se refiere a la característica de «haber hablado en el vientre de la madre», circunstancia que los padres no deben manifestar porque se pierde la gracia. A veces existe una señal de este fenómeno: una especie de cruz marcada en el velo del paladar. También es habitual referir que se tiene el don por haber nacido la noche del veinticuatro de diciembre, en jueves o viernes santo y haber nacido con zurrón (bolsa formada por las membranas que envuelven al feto).

Aunque nosotros no hemos recogido ningún caso, el hecho de haber nacido bajo unas circunstancias especiales puede ser motivo de que una persona posea poderes maléficos. En México, por ejemplo, Olavarrieta habla de personas que tienen una «vista fuerte» y por ello provocan involuntariamente mal de ojo; estos son los «cuates» o gemelos, los «bancos» o hermano que nace después de unos gemelos, y los «culebros», que lo hacen después del «banco». Además, son ellos los que curan el mal que han provocado.

Hay curanderos que identifican el «don» o «gracia» con la habilidad. Amalia Navarro recoge con mucha precisión este detalle en el trabajo que le dirigimos. V.⁴⁶ de Alcántara del Júcar, se mueve en el campo del empirismo y si

⁴² FM171E.

⁴³ Trabajo de campo llevado a cabo por Amalia Navarro Martínez en Alcántara del Júcar.

⁴⁴ FM291A.

⁴⁵ LISÓN TOLOSANA, C. (1987), pp. 83-149.

⁴⁶ FM291C.

las circunstancias hubiesen sido otras, hubiera querido estudiar y formarse como diplomada en enfermería o fisioterapia. Los creyentes que recurren a su ayuda dicen que tiene un «don divino» y que es una «iluminada»; otros que lo son menos, hablan de su gran habilidad y «saber hacer». Ella está más cerca de la opinión de éstos que la de aquéllos.

2) Periodo de aprendizaje

Así como en otros lugares los periodos de aprendizaje son muy evidentes (por ejemplo en México), en la zona que estudiamos no se da esta circunstancia de forma clara. Se da en el grupo de curanderos que designamos como «masajistas» o «componedores». Esto parece lógico porque aunque exista la «gracia» y el «don» hay que aprender una serie de técnicas, a veces muy precisas, para reducir luxaciones, curar torceduras, y otras maniobras por el estilo.

Este periodo de aprendizaje tuvo lugar en el caso de la curandera masajista de Alcántara que se instruyó con su hermano, «famoso componedor» ya fallecido, que ejerció toda su vida en el mismo pueblo. Aparte de esto, desea de legalizar de alguna manera su situación, —como antes hemos dicho— trató de hacer cursos y según dice, tiene un «título» de «masajista diplomada». También ha procurado leer libros relacionados con el tema.

C.⁴⁷ de Alginet que trata esguinces, desgarros, lumbagos, etc. ha aprendido de su abuela que ejerció el curanderismo, y de la lectura de libros «de medicina» —al entrevistador le mostró un atlas de anatomía, diciéndole que conocía todos los huesos y músculos del cuerpo.

Repetidas veces nos hemos hecho la pregunta de hasta qué punto estos curanderos han heredado la situación, que en otros tiempos fue muy común, de la convivencia, algunas veces conflictiva, de prácticos con profesionales con título. El siglo XVI español podría ser un buen ejemplo. Aparte de los médicos y cirujanos autorizados, existieron también varios tipos de empíricos y cultivadores de diferentes «supersticiones y hechicerías». Entre los primeros podemos mencionar a los barberos y sangradores, algebristas, batidores de cataratas, hernistas, comadronas, los que resolvían estrecheces uretrales, etc. En muchos textos de cirugía⁴⁸ se citan también a los sanado-

⁴⁷ FM171E.

⁴⁸ Entre otros cirujanos del XVI los han mencionado Juan Calvo y Juan Fragoso.

res, nigromantes y ensalmadores. En el último tercio de la centuria la mayor eficacia del proceso de burocratización de Felipe II se dejó sentir en el nivel social⁴⁹. Estos fueron siempre objeto de persecución tanto por la Inquisición como por las instituciones de tipo médico. El éxito con que lo hicieron es más relativo. Este tema requiere todavía muchos estudios⁵⁰.

3) Experiencias reveladoras de la condición de curandero.

Aquí queremos referirnos a una serie de hechos o vivencias por las que aquello que permanecía oculto o latente —la gracia o don— se manifiesta. En la muestra que hemos manejado podemos establecer dos tipos.

La curandera M.⁵¹ de Tabernes de Valldigna y con residencia en Poble Llarga, conoció su capacidad porque curaba a los familiares enfermos con el simple hecho de colocarles sus manos sobre la parte afectada. «...desde los ocho años estoy haciendo esto (curar). Me di cuenta de que era capaz de aliviar el sufrimiento de los demás porque cuando un hermano o alguien decía que se encontraba mal, yo al ponerle la mano encima y preguntarle qué era lo que le pasaba, al cabo de unos momentos ya se encontraba bien».

La vivencia que nos narra una curandera⁵² nacida Carcaixent es mucho más precisa y detallada. Descubrió que poseía la facultad de curar en tiempos de la guerra civil. Entonces era muy pequeña y siempre estaba enferma a pesar de que sus padres la habían llevado a muchos médicos. Pasaba días enteros sin ingerir alimento y estaba muy delgada. En la ciudad de Carcaixent vivía una familia, que posiblemente procedía de Madrid, en la que había una niña que padecía una enfermedad grave. Un día, al pasar por delante del domicilio de estos señores, sintió la necesidad de entrar en el mismo momento en el que esta muchacha tenía un episodio de crisis; en el interior se encontraban varias personas. Cogió su mano derecha y se la puso sobre la cabeza, y la izquierda sobre el corazón. La chica sanó. Desde entonces recibió clientes en busca de curación. También dice que no puede curarse a sí misma o a alguien que tenga algún parentesco de sangre con ella.

⁴⁹ Recordemos que la vigencia de la profesión es algo íntimamente ligado a la consolidación y efectividad de un proceso burocrático. Véase GARCIA BALLESTER, L. (1984), pp. 67-71.

⁵⁰ LOPEZ TERRADA, M.L. (1994).

⁵¹ FM184A.

⁵² FM184B.

La experiencia de un curandero⁵³ de Benifaió es parecida. Supo que tenía gracia porque cuando era pequeño tocaba a cualquier compañero que estaba enfermo y curaba: «De niño, en el Colegio, cuando alguien caía o le dolía algo, yo «inocentemente» le ponía la mano y si era una herida, dejaba de sangrar, y si le dolía, al tocarlo, se le pasaba». Los niños le llamaban «brujo». Abandonó esta práctica hasta que un día tuvo un accidente y quedó parálitico de las dos piernas. Visitó a un curandero de Madrid que le dijo que esto era consecuencia —castigo— por no querer ayudar a la gente utilizando el poder que recibió de Dios. Así lo hizo y sanó poco a poco.

Un curandero de Carlet⁵⁴ cuenta una experiencia semejante a las anteriores. Vivía en Francia y estaba aquejado de una enfermedad inespecífica que describe con síntomas vagos como el cansancio y malestar. Viajó a España para visitar a varios curanderos; no encontró mejoría. De nuevo en Francia fue a un curandero que observó en él «dotes curativas» y le dijo que todos sus problemas se le irían cuando empezase a curar a los demás. Como hemos visto anteriormente, este último le enseñó cómo desarrollar en la práctica esa capacidad.

Otra curandera de Carlet⁵⁵ relata una forma de revelación parecida. Dice que siempre estaba enferma y en una ocasión llegó a estar en «cuidados intensivos» donde le diagnosticaron —según ella— una depresión nerviosa. Cuando se acostaba veía «luces y caras» proyectadas sobre una pared blanca —ella la llama «pizarra»—. Un día, cuando asistía como invitada a una boda, un curandero le dijo a su madre que la había estado observando y que se curaría si hacía el bien entre la gente utilizando sus poderes sanadores. Después se encaminó a un «centro de curanderos» que está en Petrel y empezó a curar. Posiblemente se esté refiriendo al centro «La Creación» donde ejercieron hasta hace poco Francisco Martí Donat y Lola Alvarez Egea⁵⁶.

Un curandero⁵⁷ de Alginet notó que tenía poderes para curar cuando la gente que iba a la «consulta» de su madre, que también era curandera, prefería ser atendida por él.

⁵³ Fm195.

⁵⁴ Fm191A.

⁵⁵ Fm191B.

⁵⁶ Véase RODRIGUEZ, P.; GRANERO, X. (1988).

⁵⁷ Fm171E.

M., de Alcántara del Júcar⁵⁸ se dio cuenta de sus poderes cuando un día de Jueves santo fue a casa de una curandera para que le enseñara a «medir la parà». Cuando lo estaba haciendo se detuvo porque, según le dijo, ella tenía más «fuerza» que la sanadora. Le dijo que tenía gracia y que debía dedicarse a curar a la gente.

Dentro de lo que hemos denominado «tradiciones culturales» hablaremos a continuación de los poderes de los curanderos aunque después nos ocupemos del tema nuevamente. En otros países, como México⁵⁹, se suele hablar de poderes curativos, poderes dañinos o destructivos, poderes para garantizar el éxito de cualquier actividad, poderes para entrar en contacto con otras entidades sobrenaturales, poderes de adivinación y poderes de metamorfosis. Nosotros vamos a ocuparnos exclusivamente de los poderes curativos, porque son los únicos que hemos encontrado en la muestra estudiada⁶⁰.

Estos poderes sanadores o curativos pueden presentarse de dos formas. Por un lado, aquellas personas que utilizan determinadas técnicas o procedimientos terapéuticos específicos, y por otro, aquéllos que podemos llamar «carismáticos». En el primer grupo incluimos a los curanderos que actúan con una base empírica como los componedores de huesos o masajistas y a aquéllos que desarrollan determinados procedimientos de base mágica pero muy reglados. Los carismáticos son las personas que a través de sus manos, de su saliva o de su aliento son capaces de curar. Leonard Glick⁶¹ y otros autores han destacado el hecho de que el especialista en sí mismo se convierte en una fuente de curación. Por estos procedimientos son capaces de aliviar dolores o de curar mordeduras de serpiente aplicando su saliva a la mordedura. Este poder intrínseco puede ser transmitido también a la sustancia que se desee; por ejemplo el agua «benedicida» por Lola y Paco de Petrel.

⁵⁸ FM291B.

⁵⁹ OLAVARRIETA, M. (1989).

⁶⁰ Para ser más precisos debemos decir que no se han buscado. En la actualidad sabemos que mucha gente que va a emprender un nuevo negocio, aunque sea pequeño, se encamina a especialistas para que les digan si van a tener suerte o no.

⁶¹ GLICK, L.B. (1976).

El sistema social

A) Introducción. El ámbito funcional.

El ritual puede estudiarse como parte de un subsistema social y cultural y no sólo como un aspecto particular de este último. Ahora trataremos de averiguar qué es lo que ocurre con estos elementos dentro de la práctica social, cómo y a través de qué mecanismos se actualizan en la conducta de los implicados y con qué consecuencias para ellos y para la sociedad. Es necesario decir, antes que nada, que su ámbito funcional se superpone con otro sistema de acción, el de la práctica médica moderna, lo que introduce cierto grado de complejidad en el estudio y nos obliga a examinar las relaciones entre los dos.

B) Los roles más destacados

Podemos asegurar que el rol o papel del curandero es de carácter especializado y como el de cualquier ocupación. Por tanto, en cierta medida, es semejante a otros del sistema moderno urbano de ocupaciones, principalmente en lo que respecta al manejo de habilidades específicas por las que se obtienen unos ingresos⁶².

El curandero es una persona que se dedica a curar a tiempo completo o parcial. Para algunos —sobre todo en el medio rural— constituye una actividad secundaria. En la zona estudiada es difícil encontrar términos para designar a los sanadores con cierto grado de especialización como sucede en México y en Galicia (culebrero, yerbatero, chupador, sabia, bruja, etc.). En la Ribera Alta se habla en todo caso de quien tiene «gracia», del que hace masajes, del que pasa la cinta, del que cura verrugas y del que cura «ictericias».

Hemos visto que para llegar a desempeñar el rol de «especialista» hace falta comúnmente poseer gracia, don, a lo que hay que unir la identidad social correspondiente, que se alcanza con el tiempo. Las habilidades van adquiriéndose por aprendizaje y por experiencia. Estas son evaluadas progresivamente por su efectividad en la práctica. En torno a este contenido de tipo «técnico» va institucionalizándose, en parte, el rol.

⁶² Hemos de señalar que distinguimos entre «ocupación» y «profesión». Esta última es un tipo de ocupación que monopoliza una serie de actividades relacionadas con el conocimiento y sus aplicaciones prácticas y que tienen reglamentados sus mecanismos de socialización y titulación.

Por otro lado, este rol o papel reúne también las características propias del que tienen las personas con ocupaciones que implican habilidades técnicas, como la tendencia a ser universalista, funcionalmente específico y afectivamente neutral, como señala Olavarrieta⁶³. Respecto a la primera, la tradición cultural valida sus prácticas y provee los canales por donde transcurre la acción social. En cuanto a la segunda, cada vez más, existe la tendencia a considerar al curandero como un especialista en «sus cosas» más que como un hombre extraordinario⁶⁴. Respecto a la tercera, la relación curandero-paciente o cliente, supone una solución a un problema concreto planteado por éste. Esto se observa de forma muy clara en los masajistas mientras que en los que curan por gracia, no tanto.

Podemos añadir aquí el hecho de que el curandero hoy en día está abierto, dentro de unos límites razonables, a todo tipo de innovaciones a pesar de que los procedimientos que utiliza provengan de un pasado impreciso y lejano.

Todo lo dicho hace referencia a los aspectos técnicos y a las habilidades, pero también nos encontramos con otros elementos de gran importancia: los de tipo creencial. Detrás de la destreza, el ingenio y la virtuosidad, se encuentra la gracia o don, la posesión de la cual es un privilegio de casi todas las personas estudiadas. Como hemos visto al hablar de la tradición cultural, estas características son necesarias para formar el rol del curandero. Este contenido numinoso junto con el que hemos analizado anteriormente, confiere propiedades ambiguas al rol de estos especialistas, de los que nos ocuparemos más adelante.

La estructura complementaria del rol del curandero es la del cliente, que se acerca a la búsqueda de sus servicios ofreciendo a cambio algún tipo de pago. Debemos señalar que la medida de la eficacia por parte del enfermo de lo que ha hecho el especialista es difícil de percibir. Hay otras «cosas» aparte

⁶³ Las pautas sociales orientan la acción del actor en situaciones sociales concretas. Según Parsons en toda situación social se presentan de forma invariable una serie de dilemas que el actor debe resolver optando, en cada caso de duda, por un curso de acción entre los dos posibles, y prescindiendo, por tanto, del otro. Su elección no es del todo libre, pues la cultura define, con mayor o menor obligatoriedad, el curso que en cada situación prefiere o impone la sociedad. Surgen así las pautas del universalismo, particularismo o especificidad, neutralidad afectiva, etc.

⁶⁴ Hemos podido comprobar personalmente cómo muchos curanderos tienen el deseo de ser conocidos —no tienen ningún inconveniente en participar en programas de radio y televisión y en conceder entrevistas a la prensa— así como de que se sepa cuál es su «especialidad».

de encontrar mejoría. Las pautas de este rol gozan también de las características antes mencionadas de universalismo, especificidad y neutralidad afectiva, aunque esta última no quiera decir que están libres de emociones.

El rol del paciente podría equipararse con el que se da en la medicina científica moderna, pero en aras de la sencillez podemos decir que el enfermo va a la búsqueda de una solución para sus problemas de salud a cambio de alguna contraprestación. Uno de los temas que hoy en día se plantean son los mecanismos punitivos cuando algún elemento de la relación falla. Hay que tener en cuenta que muchos curanderos emulan a los médicos y esto quiere decir que dan cita, desarrollan su trabajo en un consultorio y cobran por sus servicios. Respecto a la acción punitiva sabemos muy poco en nuestro medio; no debe ser muy frecuente; quizás quede reducida a «hablar mal». En determinadas tribus primitivas los castigos para los curanderos pueden llegar a ser severos y en muchas zonas de Latinoamérica se puede llegar incluso al asesinato.

A lo largo de la historia, en situaciones de conflicto social, la venganza del cliente ha sido de muchas clases. Bastante estudiado está el tema en el México⁶⁵ de después de la conquista. Los tribunales de la Inquisición y los tribunales ordinarios fueron también en España un camino seguido por los clientes —y en algunos casos por los propios sanadores—. En la actualidad poco sabemos al respecto.

C) La situación de la práctica empírica y la práctica mágica

La relación entre el enfermo y el curandero se enfoca mediante las pautas que hemos descrito. El primero necesita unos servicios que suponen una serie de habilidades características de las que carece; por tanto, se pone en una situación de incompetencia técnica y en numerosos casos, de implicación emocional, es decir, necesita de otro para solucionar la tensión que le produce el problema que tiene. Esta circunstancia hace del cliente una persona vulnerable y puede inducir al fraude y al engaño, cosa que se da con mucha frecuencia cuando los enfermos han estado desahuciados por la medicina científica —lo que tampoco es privativo del curanderismo—.

⁶⁵ Véase AGUIRRE BELTRAN (1987), ANZURES Y BOLAÑOS, M.C. (1983), QUEZADA, N. (1989), etc.

Otra característica de la relación curandero-paciente es el componente de autoridad del primero: se lo da el dominio de ciertas habilidades, por un lado, y el privilegio de tener gracia, por el otro. También posee la prerrogativa de tener información confidencial sobre el paciente.

El cliente tiene la posibilidad de escoger el curandero y aunque existen pocos trabajos sobre este punto, se puede afirmar que los factores que lo llevan a escoger a uno o a otro son los siguientes:

— La evidencia de eficacia mediante testimonios de personas más o menos cercanas. Esta situación es muy habitual, incluso la fama de algunos curanderos llega a convertirse en «leyenda». Uno de los entrevistados de Alberique⁶⁶ contó un hecho que ocurrió hacía unos cincuenta años. Su suegra estaba enferma más de dos años con dolores que le impedían levantarse de la cama. Como último recurso la familia decidió visitar a un famoso profesor de la Facultad de Medicina con consulta en el centro de Valencia. Salieron de Alberique y se fueron a Valencia; residieron unos días en Benimaclet. Allí les aconsejaron que visitaran a una curandera llamada Natalia. Así lo hicieron. Cuando la señora vio a la paciente le levantó el delantal y poniéndole las manos sobre la falda le dijo: «No la puedo curar, tiene una piedra en la vejiga, una piedra muy grande». Cobró dos pesetas. Después vieron al médico y más tarde operaron a la enferma. Le sacaron una piedra de unos 50 gramos de peso. Natalia era tan famosa que una vez pusieron un muñeco con su figura en una falla, para criticar a la medicina científica de la época.

— Las cantidades o «voluntades» que el curandero «cobra».

— La proximidad de la consulta del curandero respecto del domicilio del enfermo.

— Que tenga mucha clientela.

— Que haya aparecido en algún medio de comunicación, que de alguna manera actúa de legitimador⁶⁷. Nuestra experiencia al respecto es que, después de un programa de televisión o de radio donde han participado curanderos, comienzan a llegar llamadas telefónicas de personas interesándose por los números de teléfono de los sanadores.

— La especialidad del curandero.

⁶⁶ Trabajo de campo realizado por Bas Serra, R.

⁶⁷ Sobre la legitimación véase FASSIN, D.; FASSIN, E. (1988) y MACCORMAK, C.P. (1981) y WEBER, M. (1992)

Este último factor nos obliga a hacer una reflexión. Pueden establecerse dos grandes tipos de curanderos como hemos dicho en algún momento. Por un lado, los «masajistas», y por otro, los que tienen gracia como componente fundamental de su actividad terapéutica. Las relaciones de los clientes con unos y con otros son también diferentes, y todas las características mencionadas hasta ahora están más o menos pronunciadas según el tipo de curandero.

