



CAMBIO CULTURAL E HISTORIA ORAL: ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE PÉRDIDA DE HABILIDADES CUIDADORAS EN LA FAMILIA



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

TESIS DOCTORAL

Doctoranda: Sonia Herrera Justicia
Director: Dr. Manuel Amezcua Martínez

Programa de doctorado en Historia y Artes

Granada, mayo 2021



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

Programa de Doctorado en Historia y Artes

**CAMBIO CULTURAL E HISTORIA ORAL: ANÁLISIS DE
LOS PROCESOS DE PÉRDIDA DE HABILIDADES
CUIDADORAS EN LA FAMILIA**

Doctoranda:

Sonia Herrera Justicia

Tesis presentada para aspirar al grado de

DOCTORA POR LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN HISTORIA Y ARTES

Dirigida por:

Dr. Manuel Amezcua Martínez

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Sonia Herrera Justicia
ISBN: 978-84-1117-062-8
URI: <http://hdl.handle.net/10481/71097>

*A mis abuelas Ana y Victoria
y a todas esas mujeres que con sus manos
dieron cobijo a la vida*

Agradecimientos

A todas y cada una de las personas que abrieron la puerta de su casa a una chica desconocida. Gracias por compartir una parte de vuestra historia y por darme la oportunidad de poder contarla.

Al Dr. Manuel Amezcua, mi director y tutor de tesis, gracias por el tiempo compartido, tu dedicación, tu generosidad, tu inconformismo y por enseñarme el arte del descubrimiento. Gracias de corazón, Manuel, has hecho que este reto intelectual sea apasionante.

A la Fundación Index, por abrirme las puertas y convertirse en mi segunda casa, especialmente a María González, por tener siempre una palabra de aliento.

A Antonia Maldonado, Mikel Astrain, Carmen Castellano, Carmen M^a Alba y Sandra Milena Hernández, por haberme acompañado durante la investigación y por su ayuda en las tareas más arduas.

A Sandra, Lidia, Lorena, José Carlos, Sharon, Rafael, Melanie, Ana y Paula, mis amigos, por haber tenido la valiosa labor de escucharme y por llenar el tiempo de vuestra compañía.

A mi familia, mi madre Elena, mi padre Isidoro y mi hermana Elena, gracias por vuestra incondicionalidad.

A mi compañero de vida, Javier, gracias por ser el primero en creer en mí, sin ti todo hubiese sido más oscuro y menos interesante. Qué bonito es crecer juntos.

A todos los que aportaron un granito de arena a este trabajo, fueron muchas las manos amigas que encontré en este camino. Gracias.

“¿Por qué olvidamos la raíz?, ¿Por qué olvidamos de dónde venimos?

Pienso en mis abuelas y en todas las mujeres de los pueblos. En sus casas. Con las puertas abiertas, con los zaguanes siempre encendidos. Unas pendientes de las otras, cuidándose entre ellas. Cruzando sus calles con las ollitas calientes, con cestos llenos de huevos y verduras, con el pan bajo el brazo. Compartiendo. Sin necesidad de buzones ni pegatinas. Sin necesidad de que alguien piense como original e innovador algo que es tan primario y que llevamos tan dentro: el afecto y los cuidados hacia los que nos rodean. El apego y la atención. La comunidad y sus vínculos”.

María Sánchez, Tierra de mujeres.

Índice de contenidos

Resumen, 12

1. Introducción, 15

2. En la sociedad del cambio, 17

2.1. Evolución de los saberes y habilidades cuidadoras en la familia ¿cambio social o generacional?, 18

2.2. Una sociedad en construcción, 20

2.3. La renovación de lo cotidiano, 22

3. Cambio social y familia, 27

3.1. La familia a la luz del pensamiento social, 28

3.2. La familia como expresión de la sociedad, 31

3.3. La familia como institución social, 34

3.4. La familia como grupo doméstico, 37

3.5. La estructura familiar del presente, 39

3.6. Nuevas formas de relaciones familiares, 41

4. Los contextos culturales de los saberes familiares, 47

4.1. La legitimación del saber emanado del pueblo, 48

4.2. El folklore como materia científica, 49

4.2.1. Los estudios del folclore en Andalucía, 52

4.2.1.1. Aportaciones de Jaén y Granada, 54

4.3. El estudio de los saberes populares en salud, 62

4.3.1. Panorama desde Andalucía, 69

5. Antecedentes, marco teórico y objetivos, 73

5.1. Estado de los conocimientos, 74

5.1.1. Los saberes populares ¿una nueva forma de consumo?, 74

5.1.2. El renacer de lo popular frente a la modernidad, 76

5.1.3. El efecto predador de la globalización, 78

5.2. Lagunas de conocimiento y pregunta de investigación, 79

5.3. Marco teórico, 80

5.4. Objetivos, 81

6. Metodología, 82

6.1. Emplazamiento y diseño, 83

6.2. Diseño etnohistórico, 84

6.2.1. Las fuentes, 85

6.2.2. Análisis documental, 89

6.3. Estudio de caso cualitativo, 91

6.3.1. Población, selección y muestra, 92

6.3.2. Variables sociodemográficas y culturales, 95

6.3.3. Dimensiones del estudio, 96

6.3.4. Métodos y técnicas de recogida de datos, 98

6.3.5. Análisis de los datos, 99

6.3.6. Aspectos éticos, 102

6.3.7. Limitaciones del estudio, 103

7. Resultados, 105

7.1. Cuidados familiares en las fuentes históricas, 106

7.2. Características sociodemográficas, 115

7.3. Categorías temáticas, 119

7.3.1. Demanda de atención urgente, 119

7.3.2. Cuidado familiar de base cultural, 122

7.3.3. Conocimiento intergeneracional en salud, 135

7.3.3.1. Aprendizaje, 135

7.3.3.2. Transmisión, 140

7.3.3.3. Agente transmisor, 143

7.3.3.4. Motivaciones, 149

7.3.4. Transformación de las habilidades cuidadoras en la familia, 162

7.3.4.1. Del campo a la ciudad, 162

7.3.4.2. Las familias han cambiado, 163

7.3.4.3. Digitalización del mundo cotidiano, 166

7.3.4.4. Brecha generacional, 168

7.3.4.5. Saber es cosa del pasado, 172

7.3.4.6. La cultura de la inmediatez, 175

7.3.4.7. Es preferible consumir que saber, 179

7.3.4.8. Reinención de lo natural, 182

8. Discusión, reflexiones teóricas y conclusiones, 186

8.1. Lo doméstico como espacio de cuidados, 187

8.2. La institucionalización de la demanda, 194

8.3. Mestizaje de saberes y habilidades cuidadoras, 197

8.4. Un escenario expandido de aprendizaje, 201

8.5. La incorporación de lo *bio* y lo *eco*, 217

8.6. Intercambiando saberes híbridos en familia, 220

8.6.1. *Domus*, un espacio complejo de transferencia, 224

8.7. Conclusiones, 227

8.8. Utilidad práctica, 229

9. Fuentes y bibliografía, 231

9.1. Fuentes primarias, 232

9.2. Bibliografía crítica, 234

10. Anexos, 272

Anexo 1: Fuentes bibliográficas para el análisis etnohistórico de los saberes populares en Jaén y Granada

Anexo 2: Características sociodemográficas de los informantes

Anexo 3: Características sociodemográficas de las secuencias familiares

Anexo 4: Saberes y habilidades cuidadoras de las familias ante dolencias urgentes

Anexo 5: Saberes y habilidades cuidadoras de las familias ante dolencias no urgentes

Anexo 6: Proyecto de Investigación derivado de la tesis doctoral

Índice de tablas, gráficos e imágenes

TABLAS

Tabla 1: Criterios de clasificación de los datos procedentes de las fuentes primarias, 89

Tabla 2: Proceso de cambio en las categorías temáticas del estudio, 97

Tabla 3: Entrevista semiestructurada sobre saberes y habilidades cuidadoras en la familia, 98

Tabla 4: Características sociodemográficas de las secuencias familiares, 115

Tabla 5: Sexo de los informantes distribuido por generaciones, 116

Tabla 6: Edad media de las generaciones, 116

Tabla 7: Formación de los informantes distribuida por generaciones, 117

Tabla 8: Situación laboral distribuida por generaciones, 118

Tabla 9: Situación familiar en las generaciones, 118

Tabla 10: Residencia de los informantes distribuida por generaciones, 119

Tabla 11: Motivos de urgencia de las secuencias familiares entrevistadas, 121

Tabla 12: Categorías por generaciones de los remedios familiares de base cultural, 131

Tabla 13: Remedios nombrados por las generaciones, 132

Tabla 14: Uso de los elementos por las generaciones, 133

Tabla 15: Uso de las propiedades por las generaciones, 133

Tabla 16: Forma de preparación de los remedios familiares en las generaciones, 134

Tabla 17: Formas de aplicación de los remedios familiares en las generaciones, 134

GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipos de convivencia familiar, 116

Gráfico 2: Formación de los informantes distribuida por generaciones, 117

Gráfico 3: Situación familiar de los informantes, 119

Gráfico 4: Inducción de la demanda por generaciones, 120

Gráfico 5: Esquema del modelo explicativo *Domus*, 221

IMÁGENES

Imagen de portada: Familia de gitanos en Totana (dibujo de Gustave Doré)

Imagen 1: Clasificación de las teorías del cambio social, 20

Imagen 2: Familia de carboneros (fotografía de Cerdá y Rico), 56

Imagen 3: Portada del número 1 de la revista *El toro de caña*, 57

Imagen 4: Señoras consultando a una gitana en el Sacro Monte (dibujo de Gustave Doré), 59

Imagen 5: Mariano Fernández Santiago, “Chorrojumo”, 60

Imagen 6: Arquitectura del diseño de investigación, 83

Imagen 7: Representación de una secuencia familiar, 93

Imagen 8: Representación del volumen de miembros de una secuencia familiar, 95

Imagen 9: Las fases del análisis en progreso en un diseño cualitativo, 100

Imagen 10: Descripción del código identificador de los informantes, 100

Imagen 11: Modelo de consistencia hereditaria (ilustración de Spector Rachel., Muñoz M.J.), 198

Resumen

Introducción: Esta tesis se elabora con el objetivo de analizar el proceso de transformación de los saberes y habilidades cuidadoras en la familia. Se han tomado como referentes teóricos a los sociólogos posmodernos entre los que se encuentran Bauman, Castells y Maffesoli.

Métodología: El estudio se situó en las provincias de Jaén y Granada y se optó por un doble diseño de Investigación Cualitativa: etnohistórico y estudio de caso, para dar cumplimiento a los objetivos de esta tesis.

El análisis etnohistórico fue de gran utilidad para contextualizar el fenómeno de estudio. Las fuentes documentales utilizadas para el mismo fueron: literatura de los viajeros románticos, las obras de los escritores costumbristas, estudios etnográficos y otras fuentes, que corresponden fundamentalmente a investigaciones de carácter botánico. En el estudio de caso cualitativo se realizaron entrevistas a diferentes generaciones pertenecientes a una misma secuencia familiar. Con este método se pretendía aumentar la comprensión del fenómeno de estudio y hacer emerger una teoría fundamentada en los datos.

Resultados: En los resultados se vislumbra que los saberes y habilidades cuidadoras de las familias se están debilitando como consecuencia de los valores de la sociedad de consumo, se han modificado las formas de cuidar de las familias, ya no sustentadas en el hogar como espacio de cuidados sino en las instituciones (servicios sanitarios y productos farmacéuticos) pero en las generaciones actuales está emergiendo un nuevo espacio de cuidados en el que lo heredado de las generaciones familiares y las prácticas derivadas del consumo se complementan.

Conclusiones: De la interpretación de las categorías temáticas surgió el modelo explicativo que se materializa en el *Domus*, un espacio de intercambio de saberes híbridos, de transmisión en red y aprendizaje cooperativo.

Las conclusiones de esta tesis, suponen una ruptura con las visiones excluyentes de las familias contemporáneas o con el mundo rural. Además, muestra la necesidad

de valorarlos y revitalizarlos para que no sean sustituidos por las opciones que derivan del consumo. Para ello, se propone utilizar metodológicas participativas, en las que el ciudadano y el científico cooperen para devolverles un uso práctico, adaptado a la sociedad del presente, a los saberes y prácticas familiares.

Palabras clave: Saber popular, cuidados familiares, saberes familiares, conocimiento intergeneracional

1. INTRODUCCIÓN

Introducción

El fenómeno que se aborda en esta tesis es la transformación de los saberes y habilidades cuidadoras en la familia, que tiene la particularidad de ser muy dinámico. A lo largo del estudio, se transita por diferentes escenarios caracterizados por el contexto social en el que se enmarcan, para desembocar en el presente, en el que se vislumbra la germinación de un espacio de saberes en evolución. Evidentemente, lo que ocurre en ese espacio, mañana podría cambiar, y posiblemente sea así, pero el reto está en evolucionar de forma consciente.

Cuando se planteó esta tesis, se tenía la percepción de que los saberes familiares en salud se encontraban en franca decadencia y abocados a su desaparición ante la creciente dependencia de los servicios de salud. Que las habilidades de cuidado cultivadas desde siempre en la familia comenzaban a formar parte del pasado por no tener cabida en un presente mediatizado por relaciones de consumo. Pero entonces ¿qué ocurrirá con todo lo que las generaciones pasadas conocen sobre remedios?, ¿qué pasará con los cuidados que sirvieron para hacer posible la vida? Parecían estar destinados a una progresiva desaparición a la par que las generaciones que le dan sustento.

En un primer acercamiento al fenómeno, se hizo con el ánimo de recoger estos conocimientos, darles el valor que les corresponde y analizar la pérdida casi inminente de gran parte de ellos. Pero a lo largo de la investigación se entreabrió una puerta por donde dirigir una mirada alternativa: la capacidad de adaptación de los saberes y de las familias contemporáneas a su contexto social y cultural.

Como se desarrolla en esta tesis, el tipo de estudio que se ha escogido ha permitido conocer el fenómeno desde dentro, pero también y gracias al análisis de las fuentes históricas, se ha podido contextualizar y complementar con una visión evolutiva. En el trasunto de la investigación se muestra cómo han cambiado las formas de cuidar de las familias, cuáles han sido las razones que han llevado a un cambio de modelo, antes sustentado en el hogar como espacio de cuidados y ahora en creciente dependencia hacia un modelo institucional (consumir servicios sanitarios o productos

farmacéuticos).