En el caso de los «masajistas» se busca más la habilidad, las reacciones afectivas son menos comunes y la eficacia obtenida es más objetiva y clara. Por tanto, el hecho de pagar dinero, regalos o «voluntades» es manifiesto, e incluso se puede reclamar frente a un claro fracaso. Se va a casa de estos curanderos por los testimonios de su eficacia aunque tengan que recorrer kilómetros.

Los ritos mágicos y simbólicos que emplean los «masajistas», «componedores de huesos», etc. se reducen generalmente al mínimo; éste es el caso de los que hemos podido estudiar en la Ribera Alta.

Las creencias mágico-religiosas y los ritos están desarrollados, sin embargo, en los diversos tipos de curanderos que curan por su gracia, aunque a veces empleen elementos empíricos como las plantas medicinales. Los clientes buscan eficacia pero también comprensión, y ayuda moral. Las dependencias emocionales con el curandero son fuertes y los enfermos deben tener fe⁶⁸ porque pocas veces entienden lo que hace. La autoridad del curandero juega un papel importante. La efectividad no siempre es convincente pero hay miedo a formular reclamaciones; el cliente no sabe nunca cuáles son los verdaderos poderes del curandero. Se va a casa de uno de estos sanadores para cosas concretas (pasar la *llista*, mal de ojo, romper las anginas, quitar verrugas, etc.) o para «malestares de tipo general» cuya causa es desconocida, y se escoge uno que viva cerca del domicilio. Cuando se va detrás de curar algo más importante por su gravedad o porque aún no se ha encontrado mejoría por un problema crónico, se dirigen donde sea menester.

Para finalizar este epígrafe queremos decir alguna cosa sobre la relación que hay entre los curanderos, tema que también ha sido poco estudiado. Generalmente no existe ningún contacto entre ellos a excepción de los casos

⁶⁸ Creencia basada en el testimonio ajeno. Confianza en una persona.

en los que se ha dado una transmisión de conocimientos y prácticas. Se puede observar una competencia y, a veces, una gran rivalidad. Son frecuentes las acusaciones mutuas de ineficacia y deshonestidad. Hemos podido comprobar en programas de televisión donde han coincidido unos cuantos, cómo no se ponen de acuerdo en ningún tema. De todas formas, estos aspectos tan sólo han sido abordados muy parcialmente y no es fácil recoger información.

D) Contexto en el que se produce el sistema interactivo

Vamos a comentar algunos aspectos que nos parecen interesantes. El primero de ellos se refiere al tiempo dedican los curanderos a ejercer. Caben varias posibilidades. Hay quienes tienen una dedicación total y los hay que tan sólo la tienen parcial combinando el curanderismo con otro trabajo fijo. Vamos a realizar un recorrido sistemático por la muestra recogida. La curandera T.⁶⁹ ejerce como tal desde 1990. Aparte de ayudar a las tareas de casa parece que sólo se dedica a este menester. Un día a la semana se traslada a Valencia donde ejerce en lo que ella llama «academia de medicina natural». No cobra en ningún sitio porque perdería la gracia. Acepta la voluntad (que puede ser dinero) que le da cada persona y percibe el 25% de los beneficios de la venta de plantas medicinales que realiza la «academia» antes mencionada. Dice que está saturada de trabajo. Descansa sólo los miércoles y casi no tiene vacaciones. Un día al azar, trabajando desde las siete de la mañana hasta la noche, ingresa unas 6.000 pts.

La curandera M.⁷⁰ es ama de casa y parece que acepta la voluntad. No vende las plantas que receta; prefiere que sus clientes las adquieran en cualquier herboristería. La curandera masajista V.⁷¹ cobraba en 1991 la cantidad de 3.000 pts. por sesión. Además de ejercer en su pueblo lo hace también en Valencia en un piso situado en una calle céntrica.

E.⁷² vive con su hija; no cobra por sus acciones pero acepta la voluntad. Hay que tener en cuenta que esta señora —ya muy mayor—, sólo trata las verrugas, dolores de cabeza y dolores abdominales. L.⁷³ es ama de casa, tra-

⁶⁹ FM291A.

⁷⁰ FM291B.

⁷¹ FM291C.

⁷² FM171B.

⁷³ FM171C.

baja ocasionalmente en una cooperativa y no cobra por quitar las verrugas (lo único que cura).

Un curandero⁷⁴ de Carlet ha trabajado en una fábrica de muebles. Ahora sólo cura. Según reza una tarjeta publicitaria que reparte «visita todos los días de martes a sábado, de 9 a 13,30 y de 15,30 a 21 horas». Más adelante puede leerse «curo por imposición de manos y fitoterapia (hierbas)» acompañado de una lista de enfermedades y síntomas: «dolores, úlceras, diabetes, nervios, fatiga, stress, artrosis, reumas, caída de pelo, piedras en riñón e hígado, vesícula biliar, mala circulación, varices, y resto de las enfermedades del cuerpo humano». Dice que no cobra, que acepta la voluntad y obtiene dinero de la venta de los sobrecitos de plantas medicinales que él prepara. No tenemos noticias sobre el tema en el caso de la curandera⁷⁵, también de Carlet, que es ama de casa y se dedica a curar.

Respecto al curandero⁷⁶ de Benifaió, por las características del lugar donde atendía a la gente (sala de visita, fichero de clientes, bata blanca, etc), puede deducirse que se gana bien la vida.

A.⁷⁷ de Carcaixent es pintor y ejerció como curandero en el pasado. Lo dejó por la pesada «carga psicológica» que le suponía. Cuando su padre se puso enfermo hizo la promesa de que si éste curaba volvería a ejercer de sanador; así ocurrió. Cuando se le preguntó por los cobros se enfadó; dijo que si la gente está agradecida te deja algo. Los entrevistadores tomaron nota de que sobre la mesa había un buen montón de billetes.

Observamos que sobre el asunto del cobro y de las ganancias es muy difícil averiguar datos⁷⁸. Podemos fiarnos bastante de la afirmación de que no cobran pero sí aceptan la voluntad o algún regalo. Esto parece ser cierto en mujeres que se dedican a su hogar y que tienen una edad avanzada, y en hombres que tienen un trabajo fijo. Cuanto más «artesano», empírico o técnico es el tratamiento que administran, más fácil es que cobren dinero; éste es el caso de la mujer masajista que no se considera curandera. Entre los curanderos entrevistados no conocemos a ninguno que haya hecho una cuan-

⁷⁴ FM191A.

⁷⁵ FM191B.

⁷⁶ FM195A.

⁷⁷ FM187A.

⁷⁸ Sobre todo en trabajos de campo de una duración corta.

tiosa fortuna. Por lo general, el hecho de que recojan más dinero se debe a que atienden a muchos clientes. También es habitual que asistan a alguien por altruismo igual que los médicos, diplomados en enfermería u otros profesionales de la medicina.

Todos estos curanderos habitan en casas más o menos corrientes. Veamos algunos ejemplos. La curandera T.⁷⁹ vive en una casa de dos plantas y fachada encalada, como casi todas las del pueblo, junto a la carretera. El interior huele a cera, hierbas y aceites. La sala donde visita tiene una mesa y varias sillas muy sencillas; según dice, quería comprar una «camilla de reconocimiento». La casa de M.⁸⁰ ha sido reformada hace muy pocos años y en la fachada ha puesto cerámica valenciana con dibujos llamativos; sin embargo, tampoco difiere mucho, salvo este detalle, de las que tiene a su alrededor. V.⁸¹ tiene una casa similar en el pueblo y otra muy vieja en una calle céntrica de Valencia, con mobiliario muy común y una decoración austera.

El nivel de formación de todos estos curanderos suele ser bajo. Generalmente tienen todos el nivel de la enseñanza primaria. Los de más edad ni siquiera esto, sólo saben leer y escribir a duras penas. Muchos, como hemos visto, leen libros de «medicina» por su cuenta.

E) Relaciones entre la medicina científica moderna y la práctica del curanderismo.

Este tema es muy importante pero hay pocos trabajos que se dedican a estudiarlo. Nosotros hemos recogido algunos testimonios no demasiado exhaustivos. Generalmente las posturas que adoptan los médicos se pueden reducir a tres: la de la agresividad y descalificación radical, la de la curiosidad folclórica, y la de quien conoce científicamente, o al menos seriamente, este fenómeno. No hace falta decir que, tanto el curanderismo, como la medicina popular, no pueden ser ignorados por la medicina; si bien en los países desarrollados no es primordial —dicho esto entre comillas—, hay otros donde es imprescindible, tal como se ha demostrado en muchos proyectos de investigación. Recordemos aquí los libros de Aguirre Beltrán⁸², por ejemplo.

⁷⁹ FM291A.

⁸⁰ FM291B.

⁸¹ FM291C.

⁸² Véase AGUIRRE BELTRAN, G. (1985 y 1987).

En cuanto a la opinión de los curanderos sobre los médicos tiene muchos matices. Casi todos dicen que cuando encuentran alguna enfermedad grave recomiendan al paciente que se dirija a la medicina científica. Esto está muy claro en el caso los masajistas; por ejemplo, ninguno se atreve a curar fracturas. Cuando entramos en el terreno de los problemas de los que ambos se ocupan, las opiniones cambian. Cada uno dice que él lo cura mejor. Véase, por ejemplo, la lista de enfermedades que cura el sanador de Carlet que ya hemos indicado. Se podría establecer una delimitación de tareas. Aún así, algunos curanderos de nuestro trabajo dicen que van al ambulatorio o al hospital cuando enferman. Por ejemplo, una curandera⁸³ de Carcaixent dice que va al médico «cuando se ve muriéndose»; «ahora mismo estoy en tratamiento porque soy diabética, tengo azúcar en la sangre y en la orina, y claro, esas cosas no me las puedo curar yo».

Los curanderos están también de acuerdo cuando se refieren a los defectos e inconvenientes que observan en la práctica de la medicina científica: abuso de la técnica, falta de relación personal con los enfermos, uso de un lenguaje incomprensible, y finalmente, una burocratización preocupante.

Respecto de la influencia que existe entre estos dos tipos de medicina, se puede decir que se ha dado siempre en una dirección: de la medicina científica moderna a la popular. Los curanderos se instalan como los profesionales de la medicina. Algunos dan turno por teléfono, tienen consultas en dos ciudades, tienen sala de espera, etc. Junto con estampas de santos sitúan otras de láminas anatómicas. También incorporan vocabulario médico⁸⁴. Esto, sin embargo, no ha sido siempre así. Como señala García Ballester⁸⁵, a pesar de que la profesión médica estaba firmemente establecida en la España del siglo XVI, no existían los rígidos esquemas profesionales, tan definidos como los que manejamos en la actualidad. Por ejemplo, un sanador morisco de mediados o finales del siglo XVI que hoy no dudaríamos en calificar de curandero y que cumple con todas sus condiciones, era llamado «médico» o «cirujano» por los miembros de un tribunal de la Inquisición. Hoy en día, el grado de penetración en el pueblo de la medicina oficial y la definición social

⁸³ FM184A.

⁸⁴ Este fenómeno no es exclusivo de nuestro entorno. Véase NYAMWAYA, D. (1987) y KIMANI, V.N. (1981).

⁸⁵ GARCIA BALLESTER, L. (1984), p. 68.

de sus profesionales es tal que nadie se refiere a un curandero con la palabra médico o cirujano. En el siglo XVI el título universitario no jugaba el mismo papel social que hoy en día. La aceptación o rechazo del curandero o del brujo y de sus prácticas, no venía en función de la posesión o no del título, sino de razones más complejas. Médicos tan prestigiosos como Andrés Laguna⁸⁶ no tuvo inconveniente en relacionarse con brujos y curanderos y aprender de ellos, aplicar sus remedios, observar sus resultados, e incluso acudir en su busca cuando personalmente necesitó cuidados médicos en una enfermedad grave. Tal como se hace en la actualidad (la etnofarmacología es un ejemplo) Andrés Laguna, como científico, utilizó sus conocimientos para estudiar y dar un fundamento «racional» desde la terapéutica de la época, a los remedios que los brujos y curanderos aplicaban.

Para finalizar, deberíamos hacer mención de los patrones de acción de los clientes a la hora de decidir dónde van⁸⁷. No se puede simplificar la explicación del porqué una persona va al médico o al curandero; es muy complejo. El tema económico tiene poca trascendencia. Los patrones que hemos encontrado son:

Patrón 1: Se va al curandero porque han experimentado la eficacia en forma de curación o mejoría de los síntomas que se padecen.

Un joven de 25 años de Alginet⁸⁸, por ejemplo, señala que va a los curanderos porque con la medicina no obtuvo ningún alivio. Busca la eficacia de los tratamientos.

Vamos a exponer brevemente su historia. Tuvo un accidente de moto y estuvo hospitalizado durante cinco meses. Aunque le habían dado el alta sufría grandes dolores en la espalda. Los médicos le dijeron que ellos no encontraban la causa, que todo estaba bien y le recetaron tranquilizantes. Alguien habló al interesado de un curandero en Madrid que «obraba maravillas». Por entonces, gente de su pueblo y de otros del alrededor organizaban

⁸⁶ ANDRÉS LAGUNA (1499-1560). Estudió en la Sorbona, dio clases en Alcalá, fue médico del Emperador y una de las principales figuras del movimiento del «humanismo científico».

⁸⁷ Como señala Caro Baroja, «...es imposible tener una idea clara de la misma magia, de la hechicería o de la brujería, ...sin considerar tanto como a estos personajes aquéllos sobre los que actúan, o mejor dicho, aquellos sobre los que se cree que actúan; es decir, el elemento de la sociedad que se beneficia o padece por sus actuaciones» (CARO BAROJA J., 1973), pp. 34-35.

⁸⁸ Entrevista realizada en Alginet. Varón de 22 años, electricista, con un nivel educativo de formación profesional.

viajes en autobús para visitar a este sanador. Decidió ir y encontró alivio enseguida; le practicó masajes. Decidió no volver porque le suponía demasiados gastos. Según dice, este curandero cobraba unas mil pesetas y si le dabas menos no te volvía a recibir. La mejoría duró un mes y poco a poco fueron reapareciendo los problemas de espalda. Alguien le recomendó otro curandero de Castellar al que le paga unas 500 pts. por sesión. Va una vez cada mes o mes y medio y hace diariamente unos ejercicios en su casa. Le han dicho que un famoso futbolista del Valencia también acude a él cuando tiene problemas. Cuando se le pregunta si sigue yendo al médico contesta que lo hace siempre que lo necesita. Por otra parte, no tiene ningún inconveniente en confesar o desvelar que va a un curandero, pero tampoco lo va «pregonando a los cuatro vientos». En cuanto a los aspectos creenciales dice que no cree en nada sobrenatural; piensa que estos curanderos tienen mucha habilidad.

Patrón 2: Elección exclusiva de la opción de la medicina científica moderna.

Para ilustrar esta conducta, haremos referencia a un testimonio de otro joven de Alginet⁸⁹. Para éste los curanderos son unos «vididores»; viven de las personas que están enfermas. Se hacen merecedores de su confianza y poco a poco les van sacando el dinero. No cree en las curaciones que se les atribuye. «Si los médicos estudian durante muchos años y aún así se equivocan, no hablemos de los curanderos». A la pregunta de si iría a un sanador contesta: «No, puesto que mi fe en ellos es nula. Para que éstos puedan curar a alguien, ese alguien tiene que tener una fe ciega...Veo en esas curaciones una semejanza con las curas milagrosas. Menos mal que la Iglesia católica se ha dado cuenta y ve todo esto con ojos críticos». Mas adelante añade: «es una vergüenza que en el siglo XX aún existan curanderos. Estos son los contrasentidos de la civilización».

Patrón 3: Elección casi exclusiva del curandero.

Una mujer de Carcaixent, madre de cinco hijos, se muestra como una ferviente devota de los curanderos. Cuenta que no creía en ellos hasta que una vez que tenía «hemorragias por la matriz» que los médicos no curaban, se fue a Paco y Lola de Petrer⁹⁰ y allí la sanaron sólo con agua bendita. Utiliza

⁸⁹ Entrevista realizada en Alginet. Varón de 26 años, empleado de banca, con un nivel de formación universitario.

⁹⁰ Véase RODRIGUEZ, P.; GRANERO, X. (1988).

este agua tanto para su familia como para los animales y las plantas. Ha comprado unas camisetas bendecidas por estas personas a sus hijos para que cuando vayan a la escuela estén protegidos. Cuando uno de los hijos se rompió un brazo fue a Paco y Lola a que se lo curaran; sin embargo le dijeron que fuera al médico. Tiene una cinta con canciones sobre Paco y Lola; los títulos son: «Tener fe», «Nació la vida», «El círculo», «La corona de espinas», «Nuestros protectores», «Ellos son la salvación», «Estas dos personas», «Otra vida», etc.

Caro Baroja afirma que el hombre de fe cree saber dónde está el bien y el mal. El antirreligioso también. El primero afirmará que todo lo que contribuye al deterioro de sus propias creencias es expresión del mal. El segundo englobará todo hecho religioso bajo una condena total: como cosa producida por la superstición, el fanatismo y otras pasiones e intenciones malas⁹¹. Podemos establecer cierta analogía con la creencia y la fe en los curanderos. Estas posturas radicales son, sin embargo, poco usuales entre la población que suele adoptar comportamientos más eclécticos y prácticos. Incluso una misma persona va modificando sus actitudes a lo largo del tiempo en uno u otro sentido, además de tener en cuenta que a veces hay una notable diferencia entre lo que se dice que se hace y lo que realmente se hace. Según esta perspectiva resulta muy interesante estudiar el itinerario que sigue un enfermo, y su familia, cuando tiene algún problema de difícil solución (esterilidad, enfermedades crónicas, etc)⁹².

El sistema de prácticas del curanderismo

En el capítulo precedente ya nos hemos referido en parte a algunos aspectos al hablar de la tradición cultural. Ahora completaremos la información y profundizaremos más en los rasgos de tipo cultural.

La cultura puede entenderse como un sistema relativamente integrado de ideas, valores, actitudes, afirmaciones éticas y modos de vida, dispuestos en

⁹¹ CARO BAROJA, J. (1985), p. 30.

⁹² Por ejemplo, el caso de Susan Njoki relatado por KIMANI, V.N. (1981). Son abundantes asimismo los trabajos que se dedican a estudiar el uso de los tratamientos complementarios en la sociedad occidental junto con la medicina moderna para enfermedades de tipo crónico como el reumatismo (MOORE, J. *et al.*, 1985; EISENBERG, D.M. *et al.*, 1993; KRONENFELD, J. y WASNER, C. 1982).

patrones de conducta que poseen una cierta estabilidad dentro de una sociedad dada, de tal manera que influyen en su conducta y estructura. Básicamente la cultura consiste en contenidos de conocimientos y pautas de comportamiento que han sido socialmente aprendidos. Este concepto se alcanza mediante sus resultados tangibles que son las acciones sociales y sus efectos. Ambos obedecen a normas, creencias, actitudes, a las que se llega por inducción. La creencia en la gracia de un curandero es intangible y abstracta pero se concreta en un sistema de normas de conducta, un tipo de relación, etc. como hemos visto antes.

La cultura tiene muchos elementos, como los cognitivos, las creencias, los valores y las normas —que enmarcan nuestra actitud—, los signos —símbolos y señales— y los modos no normativos de conducta.

Todo fenómeno sociocultural entraña tres componentes básicos: a) significados, valores y normas; b) medios biofísicos que los objetivan; y c) seres humanos conscientes que los crean, los utilizan y operan con ellos en el proceso de sus interrelaciones. Esta situación disfruta de tres niveles de comprensión. El primero es el nivel simbólico-ideal que incluye creencias, nociones y valores y normas sobre la realidad social. El segundo es el nivel de la acción social, donde se plasma el anterior, aunque no lo expresa totalmente. El tercero, es el nivel material de la realidad cultural y es una especie de solidificación de los dos anteriores.