Para abordar esta compleja relación se ha tomado como referente teórico a Maffesoli, ya que su visión rompe con la imagen lineal que se tiene del progreso de una sociedad. Lo innovador de su pensamiento es que analiza la sociedad desde lo cíclico, donde lo antiguo puede regresar de forma renovada. Esa idea se vio reforzada por los discursos de las familias que aludían a la complementariedad de opciones y formas de cuidar, lo cual iluminó la perspectiva de análisis que finalmente se ha incorporado.

El modelo explicativo que se propone, que se materializa en la noción de *Domus*, viene a designar un espacio de intercambio y transferencia de conocimiento, aún germinando, en el que las familias traen al presente prácticas de salud heredadas, adaptándolas y compatibilizándolas con otras opciones que ofrece la sociedad de consumo. Este modelo abre un espacio de reflexión, pues en las familias contemporáneas aún hay espacio para los saberes heredados, siempre que estos sean reevaluados y dignificados con nuevas formas de utilidad. En este sentido, también muestra el reto que se tiene por delante: los saberes corren el riesgo de desaparecer, engullidos por las opciones de consumo, si no se invierte en intervenciones que lo revaloricen.

Como sugieren las conclusiones de esta tesis, a través de intervenciones socio-educativas es posible recuperar y adaptar al presente el acervo cultural que representan los saberes y habilidades cuidadoras en la familia, que tanta autonomía han procurado en el mantenimiento de la salud. Y esto es trabajo de todos, desde los profesionales sanitarios a las propias familias. Todos vivimos en un mundo en red y todos somos necesarios para que este conocimiento no caiga en el olvido.

2. EN LA SOCIEDAD DEL CAMBIO

2.1. Evolución de los saberes y habilidades cuidadoras en la familia ¿cambio social o generacional?

La percepción de una sociedad en cambio permanente influye en todos los aspectos de la vida cotidiana de las personas. Hemos normalizado los cambios e incluso los vemos como necesarios, nos hemos acostumbrado a relatar nuestra historia colectiva como una historia de cambios. Pero ¿qué implicaciones tiene un cambio social? , ¿cómo afecta a la evolución de los saberes familiares?

Con el transcurrir del tiempo se modifican hábitos, valores y costumbres. En las diferentes generaciones que forman una familia se encuentran diversas maneras de brindar cuidados, o incluso se han incorporado otras nuevas que son más acordes con la sociedad en la que se enmarcan. ¿Es la consecuencia de un cambio social o se trata de un cambio generacional?

El cambio social podría definirse como la transformación de la base de la estructura social, es decir, en los valores, costumbres y hábitos de una sociedad. Además, esta transformación debe de ser observable a lo largo del tiempo y tener diferencias significativas con la realidad anterior (Morales Navarro y Abad Márquez, 2008: 180). William Ogburn añadía, en su teoría del desajuste cultural, que el cambio aparecía en las sociedades a diferentes velocidades: en una sociedad tecnologizada los cambios suelen aparecer antes que en las sociedades agrarias. Además, propuso que algunos elementos culturales cambian más rápidamente que otros (Del campo, 2000). El autor diferenciaba entre la cultura material y la no material. Para Ogburn, un teléfono móvil cambia más rápidamente que una idea o una actitud (citado por Del campo, 2000).

El cambio social es eminentemente humano, no se crea por sí solo, sino que es necesario que alguien lo idee y/o lo impulse. No es tarea de una sola persona, sino del conjunto de los agentes sociales, agrupados u organizados (Morales Navarro y Abad Márquez, 2008: 177). Por otra parte, hay multitud de factores que condicionan, impulsan u obstaculizan un cambio. Hay algunos que están originados por un conflicto

y otros que pueden estar ocasionados por factores endógenos si forman parte de la sociedad de cambio, o exógenos si vienen de fuera. Por ejemplo, factores demográficos, culturales, ideológicos, tecnológicos, etc. (Entrena Durán, 2018: 156).

Si se echa la vista atrás y visualizamos a las familias y la forma en cómo cuidaban de todos los miembros del hogar, seguramente podamos percibir más de un cambio. La cohesión familiar, las costumbres o la forma de relacionarnos en las familias de la actualidad han variado por completo. Pero estas nuevas formas de entender la familia ¿han transformado la sociedad que conocemos o ha sido al contrario? Generalmente, un cambio social se da en el curso de una generación, por esta razón se tiende a confundir el cambio social con el generacional. En una generación puede haber ajustes o modificaciones en la forma de desempeñar los roles, pero esto no tiene por qué afectar a la estructura social al completo (Saco Álvarez, 2006: 40-41). Esta idea se puede ilustrar con un ejemplo de actualidad: el hecho de que haya una mayor participación de los hombres en el cuidado o que la mujer se haya incorporado al mundo laboral, ha supuesto un ajuste dentro de la familia pero no ha modificado la estructura social al completo. Se trata más bien de un ajuste por inercia social, es decir, se están produciendo otros cambios en la estructura social que tienden a modificar instituciones, como puede ser la familia. Son ajustes estratégicos que realizan los propios individuos. Evidentemente un cambio generacional puede llegar a ser la gota que colma el vaso y junto con acontecimientos pasados o presentes dar lugar a un cambio de grandes dimensiones (Saco Álvarez, 2006: 40-41).

La transformación de los saberes y habilidades cuidadoras en la familia, no es únicamente un cambio generacional, sino que es consecuencia de un gran cambio social. Las formas de preparación, transmisión y utilización de estos remedios han tenido que adaptarse a los nuevos valores de la sociedad. Como se ha mencionado anteriormente, los elementos que forman la estructura social pueden sufrir ajustes y modificaciones para adaptarse al nuevo escenario. Parece lógico pensar que en una sociedad como la actual, medicalizada y con una gran presencia de las tecnologías en la vida cotidiana, las habilidades cuidadoras pueden variar en sus formas de expresión, adaptándose al entorno cultural del presente.

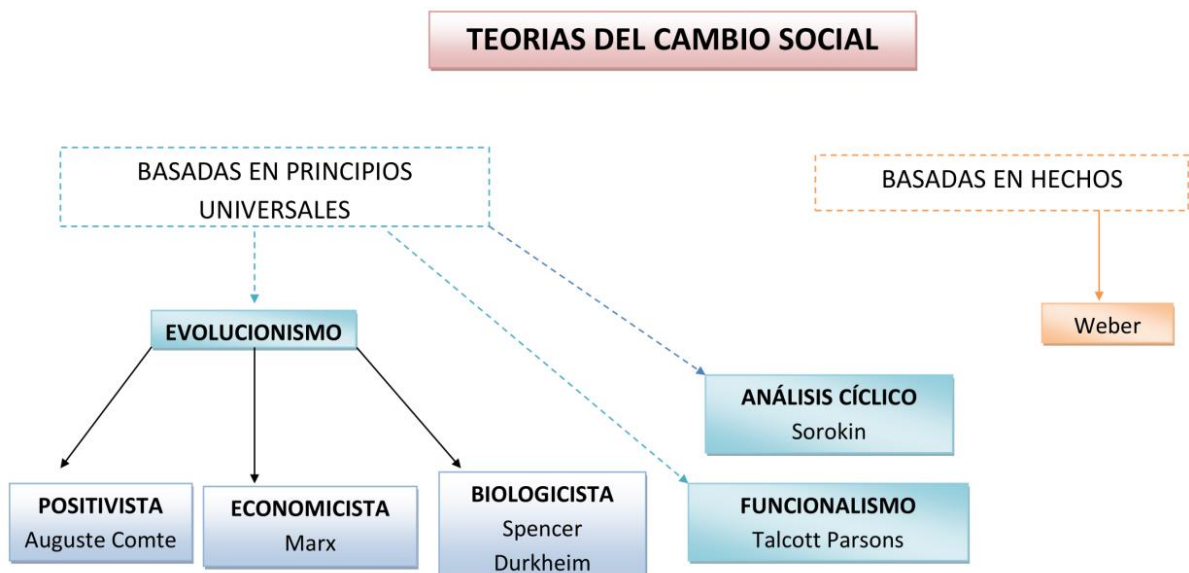
Es importante señalar que estas transformaciones o cambios pueden ser negativos o positivos, porque depende en gran medida de la perspectiva del espectador (Morales Navarro y Abad Márquez, 2008: 177). Podría deducirse que la industrialización ha traído consigo niveles de bienestar no vistos en otros tiempos, pero las emisiones de esta industria están dañando gravemente el planeta. Esta relatividad en los cambios sociales se ha recogido en las diferentes teorías a lo largo del tiempo.