Se da por supuesto que todo lo que hemos dicho es en relación con la promoción de la salud y la lucha contra la enfermedad. Antes que nada deberíamos ocuparnos de establecer la concepción que subyace a la enfermedad, es decir, el conjunto de ideas que da validez y explica los procedimientos que hemos visto y que continuaremos viendo. Esta concepción es, en principio, la que está vigente para la medicina popular. El objetivo, en cambio, es difícil de alcanzar por la escasez de estudios de tipo etnográfico y etnológico sobre el tema. Somos conscientes de que si superamos de alguna manera este nivel se podrían procesar mejor los datos de campo y huir de las listas de plantas, remedios, etc. o dicho de otra forma, de la mera acumulación de datos.

Podemos, no obstante, hacer referencia al tipo de enfermedades de las que se ocupan los curanderos que hemos estudiado, que completará la lista de problemas que nos han aparecido cuando hablábamos de las plantas medicinales y de unos pocos remedios.

Enfermedades causadas por agentes humanos

Aunque en nuestro medio parece extraño atribuir la causa de la enfermedad a individuos con una determinada capacidad, en otras partes no lo es. En el ya clásico trabajo sobre los Azande, de Africa, Evans-Pritchard⁹³ nos demuestra que este grupo de gente atribuye la enfermedad, cualquiera que sea su naturaleza, a la brujería o a la hechicería, excepto dos indisposiciones que afectan a los niños. Algo parecido sucede en el trabajo de Victor Turner sobre los Ndembu⁹⁴. Esto no quiere decir, claro está, que renuncien a enfrentarse a ellas y a luchar con los recursos que tienen, como un amplio arsenal de plantas medicinales.

Ninguno de los curanderos que hemos estudiado se ha referido a causas sobrenaturales. Puede ser que si profundizáramos un poco más, nos encontráramos con que, detrás de las enfermedades, el destino o el designio divino juega un papel importante. En muchos lugares, incluso en España, se atribuyen ciertas afecciones a agentes humanos pero de una manera mágica; por ejemplo la brujería y el mal de ojo. También problemas causados por agentes sobrenaturales como el espanto y el mal de viento.

Vamos a ocuparnos del mal de ojo, una de las creencias más extendidas en el mundo. Su origen no está bien aclarado. Algunos autores afirman que procede de Oriente y otros, en cambio, que se trata de una creencia típicamente mediterránea. Caro Baroja⁹⁵ deja patente su existencia en los comienzos de la Era Cristiana. En la literatura europea aparece citado muchas veces⁹⁶. En Mesoamérica, en cambio, tanto el nombre español como la influencia europea del concepto han venido a sintetizar distintas creencias que tienen su origen en la antigüedad mesoamericana. La síntesis hace muy difícil la distinción, más aún si se toma en cuenta que desde épocas muy tempranas el término «mal de ojo» y otros similares se aceptaron para referirse a creencias que no eran estrictamente las designadas por los europeos con estos nombres⁹⁷.

⁹³ EVANS-PRITCHARD, E.E. (1976). Primera edición en inglés de 1937.

⁹⁴ Véase TURNER, V. (1990), p. 333 y ss. Primera edición en inglés de 1967.

⁹⁵ CARO BAROJA, J. (1973), p. 60. Mal de ojo («fascinum», bascuia).

⁹⁶ Véase PERDIGUERO GIL, E. (1986), p. 47-49.

⁹⁷ LOPEZ AUSTIN, A. (1989), vol. I, pp. 296-300. Según él en estos momentos hay una confusión sobre dichas creencias y una aceptación indiscriminada por parte de los indígenas de remedios de origen europeo. Proporciona una división de los supuestos males donde se señalan las características más destacadas.

Una señora de Catadau⁹⁸, a pesar de no ser curandera, conoce una oración para la *pressa d'ull*:

«Eixos ulls que t'han mirat
eixa boca que t'ha parlat
Santa Ana Mare dé la Mare de Deu
la Mare de Deu Mare del Nostre Senyor
la gloriosa Santa Isabel
Mare del gloriós Sant Joan
així com este paraules
son tan certes i tant veritat
en el nom de la Santissima Trinitat
i de la Verge Maria
li cure el mal de malaltia a... (nombre del paciente)»

Se repite esta oración mientras se bosteza y se llora, lo que indica que el mal pasa del paciente al que cura. Cuando se deja de hacer esto ya se ha quitado la enfermedad. Para realizar esta especie de ceremonia no es preciso que el afectado esté presente; basta que se posea una prenda del mismo.

Esta misma persona nos dice que la oración se puede enseñar a otra el día de Viernes Santo. El mal de ojo afecta de manera especial a los niños y se manifiesta como una alteración del estado general con síntomas como la inquietud, pérdida de las ganas de comer, fiebre, dificultad para conciliar el sueño, dolores abdominales y malestar general, que desemboca en un estado de desnutrición, incluso de deshidratación. Hay muchos procedimientos para diagnosticarlo. La persona entrevistada dice que puede prevenirse poniendo a los niños una pequeña cinta roja o vestirlos con alguna prenda de este color⁹⁹.

El mal de ojo tiene una amplia difusión en la mentalidad popular. Bajo este concepto se agrupan dos tipos distintos de sufrimientos, tanto en razón de sus consecuencias para la salud como de su origen. El primero de ellos se

⁹⁸ Fm17.

⁹⁹ El uso de este color para evitar el mal de ojo es una creencia muy antigua. Se ha descrito tanto en el País Vasco como en nuestra Comunidad.

atribuye a la brujería, en tanto que el segundo se considera que es accidental y está más extendido en nuestro territorio.

El poder que poseen las personas de donde proviene la mirada que provoca el mal, se considera en ciertos casos como un privilegio. López Austin¹⁰⁰ lo caracteriza como una emanación personal de una fuerza que surge en forma involuntaria debida a un fuerte deseo, y que va a perjudicar al ser deseado. En Valencia se atribuye esta capacidad a las mujeres que no pueden tener hijos. Sin embargo la mujer entrevistada de Catadau señala que puede proceder de cualquier persona que mire con envidia y celos. Esta mirada puede ser inconsciente o bien estar provocada por el propio enfermo llamando demasiado la atención. El mal de ojo puede afectar a los hombres, a las plantas y también a los animales.

Lo que nos dice T.¹⁰¹ sobre el mal de ojo es bastante parecido a lo ya señalado. Un niño con esta enfermedad —que los médicos no conocen— pasa de estar «gordito y bien» a perder las ganas de comer y estar todo el día somnoliento. En las personas de edad se nota más «en los huesos», pierden la memoria y no controlan la orina. Otro curandero de la comarca (Carlet) cura el mal de ojo con oraciones¹⁰².

Salcedo y Ginestal en el extenso libro¹⁰³ titulado *Madre e hijo. Doctrina científica y errores vulgares en obstetricia y pediatría* critica, ridiculiza y describe las tradiciones populares relativas a la salud y enfermedad del lactante y del niño. A pesar de esto, recoge una gran cantidad de prácticas populares desarrolladas en la época. Un extenso capítulo¹⁰⁴ se consagra al mal de ojo. Es interesante que reproduzcamos las primeras frases, muy representativas del carácter de la obra:

«Si hasta ahora hemos puntualizado las particularidades de cada grupo de afecciones infantiles con sus erróneos diagnósticos y prácticas absurdas, para coronar el edificio de las extravagancias populares en esta materia falta discurrir acerca de una aberración que sobrepaja a todas las consignadas»¹⁰⁵.

¹⁰⁰ LOPEZ AUSTIN, A. (1989), vol.I, pp. 296-297.

¹⁰¹ Fm291A.

¹⁰² Fm191A.

¹⁰³ SALCEDO Y GINESTAL, E. (1898).

¹⁰⁴ SALCEDO Y GINESTAL, E. (1898). Capítulo 18, pp. 758-820.

¹⁰⁵ SALCEDO Y GINESTAL, E. (1898), p. 758.

Se está refiriendo al mal de ojo, donde el vulgo, cuando no encuentra una correspondencia entre causa y efecto, coloca multitud de situaciones patológicas distintas. Este autor aborda el tema haciendo referencia a las obras clásicas donde se habla de esta «enfermedad». Se ocupa después del ojo natural, ojo diabólico indirecto, ojo diabólico directo, de los síntomas y diagnóstico, para acabar con el tratamiento profiláctico o preventivo y el curativo. Después de esto llega a la siguiente conclusión:

«Causa admiración la serie de desatinos que desde remotos tiempos se han sucedido, unos para explicarse la etiología y tratamiento del pretendido mal de ojo, y los esfuerzos titánicos que demostraron otros para convencer a los ilusos de semejante error.

A medida que nos hemos hecho cargo de cuantas aberraciones motivaron el ajojamiento, hemos procurado también evidenciar, aunque no sea preciso, la falta de base científica, de errores que sólo en imaginaciones perturbadas o sugestionadas por las corrientes de su época, pudieron darle forma de manera vaga, indefinida, con el carácter de entidad morbosa, en donde se acumularon síntomas graves sacados de otras afecciones, en las cuales tenían su lugar propio, un sitio adecuado, conforme a la clasificación nosológica racional admitida en aquel entonces.

Por lo que respecta a nuestros días, la ciencia tiene definidos sus cuadros morbosos, y todos aquellos fenómenos de demacración en las criaturas, convulsiones, diarreas, toses... que atribuían al mal de ojo nuestros antepasados, se borraron para siempre de nuestra patología, y sólo como aberración histórica se recuerda en los anales de la medicina»¹⁰⁶.

A pesar de todas estas valoraciones, la información que suministra Salcedo es muy interesante. Por ejemplo, los síntomas del mal de ojo están perfectamente descritos:

«La palidez, el color plumizo o térreo de la piel, la laxitud y flojedad de los miembros, la cabeza como desencajada de la cerviz, el decaimiento general de las fuerzas orgánicas, debilidad y enflaquecimiento paulatino, la inapetencia, vómitos y cámaras de leche algo cuajada con olor ácido, diarreas verdes, orina acre e irritante, toses, dolor de cabeza y cardialgia, ataques convulsivos con espumarajos por boca y narices, pulso débil y a veces frecuente, fiebre hética, sudores, insomnio, inquietud, tristeza, marasmo...»¹⁰⁷

¹⁰⁶ SALCEDO Y GINESTAL, E. (1898), pp. 816-817.

¹⁰⁷ SALCEDO Y GINESTAL, E. (1898), p.797.

Entre los distintos procedimientos y remedios preventivos y curativos que expone, nos llaman la atención algunos que siguen vigentes, como los que contienen unos versos de Carlos Ros, recogidos a su vez por Faustino Barberá¹⁰⁸, fechados en 1736:

«També à les creaturetes
serà molt del cas posseu
una llista, ab ses reliquies, cenydeta al seu coset,
Sanctes Evangelis, que son, pera molts mals, lo mey,
un ditet de aquells de vidre,
pera quant ixquen les dents,
la maneta de teixó,
á la monyca també
del braç un trosset de grana,
o una fiqueta, porque
no prenguen l'infantet d'ull
(si hia tal mal no ho se,
crech es dicho de les velles),
de sapo al coll uns hossets,
y contra les bertoletes
de sahuch tambe un trosset»¹⁰⁹

Enfermedades de causa natural

Una de las características más destacadas del curanderismo que nos rodea es el hecho de que actúa casi siempre sobre enfermedades de causa natural, lo que está en contradicción con las hipótesis que sostienen que cuando los enfermos saben que la causa de su enfermedad es natural van directamente a la medicina científica. Lo mismo sucede con los que creen que acudir al curandero es cosa de personas con pocos ingresos y con un bajo nivel de formación. En cuanto a las enfermedades que tratan los curanderos que hemos estudiado podemos hacer los grupos siguientes:

¹⁰⁸ BARBERA, F. (1895), Carlos Ros. Su vida y su obra, Valencia.

¹⁰⁹ SALCEDO Y GINESTAL, E. (1898), pp. 806-807.

A) Enfermedades que tratan casi exclusivamente los masajistas, o compo-
nedores.

Con lo que hemos dicho hasta ahora nos podemos hacer una idea de todos los problemas de los que se hacen cargo este tipo de curanderos: golpes, contusiones, torceduras, desconyuntamientos o luxaciones, encavalgamiento de tendones, las muñecas abiertas, etc. Todos se deben a causas externas de tipo traumatológico por la práctica de deportes, por razones de trabajo, o por cualquier otro motivo circunstancial como hemos visto.

En este grupo podemos incluir todo tipo de dolor de articulaciones, de masas musculares, de huesos, y por encima de todo, del reuma. Los procedimientos que se emplean para luchar contra estos problemas son diversos, aunque el masaje es el más utilizado.

La curandera M.¹¹⁰ de una pequeña población de la Ribera, cura prácticamente todas las enfermedades excepto el cáncer. Uno de sus procedimientos terapéuticos es el masaje. Lo realiza primero con alcohol, después con aceite bendito y finalmente con su «gracia». Cuando se «sale el hueso de su sitio», lo vuelve a poner, lo venda y hace la «gracia»; al cabo del tiempo hace un masaje en la zona inflamada. Cuando se «desbarata la muñeca» después de un esfuerzo, dice que hay un «desconjuntament» de tendones y huesos; lo cura con masajes y con una venda. De la misma forma procede en el caso de los pies, rodilla y menisco. Esta curandera también habla de «desprendimiento de menisco», que cura poniéndolo en su sitio y apretando con una venda, y de «encabalgamiento de las cervicales» cuando en vez de estar las vértebras «paralelas se cruzan»; en este caso también realiza masajes y pone las cervicales en su sitio. Otras veces esta señora aplica un masaje corporal completo que realiza con la persona tumbada en una camilla. Con el paciente boca abajo, realiza masajes en la zona de la columna de arriba a abajo y viceversa, seguidos de masajes en las zonas dorsales hacia el centro. Con la persona boca arriba hace los mismos movimientos teniendo mucho cuidado en el área de los pechos. Después aplica masajes en cada uno de los brazos y piernas desde la parte proximal a la distal. En la cabeza comienza detrás de las orejas en dirección hacia la parte superior del cráneo; después describe círculos hacia la frente y más tarde alrededor de los dos ojos. Sigue en la nuca, en el cuello (a ambos lados y en la parte posterior) en dirección a

¹¹⁰ FM291B.

la parte superior de la cabeza. También habla de «masajes de relajación» que se realizan con una «música lenta» y diciendo al enfermo que piense que «está dormido».

Por último habla de curar los «riñones abiertos» a consecuencia de un esfuerzo o de un exceso de trabajo, de un «crujido» o por haber realizado un movimiento brusco en la cama. Mediante masaje se procura «coger los riñones uno a uno, de apretarlos y de ponerlos juntitos». Después recomienda que el enfermo se ponga una faja.

V.¹¹¹, de la misma población que la anterior, no se considera persona con gracia sino con una habilidad especial para tratar este tipo de problemas. Las torceduras y las luxaciones —señala— eran muy habituales en los trabajadores del campo. En las ciudades abundan más entre los oficinistas y profesionales que practican el deporte los fines de semana. Nos proporciona información sobre varias técnicas que no difieren de las que se enseñan en las facultades de medicina. Es partidaria de las «medias escayolas» y del uso de técnicas de relajación para problemas de columna. Repasa con gran detenimiento los problemas de la columna cervical, dorsal y lumbar, de los pinzamientos y de la ciática, y de que se producen muchas contracturas por problemas de tensión nerviosa.

La curandera¹¹² de uno de los pequeños municipios de la Ribera Alta utiliza a veces los masajes; habitualmente cura otras cosas mediante su «gracia». Cuando se refiere a éstos no comenta nada extraordinario sobre los mismos; tan sólo señala que emplea alcohol preparado con alcanfor y laurel.

El caso de C.¹¹³ de Alginet es parecido. No usa ningún ritual de tipo religioso. Realiza masajes para los esguinces, desgarros y lumbagos. Contra la inflamación emplea vinagre y sal con agua caliente. También aplica parches «sor Virginia», de venta en farmacias.

Como antes hemos señalado, estas personas pueden ser herederos de un tipo de empíricos que ejercía antes de que la cirugía se profesionalizara definitivamente. También debemos señalar que en las familias a menudo hay alguien que sabe hacer masajes que aplica en casos poco importantes.

¹¹¹ FM291C.

¹¹² FM291A.

¹¹³ FM171D.

B) *L'Enfit* o el empacho

El «enfit» es una enfermedad que tiene una presencia muy importante en la mentalidad popular valenciana. Podemos enmarcarlo dentro de las alteraciones del aparato digestivo que, como hemos visto, ocupa un lugar muy importante en la medicina popular valenciana. Una persona está «enfitada» cuando tiene pesadez de estómago o digestiva, flatulencia, acidez, asociada a veces con malestar general, mareos, náuseas, y fiebre. Se produce generalmente después de una comida copiosa o porque se come estando en una situación de ansiedad.

Los síntomas se explican de la forma siguiente: los alimentos se «paran» en algún lugar del tubo digestivo —de ahí que a veces también se emplea la palabra «parà»— y se produce una especie de indigestión o estancamiento en el intestino.

Cuando el enfermo tiene esta sensación significa que ya ha establecido el diagnóstico, o al menos, parte de éste. Después se va a casa de un curandero —generalmente mujer— o a casa de alguna vecina donde haya alguien que conozca la técnica —una medidora— para que le aplique una maniobra que es un rito o ceremonia mágico-religiosa. Mediante ésta le confirma el diagnóstico, le señala dónde está la parada y, por tanto, su gravedad, y finalmente lo curará.

Para medir se suele emplear una cinta o un pañuelo (pasar la cinta o la *llista*). A veces este elemento básico debe reunir unas características especiales, como por ejemplo el tipo de material o el color. Hay quien dice que debe ser de seda, otros que debe ser de color rojo o negro e incluso algunos señalan que debe tener una anchura determinada. También hay personas que la llevan a la Iglesia para bendecirla. En cuanto a la longitud, debe ser igual a tres veces la distancia existente entre el codo y la punta de los dedos de la mano de la medidora.

La medida se realiza de la forma siguiente: la curandera o medidora toma un extremo de la cinta o pañuelo y el enfermo se sitúa el otro a la altura de estómago. Los dos se separan todo lo que permite la longitud de la cinta. Después la medidora procede a santiguarse y medir tres veces la distancia entre el codo y la punta de los dedos. Cada vez que comienza esta medida se santigua a la vez que reza una oración secreta en voz baja. Si la tercera y última medida coincide con el punto donde el enfermo tiene sujeto el extre-

mo de la cinta significa que no hay «enfit». Si no es así, el lugar donde la punta de los dedos del medidor tocan el cuerpo del paciente se considera que es el lugar donde está la «parada». Cuanto más alta mayor gravedad. Tal como recoge Amalia Navarro¹¹⁴ en Alcántara del Júcar, allí se dice «parada de agua» cuando no llega la cinta a tocar al paciente y «parada de comida» en el resto de los casos.

Como ya hemos señalado en otros lugares¹¹⁵, este rito o ceremonia tiene variantes según quien lo aplique y la zona geográfica. Una vez se ha repetido el procedimiento tres veces, si hay «enfit», el enfermo empieza a sentir mejoría: tiene ganas de defecar, de expulsar aires y, a veces, de vomitar. Para completar el tratamiento se suele recomendar una dieta blanda, la abstinencia de comer, la ingestión de alguna tisana e incluso de «sal de frutas» u otra sustancia de patente.

El tipo de oración varía; podemos afirmar que hay tantas como procedimientos. En nuestro trabajo dedicado a los pueblos del margen de la Albufera recogimos una que se empleaba en Cullera¹¹⁶:

«En nombre del Padre del Hijo y del Espíritu Santo.
Jesús, José y María, poned la mano donde yo pongo la mía.
En nombre del Padre del Hijo y del Espíritu Santo.
Jesús, José y María, poned la mano donde yo pongo la mía.
En nombre del Padre del Hijo y del Espíritu Santo.
Jesús, José y María, poned la mano donde yo pongo la mía».