2.2. Una sociedad en construcción

Un cambio se puede analizar desde varios puntos de vista. Entre los pensadores clásicos, dominan dos grandes líneas de pensamiento: los que basaron sus teorías en leyes generales, que son aquellas que aceptan a priori que existen unos principios universales que marcan el ritmo de la evolución; y por otro lado, las teorías sustentadas en eventos concretos, que asumen que los cambios sociales se presentan en un determinado momento de la historia (ver imagen 1).

Imagen 1

Clasificación de las teorías del cambio social



La perspectiva con la que se estudia la evolución de los saberes en la familia es más afín a la teoría del cambio social de Max Weber. Para este autor, la sociedad no es vista de forma tan rígida, sino que es más o menos flexible en función de las dinámicas y conexiones entre sus componentes. Al sustentar el cambio social en hechos concretos, toma una especial importancia la visión histórica, ya que afirma que cada cambio hay que asociarlo a un momento histórico concreto y contextualizarlo culturalmente (Barajas Martínez, 2020). Para Weber, el cambio social tiene que ser visto como una serie de acontecimientos que sucedieron en un momento histórico concreto, con unas propiedades irrepetibles.

A efectos de esta investigación, la teoría del cambio social de Weber ayuda a marcar un punto de partida: los cambios que introdujo la industrialización en la sociedad de principios del siglo XX. Hay que partir de la idea de que este autor consideraba que el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la burocracia eran las tres fuerzas principales que guiaban a la población hacia lo que él llamó la *racionalización*. El proceso de racionalizar tiene consecuencias en la sociedad, principalmente es que organiza la forma de vida de las personas en base a conocimientos técnicos y bajo la idea de eficacia (Girola, 1993).

Para Weber, la industrialización supuso el triunfo de la racionalidad en el mundo moderno y generó lo que denominó "*el desencantamiento del mundo*", que no es otra cosa que la pérdida de valor del misticismo en la sociedad moderna. Este concepto está relacionado con la "*anomia*" de Durkheim, ya que en la sociedad industrial fueron las instituciones las que canalizaron las creencias, sometiendo a los individuos a un proceso de homogeneización de identidad (Martín, 2019).

De la teoría de Weber se obtiene que los efectos de la industrialización han transformado los ideales de la población y han marcado el carácter de una sociedad imbuida por la racionalización. ¿Se puede extrapolar la teoría del cambio de Weber al presente?

Weber no aclaraba si esos valores relacionados con el misticismo simplemente desaparecerían como consecuencia de la racionalización o terminaban adaptándose al

contexto. En el caso de los saberes y habilidades cuidadoras en la familia conviene ilustrar algunos de los pensadores de las llamadas teorías de la modernización y posmodernización, pues estudian la sociedad del presente, las variaciones de la estructura social tradicional a la urbana-industrial y, lo más importante, los nexos de anclaje entre los valores y costumbres de la sociedad anterior y la actual.

2.3. La renovación de lo cotidiano

El punto de vista de los pensadores contemporáneos nos va a ayudar a acercarnos al momento presente, a estudiar cómo las personas justifican o explican los cambios que se han producido en la sociedad y en las familias contemporáneas y qué nuevo sentido le confieren (Entrena Durán, 2018: 166-170; Morales Navarro y Abad Márquez, 2008: 179-182).

Parafraseando a Bauman: ¿cómo ha afectado la modernidad a las familias y a la sociedad?, ¿vamos hacia la modernidad o ya estamos en ella? Los valores y la filosofía de vida de un joven de la actualidad poco tienen que ver con los que tuvieron sus padres. Bauman partió de este hecho y propuso el concepto “*vida líquida*” para explicar los fenómenos sociales de la modernidad (González, 2007). De esta forma en su obra “*modernidad líquida*”, analizó la naturaleza de las sociedades complejas como la actual y la manera en cómo los individuos responden al fenómeno de la inmediatez.

En la vida líquida la base de la sociedad es el individualismo y carece de elementos sólidos. Todo lo que poseemos es cambiante y con fecha de caducidad. La evolución de la ciencia, tecnología o la globalización han llevado al ser humano a alejarse de su esencia, de sus raíces. La sociedad ha pasado de ser sólida y mantenerse unida a someterse a un capitalismo liviano (González, 2007). En consecuencia, Bauman afirma que la satisfacción y la emancipación de las personas de hoy día se basa en el consumismo: “todas las ideas de felicidad acaban en una tienda”. Para el autor en la sociedad de consumo, la identidad se recicla continuamente y considera que esa necesidad por comprar tiene como causa la búsqueda casi desesperada de un grupo de pertenencia (Vásquez Rocca, 2008).

Otro de los temas que Bauman trata en su obra es la convivencia y la relación

con los otros. En la vida moderna ya no existen relaciones sino conexiones y esto tiene que ver con la modificación y separación del espacio-tiempo (Vásquez Rocca, 2008). A raíz de la evolución de la tecnología lo que antes parecía lejano ahora está a un solo golpe de clic, de tal forma que se ha conquistado la noción de espacio. Se le da más importancia a conectarse que a relacionarse. Bauman denomina a este tipo de relaciones "*comunidad artificial*". Estas comunidades pueden basarse en la estética o en la ética. En la primera, que es la más común en la sociedad contemporánea, los vínculos son fríos y efímeros, son comunidades listas para el consumo, no tienen una gran historia ni trayectoria. Mientras que las éticas son aquellas que se basan en el largo plazo y que refuerzan los vínculos con sus integrantes (González, 2007; Vásquez Rocca, 2008).

Sin duda, la tesis de Bauman deja un escenario algo pesimista, aunque el autor termina su obra haciendo una oda a la educación que, aunque afirma se ha convertido en un producto más, solo a través de ella se puede contrarrestar los efectos negativos de la tecnologización. A través de la educación se puede cultivar la paciencia, la atención y la habilidad para establecer vínculos con un espacio determinado. Además, es la única forma de adquirir conocimientos que aporten creatividad a la sociedad, fuera de las normas establecidas y de los intereses económicos (Vásquez Rocca, 2008).