Tenemos un testimonio muy interesante sobre el *enfit* que procede de Enrique Salcedo y Ginestal al que ya nos hemos referido. Menciona varias maniobras para desahacer el empacho, algunas de las cuales considera bastante crueles y peligrosas. Más adelante añade: «Alguna conocemos en la que apenas si se toca al niño. Es un procedimiento sencillísimo e inocente que emplean ciertas mujeres en la comarca de Onil, Ibi, Tibi y Castalla (Alicante) a fin de diagnosticar y curar el *enfit* (empacho)». A continuación describe minuciosamente el procedimiento que es igual al descrito por nosotros.

¹¹⁴ NAVARRO MARTINEZ, A. (1991).

¹¹⁵ FRESQUET FEBRER, J.L. *et al.* (1994).

¹¹⁶ Recogida por Manuel y Peiró. En FRESQUET, J.L. *et al.* (1994).

Después comenta que se hizo pasar por paciente para observar cómo se hacía:

«Para apreciar y sorprender esta curación, nos convertimos en caso; haciéndonos medir en Onil, no hace mucho, por la tía María la Baltasara, que es la que en el pueblo goza de más crédito, y, por fortuna, nos encontró en perfecta salud estomática. Tuvimos una entrevista con ella, explicándonos lo referido, pero se negó a manifestar la oración, porque de participarla a otra persona, en día que no sea Jueves Santo y al pie del Crucificado, pierde la virtud transmitida. Pudimos saber también que a ella le enseñó la oración una hermana suya, profesora de primeras letras, la que a su vez adquirió la gracia por la mujer del peón caminero de Ibi, que goza de gran fama entre sus creyentes»¹¹⁷.

Más adelante dice que logró conocer la oración: «Jesús, María y José/ dadme los brazos/ y os lo diré». Para acabar señala:

«Pero las agraciadas son módicas en sus honorarios: no los fijan; se contentan con lo que se les da, y por lo regular reciben cada vez una alcuza de aceite, o patatas, cebollas, judías o alguna calabaza real, no simbólica y significativa de desaire o desprecio. Algún cliente se olvida (como los nuestros) de cumplir con la curandera, y esta se resigna, no se si a disgusto o por amor de Dios»¹¹⁸.

El origen de esta ceremonia nos es totalmente desconocido. Los procedimientos diagnósticos y, sobre todo, pronósticos, mediante medidas a codos y palmos, en los casos de aojamiento parece ser que son muy antiguos. Hay autores¹¹⁹ que los sitúan en el Egipto arcaico. Teniendo en cuenta que algunos síntomas son parecidos, podríamos barajar la hipótesis de una reducción de un viejo ritual dedicado a averiguar la gravedad de un aojamiento.

El *enfit* y el procedimiento de «pasar la *llista*» es muy conocido en algunas partes de la Comunidad Valenciana. Una encuesta dirigida en nuestro Departamento y realizada en Guadasuar¹²⁰ hace ya unos cuantos años a 100

¹¹⁷ SALCEDO Y GINESTAL, E. (1898), p.662.

¹¹⁸ SALCEDO Y GINESTAL, E. (1898), p.663-664.

¹¹⁹ Manuscrito de 1423 mencionado por SALCEDO Y GINESTAL, E. (1898), que lleva por título *Libro del aojamiento*, atribuido a un tal D. Enrique, de la villa de Torralba (Cuenca).

¹²⁰ PASTOR VILLALBA, J.M. (1983-84).

individuos (50 mujeres y 50 hombres) revelaba los siguientes datos: 44 hombres y 49 mujeres sabían lo que era. De éstos, 39 hombres y 49 mujeres conocían a alguien que practicara el rito o ceremonia. De éstos, 28 hombres y 31 mujeres confesaban que se les había practicado, de los que 26 varones y 29 mujeres confirmaron haber obtenido mejoría. Aun sin entrar en otros detalles de la encuesta y de las características de la población entrevistada, los resultados comentados son muy significativos y muy representativos de la realidad en los pueblos de la Ribera Alta y de otras zonas de Valencia.

C) Problemas de hígado. *L'aliacrà*.

L'aliacrà se refiere al síntoma de la ictericia, es decir, coloración amarilla de la piel, de las mucosas y secreciones, desde el punto de vista científico. Hemos recogido tres casos distintos en la población de Carcaixent de personas que se dedican exclusivamente a tratar esta «enfermedad». No son verdaderos profesionales sino que se dedican a otras tareas. Realizan la curación imponiendo las manos sobre los ojos y la cara del enfermo¹²¹.

Salcedo y Ginestal explica el problema de la ictericia del recién nacido ofreciendo una serie de explicaciones científicas que han sido superadas ampliamente con el tiempo. De gran interés son, sin embargo, los remedios populares que empleaba la gente para enfrentarse con este síntoma. Algunos daban a beber a los niños chocolate con piojos o excremento de aves con vino blanco, canela y azúcar. Otras veces se hacía orinar al pie de la planta torvisco o de marrubio por la mañana temprano. También hace referencia a un procedimiento de transferencia:

«Nos refiere un amigo albaceteño que, efecto de un susto que dio el panadero de la casa a un niño, le causó ictericia al poco rato, y advertida la familia, recriminó al causante, y éste la tranquilizó aconsejando que se meara el enfermito en una miga de pan y se la diera al primer perro negro que pasara por la calle, con la seguridad de curarse, y en efecto, así sucedió según nos asegura el amigo, algún tantico crédulo»¹²².

El procedimiento de curar la *tirizia* añadiendo piojos vivos a la papilla, chocolate, café con leche u otro alimento similar que debe ingerir el enfermo

¹²¹ No quisieron recibir a los entrevistadores. Los testimonios proceden de personas que fueron a que les curasen.

¹²² SALCEDO Y GINESTAL, E. (1998), p. 671.

sin que lo sepa también ha sido recogido por Erkoreca¹²³ en el País Vasco. Balaguer *et al.* han descrito un procedimiento diagnóstico-pronóstico en la Comunidad Valenciana para *l'aliacrà* de gran interés¹²⁴. Frazer¹²⁵ hace referencia a la ictericia en su capítulo de magia homeopática o imitativa. Los antiguos hindúes trataban de traspasar el color amarillo hacia seres y cosas amarillas a las cuales pertenece, como el sol, y procurar un saludable color rojo de una fuente vigorosa y viviente al enfermo.

Debido a la confusión del síntoma con la causa está muy difundida en diferentes pueblos la creencia de que es el color amarillo lo que origina la ictericia. En Grecia y Roma se encuentra algo parecido. Plinio¹²⁶ recomienda untar con agua y vino las patas de una gallina amarillenta y beber después el líquido de la ablución. Propone asimismo el uso de plantas amarillas, como la rubia y otras, que deben atarse al enfermo para que la transferencia homeopática de la pigmentación se efectúe¹²⁷.

También se creía, como dice Gil¹²⁸, que un ave llamada *charadrios* (chorlito) contraía esta enfermedad cuando sostenía la mirada de un enfermo, en virtud de la semejanza de color. Por esta razón, siempre que se encontraba ante un icterico, apartaba de él la vista o cerraba los ojos, ya que atraía hacia sí la dolencia, quitándose la al enfermo, pero muriendo en su lugar.

Otro problema de tipo hepático que curan algunas personas en esta comarca es el que causan las piedras o cálculos de vesícula. Una curandera¹²⁹ procede de la siguiente forma: una taza de infusión de boldo después de cenar; una cucharada de aceite de oliva virgen en ayunas. Después se empaapa con agua hirviendo un paño que se pone sobre una toalla y se aplica sobre el hígado de la persona enferma. «Así se deshacen las piedras, que se tiran por el intestino. Las heridas que quedan después de tirar las piedras son cicatrizadas por el boldo».

¹²³ ERKOREKA, A. (1985), pp. 136-137.

¹²⁴ BALAGUER, E.; BALLESTER, R.; BERNABEU, J.; PERDIGUERO, E. (1988), pp. 37-38.

¹²⁵ FRAZER, J. (1993), p. 73.

¹²⁶ *Nat. hist.* XXX 93.

¹²⁷ *Nat. hist.* XXIV, 94; XXVII, 66.

¹²⁸ GIL, L. (1969), p. 208.

¹²⁹ CURANDERA M. (291B). NAVARRO MARTINEZ, A. (1991).

D) Otras enfermedades del aparato digestivo.

Como hemos visto, el «enfit» es uno de los problemas digestivos más frecuentes. Hay otros muchos por los que la gente se dirige a los curanderos. Uno de los más típicos es el dolor de vientre. El procedimiento que se emplea para disminuir la sintomatología consiste en hacer friegas en el abdomen o en la barriga. Para que las manos se deslicen mejor se utiliza aceite de oliva o aceite que se emplea en lugares sagrados. Las manos se hacen deslizar fundamentalmente en sentido de la pelvis. A veces también hacia los costados y se completa el tratamiento con unas friegas en la espalda. Mientras se realizan estas maniobras el curandero reza oraciones.

Durante la entrevista a un curandero¹³⁰ de Alginet llamó a la puerta una madre con un niño que tenía dolores abdominales. Aquél lo acostó en una mesa después de quitarle la ropa. Lo palpó durante unos cinco minutos y dijo que «se le había parado la digestión de atún». El niño se había tomado un bocadillo de este pescado para merendar. Como tratamiento le recomendó que no tomara nada durante veinticuatro horas excepto agua de arroz.

E) Los problemas de la piel. Las verrugas.

En uno de nuestros trabajos hemos podido ofrecer gran variedad de procedimientos utilizados para la curación de las verrugas¹³¹; todos ellos tenían una base mágica. También existen curanderos que tratan este problema de forma exclusiva. E.¹³² de Benifaió suele curar cefaleas, malestar abdominal y quita verrugas. Estas últimas las cura contándolas y tocándolas con la mano. Después de haberse marchado el paciente coge sal gruesa y hace nueve bolas. Las coloca en hilera y enciende una vela. Reza una oración durante nueve días.

L.¹³³ de Benimodo atiende a muchas personas con este problema. Para ello coge una ramita de olivo verde y lo entierra en un lugar por donde suele pasar la persona con verrugas. A medida que se va pudriendo irán desapareciendo las lesiones.

Un curandero de Alginet¹³⁴ dice que la práctica totalidad de personas que atiende acuden a él por verrugas. Primero tiene que verlas para cerciorarse

¹³⁰ FM254.

¹³¹ Véase la parte correspondiente a remedios en FRESQUET, J.L. et al. (1994).

¹³² FM171B.

¹³³ FM171C.

¹³⁴ FM254.

de que son verdaderas. Después las cuenta y va a algún lugar donde haya juncos; arranca tantos como verrugas. Posteriormente cava un agujero en la tierra y los sitúa boca abajo. Cuando éstos se sequen las lesiones desaparecerán. Cuenta que una vez atendió a un niño con una verruga en la mano que se la quemaron dos veces y le volvió a salir. Le aplicó su procedimiento y no tuvo efecto. Entonces fue donde había enterrado el junco y debido a la humedad de unas recientes lluvias no se había secado. Repitió la operación en suelo seco y entonces dio resultado.

En ningún caso se nos ha hablado de la causa de la aparición de las verrugas. En Ibiza¹³⁵, por ejemplo, creen que surgen cuando uno cuenta estrellas. Castillo de Lucas también dice que la gente cree que aparecen cuando se cuentan o cuando se señalan estrellas.

Erkoreka¹³⁶ recoge varios procedimientos populares para curar verrugas en el País Vasco y señala que no sabe si algunas de las sustancias que se emplean contienen algún antivírico. Lo que sí parece claro —asegura— es que la psicoterapia justifica por sí sola las curaciones que efectivamente se producen merced a estos u otros métodos similares que son abundantísimos en toda Europa.

La transferencia del mal juega aquí un papel importante. Frazer¹³⁷ dice que los intentos de transferir la pesadumbre de las enfermedades, desgracias y pecados de uno mismo a otra persona o a un animal o cosa, han sido corrientes.

También en las «naciones civilizadas» de Europa lo mismo en tiempos antiguos que en los modernos, después de poner varios ejemplos relativos a muchos lugares y a muchas enfermedades cuenta cómo en Cheshire quitan las verrugas: frotarlas con un trozo de tocino, hacer una hendidura en la corteza de un fresno y deslizar el tocino bajo la misma. Al árbol pronto le aparecerán excrecencias en forma de nudos.

Hay otros problemas de piel que también son tratados por los curanderos. La curandera T.¹³⁸ cura la psoriasis y los eczemas con una infusión de plan-

¹³⁵ ALCOVER, A.M. (1985).

¹³⁶ ERKOREKA, A. (1985).

¹³⁷ FRAZER, J. (1993), p. 614-616.

¹³⁸ FM291B.

tas que una vez hecha se toma en ayunas durante nueve días y se unta después la parte afectada con el poso que ha quedado.

F) Mujeres que no pueden tener hijos.

La información que hemos recogido sobre el tema en toda la Comunidad Valenciana es más bien escasa. Sin embargo, la curandera M.¹³⁹ dice que puede solucionar el problema cuando los médicos no han encontrado ningún impedimento físico ni ninguna causa explicable. M. toca el bajo vientre y «ve la matriz». Compara la matriz con un panal de abejas donde hay «agujeritos». Allí penetra el semen del hombre, se cierran los agujeritos y lo atrapan. Si la matriz está «abierta», el semen no puede «cuajar», porque los agujeros no se cierran. Esto se debe generalmente a una infección. Entonces deben hacerse lavados externos con agua de rosas y es cuando se «hace la gracia», para que cure y pueda quedar la mujer embarazada.

Lo normal para los casos de esterilidad (que siempre se suelen atribuir a la mujer) son los baños rituales en aguas de determinado manantial o encomendarse a algún santo al que se le atribuyen acciones curativas para este tipo de problemas¹⁴⁰. Nosotros no hemos recogido ninguno.

Cuando habla de la magia homeopática Frazer se refiere en varios pasajes a la esterilidad de las mujeres. Cuenta, por ejemplo, que la magia imitativa con figuritas se emplea entre los Bakatos de Sumatra. Cuando una mujer quiere quedar embarazada y no puede, hace en madera una figurilla de un niño y la coloca en su regazo, creyendo que esto la conducirá al cumplimiento de sus deseos¹⁴¹. La virtud mágica que tienen las mujeres grávidas de comunicar la fertilidad es muy conocida por muchos grupos humanos; entre éstos, muchos campesinos europeos. Por motivos similares, los Baganda creen que las mujeres estériles infectan los huertos de sus maridos impidiendo que los árboles tengan frutos¹⁴².

¹³⁹ FM291B.

¹⁴⁰ Véase por ejemplo ERKOREKA, A. (1985), pp. 80-85.

¹⁴¹ FRAZER, J. (1993), p. 37.

¹⁴² FRAZER, J. (1993), p. 53. Los Baganda o Ganda son del grupo lingüístico bantú, con una población aproximada de 1.000.000 de personas, que habitan la región de Buganda, en Uganda.

Elementos que proceden de la medicina científica

Antes hemos hablado de ciertos aspectos de la relación que se establece entre los dos tipos de medicina. La medicina científica está bien arraigada en nuestra sociedad como hemos podido comprobar en capítulos precedentes, pero también lo está la popular. La influencia sólo se da en una dirección en algunos elementos: de la medicina científica a la popular. Las prácticas de ambos sistemas cubren un ámbito funcional parecido. Esto se refleja cuando encontramos una demarcación de campos de competencia y el cliente, que busca desembarazarse del problema, acude a uno o a otro.

Los dos sistemas están juntos. Los curanderos van a las consultas de los médicos y a los hospitales, leen publicaciones especializadas y de divulgación; muchos pacientes acuden por encima de todo a la medicina oficial pero también van a la consulta del curandero con más o menos frecuencia. En los medios de comunicación se habla, no siempre seriamente, de medicina y de curanderismo. Con esta situación es imposible que no haya un influjo o un proceso de interacción.

La antropología ha demostrado de una manera amplia que los sistemas que pensábamos que eran inamovibles no lo son. La medicina popular está abierta y toma elementos de donde puede.

Olavarrieta propone unos patrones cognoscitivos para explicar la incorporación sucesiva de elementos de la medicina científica a la popular:

Patrón 1: Rechazo de prácticas de la medicina moderna. La explicación se realiza desde el marco teórico de la medicina popular. Un claro ejemplo de esto puede ser el rechazo durante mucho tiempo del agua clorada y fluorada. Muchos curanderos recomiendan beber agua de lluvia acumulada en aljibes y otros sistemas de almacenamiento. Otro ejemplo podría ser el hecho de rehusar la aplicación de hielo sobre un apéndice vermiforme inflamado en contra de la creencia popular de que lo que va bien para las inflamaciones es el calor. Otro, ya casi desaparecido, es la prohibición de bañarse cuando se tiene la regla¹⁴³.

Patrón 2: Aceptación de prácticas terapéuticas de la medicina moderna, cuando hay una evidencia empírica de su eficacia, sin que implique ningún cambio en el marco teórico de la folkmedicina. Los ejemplos se multiplican.

¹⁴³ BALAGUER, E. *et al.*, (1991), pp. 82-83.

Un curandero de Carlet receta especialidades farmacéuticas: «Alguna vez suelo dar algún medicamento para que ayude a la curación».

Patrón 3: Aceptación de prácticas modernas cuya validez se explica en términos del marco teórico tradicional. El ejemplo podría ser recetar medicamentos de patente por indicación de entidades sobrenaturales.

Patrón 4: Reconocimiento de la eficacia de prácticas tradicionales según el marco teórico científico. Esto es muy común en nuestro ambiente. Desde siempre se ha empleado el zumo de naranja de muchas formas para los resfriados. Hoy la gente habla de la acción de la vitamina C. El mismo fenómeno se observa en la utilización de hierbas; mucha gente da explicaciones de tipo científico que han escuchado de alguien o que han leído en algún lugar.

Patrón 6: Rechazo de las prácticas modernas en base al marco teórico moderno. Esta situación es muy difícil de observar, pero a veces hemos podido hablar con curanderos que invalidan técnicas y prácticas de la medicina científica con explicaciones que vienen de ésta. Los por qué son más difíciles de explicar. Hace poco tuvimos la ocasión de encontrar un ejemplo en un programa de televisión. Mientras los médicos aceptaban la existencia de enfermedades culturales, una mujer del auditorio señalaba que ella no creía en eso porque detrás de todas las enfermedades hay una localización y un «virus» o causa¹⁴⁴.

La aparición de elementos de otras procedencias

En toda la información procedente de los curanderos y sanadores de la Ribera Alta que hemos analizado, encontramos una serie de características comunes parecidas a las que hallamos cuando realizamos el análisis de la medicina popular en los municipios del Parque Natural de la Albufera.

Vamos a ilustrar con un caso otro tipo de curanderos que explican su capacidad para curar con elementos de procedencia diversa. Este tipo de sanadores es cada vez más frecuente.

Este curandero¹⁴⁵ de una ciudad de la Ribera Alta de unos 15. 000 habitantes vivía en Francia; cuenta que allí no se curaba de ninguna enfermedad. Siempre se encontraba cansado y con malestar general. A pesar de no creer en los curanderos visitó a varios cuando regresó a España. Volvió al

¹⁴⁴ Otras medicinas. *Carta blanca*, Canal 9. Fecha de emisión: 5 noviembre de 1993.

¹⁴⁵ FM191A.

país vecino y allí también visitó a un sanador que le dijo que él poseía poderes o dotes curativas. En cuanto empezara a utilizarlas mejoraría de sus dolencias. Aparte de esto le enseñó una serie de procedimientos para curar.

Empezó a hacerlo por imposición de manos en la empresa que trabajaba en Francia para quitar el dolor de cabeza de sus compañeros. En España de nuevo, otro curandero de Aldaya también le dijo que poseía poderes. Dice que fue a la Universidad de Burdeos para aprender fitoterapia.