En relación con este estudio, lo interesante de la obra de Bauman es el análisis que realiza de la sociedad actual. Las diferencias generacionales, la caducidad de los valores de antaño y la inmediatez que guía las formas de actuar de la colectividad. Sin embargo, Bauman establece una visión negativa y no confiere que en una sociedad como la que describe, haya nuevas formas de establecer relaciones y vínculos que puedan reforzar los lazos afectivos e incluso sean aptas para la transmisión de conocimientos. Este marco de referencia lo brinda la sociedad red de Castells.

Este autor, aborda la categoría informacional en la sociedad a partir de los análisis que realizaron Weber, Durkheim y Marx sobre el cambio social. Para Castells, la estructura social se ha modificado básicamente por el fenómeno de la globalización, que se ha ido desarrollando gracias a la evolución de internet y la tecnología. La nueva estructura social se forma en base a lo que él llama "*red de redes*" que está

configurada por las siguientes relaciones:

- Relaciones de producción: ligadas a la relación del hombre con el consumo.
- Relaciones de experiencia: constituyen el núcleo fundamental de las relaciones (familia o círculo de amistad).
- Relaciones de poder: ligadas a la relación con las grandes élites (Andrade, 2010; Díaz-Criado, 2004).

En la nueva sociedad red, la realidad está construida por redes de información que almacenan, transmiten y procesan mensajes e información sin límite de espacio ni tiempo. Para el autor la sociedad red es el nuevo modelo que constituye la morfología social de esta época y que modifica nuestra forma de relacionarnos. Esto ha sido posible gracias a las tecnologías que han permitido un tipo de organización que en el pasado era impensable. La comunicación tradicional por tanto, se ha transformado en un sistema dinámico y abierto capaz de evolucionar y expandirse (Castells, 2001).

Lo llamativo del estudio de Castells es que brinda un lugar de referencia en el que enmarcar la sociedad del presente, a la par que nos invita a la reflexión, pues los procesos de transformación cultural provocados por las tecnologías requieren de un análisis más complejo de la sociedad.

A priori y como sostiene Bauman, cabría pensar que en una sociedad como la actual, no existen lazos afectivos entre las diferentes generaciones de una familia, porque quizás se tienda a comparar con las relaciones que se mantenían en el pasado. Lo cierto, es que Castells nos ilustra de forma muy gráfica cómo es la nueva forma de comunicarnos y que, en contra de lo que se pudiera pensar, es un sistema mucho más dinámico y abierto. Las familias por tanto, no pueden ser pensadas como antaño, estamos ante un nuevo modelo de comunicación familiar, mucho más abierto y donde la tecnología tiene un papel central. En tiempos como el actual, no parece imposible que través del teléfono móvil o de un ordenador se transmita un remedio a otra generación o incluso, se logre reunir a todos los miembros de una familia para compartir y dar solución a una dolencia a través de un grupo de *Whatsapp*.

Sin embargo, tanto Bauman como Castells, ofrecen una visión fría de la sociedad del presente y es Maffesoli en este caso, quien da un paso adelante y propone que hay que adentrarse en la cotidianeidad con los relatos que se están construyendo, sin juzgar ni establecer juicios de valor. Por este motivo, hace un llamamiento a acercarse a lo real no solo desde la razón, sino también desde los sentidos, para ser conscientes de que en la realidad actual se manifiesta la pasión, la alegría y otras formas de ocio y no solo los valores propios de la modernidad, que él considera que están en proceso de caducar (Maffesoli, 2002).

Al momento presente Maffesoli lo denomina posmodernidad y surge de una saturación de los valores que enmarcaron la modernidad (Arriaga Martínez, 2009). Este nuevo tiempo, que aún está en proceso de formación, se caracteriza por una vuelta a lo tribal, a lo arcaico y a lo primitivo, que fue sepultado por la modernidad. A este regreso, lo denomina el *“reencantamiento del mundo”*, como una respuesta al desencantamiento del mundo que propuso Weber (Ricco, 2019).

Para el autor, aquello que generó el desencantamiento del mundo, principalmente el avance de las tecnologías, está contribuyendo a reencantarlo. Y lo ilustra de la siguiente forma:

Frente a la globalización se encuentran signos de lo que él llama *“localismo contemporáneo”*, que es aquello que acerca al individuo a la tierra, a su verdadera identidad (Arriaga Martínez, 2009; Maffesoli, 2002).

Además las personas que habitan en esta nueva sociedad tienen que convivir con lo transitorio, con lo abierto y con lo inacabado, pero según Maffesoli esto no quiere decir que no haya relaciones afectivas sino que de hecho, se han construido nuevas formas de estar juntos, sustentadas en la tecnología y en la transformación del espacio- tiempo. A esto le denomina *“comunidades emocionales”* (Maffesoli, 2002).

Maffesoli subraya que el reencantamiento se hace posible gracias al momento en el que se practica el surrealismo. La sinergia entre la razón y lo sensible, el vínculo entre lo cultural y lo humano, el momento en el que emerge el *“romanticismo posmoderno”*, que se inspira en la idea del romanticismo del siglo XIX (Maffesoli, 2002).

La esencia del romanticismo, se encuentra en el nuevo concepto de “*oikos*” o “*domus*” que es cuidar de la casa, del hogar, volver a las raíces manifestado en la sensibilidad ecológica que está emergiendo y que permite al ser humano volver a encarnarse: frente a los procesos de homogeneización de la identidad surge volver a la vida cotidiana (Arriaga Martínez, 2009; Maffesoli, 2002).

Lo sugerente de la tesis de Maffesoli es la visión que tiene del cambio. Para él, lo nuevo de la sociedad no hay que verlo con una visión lineal y progresiva sino como un espiral dónde vamos a ver que lo antiguo regresa de forma renovada, adaptándose al contexto cultural. La teoría de Maffesoli, nos abre la puerta hacia nuevas formas de entender la sociedad y las familias contemporáneas. Además invita a la reflexión, pues en un mundo dominado por la tecnología y por el avance de la ciencia quizás hay un espacio reservado para los saberes de del pasado, renovados o adaptados al contexto cultural, pero al fin y al cabo, puede existir un vínculo entre nuevas formas de entender lo natural y la sociedad contemporánea.

3. CAMBIO SOCIAL Y FAMILIA

3.1. La familia a la luz del pensamiento social

¿Cómo ha afectado el cambio social a las familias?, ¿han variado sus funciones?, ¿se han debilitado los lazos familiares o se han transformado? A lo largo de los siguientes capítulos, se va a analizar la evolución de las familias desde las perspectivas más clásicas, para terminar reflexionando acerca del lugar que esta institución ocupa en el presente, cuáles son sus funciones y si los cambios que se han producido en la sociedad se han hecho permeables a la estructura familiar.

El estudio de la familia ha sido abordado por diversas disciplinas. Todas, bajo sus intereses específicos, han aportado significado a este concepto. Desde el siglo pasado los estudios relacionados con la familia han centrado su interés en el universo de las Ciencias Sociales, concretamente desde la Antropología y Sociología. Lo anterior puede explicarse a través del análisis histórico de la familia que demuestra que a pesar de las grandes transformaciones tecnológicas y científicas del mundo contemporáneo, la familia sigue presente y se renueva de forma constante, contribuyendo al equilibrio de la sociedad (Segalen, 1992: 13-15).