Entre los problemas que cura está una serie amplia de enfermedades y de síntomas: dolores de cabeza, artrosis, diabetes, enfermedades de los nervios, fatiga, stress, reuma, caída del pelo, eczemas, piedras de riñón e hígado, alteraciones de vesícula biliar, mala circulación, varices y el resto de las enfermedades del cuerpo humano.

El diagnóstico («saber lo que tienen») lo realiza al pasar las manos por el lugar de la enfermedad (tiene un «magnetismo» especial y se le calientan cuando tocan una zona enferma). El mal de ojo, en cambio, lo reconoce por un brillo especial que se produce en los ojos de las personas aojadas.

El don de curar se lo ha dado, según dice, Dios. Duerme unas tres o cuatro horas y todos los días reza antes de acostarse. Mientras duerme le «viene la intuición» de cómo tiene que preparar las mezclas de hierbas para cada una de las enfermedades que ha visto por la tarde.

Aparte de curar con plantas medicinales cura también con masajes; absorbe el mal del paciente y por la noche lo expulsa. Dice que es necesario curar con las dos manos porque, según explica, una es positiva y otra negativa¹⁴⁶, y las dos hacen falta para curar. Una vez que se fracturó un brazo y se lo escayolaron, las curaciones que practicó durante ese período de tiempo «no dieron resultado».

A veces combina ambos procedimientos. Veámos unos ejemplos:

— Cura la fiebre con imposición de manos en tres o cuatro minutos.

— Cura la artrosis con una planta y haciendo masajes durante unos veinte o treinta minutos.

— Diagnostica las piedras de riñón y de hígado por imposición de manos y después las cura con preparados de plantas.

— El eczema lo cura con una planta que llama «dulcorama».

¹⁴⁶ Inmediatamente nos viene a la mente la idea de una pila o batería, con los polos positivo y negativo, imprescindibles los dos para que la corriente, continúa en este caso, produzca el efecto deseado: encender una lámpara, poner en marcha una radio, o un motor de poca potencia.

- Para la obesidad receta *Fucus vesiculosus*¹⁴⁷.
 - Las heridas y úlceras de la piel las trata con la planta «diente de león».
 - Para el cáncer de pecho, diabetes, manchas blancas de la piel y hepatitis tiene unos preparados secretos de plantas.
- Dice que dentro de unos años podrá curar la parálisis y la ceguera.

La consulta de este curandero era similar a la de un médico: sala de espera, sala de curas-despacho con fichas de pacientes y con un diván. No permitió que se grabara la conversación porque muchas veces no se entendía bien lo que decía y se tergiversaban sus ideas. Dice que encontró la potestad para curar en la «Parapsicología aplicada a la medicina».

Cuenta que desde el principio hubo brujos y hechiceros que curaban con hierbas y con ungüentos. Con los siglos, éstos se transformaron en curanderos de tribus; danzaban, cantaban, emitían sonidos, etc. que después se convirtieron en oraciones. A lo largo del tiempo se interesaron por el uso de las plantas aprendiendo de la Naturaleza. Todas estas personas retenían en la memoria estos conocimientos; al traspasarlos a sus familiares surgieron las dinastías. Practicaban curaciones naturales. Muchas veces curaban pero otras producían la muerte. Así fueron aprendiendo hasta llegar a la actualidad¹⁴⁸.

Los primeros que utilizaron esto fueron los Bongos del Himalaya que se fueron transmitiendo la información de una generación a otra. Así se llegó a formar una cultura muy antigua en esa región. En la época más moderna se analizó toda esta información y de ahí salió el yoga, la medicina natural, la digitopuntura, etc.

Con el descubrimiento de América llegó la información verdadera a España sobre el uso de las plantas medicinales.

Más adelante habla «ya no de curar» sino de sanar. Jesucristo sanaba por potestad divina: «se acercó al ciego y sanó; se acercó al leproso y (le) sanó de la lepra». Más tarde transmitió a sus apóstoles esta capacidad de sanar. Este tipo de «potestad» la compara con la que tenía San Vicente Ferrer de que, aunque hablara en valenciano, le entendían en lugares donde hablaban otros idiomas.

¹⁴⁷ Esta planta de efectos laxantes se encuentra en la composición de muchos preparados «para adelgazar» a base de vegetales que se venden en farmacias y otros comercios.

¹⁴⁸ Una explicación un tanto particular de la experiencia, empirismo o ensayo-error.

La historia de los sanadores —señala— siguió durante los siglos XVI y XVII. Entonces los llamaban brujos y los condenaban a la hoguera.

En una época determinada se produjo una fusión del Bongo con la cultura europea a través del «Conde Cagliostro» y de «San Germain» (según unas memorias del papa Juan XXIII, que era rosacruz).

Durante la Ilustración hubo también «medicina creencial». Tuvo una gran fama y actividad Giuseppe Balsamo, que se hacía llamar conde de Cagliostro, cuyas aguas restauradoras de la juventud femenina y su elixir de larga vida, sedujeron a las personas más ilustres de Europa. Un rival suyo fue el conde Saint-Germain, que afirmó haber comido con Jesucristo en las bodas de Caná.

El entrevistado continuó hablando de su experiencia personal. De niño ya curaba a los compañeros de colegio. Inconscientemente, si alguien tenía una herida, le ponía la mano y dejaba de sangrar, si alguien tenía dolor hacía lo mismo y cesaba el dolor. Todo esto lo fue olvidando hasta que un día tuvo un accidente y se quedó paralizado de cintura para abajo. Acudió a un sanador de Madrid. Cuando le vio le dijo: «¿A qué vienes? Tu tienes capacidad divina para curar; tu estado es consecuencia de un castigo por no querer aplicar a la gente la potestad que tienes». Le preguntó al curandero cómo lo sabía y éste le contestó que lo había visto en su aura. Se dedicó a hacer lo que le había recomendado y poco a poco fue curándose de su parálisis.

Siguió contando que las personas que tienen don o gracia saben si pueden o no curar. Las manos tienen un calor muy fuerte y especial que se traduce en una fuerza superior a los «rayos ultravioleta»

Según él la parapsicología «demuestra» dos cosas: que se puede curar y que se puede hacer daño. En este último caso hay gente «que profundiza en la magia negra y que, incluso, algunos que curaban dejan de hacerlo y se convierten en angeles negros».

Cuando se refiere a los curanderos actuales dice que no son tales; que son gente que ha hecho algún curso de herboristería y que en realidad son «mancebos de farmacia».

Los sandores «vemos sin necesidad de análisis, ni de rayos X ni nada. Sabemos si una persona está embarazada o no, vemos las cavernas pulmonares; incluso sabemos si una cosa no la podemos curar». También señala que percibe cuándo una persona acude a él con mentiras.

Al final hizo una especie de resumen. Los adivinos o visionarios perciben pero no curan. Los curanderos no perciben pero curan. Los sanadores perci-

ben y curan. Para profundizar en el tema recomendó la lectura de dos libros: *La revelación bíblica y la parapsicología* y *Las profecías de Juan XXIII*.

Abordar el estudio de esta figura es bastante complejo. Básicamente lo que puede afirmarse es que en la práctica no se diferencia gran cosa del resto de los curanderos que hemos visto hasta ahora. Sin embargo, parece que está claro que a través de la lectura de una serie de libros y revistas, ha construido una interpretación muy personal de lo que él es y hace, integrando subjetivamente elementos muy dispares. Este tipo de figuras se prodiga cada vez con más frecuencia. La influencia de los medios de comunicación, de un tipo peculiar de publicaciones, la posibilidad de hacer cursillos y de toda una serie de circunstancias sociales están produciendo algunos cambios en los curanderos rurales y urbanos. El fenómeno está poco estudiado en Europa y nada en nuestro entorno. Para mucha gente, lo que dice un libro puede convertirse en la «verdadera explicación de un fenómeno», un diploma (el aspecto formal del mismo) puede interpretarse como una garantía de que el que lo posee está capacitado para algo. La necesidad de ascender en la escala social trae consigo algo parecido a lo que podría ser una «profesionalización» y en el campo que estamos analizando se habla de una serie de competencias, de la necesidad de tener un consultorio, de cobrar por el servicio prestado y por las inversiones realizadas, etc. Sería necesario estudiar todos estos fenómenos porque nos revelarían muchas cosas sobre el curanderismo y sobre la situación actual de la asistencia sanitaria.

Los aspectos mágicos

El tema de las creencias mágico-religiosas aparece repetidamente en todo lo que llevamos dicho. Aspectos como la religión, los mitos, el rito y la magia han sido muy importantes para la antropología y su estudio es uno de los más complejos. En la literatura antropológica son muchos los autores que se han ocupado del tema de la magia; podemos mencionar aquí a J. Frazer, E. Tylor, M. Mauss, L. Lévy-Bruhl, B. Malinowski, J. Cazeneuve, y E. Jensen¹⁴⁹, entre otros.

La diferencia fundamental entre lo que llamamos técnicas prácticas o de sentido común para hacer las cosas y las maneras rituales o mágico-religio-

¹⁴⁹ Véanse por ejemplo FRAZER, J. (1993), MAUSS, M. (1991), MALINOWSKI, B. (1954), LEVY-BRUHL, L. (1985)

sas de hacerlas, reside básicamente en la ausencia o presencia de un elemento simbólico institucionalizado en aquello que se hace¹⁵⁰. Tenemos la tendencia a pensar que en las sociedades «avanzadas» toda actividad humana es práctica y científica e imputamos a otras culturas actividades de carácter sobrenatural sin mirar a nuestro alrededor. El hecho de establecer distinciones entre lo natural y lo sobrenatural conduce a cometer estos «pecados»; la mayoría de los pueblos no dividen el mundo en dos esferas que se excluyen mutuamente.

No pretendemos estudiar aquí de forma minuciosa el tema de la magia. Igual que Olavarrieta sólo queremos hacer mención de los elementos que puedan ser de utilidad para la investigación empírica. Ella lo hace mediante la contraposición de los conceptos «magia», «ciencia» y «religión» para comprobar si existe en la realidad sociocultural un sector o una parte de fenómenos que puedan rotularse como «magia», o bien, si el contenido que se ha asignado a ésta puede ser incorporada dentro de las otras dos. Podemos hacer, por tanto, las siguientes consideraciones:

— Existe una cierta semejanza entre el procedimiento mágico y el procedimiento técnico que se origina en la ciencia. Los dos suponen un control humano que se ejerce sobre fuerzas naturales (naturales para la ciencia, y naturales y sobrenaturales para la magia). La ciencia emplea medios reales¹⁵¹. La magia medios simbólicos junto con los reales. Ciencia y magia se proponen modificar la realidad, pero lo hacen con recursos diferentes.

— El elemento simbólico de la magia es lo que la acerca a la religión. Las dos tratan con una realidad culturalmente definida que incluye entidades y fuerzas que la ciencia no reconoce. La religión utiliza medios simbólicos — rituales— como la magia, pero difiere en los fines que persigue. El ritual es un fin en sí mismo; busca objetivos muy abstractos como el contacto con seres sobrenaturales. La plegaria persigue a veces fines utilitarios, pero de forma distinta a como lo hace la magia, es decir, son secundarios.

— En resumen: a) Magia y ciencia convergen en cuanto a fines y divergen en cuanto a medios. b) Magia y religión convergen en cuanto a medios y divergen en cuanto a fines. c) Ciencia y religión divergen en cuanto a medios y fines.

¹⁵⁰ BEATTIE, J., 1993, pp. 264-265.

¹⁵¹ Esto no significa que despreciemos la eficacia simbólica de muchos elementos que usa la medicina moderna.

Esto explica que las manifestaciones mágicas son empíricamente indisolubles de las religiosas y de las técnico-científicas, muchas veces. El hecho de comparar la magia, la ciencia y la religión y de establecer semejanzas y diferencias no se agota en lo dicho. Además de consistir en medios para la consecución de ciertos fines humanos, constituyen fenómenos más complejos cuya totalidad es imposible discutir aquí¹⁵².

Las tres categorías pueden constituir enfoques de la realidad o, en palabras de Geertz¹⁵³, perspectivas. Olavarrieta trata de ubicar la perspectiva mágica a partir de la caracterización que hace Geertz de las perspectivas científica y religiosa. Éste parte de la «perspectiva de la realidad» según los términos del «sentido común» cuya característica fundamental es la simple aceptación del mundo tal como parece ser y en la concentración del sujeto en una motivación pragmática: acomodar el mundo para que sirva a sus propios deseos y, cuando no es posible, adaptarse a él.

Con una perspectiva científica desaparece la simple aceptación de las apariencias cotidianas así como la motivación pragmática inmediata para ser sustituida por la duda deliberada, la indagación sistemática, y el análisis del mundo en términos de conceptos cuyo manejo formal está muy lejos de las concepciones informales del «sentido común». La perspectiva religiosa busca más allá de las realidades de la vida cotidiana y en su definido interés en la aceptación y fe en estas últimas, no en una acción sobre ellas.

La perspectiva mágica trasciende lo que aparentemente es real al reconocer la existencia de fuerzas o procesos en los que el sentido común no penetra. También lo hace cuando reconoce las realidades últimas de la perspectiva religiosa. Busca el control sobre lo sobrenatural y mediante procedimientos rituales coercitivos, intenta manipular sus acciones y sus fuerzas. Sin embargo, también persigue la influencia sobre las fuerzas y procesos naturales e incluso sobre la conducta humana. Tal como afirma Olavarrieta¹⁵⁴, la magia otorga reconocimiento a las realidades de la religión, ope-

¹⁵² OLAVARRIETA, M. (1989), p.49.

¹⁵³ Para Geertz «una perspectiva es un modo de ver en el sentido amplio en el que «ver» significa «discernir», «aprehender», «comprender» o «captar». Se trata de una manera particular de mirar la vida, de una manera particular de concebir el mundo, como cuando hablamos de una perspectiva histórica, una perspectiva científica, una perspectiva estética, una perspectiva de sentido común o hasta de las singulares perspectivas que se presentan en sueños y alucinaciones». Véase GEERTZ, C. (1992), pp. 105-106.

¹⁵⁴ OLAVARRIETA, M. (1989), p. 51.

rando sobre ellas con la misma voluntad de dominio. Si el hombre situado en perspectiva religiosa se somete a los designios divinos, el mago persigue el control sobre las agencias sobrehumanas y, por medio de procedimientos rituales de carácter coercitivo, intenta manipular sus acciones y sus fuerzas. Aparte de esto, la magia también pretende tener influencia sobre las fuerzas y procesos naturales así como sobre la conducta humana. Como la ciencia, utiliza este control para beneficiar o dañar. El rito mágico tiene como valor máximo el de la eficacia, cosa que habría que estudiar detenidamente porque el cariz de ésta es distinto al de la eficacia científica.

Hemos señalado que la folkmedicina es un sistema empírico-creencial. Ahora podemos afirmar que, cuando hablamos de creencias estamos refiriéndonos en parte a la magia. Ésta y la religión están muy presentes en los procedimientos terapéuticos empleados por los curanderos aunque, muchas veces, con falta de orden y claridad. Como hemos visto, ambas comparten el reconocimiento de ciertas «realidades sobrenaturales» con las que el hombre contacta a través del rito y sus elementos tanto ideológicos como materiales. También suponen las dos el acercamiento humano a lo numinoso aunque de forma distinta. La magia quiere manipular y manejar lo numinoso para servirse de él, orientándolo a la medida de los deseos humanos por medio de los símbolos.

Los curanderos, en este sentido, participan de esa ambivalencia que es lo numinoso. Por las características de su especial condición llevan una «carga numinosa», lo que, como hemos visto, les confiere peculiaridades a su rol social.

Una de las consecuencias de todo lo dicho es que, en un trabajo de campo que pretenda estudiar la magia, debe partirse del examen de procedimientos concretos. Debe buscarse el «rito» que es la entrada empírica¹⁵⁵. La teoría que lo sostiene y que explica su eficacia se realiza *a posteriori* por vía de la abstracción. Podemos definir el rito como la disposición concentrada y fijada de símbolos con muchos elementos llenos de significado. Asimismo se ha referido a formas de comportamiento establecidas y desprovistas de significado técnico-utilitario inmediato. En estos sentidos, la mayoría de los actos religiosos y mágicos son rituales.

¹⁵⁵ OLAVARRIETA, M. (1989), p. 57.

También estamos de acuerdo con la opinión de Caro Baroja de que hoy existe una tendencia a estudiar la magia partiendo de trabajos realizados a finales del siglo XIX y principios de la presente centuria. Los antropólogos responsables de éstos, algunos de los cuales ya hemos mencionado, tuvieron que luchar mucho para que lo que eran datos observados no se salieran del marco de sus definiciones y clasificaciones. En términos de método científico, resulta una cierta debilidad de las hipótesis para explicar la realidad observada. Con esta afirmación Caro Baroja¹⁵⁶ se refiere a que el estudio histórico de las civilizaciones con escritura, como la nuestra, nos proporcionaría tanta o más información que la que se recoge en el terreno. Esto le lleva a afirmar que las concepciones del mundo que permiten el desarrollo mágico son muchas y diversas, incluso contradictorias, repletas de vínculos que se rompen o reestablecen según las circunstancias. No se puede buscar un denominador común basándose en uno, dos o tres rasgos; la operación mágica es siempre más compleja y el pensamiento mágico tiene muchas raíces.

Este autor nos advierte de que deben acogerse con prevención los sistemas generales, las síntesis de origen antropológico, y que el estudioso ha de describir a la luz de los datos, no uno, sino todos los «sistemas mágicos» que se le presenten, sin cuidarse mucho de si se ajustan o no a las definiciones de la «magia» y «lo mágico» hechas por Tylor, Frazer, Durkheim, Marett, Malinowski y otros antropólogos más modernos y poco conocidos (también por psicólogos y teólogos), que viven en perpétuas logomaquias, porque parten de un punto de vista profesional según el cual todo lo que se haya escrito acerca de éste y otros temas similares antes de la segunda mitad del siglo XIX no tiene mayor importancia; en cambio es cada vez más apreciado lo que discuten, entre ellos, hombres que casi siempre saben cosas muy parecidas e ignoran también cosas semejantes, que manejan su bibliografía de revistas especializadas, sin salir a mundos ajenos, en los que creen que no hay gran cosa que aprender¹⁵⁷.

En los pueblos europeos la magia ha sido considerada como «cierta actividad fundada en un *vinculo de simpatía o afinidad*, establecido o refrendado por un *pacto* u operación de carácter más o menos contractual, entre ciertos seres humanos y ciertas potencias sobrenaturales o divinidades, de suerte

¹⁵⁶ CARO BAROJA, J. (1973), p. 7-13.

¹⁵⁷ CARO BAROJA, J. (1990), vol. I, p. 38.

que estas potencias o divinidades satisfacen los deseos y pasiones de los hombres y éstos hacen entrega de una parte de su ser, o la totalidad de éste, a las mismas potencias, sobrenaturales o preternaturales, que unas veces son malignas y otras no, pero que siempre tienen un carácter específicamente ligado con algún aspecto de la «psique» humana: amor, odio, deseos en general»¹⁵⁸.

También queremos señalar que los hechos mágicos en relación con unos hombres o con sociedades concretas están determinados por la imagen de las diferentes partes y momentos del cosmos y del mundo. Como dice Caro Baroja¹⁵⁹, tanto en el mundo antiguo como en otros observables hoy, la magia considerada de forma objetiva, no constituye en sí misma un sistema al que se puede recurrir como se hace a una ciencia particular. En cualquier caso, la magia es una respuesta peculiar que da al hombre a una serie de hechos concretos.

No obstante, podemos establecer algunos grupos. La magia basada en la simpatía o analogía se funda en la similitud y afinidad que puede existir entre aquéllo que se desea y aquéllo que se ofrece. Se supone una correspondencia que halaga el poder sobrenatural y lo decanta hacia el bien o hacia la realización de aquéllo que se quiere. Pueden considerarse dos tipos: la magia de similitud y la magia contaminante. A la primera¹⁶⁰ pertenecen todos aquellos ritos que se igualan con el que se quiere poseer. Por ejemplo, en España existe la creencia de que beber sangre de toro da fuerza y virilidad, y que comer sesos aumenta la inteligencia.

La segunda, la magia contaminante¹⁶¹ o de contacto, pretende curar transmitiendo a un objeto la enfermedad. Aquí podemos poner como ejemplo el hecho de usar un conejo abierto en canal sobre el vientre para curar la inflamación y el dolor grave de esta parte del cuerpo. También se podrá reconocer este tipo de magia cuando se analizan los remedios para tratar orzuelos, verrugas, etc¹⁶².

La magia analógica está asimismo presente en aquéllo que designamos como «maniobras diagnóstico-terapéuticas», como «pasar la *llista*», «trencar

¹⁵⁸ CARO BAROJA, J. (1990), p. 38. Las cursivas son del autor.

¹⁵⁹ CARO BAROJA, J. (1973), p. 7-13.

¹⁶⁰ FRAZER, J. (1993), p. 35-62.

¹⁶¹ FRAZER, J. (1993), p. 63-70.

¹⁶² Véase el apartado relativo a remedios de FRESQUET, J.L. *et al* (1994), pp. 145-163.

els golls», etc. aunque es muy difícil penetrar más allá de la pura descripción de las ceremonias curativas.

También encontramos el pensamiento analógico en el uso de las plantas medicinales. Una de las creencias populares relacionada con el empleo de las plantas que gozan de propiedades terapéuticas es la noción de signatura, por la cual en los vegetales existen señales que se supone puestas por la divinidad, que facilitan al hombre el conocimiento de sus secretos. Como ejemplos podemos poner la pulmonaria o *Lobaria pulmonaria* Hoffmann, empleada para los llamados «catarros pulmonares», por su semejanza con el pulmón humano, y el trébol de prado o *Trifolium pratense* L., utilizado para el tratamiento de las cataratas por la figura angular blancuzca que se halla en sus foliolos.

Hemos recogido catorce usos mágicos de otra tantas especies de plantas en la Ribera Alta¹⁶³. La mayor parte de éstos pueden explicarse por la magia contaminante o de contacto. Las hojas del *Nerium oleander* L. o adelfa, las del olivo u *Olea europaea* L., los garbanzos (*Cicer arietinum* L.) y los ajos (*Allium sativum* L.) se emplean contra las verrugas mediante procedimientos parecidos. Las palas de la *Opuntia*, colocadas a la entrada de las casas, protege a sus moradores al atraer hacia sí los celos y las envidias de otros.

Algunas veces, como en el caso del *Papaver somniferum* L. contra el dolor, y del *Crataegus oxyacantha* L. contra el dolor de muelas, no se administran ni se ingieren sus infusiones (que podrían tener algún efecto) sino que se espera que llevándolos en el bolsillo o colgados del cuello transmitan sus propiedades. La *Ruta angustifolia* Pers. y especies afines, se usan para dar ganas de comer a los niños siempre que se den mezcladas con la leche de una mujer que esté amamantando a un niño de sexo contrario.

Los casos del *Teucrium buxifolium* L. o rompepiedras y el de las hojas de vid (*Vitis vinifera* L.) merecen mención aparte. El primer caso es el típico ejemplo de uso por analogía. Esta planta crece entre las grietas de las rocas; lo hace como si tuviera la capacidad de romperlas. Por este motivo se emplea para deshacer las piedras de riñón. El segundo caso es típico de la magia de contagio pero utilizada esta vez para establecer el diagnóstico de la inflamación de vientre. Se ponen por la noche algunas hojas sobre el vientre del enfermo. Si la mañana siguiente están secas es signo de que hay inflamación.

¹⁶³ Corresponden a los números del inventario siguientes: 4, 9, 38, 59, 67, 73, 80, 82, 85, 96, 104, 106, 112 y 127.

El origen de los rasgos

Algunos antropólogos que han alcanzado un prestigioso lugar en el terreno de las ciencias sociales, han formulado hipótesis que todavía están vigentes o que ya han sido abandonadas, basándose, por lo general, en el estudio sistemático de pueblos primitivos y de colectividades indígenas de los cinco continentes. Esto nos permite saber que muchas prácticas que aquí hemos intentado describir en la Ribera Alta se realizan también en otros lugares muy alejados y por gente muy distinta a nosotros.

Sin embargo, los estudios llevados a cabo por historiadores, filólogos y profesionales de otras disciplinas sobre nuestra civilización, han circulado mucho menos que los anteriores, como es el caso de los escritos de Caro Baroja¹⁶⁴.

Igual que Hegel, muchos autores consideraron que el pensamiento mágico es más antiguo y primitivo que el religioso. Asimismo, los procedimientos de tipo coercitivo y conminatorio empleados por los que creen en la magia, para obtener resultados benéficos o maléficos, serían anteriores a los empleados en las sociedades con una religión organizada y con ritos adecuados para impetrar el favor de las divinidades¹⁶⁵. Después el tiempo demostró que era muy difícil separar lo mágico de lo religioso¹⁶⁶ en civilizaciones como los egipcios. Los ritos religiosos estaban unidos a actos de tipo mágico y cada grupo de creencias religiosas contaba con su magia particular.

Por otra parte, tenemos la tendencia a considerar lo religioso como un bloque dogmático sólido sin tener en cuenta que para la gente en general la religión es algo con una extraordinaria riqueza de matices distintos, contradic-

¹⁶⁴ Obsérvese la condendencia de este autor cuando dice: «Convendría que los antropólogos se familiarizasen con textos como éste y otros antiguos: así comprenderían la unilateralidad básica de las tesis de algunos de ellos. No fue Tylor el primero que habló de la Magia como una pseudociencia, ni Frazer el que halló que se ajustaba a la idea de «simpatía», ni Malinowski el que descubrió en la pasión frustrada el ingrediente principal de muchos hechizos, ni Marett o Durkheim —claro es— los que por vez primera consideraron la magia como una actividad eminentemente antisocial, expresión de un fiero individualismo» en CARO BAROJA, J. (1990), vol. I, p. 52.

¹⁶⁵ CARO BAROJA, J. (1973), p. 30.

¹⁶⁶ JOHN BEATTI (1993, p. 284), por ejemplo dice: «Todo intento para distinguir claramente la magia de la religión será necesariamente arbitrario, ya que la diferencia entre la idea de la existencia de un poder mágico en las cosas y la idea de que existe un espíritu más o menos personalizado en las cosas, es en gran medida una diferencia de grado».

torios, que afloran, sobre todo, cuando se les considera en sus dimensiones más humanas, psicológicas y sociales¹⁶⁷.

Para luchar contra la enfermedad, unidos estrecha o débilmente a la magia y a la religión, el hombre ha contado siempre con una serie de objetos que ha hallado por casualidad, por imitación del comportamiento animal, y porque la experiencia ha demostrado su eficacia. Otras veces se ha apropiado o ha aculturado los remedios que otros hombres han descubierto. Lo mismo cabe decir de algunas técnicas terapéuticas. Cualquier tipo de medicina es una compleja amalgama de elementos de distintas procedencias geográficas históricamente sedimentadas.

Podemos establecer una relación entre algunos rasgos de la medicina popular actual y otros del pasado. Sin embargo, hacer un análisis exhaustivo está fuera de nuestras capacidades; sólo queremos referirnos a algunos elementos que han aparecido en el terreno¹⁶⁸, contextualizándolos en las obras de prestigiosos historiadores y filólogos¹⁶⁹.

Podríamos rastrear la procedencia de los distintos elementos de la medicina popular a modo de estudio estratigráfico. Sin lugar a dudas nos encontraríamos con los legados de sociedades y civilizaciones diferentes. Entre éstas pueden figurar la medicina asirio babilónica, la medicina mágico-religiosa y la medicina «fisiológica» griegas, y el helenismo médico cristiano. Pero también, —por qué no— encontraríamos elementos de otros grupos como los iberos. En nuestro trabajo no hemos hablado de exvotos, todavía presentes en nuestra sociedad; éstos fueron frecuentes en la España ibérica¹⁷⁰. Los santuarios de estas comunidades estaban consagrados probablemente a númenes locales, de los que para el ciudadano el factor verdaderamente importante no era su figura, sino su función. Los genios ibéricos debieron ser

¹⁶⁷ CARO BAROJA, J. (1985), p. 30.

¹⁶⁸ Para los autores que se han ocupado de estos temas existe una ausencia de documentación fehaciente y abundante para la época de la Grecia arcaica y clásica. Los que se poseen de Cicerón, Plinio, Plutarco, etc. se sitúan en un periodo de dos siglos en torno a la era cristiana.

¹⁶⁹ Hemos de advertir al lector que en este campo pueden encontrarse con algunos comentarios hechos por personas atrevidas, que contienen afirmaciones «brillantes e ingeniosas» como la que dice que «no faltan quienes se dedican a explicar fenómenos actuales resucitando a unos fantasmas culturales, desaparecidos hace siglos, en un empeño más parecido al espiritualismo que a la antropología». Nosotros no queremos entrar en discusiones estériles de este tipo que poco aportan a lo que pretendemos en un estudio como éste.

¹⁷⁰ VÉASE BLAZQUEZ, J.M. (1991).

similares a las deidades africanas, de las que se asegura que eran fundamentalmente las dispensadoras de la fecundidad. Como afirman algunos estudiosos del tema, la religión ibérica debió ser de un gran pragmatismo; el ibero buscaba ante todo en el culto una utilidad práctica, de forma muy cercana a la etrusca primitiva y a la bereber. Otra característica fundamental es que en los santuarios ibéricos no hubo asimilación a ningún dios griego o romano. Con la ofrenda de exvotos los pacientes o sus familiares trataban de perpetuar su presencia en el numen.

Por idénticos motivos podríamos rastrear la presencia de algunos elementos procedentes de los moriscos, tanto de la medicina musulmana como de la folkmedicina correspondiente. La primera, según ha demostrado Luis García Ballester¹⁷¹ llegó a desintegrarse. El ejercicio de los alfaquíes médicos se limitaba a su comunidad. Desconectados crecientemente de todo saber científico, desvinculados de sus fuentes originales, reducidos a unas condiciones de vida propias del peonaje campesino y sometidos a presiones sociales, políticas, y religiosas, es lógico que acabaran en el curanderismo, aunque fueron tolerados. El proceso social por el que se pasó de la medicina científica a la folkmedicina en la minoría musulmana culminó en la Baja Edad Media. Este tipo de curanderos llegó a tener gran vigencia por razones sociales y económicas: falta de asistencia en sectores amplios de la población por parte de la medicina científica; presencia de enfermedades crónicas o incurables; sustitución inadecuada de moldes culturales con una puesta en marcha de medidas represivas, etc. El tema es complejo y en realidad las creencias moriscas compartían mucho de sus elementos con las grecorromanas.

Vamos a centrarnos ahora en el tema de la enfermedad en el origen de nuestros pueblos. Todos los testimonios que poseemos del comienzo vienen, como dice Gil, de la época helenística y romana cuando la medicina técnica hacía siglos que se había constituido. Ésta tuvo que convivir con algunas creencias y prácticas anteriores. Hay que tener presente que la ilustración griega no caló en todos los estratos de la sociedad como muchos piensan. Laín¹⁷² también nos explica que entre los siglos V y IV a. C. junto con la medicina

¹⁷¹ GARCÍA BALLESTER, L. (1984).

¹⁷² LAIN ENTRALGO, P. (1961). p. 32-33. Laín, cuando se pregunta ¿Cómo se ha efectuado, en lo relativo al pensamiento médico, el tránsito del *mythos* al *lógos*...?. La respuesta adecuada a estas interrogaciones supone toda una historia del pensamiento griego... (p. 30).

«oficial» o «hipocrática», fundada en la ciencia de la *physis*, había otra suburbana, fiel a las concepciones y prácticas arcaicas: origen divino de la enfermedad, sueños en los templos, ritos catárticos¹⁷³, etc. Continuaba siendo una medicina íntimamente fundida con la religiosidad tradicional y ligada, por tanto, a la concepción ético-naturalista de la enfermedad humana. Los conjuros terapéuticos por imposición de manos o mediante la elocución de ciertas palabras rituales se usaban todavía en el siglo V a. C. con la intención de curar¹⁷⁴. También es cierto, como ocurre en otras sociedades actuales¹⁷⁵, que las enfermedades cuyo origen es visible, exigían remedio «técnico»¹⁷⁶. Podemos afirmar, pues, que la medicina «fisiológica» convivió con una medicina creencial por la perduración de las creencias religiosas y acaso también por razones económicas y sociales. Las palabras de Laín acerca de que la medicina creencial era frecuentada por una abigarrada mezcla de «neuróticos, deshauciados, enfermos crónicos, desvalidos, pícaros y gentes menesterosas de una creencia viva y sensible en la eficacia sanadora de ciertos poderes sobrehumanos» son sugerentes pero, posiblemente, habría que añadir un «pero no siempre». En los curanderos que nosotros hemos estudiado en este libro nos aparecen también los rasgos que aquí hemos comentado. Allí se curaba en virtud de los poderes sobrehumanos que les habían sido concedidos por los dioses; aquí sucede lo mismo.

También hay que establecer una separación entre «empirismo» y «técnica», como hace Gil. La medicina empírica es aquella que se basa en la observación de los hechos y una rudimentaria experimentación, adobada por siglos de experiencia. La medicina técnica, por lo contrario, trata de adoptar una actitud objetiva frente a la realidad pero con métodos diferentes a los de la ciencia moderna. Bien con un carácter empírico o bien bajo la forma mágico-religiosa, y a pesar de la creación de la medicina técnica, existió una medicina popular que ha perdurado hasta hoy con algunas de sus características. Ya

¹⁷³ Sobre la mántica, la kátharsis y la incubación o sueño en el templo véase LAIN ENTRALGO, P. (1961), pp. 35-40.

¹⁷⁴ LAIN ENTRALGO, P. (1961), p. 33.

¹⁷⁵ Véase por ejemplo NYAMWAYA, D. (1987), así como las distintas sociedades o grupos tratados por GEORGE PETER MURDOCK (1987).

¹⁷⁶ Expresivos son los versos del *Ayax* de Sófocles, en el que el protagonista anuncia su decisión de darse muerte violenta: «¡No es de médico sabio salmodiar ensalmos, frente a la dolencia que pide cuchillo!».

hemos dicho en la introducción que la folkmedicina evoluciona en el tiempo y coge elementos de diversas culturas. Por tanto, si hacemos una proyección desde la actualidad, podríamos decir que la medicina «fisiológica» convivió además con una medicina popular, creencial y empírica en su conjunto.

Tal como afirma Gil, es imposible establecer una delimitación entre dónde comienza el empirismo y dónde acaba la magia; más difícil es hacerlo entre lo mágico y lo sagrado¹⁷⁷. Para el griego antiguo, igual que para muchas sociedades del pasado y del presente que interpretan y estructuran su mundo con explicaciones finalistas, la idea de la enfermedad como castigo, de la divinidad ofendida y del hombre pecador, con el restablecimiento del orden alterado por la acción unilateral de la culpa, saciaba tanto las exigencias de la biología como las de la ética. También hay que pensar que esta idea se comparte con otras como la causalidad, el accidente, y la predisposición a sufrir un determinado padecimiento (explicaciones ambientales y de «simpatía»).

Nosotros no hemos encontrado esta idea punitiva de la enfermedad en los entrevistados. Puede ser que no se buscara y, por tanto, no se ha manifestado. Junto con esta concepción hay otras que sí se pueden reconocer. Una es la concepción materialista por la cual la enfermedad es una cosa externa que se instala en las superficies del cuerpo o penetra en su interior. Otra es la dinamista, que cree en una fuerza misteriosa que emana de las divinidades, de ciertos individuos, de algunas cosas u objetos, y que se transmite por contacto. Para finalizar, existe una manera demoníaca de representar la enfermedad según la cual ésta deriva de la acción de un ser más o menos de índole espiritual o pneumática.

Estas concepciones de la enfermedad dan lugar a diversos procedimientos terapéuticos. Hay algunos que son típicamente dinamistas, otros son demonistas, pero una buena parte ocupa una posición intermedia, como los que se emplean en la terapéutica catártica.

Bajo las limpiezas o «catarsis» de carácter medicinal, subyace la concepción de la enfermedad como «mancha», similar al pecado o a la culpa. Esta se produce por una sedimentación externa, por el efecto de un contagio dinámico, o bien por la acción impurificadora de un *demon* sobre el cuerpo o el alma

¹⁷⁷ Gil también añade que para miembros de una religión rival o diferente puede ser fórmula mágica, bien por el abominador carácter que presume en sus términos, bien por la incorrecta interpretación de estos. (GIL, L. 1972, pp. 272).

del enfermo. Los ritos antiquísimos de la medicina catártica tienen sus raíces en el materialismo y en las creencias religiosas. Las prácticas están encaminadas a limpiar y es normal que el agua desempeñe un papel muy importante. En las obras de Láin¹⁷⁸ encontramos la explicación de la progresiva conversión de la *kátharsis* primitiva, llena de significados religiosos i éticos, en la *kátharsis* puramente natural y exonerativa de los escritos hipocráticos. También afirma que en la primera mitad del siglo IV a. C. pervivieron en Grecia, conexas entre sí, tres concepciones de la *kátharsis*: la tradicional (purificación religiosa, ritual, de alguna cosa o de alguien moralmente impuro), la intelectualizada de Platón y Arsitóteles, y la concepción estrictamente médica (*kátharsis* como exoneración espontánea o medicamentosa de la *materia pecans*).

Muchos de los elementos que hemos comentado a lo largo de este capítulo pueden agruparse bajo el rótulo de «terapéutica transferencial», que se basa en la noción dinamista de la enfermedad; Gil¹⁷⁹ diferencia entre *contactus* y *contagio*. El contacto puede establecerse con una divinidad o persona portadora de una *dynameis* sanadora; la fuerza del padecimiento, al recibir la acción de otra más poderosa, es neutralizada o desaparece. La transmisión se efectúa no sólo por imposición de manos, el beso o el toque de otros miembros, sino a distancia, por medio de la mirada o la palabra. Este *contactus* en Roma era siempre producido por una divinidad, un curador, especialmente cualificado, o bien cualquier objeto sacro impregnado de una *dynameis* divina¹⁸⁰. Este elemento puede verse en algunos de los curanderos descritos en este libro. Aparte del *contactus* numinoso existía también un *contactus* natural de las virtudes específicas de ciertos elementos que se pensaba que se transmitían directamente al enfermo o a la parte del organismo afectada por la dolencia, según la acción de la homeopatía o de la alopatía¹⁸¹.

¹⁷⁸ Véase por ejemplo, LAIN ENTRALGO, P. (1962), pp. 32-44.

¹⁷⁹ GIL, L. (1972), pp. 278-280. A su vez este autor se basa en la distinción de WAGENVOORT (1947), *Roman Dynamism*, Oxford.

¹⁸⁰ Este es un procedimiento típico de la medicina religiosa de toda época y lugar, del que no existen demasiados testimonios para la época arcaica (GIL, 1969, p. 157). En las páginas siguientes Gil pone multitud de ejemplos que aparecen en la literatura clásica sobre curaciones realizadas por *contactus*.

¹⁸¹ El ejemplo que utiliza Gil de contacto homeopático sería el de la placenta de perra que aceleraba el parto, siempre que no hubiera tocado la tierra.

Por el contrario, cuando se quiere operar por contagio, se traspaasa la enfermedad a un ser humano, a un animal o bien a la tierra. La curación por este procedimiento se basa en la noción de transmisibilidad íntegra del morbo que se une a otro tipo de creencias. Por ejemplo, para curar los dolores internos se empleaba un perrillo lactante al que se oprimía y se movía sobre el abdomen del enfermo; la dolencia pasaba al animal y si se le sacaban las vísceras era posible diagnosticar, una vez que se las hubiera lavado bien con vino¹⁸².