No obstante, a pesar del interés reciente por abordar la familia desde la Sociología, los estudios relacionados con este concepto son tan antiguos como la propia Sociología como ciencia (Rodríguez Fernández, 2012). Los primeros indicios de una sociología de la familia aparecen en la obra de Auguste Comte en 1839. El autor, considerado como uno de los padres fundadores de la Sociología, fue pionero en reflejar a la familia como unidad básica de toda la estructura social. En su obra política más relevante, "El sistema de política positiva", desarrollada entre 1851 y 1854, Comte elaboró su tesis principal de la que emana todo su discurso en torno a la familia. Para el autor: "El principal logro de la Humanidad consiste en extraer su propio perfeccionamiento moral, de la fatalidad que nos condena al más brutal egoísmo" o dicho de otra forma, para Comte el egoísmo humano determina su conducta (Ruiz Caballero, 1996).

La familia era definida como fuente y elemento irreductible de la sociedad, considerándose la principal institución que actuaba como intermediaria entre el

egoísmo y el altruismo. Según Comte, la familia debía de entenderse bajo dos perspectivas: fuente espontánea de la educación moral y base natural de la organización política. El papel de la familia como institución intermediaria, está muy ligado al rol de la familia en la educación moral (Rodríguez Fernández, 2012; Ruiz Caballero, 1996). Comte consideraba que la eficacia moral de la vida doméstica consistía en servir de transición en la liberación del individualismo para formarnos como seres verdaderamente sociales. A través de dos instintos tan egoístas como el sexual y el maternal, se forman relaciones únicas que nos permiten desarrollar todas las inclinaciones sociales (Ruiz Caballero, 1996; Segalen, 1992: 26).

El pensamiento de Auguste Comte tiene un fuerte componente moralista y conservador. Precisamente esa visión de la socialidad tan ligada a la moralidad hace que se relativice la posición positivista que tanto reclamaba para la Sociología (Letelier, 1967: 89). Martine Segalen señala que la principal crítica que puede dirigirse a la Sociología de la familia de Comte es la de “depender de una perspectiva psicologizante cuya pseudocientificidad consiste en reemplazar a Dios por la naturaleza humana” (Segalen, 1992: 26). Así mismo, al tratarse de una línea conservadora, se muestra incapaz de elaborar un pensamiento diferente al de la comunidad (Ruiz Caballero, 1996).

Aún así, la teoría de Comte nos permite reflexionar acerca del papel de la familia en la sociedad y en el proceso de socialización. La existencia social solo puede ser explicada a través del estudio de la familia como institución única e indivisible. Pretender analizar la sociedad a través de la descomposición de la misma en individuos, es un error que conduce a infravalorar la importancia de la familia como unidad social.

Simultáneamente, Frédéric Le Play, considerado por el propio Comte como un pensador retrógrado denunciante del Código Civil, elaboró una serie de monografías familiares que conocieron el éxito en el siglo XIX (Segalen, 1992: 26). La actividad intelectual de Le Play estuvo influenciada por el pensamiento de Louis de Bonald, filósofo y político exponente de las ideas católicas tradicionalistas posteriores a la Revolución Francesa. Bonald defendía la supremacía de lo social frente al individualismo, ya que, según el autor, la sociedad es quien conforma al hombre y no al

contrario. En este sentido, construye una definición de familia en la que destaca la diferenciación de funciones. Para el autor, el padre es el poder, la madre actúa como mediadora y el hijo es el sujeto o súbdito. Esta relación de poder se puede extrapolar a la sociedad, Bonald afirmaba que una sociedad sin poder no era una sociedad. Para el autor, lo que ocurre en el seno de la familia influye en el bienestar del Estado y al contrario, todo cambio será recíproco (Ruiz Caballero, 1996). El pensamiento de Bonald muestra una concepción política de la familia relacionándola con el Estado y la sociedad y no únicamente con el ámbito privado del individuo.

Las monografías de Le Play son el sustento empírico de las ideas o proposiciones de Bonald. El autor pretendía identificar los elementos determinantes de una sociedad estable. Para ello, partió de la hipótesis de que mediante el estudio de una unidad microsocial bien elegida se accedía al conocimiento del estado de la sociedad, por ello, eligió la familia obrera como unidad de estudio ya que se situaba entre las clases trabajadoras donde se detectaron los principales problemas sociales (Aguilar, 2018; Garayo Urruela, 2001).

Le Play define a la familia como la institución motor que hace a una nación libre y próspera. En ella, el principal agente del orden social es el padre y es tarea fundamental del Estado reforzar esta autoridad paterna (Ruiz Caballero, 1996). Teniendo en cuenta este concepto, Le Play elaboró un cuadro clasificatorio de las familias en el que se distingue:

- Familia patriarcal: todos los miembros que componen la familia cohabitan y explotan bajo la autoridad del padre el patrimonio familiar. Según el autor, este tipo de familias tiende a degenerar y a ser un tipo de opresión para los individuos que la conforman.

- Familia inestable: constituida por padres e hijos que una vez que alcanzan la mayoría de edad abandonan a los padres para formar su propia familia. Le Play afirma que este tipo de familias es consecuencia de la Revolución Industrial y que acentúa el individualismo, poniendo en peligro la estabilidad social.

- Familia troncal: cohabitan tres generaciones: padres, hermano soltero e hijo

casado, a quién se le transmite el patrimonio familiar.

La familia troncal era el ideal a alcanzar por Le Play. Este modelo se encontraba en el nivel medio entre la opresión que generaba la familia patriarcal y el individualismo de la familia inestable. La familia troncal era garante de la estabilidad social. Con este modelo se contribuía a perpetuar las tradiciones, a conservar la propiedad familiar y la autoridad natural (paterna) (Garayo Urruela, 2001; Segalen, 1992: 26).

La obra de Le Play se encuentra entre la modernidad y la tradición. Por un lado supuso un avance indudable en cuanto a método científico, considerándolo incluso como pionero en el trabajo de campo dentro del ámbito de las Ciencias Sociales, pero por otro lado, en sus escritos muestra una llamada al orden propio del pensamiento conservador. Le Play impone la familia troncal como el mejor modelo para combatir la desorganización social (Aguilar, 2018; Garayo Urruela, 2001). Sus monografías profundamente reformistas se alejan de comprender que el origen y la razón de ser de cada familia van a depender de las necesidades de producción y reproducción de cada comunidad rural (Garayo Urruela, 2001). Aún así, Le Play marcó el camino a seguir a pensadores sociales, demostrando que a través del discurso científico se podía configurar un proyecto de reforma social.

3.2. La familia como expresión de la sociedad

A finales del siglo XIX, Emile Durkheim, considerado el fundador de la Escuela Sociológica Francesa, reconocía que la sociedad de su tiempo debía de dotarse de una nueva moralidad sustentada en el método científico. Todo parecía indicar que Durkheim seguiría los pasos de Le Play pero hubo una diferencia esencial en el desarrollo de su teoría familiar: su carácter laico y exento de juicios de valor. El autor admitía que la única forma que desde la Sociología se podía combatir a moralizadores o reformistas sociales era aceptando que la familia al igual que en otros campos sociales, podía ser objeto de generalizaciones científicas. Sin embargo era necesario evitar la simplificación o la renuncia a un intento de sistematización (Segalen, 1992: 28; Varela, 1999).