En ambos casos (*contactus* y *contagio*) hay que contar con la acción a distancia y con los diversos efectos de la homeopatía. Podríamos aportar multitud de ejemplos. Asclepio realizaba curaciones durante la *incubatio* por la simple imposición de manos. Lo mismo hacen muchos curanderos de hoy. También se une a ellos la fuerza mágica de algunas secreciones comunes a todos los hombres, como la saliva, la leche, etc. cosa que hemos visto en algunos casos estudiados. El poder de la persona y el contagio explica el hecho de que algún curandero «absorba» el mal y lo expulse después de su cuerpo mediante varios procedimientos, igual que hacen algunos curanderos de las tribus de los Jívaros, que «chupan la enfermedad» del cuerpo del enfermo y la lanzan al suelo a través de la saliva.

La acción del contagio puede utilizarse en sentido contrario. Se puede transmitir la enfermedad a un objeto y éste lo transmite a otra persona o se lo queda. En este apartado se pueden incluir muchas maniobras para curar las verrugas y los orzuelos¹⁸³.

En las curas por homeopatía y transferencia puede establecerse una relación muy directa con la materia médica. Dos son los principios fundamentales: lo semejante favorece a lo semejante y lo semejante arrastra a lo semejante. Para la medicina popular del pasado y del presente, todos los remedios vegetales, minerales y animales pueden equipararse. La acción homeopática de los últimos puede entenderse con bastante facilidad; en nuestro medio es manifiesto en el caso de muchos alimentos, como antes hemos explicado. En el de los vegetales es más difícil. No obstante, las analogías del color son muy claras. Cualquier sustancia roja servía para detener la hemorragia. En otro trabajo encontramos el uso del pimiento rojo (no el

¹⁸² Ejemplo que ofrece Gil tomado de Plinio, *Nat. hist.* XXX, 104.

¹⁸³ Véase FRESQUET, J.L. *et al* (1994), pp. 148, 153, 158-159

verde), contra las hemorragias. Respecto a «lo semejante arrastra a lo semejante», también disponemos de muchos ejemplos. Existe la tendencia a considerar que muchas sustancias administradas, incluidos los medicamentos, ejercen una acción de lavado, como los purgantes. En el tratamiento de la ictericia se creyó que muchas cosas amarillas que se administran arrastran consigo por la orina lo amarillo del enfermo. Esta creencia también está presente en la medicina hipocrática. En este sentido, las analogías entre la medicina popular y la medicina clásica griega son palmarias. Las palas de la opuntia, repletas de espinos, atraerían hacia su superficie punzante la envidia y los celos, uso que acabamos de mencionar.

Estas nociones están también presentes en la creencia en el mal de ojo, más en Roma que en Grecia. Para prevenirlo puede emplearse un amuleto con el objetivo de que transmita al portador su *dynameis* específica. Esta fuerza deriva de su naturaleza, según el encuadramiento en cadenas de atracción (*sympatheia*) o repelencia, o de una consagración con ritos especiales, o de las fórmulas mágicas y dibujos tallados, grabados o pintados en el objeto.

Asimismo podemos hablar del uso de la palabra con la finalidad terapéutica, tan antiguo como Homero que, según Gil, adquiere tres formas: la imperativa, de la plegaria; la conminativa, de la medicina mágica; y el *terpnos logos*, a partir del cual se desarrolló la técnica incipiente de la psicoterapia. Esto, que podemos denominar «logoterapia mágica» no es un método terapéutico independiente sino más bien subsidiario. La primera forma de esta técnica que apareció fue la epódica, de acuerdo con la concepción dinámica del mal y de las virtudes de las cosas que lo sostienen. Su objeto es provocar la aparición de fuerzas ocultas y despertar poderes que están como dormidos en las cosas, para asociarlos al acto que realiza quien la pronuncia. El segundo tipo es el exorcismo, que se generalizó en la época imperial y cristiana. Esta está ligada a la representación demoníaca de la enfermedad. Persigue la expulsión de un demon introducido en el cuerpo del paciente para transferirlo a otro lugar. Es muy difícil saber si las oraciones secretas que pronuncian los curanderos, o personas que realizan maniobras diagnóstico-terapéuticas, tienen algo que ver con esto, teniendo en cuenta que el tema de la religión cristiana ya se ha interpuesto. Se puede pensar que, a veces, la ora-

ción tiene un poder curativo *per se*, y que es el vehículo de comunicación con la divinidad para la obtención de la sanación.

Respecto al cristianismo, aparte de lo visto al hablar de la «gracia», podemos hacer referencia a Laín, quien en su obra *Enfermedad y pecado* analiza la relación entre la medicina y esta religión en tres epígrafes: la novedad «antropológica», la enfermedad en los primeros textos cristianos, y la realización histórica de la actitud cristiana frente a la enfermedad. Nos interesa repasar, aunque sea superficialmente, el primero.

La predicación de Jesús supuso un cambio profundo y radical en la visión humana del mundo y del hombre¹⁸⁴. En lo que se refiere a éste, las novedades más importantes son: a) la afirmación explícita de la intimidad psicológica y moral del individuo; b) la afirmación radical de la supramundinidad de todo hombre, el haber estado creado por Dios a imagen y semejanza suya; finalmente, c) la doctrina de que la perfección de las relaciones humanas consiste en el amor de caridad. Un amor que, a diferencia del amor helénico (de deseo o de aspiración), sea liberal donación de sí mismo, efusión del ser en plenitud hacia el ser en menester o en privación¹⁸⁵. El mundo cristiano —afirma Laín—, por un estricto imperativo de su fundación, consideró siempre transnatural o transfísico el último supuesto, y el punto real de referencia de todo aquello que en la vida del hombre concierne a su libertad y responsabilidad.

El hombre, criatura física o natural, por tanto, es a la vez un ente transnatural y transfísico. ¿No se consideran así muchos curanderos? Respecto a la caridad, se puede decir que, hasta hace poco, la mayoría de los sanadores no cobraba nunca; si lo hacían, perdían la gracia.

Por otra parte, las referencias a la enfermedad y a la medicina en los textos del Nuevo Testamento son copiosas, pero Laín distingue tres tipos: metafórico, por presentar la fidelidad a Jesús como el camino para la salud del hombre; la actitud personal de éste y de los apóstoles frente a enfermedades reales; y otro, normativo, referente a las deudas del cristiano respecto al prójimo.

El cristianismo no tuvo grandes reparos en hacer suya la patología de Galeno sin aceptar sus ideas acerca de la originalidad de la materia y la naturaleza; y menos aún su concepción «fisiológica» del pecado y de la vida

¹⁸⁴ LAIN ENTRALGO, P. (1961), p. 49.

¹⁸⁵ LAIN ENTRALGO, P. (1961), p. 50.

moral. Sus doctrinas patológicas y terapéuticas arraigaron bastante bien y vivieron entre los antiguos cristianos —como dice Laín—¹⁸⁶ como en casa propia¹⁸⁷.

La actitud cristiana fue importante en su realización social ante el enfermo: se llevó a cabo sin tener en cuenta su posición social y se instituyó una asistencia médica regular sin otro móvil que la caridad.

Sin embargo, junto a esta «religiosidad oficial» u «ortodoxa» hubo otra «suburbana», con su expresión medicinal, bajo especie de supersticiones y milagrerías de tipo terapéutico. Sus formas eran extensas: exorcismos, reliquias, amuletos, astrología, ceremonias mágicas pseudocristianas, sueño en el templo, etc. Tertuliano, por ejemplo, en su *De praescriptione haereticorum*, censura a algunas mujeres que en las comunidades heréticas se atrevían a enseñar, a disputar, a exorcizar, a prometer curaciones, y acaso hasta a bautizar. La demonología, la astrología caldea, los ritos incubatorios de Epidauró penetraron de alguna manera y lograron su vigencia terapéutica en el mundo cristiano.

Sería interesante estudiar la religiosidad de los curanderos, así como la del pueblo médico y ver su relación con la salud y la enfermedad. Hay que tener en cuenta que el cristianismo afectó no sólo a la medicina científica sino también a la popular.

La medicina científica moderna y la medicina popular son saberes esencialmente distintos. Puesto que la primera posee una estructura homogénea propia, para poderse «mover» en ella es necesaria una preparación específica; debe ser aprendida. Desde que existe un pensamiento científico, éste se halla transformando continuamente el pensamiento cotidiano que podemos equiparar aquí con el popular. Sería de gran interés investigar de qué forma han penetrado en la conciencia cotidiana los diversos hallazgos científicos.

Los conocimientos que descienden de la ciencia y se convierten en lugares comunes raramente viven independientes el uno del otro; tienen un papel importante en la formación de la imagen del mundo. A nadie se le escapa la idea de que hoy en día la ciencia, y en nuestro caso la medicina, orientan

¹⁸⁶ LAIN ENTRALGO, P. (1961), p. 62.

¹⁸⁷ Esto no significa que algunos cristianos (Taciano de Asirio y Tertuliano) llegaron a creer que los medicamentos eran inútiles comparados con la eficacia de la oración y del exorcismo.

gran parte de los aspectos de la vida cotidiana¹⁸⁸. La penetración se produce casi siempre bajo la forma de la aplicación práctica de las conquistas científicas, es decir, bajo la forma de la técnica. Esto no significa, sin embargo, que no penetren también las ideas.

Tanto la medicina científica clásica como la moderna están presentes en la medicina popular. Ackerknecht¹⁸⁹ llegó a afirmar que la medicina popular actual posee un 10 por cien de medicina primitiva, un 50 por cien de galenismo y un 40 por cien de tecnología mal entendida. Creemos que no es necesario demostrarlo con ejemplos. Esta aseveración ha podido comprobarse a lo largo de los dos últimos capítulos de este libro. La presencia de la medicina grecolatina es muy notable de la misma forma que lo es la de la medicina científica moderna con la que convive.

¹⁸⁸ Podría establecerse un cierto paralelismo entre lo que A. HELLER (1994) denomina «pensamiento cotidiano» con lo que nosotros llamamos «popular». Véase también el trabajo del historiador R. MUCHEMBLED (1978).

¹⁸⁹ ACKERKNECHT, E.H., (1985), p. 10.

Referencias bibliográficas

- ACKERKNECHT, E.H. (1985). *Medicina y antropología social. Estudios varios*. Madrid, Akal.
- AGUIRRE BELTRAN, G. (1974). *Cuijla. Esbozo etnográfico de un pueblo negro*. 1ª reimpr. México, Fondo de Cultura Económico.
- AGUIRRE BELTRAN, G. (1985). *Antropología médica*. México, CIESAS.
- AGUIRRE BELTRAN, G.(1987). *Medicina y magia*. 3ª reimpr. México, Instituto Nacional Indigenista.
- ALCANTARA MONTIEL, J.F. (1990). *La medicina popular en la comarca del Alto Guadalhorce*. Málaga, Servicio de Publicaciones de la Diputación Provincial.
- ALCOVER, A.M. (dir.), (1985). *Diccionari Català-Valencià-Balear*. 10 vols. Palma de Mallorca, Eno-form.
- ALONSO DEL REAL, C. (1971). *Superstición y supersticiones*. Madrid, Espasa Calpe.
- ALVAREZ SANTALO, C. et al. (coord). (1989). *La religiosidad popular. Antropología e historia*. Barcelona, Anthropos-Fundación Machado,
- BALAGUER PERIGÜELL, E. (1988). El conocimiento popular de la salud y de la enfermedad. *Canelobre, 11*, 5-10.
- BALAGUER PERIGÜELL, E. et al. (1988). «Trencar els golls», «Poner las cañas», «Mirar el *aliacrà*»: rituales diagnóstico-terapéuticos. *Canelobre, 11*, 35-38.
- BALAGUER PERIGÜELL, E. (1992). La medicina popular, En: *Historia de la Medicina Valenciana*. Valencia, Vicent garcia Ed. vol.3, p. 197-208.
- BALAGUER, E.; BALLESTER, R.; BERNABEU, J.; NOLASCO, A.; PERDIGUERO, E. (1991). *Fenómenos biológicos y fenómenos culturales. Interpretación popular del ciclo vital en dos comunidades alicantinas*. Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum.
- BALAGUER PERIGÜELL, E. (1992). La medicina popular. En: *Historia de la Medicina Valenciana*. Valencia, Vicent García, vol. 3, 197-209.

- BANNERMAN, R.H; BURTON, J.; WEN-CHIEH, C. (Eds.). (1983). *Traditional medicine and health care coverage*. Geneva, World Health Organisation.
- BARONA VILAR, M.J.; VALLADOLID PÉREZ, M.J. (1988). Superstició i pensament mític a la medicina popular valenciana: les malalties «no de metges». *Canelobre*, 11, 47-54.
- BEATTI, J. (1993). *Otras culturas. Objetivos, métodos y realizaciones de la Antropología social*. 3ª reimpr. Madrid, Fondo de Cultura Económica (Primera edición en inglés *Other cultures. Aims, Methods and Achievements in Social Anthropology*. en 1964).
- BENAIERT, R.P.L. (1952). Le probleme des guérisseurs. *Études*, 274, (6), 168-181.
- BLAZQUEZ, J.M. (1991), *Religiones en la España antigua*, Madrid, Cátedra.
- BOUTEILLER, M. (1962). La médecine populaire en Anjou: Résultats d'enquêtes (1961-1962). *Bulletin de la Societé d'Anthropologie de Paris*, 3, 523-539.
- BURKE, P. (1991). *La cultura popular en la Europa moderna*. Madrid, Alianza.
- BURKE, P. (1993), *La revolución historiográfica francesa. La escuela de los Annales: 1929-1989*. Barcelona, Gedisa.
- CARO BAROJA, J. (1973). *Las brujas y su mundo*. 4ª ed. Madrid, Alianza.
- CARO BAROJA, J. (1985), *Las formas complejas de la vida religiosa (Siglos XVI y XVII)*, Madrid, Sarpe.
- CARO BAROJA, J. (1989). *Ritos y Mitos equívocos*. Madrid, Istmo.
- CARO BAROJA, J. (1990). *Vidas Mágicas e inquisición*. 2 vols., Madrid, Círculo de Lectores.
- CASTILLO DE LUCAS, A. (1958). *Folkmedicina*. Madrid, Editorial Dossat.
- CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. (1991). *Diccionario de los símbolos*. 3ª ed. Barcelona, Herder.
- COMELLES, J.M. (1988). La importancia creciente de los no profesionales en los procesos asistenciales. *Canelobre*, 11, 11-18.
- DIAZ OJEDA, M.A.; SEVILLA, J.L. (1980). Patología popular y mal de ojo. En: KENNY, M.; DE MIGUEL, J.M. (eds.), *Antropología Médica en España*. Barcelona, Anagrama, 1209-224.
- DIAZ OJEDA, M.A. (1982). La creencia en el «mal de ojo». *I Jornades d'Antropologia de la medicina*, Tarragona. Arxiu d'etnografia de Catalunya, vol II, 235-254.

- DIAZ SANCHEZ, C. (1986). *Curanderos y otros prácticos de la folkmedicina valenciana*. Valencia, manuscrito.
- DIEPGEN, P. (1967). Volksmedizin und wissenschaftliche Heilkunde. En: *Volksmedizin. Probleme und Forschungsgeschichte*. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 200-222.
- EISENBERG, D.M. et al. (1993), Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *New England Journal of Medicine*, 328, 246-252.
- ELIADE, M. (1960). *Le chamanisme et les Techniques Archaïques de l'Extase*. Paris, Payot. (Edición española: *El Chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. México, Fondo de Cultura Económico, 1960).
- ERKOREKA, A. (1985). *Análisis de la medicina popular vasca*. Bilbao, Libayru Ikastegia
- EVANS PRITCHARD, E.E. (1937). *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. London, Oxford University Press. (Edición española: *Brujería, magia y oráculos entre los Azande*. Barcelona, Anagrama, 1976.
- FARIÑA LOPEZ, M.A. (1982). Introducción al estudio del «mal de ojo» en las Islas Canarias. *I Jornades d'Antropologia de la medicina*, Tarragona. Arxiu d'etnografia de Catalunya.vol II, 287-311.
- FASSIN, D.; FASSIN, E. (1988), Traditional medicine and the stakes of legitimation in Senegal, *Social Sciences and Medicine*, 27, (4), 353-357.
- FASSIN, D. (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses Universitaires de France
- FRESQUET, J.L.; TRONCHONI, J.A.; FERRER, F.; BORDALLO, A. (1994). *Salut, malaltia i terapèutica popular als municipis riberencs de l'Albufera*. Catarroja, Ajuntament de Catarroja.
- FOSTER, G.M. (1980). Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana. En: KENNY, M.; DE MIGUEL, J.M. (eds.), *Antropología Médica en España*. Barcelona, Anagrama, 123-148.
- FRAZER, J.G. (1890). *The golden bough*. London, MacMillan. (Edición española: *La rama dorada. Magia y religión*. México, Fondo de Cultura Económico).
- FRESQUET FEBRER, J.L. (1988). Curanderisme a les comarques septentrionals. *Canelobre*, 11, 39-46.
- GALINDO RODRIGO, J.A. (1991). *Compendio de la Gracia*. Valencia, Edicep Cb.

- GARCIA BALLESTER, L. (1984), *Los moriscos y la medicina. Un capítulo de la medicina y la ciencia marginadas en la España del siglo XVI*. Barcelona, Labor.
- GARCIA FERRANDO, M. (1993). *Pensar nuestra sociedad. Fundamentos de sociología*. 3ª ed. Valencia, Tirant lo Banch.
- GARÇON, M. (1928). Quelques types de guérisseurs. *Revue Anthropologie*, 38, 90-96.
- GEERTZ, C. (1992). *La interpretación de las culturas*, 5ª reimpr. Barcelona, Gedisa. (Primera edición en inglés, en 1973).
- GIDDENS, A. (1992), *Sociología*, 2ª reimpr., Madrid, Alianza.
- GINER, S. (1978). *Sociología*. 10ª ed. Barcelona, Península.
- GIL, L. (1969). *Therapeia. La medicina popular en el Mundo clásico*. Madrid, Guadarrama.
- GIL, L. (1971). La medicina en el período pretécnico de la cultura griega. En: *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona, Salvat, vol.1, 269-295.
- GLICK, L.B. (1967). Medicine as an ethnographic category: the Gimi of the New Guinea Highlands. *Ethnology*, 6 (1), 31-56.
- GONZALEZ ANLEO, J. (1991). *Para comprender la sociología*. 2ª ed. Estella, Ed. Verbo Divino.
- GRANERO XIBERTA, J. (1988). El curanderismo urbano: un fenómeno en expansión. *Canelobre*, 11, 19-26.
- HEISCHKEL, E. (1967). Medizingeschichreibung und Volksmedizin. En: *Volksmedizin. Probleme und Forschungsgeschichte*. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 278-282.
- HELLER, A. (1994), *Sociología de la vida cotidiana*, 4ª ed., Barcelona, Península.
- HENDERSON, G.; PRIMEAUX, M. (Eds.) (1981). *Transcultural Health Care*. Menlo Park, Addison-Wesley Pub.
- KENNY, M. (1980), Valores sociales y salud. En: KENNY, M.; DE MIGUEL, J.M., (eds.), *Antropología Médica en España*. Barcelona, Anagrama, 169-82.
- KIMANI, V.N. (1981), The unsystematic alternative: towards plural health care among the Kikuyu of Central Kenya, *Social Sciences and Medicine*, 15B, 333-340.
- KRONENFELD, J.; WASNER, C. (1982), The use of unorthodox therapies and marginal practitioners, *Social Science and Medicine*, 16, 1119-1125.