A diferencia de Le Play, Durkheim no jerarquiza ningún tipo de familia, sino que asume que la familia actual ha evolucionado y es distinta a la de antaño porque las circunstancias también lo son. Por lo tanto, no es necesario ni conviene imitar ningún modelo familiar anterior sino centrarse en comprender el que existe en el presente (Segalen, 1992: 28). Las ideas principales de este autor en torno a la familia, aparecen en 1888 en un curso de “Introducción a la Sociología Familiar” impartido en la Universidad de Burdeos. En él narra las bases teóricas que les servirán de sustento para la elaboración de sus grandes obras en otros campos sociales (Segalen, 1992: 27; Varela, 1999).

Durkheim coincidía con otros autores en que la familia es la institución social más importante de la sociedad, pero introducía una nueva perspectiva, desde una aproximación histórica afirmaba que “la familia moderna contiene dentro de ella, como abreviado, todo el desarrollo histórico de la familia”, por lo tanto consideraba que esta institución era el resultado de un largo desarrollo histórico y que se encontraba en constante fase de desarrollo social (Varela, 1999).

En su obra “La Famille Conjugale”, publicada en 1892, Durkheim formuló lo que llamó “*la ley de contracción progresiva*” de las relaciones familiares. Según el autor las relaciones familiares habían pasado históricamente por una serie de fases: de la familia exógama a la familia indivisa; después a la familia patriarcal en la que el poder absoluto recaía en el padre de familia y, por último, de la familia paternal argumentada por Comte a lo que él denominó familia conyugal. Por lo tanto la familia conyugal es el resultado de una contracción de la familia paternal (Música Martinena, 2005; Segalen, 1992: 28; Varela, 1999). La ley de contracción familiar muestra cómo el volumen de los miembros que conforman la familia ha ido disminuyendo con el paso de los años, concentrando los lazos familiares. Este fenómeno estaba correlacionado con la extensión del medio social: de la aldea a la ciudad, de esta al Estado hasta desembocar en las sociedades complejas actuales (Música Martinena, 2005; Segalen, 1992:28; Varela, 1999).

La familia paternal comprendía al padre, madre y todas las generaciones descendientes mientras que la conyugal comprende al marido, a la madre e hijos

menores y solteros. Para Durkheim, al modificarse el volumen de la familia es inevitable que haya una variación en la organización interna de la misma (Varela, 1999). Como se puede apreciar en la definición de familia paternal, todos los miembros de una misma familia convivían bajo el mismo techo y por tanto toda la organización familiar estaba destinada a mantener los bienes que sustentaban a la familia. En la familia conyugal en la que el volumen de miembros ha disminuido, los bienes van siendo apropiados individualmente. A este fenómeno Durkheim lo denomina quebrantamiento del comunismo familiar, y es para el autor el cambio más importante en la organización familiar (Inda, 2009; Múgica Martinena, 2005; Segalen, 1992: 28; Varela, 1999).

Sin embargo, afirma que lo que distingue a la familia conyugal del resto de organizaciones familiares es, por un lado, considerar al matrimonio como elemento esencial y permanente de la familia. Los bienes familiares pasan a formar parte del régimen normal del matrimonio, sirva de ejemplo la instauración de la separación de bienes en la Inglaterra de 1882, guiada en gran parte por corrientes de pensamiento como la expuesta (Varela, 1999). Además, el autor abogaba por la igualdad progresiva de la mujer en el matrimonio, asumiendo que el poder abusivo del marido tiende a debilitar los lazos conyugales y que debía de combatirse dándole poder y participación en el ámbito de los intereses económicos comunes. En palabras de Durkheim: “nuestra concepción de la sociedad conyugal no puede seguir siendo la que nos ha legado la Edad Media sin que los cambios que se hayan producido sean imputables únicamente al derecho romano” (Varela, 1999).

Por otro lado el rasgo más novedoso que incorpora la familia conyugal es la intervención del Estado en la vida familiar. El Estado por un lado ejerce el derecho de corregir al marido cuando sobrepasa ciertos límites, llegando incluso a finales del siglo XIX a retirar la patria potestad. Esta intervención provoca que los lazos de parentesco sean indisolubles ya que el Estado los toma bajo su protección retirando a los miembros de cada familia el derecho a romperlos (Varela, 1999).

Todos estos cambios hacen por un lado que los lazos de parentesco sean más fuertes, pero por otro lado el afán familiar por mantener los bienes en común se va

desvaneciendo debido al quebrantamiento del comunismo familiar (Segalen, 1992: 28; Varela, 1999). Según Durkheim en las sociedades modernas, estamos unidos a nuestras familias por los lazos de parentesco o personales y no por los bienes familiares como podía ocurrir en las sociedades patriarcales o paternas. Esto supone un avance en la dinámica social, ya que mientras la riqueza se transmite existirán ricos y pobres de nacimiento, y esto es incompatible con sociedad moderna (Callejo, 2000; Múgica Martinena, 2005; Varela, 1999).

La importancia que para esta tesis tiene la obra de Emile Durkheim radica en que no desvincula las transformaciones de la familia de las estructuras de las sociedades en los distintos periodos históricos. Para Segalen, el sociólogo francés fue el primero en expresar que la sociabilidad de una sociedad, es decir, el modo en el que un individuo se relaciona en sociedad, determina la naturaleza y los roles de una institución. Por tanto para conocer la familia, es necesario apoyarse en costumbres y hábitos ya que es a través de ellos como se manifiesta la sociedad (Callejo, 2000; Coronel, 2004; Segalen, 1992: 25; Varela, 1999).

3.3. La familia como institución social

En los capítulos anteriores se puede observar, que entre las teorías clásicas hay dos vertientes de pensamiento: aquella que considera que la familia está en crisis por el efecto del individualismo, esto se ve reflejado en autores como Bonald, Le Play o Comte. Y por otro lado, considerar a la familia como una institución flexible, resistente y en continua fase de desarrollo, que se adapta a los cambios históricos por los que ha atravesado. La contradicción entre los dos discursos no es algo nuevo, pues en la actualidad sigue teniendo resonancia. Por esta razón, es necesario recurrir y retomar los discursos de los sociólogos clásicos, ya que sus conceptos e ideas en torno a la familia son la base en la que se inscriben la diversidad de respuestas que encontramos sobre este término en el presente.

Si analizamos las teorías expuestas en este capítulo, se obtiene un denominador común: considerar a la familia como una institución social. Este término será tomado como referencia a efectos de este estudio, para comprender el rol que juega la familia

en la sociedad actual.

El concepto de institución social ha sido empleado históricamente en el ámbito de las Ciencias Sociales. Este término se ha ido construyendo en función del uso que se hace del mismo, y en Sociología una utilización indiscriminada del mismo ha dado lugar a una gran variedad de definiciones. Por esta razón, es necesario estudiar los usos que ha adoptado este término con el objetivo de consensuar los elementos comunes. Una vez que se comprenda lo que significa este concepto se podrá estudiar el funcionamiento del mismo (Hodgson, 2011; Smith, 1962).