- LAIN ENTRALGO, P. (1961). *Enfermedad y pecado*. Barcelona, Toray.
- LAIN ENTRALGO, P. (1964). *La relación médico-enfermo*. Madrid, Revista de Occidente.
- LAIN ENTRALGO, P. (1973). *Historia de la Medicina*. Barcelona, Salvat.
- LAIN ENTRALGO, P. (1987). *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*. Madrid, Anthropos. (Primera edición en 1958).
- LEVY-BRUHL, L. (1985). *L'ànima primitiva*. Barcelona, Edicions 62-Diputació de Barcelona. (Primera edición en francés 1922).
- LEVI-STRAUSS, C. (1974). *Anthropologie structurale*, Paris, Plon. (Edición española en Barcelona, Paidós).
- LISON TOLOSANA, C. (1980). *Invitación a la antropología cultural de España*. Madrid, Akal.
- LISON TOLOSANA, C. (1980). La *sabia gallega*. En: *Antropología Médica en España*. Barcelona, Anagrama, 183-208.
- LISON TOLOSANA, C. (1987). *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. 3ª ed., Madrid, Akal. (Primera edición de 1979).
- LOPEZ AUSTIN, A. (1967). Cuarenta clases de magos en el mundo náhuatl. *Estudios de Cultura Náhuatl*, 7, 87-118.
- LOPEZ AUSTIN, A. (1980). *Cuerpo humano e ideología. La concepción de los antiguos nahuas*. 2 vols. México, UNAM.
- LOPEZ PIÑERO, J.M. (1984). Introducción. En: *Medicina social, estudios y testimonios históricos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- LOPEZ PIÑERO, J.M. (1990). *Historia de la Medicina*. Madrid, Historia 16.
- LOPEZ TERRADA, M.L. (1994). El pluralismo médico en la Valencia foral. Un ejemplo de curanderismo, *Estudis*, 20, 167-181.
- MACCORMACK, C.P., (1981), Health care and the concept of legitimacy, *Social Sciences and Medicine*, 15B, 423-428.
- MALINOWSKI, B. (1954). *Magic, science and religion and other essays*. New York, Doubleday. (Edición española: *Magia, ciencia y religión*. 2ª ed. Barcelona, Ariel, 1982).
- MANUEL COLOM, L.; PEYRO VILAPLANA, C. (1992). *Folkmedicina y otros sistemas médicos*. Valencia, manuscrito.
- MARTINEZ COSTA PÉREZ, L.; MARTINEZ MAS, M.L. (s.a.). *Estudio folkmédico aplicado a la población de Catarroja*. Valencia, manuscrito.

- MARZELL, V.H. (1967). Die Volksmedizin. En: *Volksmedizin. Probleme und Forschungsgeschichte*. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 93-115.
- MAUSS, M. (1991). *Sociología y antropología*. 2ª reimpr. Madrid, Tecnos.
- MCLANE, M.F. (1980). Curanderos en Andalucía oriental. En: KENNY, M.; DE MIGUEL, J.M. (eds.), *Antropología Médica en España*. Barcelona, Anagrama, 167-182.
- MODENA, M.E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México, Ediciones de la Casa Chata.
- MOORE, J.; PHIPPS, K.; MARCER, D. (1985), Why do people seek treatment by alternative medicine? *British Medical Journal*, 290, 28-29.
- MORENO CALVO, F.; MONTESINOS BERRY, E. (1993). *¿Qué factores determinan que una persona decida recurrir a la folkmedicina en lugar de la medicina científica moderna?* Valencia, manuscrito.
- MUCHEMBLED, R. (1978), *Culture populaire et culture des élites dans la France moderne (XV^e-XVIII^e siècle)*, Paris, Flammarion.
- MÜNSTER, H.O. (1967). Grundlagen, Gültigkeit und Grenzen der volksmedizinischen. En: *Volksmedizin. Probleme und Forschungsgeschichte*. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 289-314.
- MURDOCK, G. P. (1934), *Our Primitive Contemporaries*, New-York, Macmillan. (Edición española: *Nuestros contemporáneos los primitivos*, 4ª reimpr., México, Fondo de Cultura Económica).
- MURDOCK, G. P. (1965). *Culture and Society*. Pensilvania, University of Pittsburg Press. (Edición española: *Cultura y sociedad*. México, Fondo de Cultura Económico, 1987).
- NYAMWAYA, D. (1987), A case study of the interaction between indigenous and western medicine among the Pokot of Kenya, *Social Sciences and Medicine*, 25, 1277-1287.
- OLAVARRIETA, M. (1989). *Magia en los Tuxtlas, Veracruz*. 1ª reimpr. México, Dirección General de Publicaciones del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes-Instituto Nacional Indigenista.
- PARSONS, T. (1966). *El sistema social*. Madrid, Revista de Occidente (Primera edición en inglés, de 1959).
- PELLICER I BATALLER, J. (1988). Herbes medicinals al País Valencià. *Canelobre*, 11, 67-80.

- PEÑA RICA, E.; USEROS CARRETERO, M. (1965), *Jesucristo según los Evangelios*, Madrid, PPC.
- PEÑA RICA, E.; USEROS CARRETERO, M. (1965), *La vida sobrenatural*, Madrid, PPC.
- PERDIGUERO GIL, E. (1986), El mal de ojo: de la literatura antisupersticiosa a la antropología médica, *Asclepio*, 38, 47-66.
- PERDIGUERO GIL, E. (1988). La búsqueda de la salud. *Canelobre*, 11, 27-34.
- PERDIGUERO GIL, E. (1989). *Los tratados de medicina doméstica en la España de la Ilustración*. 2 vols. Alicante, Tesis doctoral.
- PITT-RIVERS, J. (1989). La gracia en antropología. En: ALVAREZ, C. et al (Coord.). *La religiosidad popular. Antropología e Historia*. Barcelona, Anthropos-Fundación Machado, p. 123-134
- PITT-RIVERS, J. (1993). El lugar de la gracia en la antropología. En: *Honor y gracia*. Madrid, Alianza, p.280-321.
- PRATS I CAROS, J. (1984), Reflexions entorn de l'eficàcia simbòlica a l'Occident cristià. En: *Antropologia i Salut*. Barcelona, Fundació Caixa de Pensions, pp. 71-100.
- PRESS, I. (1980). Medicina popular versus medicina científica en Sevilla. En: KENNY, M.; DE MIGUEL, J.M. (eds.), *Antropología Médica en España*. Barcelona, Anagrama, 149-166.
- PROMOCION y desarrollo de la medicina tradicional. (1978). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- QUEZADA, N. (1989). *Enfermedad y maleficio*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- RADCLIFFE-BROWN, A.R. (1952). *Structure and function in primitive society*. London, Oxford University Press. (Edición española: *Estructura y función en la sociedad primitiva*. Barcelona, Planeta, 1986).
- RODRIGUEZ, P.; GRANERO, X. (1988). Un cas de curanderisme fonamentalista: el centre «La Creación» de Petrer. *Canelobre*, 11, 85-90.
- RODRIGUEZ, P. (1992). *Curanderos. Viaje hacia el milagro*. Madrid, Ediciones Temas de Hoy.
- SAINTYNES, P. (1928). Les guérisseurs mystiques. *Revue Anthropologie*, 38, 71-85.
- SALCEDO Y GINESTAL, E. (1898). Madre e hijo. Doctrina científica y errores vulgares en Obstetricia y pediatría. Madrid, Imprenta de Ricardo Rojas.

- SEPULVEDA, M.T. (1983). *Magia, brujería y supersticiones en México*. León, Everest.
- SIGERIST, H.E. (1946). *Civilización y enfermedad*. México, Fondo de Cultura Económico.
- SIGERIST, H.E. (1960). *On the sociology of medicine*. New York, MD Publications inc.
- SOUBEIGA, A. (1993), Synchrétismes et pratiques thérapeutiques des marabouts au Burkina Faso. En: *Islam et Sante*. Número monográfico de Sociologie et sante, n° 9. Editions de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine.
- VINCHON, J. (1928). Du rôle de la suggestion dans les succès obtenus par les guérisseurs. *Revue Anthropologie*, 38, 49-58.
- WEBER, M. (1992). *La ciencia como profesión. La política como profesión*. Madrid, Espasa Calpe, (primera edición en alemán, 1919).
- WEBER, M., (1992), *Economía y sociedad*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica (primera edición en alemán, 1922).

CUADERNOS VALENCIANOS DE HISTORIA DE LA MEDICINA Y DE LA CIENCIA

SERIE MONOGRÁFICA PUBLICADA POR LA
UNIDAD DE HISTORIA DE LA CIENCIA DEL

INSTITUTO DE ESTUDIOS DOCUMENTALES E HISTÓRICOS SOBRE
LA CIENCIA
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA - C.S.I.C.

Números aparecidos:

- I. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO: *Orígenes históricos del concepto de neurosis*. Valencia, 1963, 296 págs.
- II. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO y L. GARCÍA BALLESTER: *La obra de Andrés Alcázar sobre la trepanación*. Valencia, 1964, 79 págs. (Agotado).
- III. SAN MARTÍN BACAICOA: *La lepra en la España del siglo XIX*. Valencia, 1966, 164 págs. (Agotado).
- IV. A. ERCILLA VIZCARRA: *La medicina del pueblo Khasi*. Valencia, 1966, 43 págs. + 15 láms. (Agotado).
- V. J. R. ZARAGOZA: *La medicina de la España Protohistórica. Las civilizaciones autóctonas*. Valencia, 1967, 68 págs.
- VI. J. TOMÁS MONSERRAT: *La obra médico-quirúrgica de Juan Creus y Manso*. Valencia, 1967, 235 págs. (Agotado).
- VII. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO, M. PESET REIG, L. GARCÍA BALLESTER, M.^a L. TERRADA FERRANDIS y J. R. ZARAGOZA RUBIRA: *Bibliografía histórica sobre la Ciencia y la Técnica en España*. Valencia, 1968, vol. I, 195 págs. (Agotado).
- VIII. J. A. PANIAGUA: *El Maestro Arnau de Vilanova, Médico*. Valencia, 1969, 92 págs. + 6 láms.
- IX. P. FAUS SEVILLA: *Catálogo de la Exposición Histórica del Libro Médico Valenciano*. Valencia, 1969, 111 págs. + 28 láms.
- X. R. PASCUAL: *El botánico José Quer (1695-1764) primer apolo-gista de la ciencia española*. Valencia, 1970, 88 págs.

- XI. A. GIMBERNAT: *Oración inaugural sobre la importancia de la Anatomía y la Cirugía*. Valencia, 1971, 33 págs.
- XII. L. GARCÍA BALLESTER: *Alma y enfermedad en la obra de Galeno. Traducción y comentario del escrito "Quod animi mores corporis temperamenta sequantur."* Valencia-Granada, 1972, 347 págs.
- XIII. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO, M. PESET REIG, L. GARCÍA BALLESTER, M.^a L. TERRADA FERRANDIS y J. R. ZARAGOZA RUBIRA: *Bibliografía histórica sobre la Ciencia y la Técnica en España*. Valencia-Granada, 1973, 2 vols.
- XIV. E. BALAGUER PERIGÜELL: *La introducción del modelo físico y matemático en la Medicina Moderna. Análisis de la obra de J. A. Borelli "De motu animalium" (1680-81)*. Valencia-Granada, 1974, 166 págs. + 19 láms.
- XV. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO, L. GARCÍA BALLESTER, M.^a L. TERRADA, E. BALAGUER, R. BALLESTER, F. CASAS, P. MARSET y E. RAMOS: *Bibliografía histórica sobre la Medicina Valenciana*. Valencia-Granada, 1975, 75 págs.
- XVI. F. BUJOSA HOMAR: *La Academia Médico-Práctica de Mallorca (1788-1800), Catálogo de sus Disertaciones, Censuras y documentos*. Valencia, 1975, 166 págs.
- XVII. G. OLAGÜE ROS: *La literatura médica sobre epilepsia. Siglos XVI-XIX. Análisis bibliométrico*. Valencia, 1976, 96 págs., 21 láms.
- XVIII. R. BALLESTER, F. BUJOSA y G. OLAGÜE: *Colección historicomédica de la Facultad de Medicina de Valencia*. Valencia, 1976, 54 págs., 21 láms.
- XIX. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO: *Medicina moderna y sociedad española*. Valencia, 1976, 326 págs. (Agotado).
- XX. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO: *El "Dialogus" (1589) del paracelsista Llorenç Coçar y la cátedra de medicamentos químicos de la Universidad de Valencia (1591)*. Valencia, 1977, 90 págs.
- XXI. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO, F. BUJOSA, M.^a L. TERRADA: *Clásicos españoles de la anatomía patológica anteriores a Cajal*. Valencia, 1979, 254 págs.
- XXII. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO y F. BUJOSA: *Clásicos españoles de la anesthesiología*. Valencia, 1981, 306 págs.

- XXIII. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO, F. BUJOSA, V. NAVARRO, E. PORTELA, M. L. LÓPEZ TERRADA y J. PARDO: *Los impresos científicos españoles de los siglos XV y XVI. Inventario, bibliometría y thesaurus*. Volumen I: *Introducción. Inventario A-C*. Valencia, 1981, 157 págs.
- XXIV. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO y F. BUJOSA: *Los tratados de enfermedades infantiles en la España del Renacimiento*. Valencia, 1982, 169 págs.
- XXV. F. BUJOSA: *La afasia y la polarización ideológica en torno al sistema nervioso central en la primera mitad del siglo XIX*. Valencia, 1983, 299 págs.
- XXVI. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO, M.^a-JOSÉ BÁGUENA CERVELLERA, JOSÉ LUIS BARONA VILAR, FRANCESC BUJOSA HOMAR, JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER, M.^a LUZ LÓPEZ TERRADA, VÍCTOR NAVARRO BROTONS, JOSÉ PARDO TOMÁS y EUGENIO PORTELA MARCO: *Los impresos científicos españoles de los siglos XV y XVI. Inventario, bibliometría y thesaurus*. Volúmenes II-III: *Inventario D-Q*. Valencia, 1984, 296 págs.
- XXVII. *La "Medicina de laboratorii", a València en la transició dels segles XIX al XX. Guia de l'Exposició. Setembre 1985*. Valencia, 1985, 64 págs.
- XXVIII. M.^a-JOSÉ BÁGUENA CERVELLERA, JOSÉ LUIS BARONA VILAR, JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER, M.^a LUZ LÓPEZ TERRADA, JUAN ANTONIO MICÓ NAVARRO y VICENTE LUIS SALAVERT FABIANI: *Estudios sobre la medicina y la ciencia valencianas (Siglos XVI-XIX)*. Valencia, 1985, 200 págs.
- XXIX. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO, M.^a-JOSÉ BÁGUENA CERVELLERA, JOSÉ LUIS BARONA VILAR, JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER, M.^a LUZ LÓPEZ TERRADA, VÍCTOR NAVARRO BROTONS, JOSÉ PARDO TOMÁS y EUGENIO PORTELA MARCO: *Los impresos científicos españoles de los siglos XV y XVI. Inventario, bibliometría y thesaurus*. Volumen IV: *Inventario R-Z*. Valencia, 1986, 136 págs.
- XXX. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO, M.^a-JOSÉ BÁGUENA CERVELLERA, JOSÉ LUIS BARONA VILAR, JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER, M.^a LUZ LÓPEZ TERRADA, JOSÉ PARDO TOMÁS y VICENTE L. SALAVERT FABIANI: *Bibliographia medica hispanica, 1475-1950*. Volumen I: *Libros y Folletos, 1475-1600*. Valencia, 1987, 232 págs.
- XXXI. E. PORTELA y A. SOLER: *Bibliographia chemica hispanica, 1482-1950*. Volumen II: *Libros y Folletos, 1801-1900*. Valencia, 1987, 554 págs.

- XXXII. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO, M.^a-JOSÉ BÁGUENA CERVELLERA, JOSÉ LUIS BARONA VILAR, JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER, M.^a LUZ LÓPEZ TERRADA, JOSÉ PARDO TOMÁS, VICENTE L. SALAVERT FABIANI y MARÍA LUISA GARCÍA NÁJERA: *Bibliographia medica hispanica, 1475-1950*. Volumen II: *Libros y Folletos, 1601-1700*. Valencia, 1989, 312 págs.
- XXXIII. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO y M.^a LUZ TERRADA: *Bibliographia medica hispanica, 1475-1950*. Volumen VIII: *Revistas, 1736-1950*. Valencia, 1990, 194 págs.
- XXXIV. J. CASTRO SOLER, A. E. TEN y V. ZORRILLA PALAU: *Bibliographia astronomica et geodaetica hispanica, 1795-1905*. Volumen I: *Introducción. Inventario A-Z*. Valencia, 1990, 243 págs.
- XXXV. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO, M.^a-JOSÉ BÁGUENA CERVELLERA, JOSÉ LUIS BARONA VILAR, JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER, MARÍA-LUZ LÓPEZ TERRADA, JUAN A. MICÓ NAVARRO, JOSÉ PARDO TOMÁS, VICENTE LUIS SALAVERT FABIANI, CARLA AGUIRRE MARCO, RAFAEL ALEXANDRE BENAVENT, ISABEL PÉREZ SALINAS y MARIANO PESET MANCIBO: *Bibliographia medica hispanica, 1475-1950*. Volumen IV: *Libros y Folletos, 1801-1850*. Valencia, 1991, 487 págs.
- XXXVI. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO y MARÍA-LUZ TERRADA: *Bibliographia medica hispanica, 1475-1950*. Volumen IX: *Bibliometría de las revistas, 1736-1950*. Valencia, 1991, 98 págs.
- XXXVII. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO: *El códice Pomar (ca. 1590), el interés de Felipe II por la historia natural y la expedición Hernández a América*. Valencia, 1991, 128 págs.
- XXXVIII. J. M.^a LÓPEZ PIÑERO, M.^a-JOSÉ BÁGUENA CERVELLERA, JOSÉ LUIS BARONA VILAR, JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER, MARÍA-LUZ LÓPEZ TERRADA, JUAN A. MICÓ NAVARRO, JOSÉ PARDO TOMÁS, VICENTE LUIS SALAVERT FABIANI y MARÍA LUISA GARCÍA NÁJERA: *Bibliographia medica hispanica, 1475-1950*. Volumen III: *Libros y Folletos, 1701-1800*. Valencia, 1992, 295 págs.
- XXXIX. JOSÉ M.^a LÓPEZ PIÑERO y FRANCISCO CALERO: *"De pulvere febrifugo Occidentalis Indiae" (1663) de Gaspar Caldera de Heredia y la introducción de la quina en Europa*. Valencia, 1992, 53 págs.
- XL. JOSÉ PARDO TOMÁS y MARÍA LUZ LÓPEZ TERRADA: *Las primeras noticias sobre plantas americanas en las relaciones de viajes y crónicas de Indias (1493-1553)*. Valencia, 1993, 364 págs.

- XLI. JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER: *La experiencia americana y la terapéutica en los "Secretos de Chirurgia" (1567) de Pedro Arias de Benavides*. Valencia, 1993, 194 págs.
- XLII. JOSÉ MARÍA LÓPEZ PIÑERO y THOMAS F. GLICK: *El megaterio de Bru y el presidente Jefferson. Una relación insospechada en los albores de la paleontología*. Valencia, 1993, 157 págs.
- XLIII. JUAN ANTONIO MICÓ NAVARRO: *Catálogo del fondo Sánchez-Quintanar*. Valencia, 1994, 385 págs.
- XLIV. JOSÉ MARÍA LÓPEZ PIÑERO y JOSÉ PARDO TOMÁS: *Nuevos materiales y noticias sobre la "Historia de las plantas de Nueva España" de Francisco Hernández*. Valencia, 1994, 375 págs.
- XLV. JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER: *Guía para la realización de trabajos de Folkmedicina y otros sistemas médicos*. Valencia, 1994, 106 págs.
- XLVI. JOSÉ MARÍA LÓPEZ PIÑERO y MARÍA LUZ LÓPEZ TERRADA: *La traducción por Juan de Jarava de Leonhart Fuchs y la terminología botánica castellana del siglo XVI*. Valencia, 1994, 100 págs.
- XLVII. JOSÉ LUIS FRESQUET FEBRER (Editor): *Salud, enfermedad y terapéutica popular en la Ribera Alta*. Valencia, 1995, 322 págs.