Harold Smith en 1962 recoge en un estudio los diversos conceptos sobre institución social desarrollados por 70 sociólogos americanos. Smith llega a mostrar hasta cinco clases de usos de este término. Aunque cada definición posee ciertas particularidades, el autor se centra en describir los ocho elementos comunes que encuentra entre las diferentes clases de usos ya que a través de estas coincidencias se podrá obtener una aclaración del concepto de institución social (Smith, 1962). Dentro de los distintos usos de institución que recoge en su estudio define a la familia en términos de estructura cultural y relaciones interactivas. La familia es entendida como un complejo de ideas y prácticas guiadas por normas que marcan el comportamiento de las personas (estructura cultural). Además, la familia no es una institución aislada sino que se sustenta en las relaciones sociales que a su vez están sujetas a una normativa y están dirigidas a la satisfacción de necesidades (Smith, 1962; Valladares González, 2008).

Lo anterior está muy relacionado con la idea de sociabilidad de una sociedad desarrollada por Durkheim. La familia es considerada la expresión de una comunidad, pues marca la forma de comportamiento de un individuo en la sociedad (Segalen, 1992: 13). La familia como institución social posee una serie de elementos básicos que son comunes al resto de usos que engloba el concepto de institución. Entre ellos se destaca:

- Normas culturales: aquello que guía el comportamiento de un individuo en la sociedad y que son compartidas por toda la comunidad.

- Estructura interrelacional: ninguna institución permanece aislada. Todos los componentes de la misma y el resto de instituciones se encuentran relacionados entre sí.

- Persistencia: a pesar de los cambios sociales permanece en el tiempo. Puede modificarse su función o su rol pero tiende a mantenerse estable.

- Funciones: una institución está destinada a cubrir una serie de necesidades.

- Sanciones: al estar guiadas por una serie de normas o reglas, existen restricciones debido básicamente al incumplimiento de las mismas.

- Elementos cognoscitivos: las instituciones están sustentadas en ideas o creencias.

- Interacción social: las relaciones entre individuos constituyen la base de una institución social.

- Rasgos materiales de cultura: aquellos significados culturalmente definidos. Por ejemplo: en el caso de la familia la licencia matrimonial simboliza la unión en matrimonio entre la pareja (Smith, 1962).

Merece la pena señalar que a través del análisis de teorías clásicas sobre la familia queda demostrado la continuidad de la misma. La familia como institución social se renueva de igual manera que la sociedad evoluciona (Hodgson, 2011; Segalen, 1992: 13).

Actualmente el término de familia engloba una gran variedad de definiciones debido en gran medida a la diversidad cultural y a la red de relaciones que conforman la familia. Más allá de establecer comparaciones entre concepciones pasadas se vuelve relevante reflexionar acerca de lo que la familia actual puede proporcionarnos como sujetos sociales. Ha quedado reflejado cómo a través de la familia se rige el comportamiento de una comunidad, por tanto el estudio de la misma podría darnos una visión más amplia de la sociedad en la que vivimos.

3.4. La familia como grupo doméstico

Definir el rol que juega la familia en la sociedad no es algo sencillo, los diversos estudios históricos y antropológicos que se vienen desarrollando desde hace años nos muestran cómo ha ido mutando el concepto, entre otras cuestiones porque el resultado del análisis de la familia no es estático en el tiempo. La familia no se puede estudiar de forma aislada, existen influencias externas como la interacción con otras instituciones o grupos, pero también internas que transforman los roles y funciones de este grupo social (Jelin, 2005; Tuirán, 1993).

La familia como institución social está organizada en base a una serie de relaciones entre sus miembros. Dichas relaciones, no están únicamente basadas en lazos afectivos, los miembros que conforman este grupo social permanecen unidos mediante lazos legales, así como por derechos y obligaciones. La actitud y la forma en la que se comportan los integrantes de una familia con la sociedad y con su grupo familiar constituyen la materia prima para la formación de hogares y para la comprensión del papel que ha ido adoptando la familia a lo largo del tiempo (González García, 1992; Jelin, 2005; Lévi-Strauss, 1956: 12; Páez-Martínez, 2017).

La vida en familia es un fenómeno que está presente en todas las sociedades, pero ¿tiene el mismo significado para cada una de ellas? Para poder responder a esta cuestión se vuelve necesario estudiar pormenorizadamente el tamaño, la estructura y la red de relaciones, especialmente el parentesco, que tejen las diversas configuraciones familiares. Es muy interesante el ángulo desde el que Segalen aborda la definición de familia. La autora considera que el estudio desde la perspectiva de grupo doméstico permite establecer comparativas con otras formas familiares en el espacio y en el tiempo (Segalen, 1992: 37).

Se denomina grupo doméstico a “un conjunto de personas que comparten un mismo espacio de existencia, la noción de cohabitación es esencial” (Segalen, 1992: 37). El término grupo doméstico es mucho más amplio que el de familia. La familia tal y como la entendemos hoy, está constituida por padre, madre e hijos. El grupo doméstico abarca en su seno a una o incluso a varias familias que pueden tener entre

sí lazos de filiación (padres ancianos e hijos casados) o de colateralidad (parejas de hermanos casados), incluso puede incluir a personas sin relación de parentesco. Este concepto va a permitir analizar cómo eran los grupos familiares del pasado y si el cambio que se ha producido en las familias en los últimos tiempos se puede atribuir únicamente a un estrechamiento familiar (Segalen, 1992: 37).

El tamaño y la estructura del grupo doméstico han sido un tema central en la investigación histórica y antropológica del siglo XVI hasta nuestros días. Estos estudios han mostrado que no ha existido solo un tipo de gran familia sino que se han descrito diversos tipos como las comunidades tácitas, la *zadruga*-yugoslava o la troncal descrita por Le Play (Garayo Urruela, 2001; Lévi-Strauss, 1956: 10-12; Segalen, 1992: 40).

Estas tipologías de grandes familias tienen en común que han sido definidas y teorizadas y por lo tanto no corresponden a configuraciones familiares imprecisas, pertenecen a un periodo histórico bien delimitado, es decir, aparecieron y funcionaron pero desaparecieron en un contexto social determinado. Lo más importante es que a lo largo del tiempo la idea de gran familia se ha ido mitificando: la importancia que se le otorga en la actualidad sobrepasa a la que tiene realmente (Segalen, 1992: 41). En esta línea Rodolfo Tuirán afirma que en las sociedades contemporáneas se tiene una idea "romántica" de la familia, se tiende a pensar en una imagen mitificada de la familia conyugal tradicional, aislada, autónoma e impermeable a influencias externas. El mismo autor, hace hincapié en que tenemos que reconocer la pluralidad de las familias pues en ellas se viven diversas experiencias particulares, en relación con cada persona, género, edad y posición de parentesco (Tuirán, 1993).

Estas grandes familias descritas anteriormente solo correspondían a configuraciones familiares particulares y relativamente extrañas, la inmensa mayoría de los grupos domésticos estaban compuestos de una forma bastante similar a como los conocemos hoy día (Rodríguez Fernández et al., 2003; Segalen, 1992: 42).

En estudios demográficos se muestra cómo las familias que hoy reconocemos como extensas no eran las predominantes en el pasado. Peter Laslett en su obra "Household and Family in Past Time" refleja que el grupo doméstico en los siglos XVI,

XVII y XVIII estaba formado por una media de entre 4 y 6 personas, la mayor parte correspondían a familias de tipo conyugal (padre, madre e hijos). Lo anterior era aplicable no solo al ámbito de Inglaterra sino a gran parte de Europa. Laslett demostró que el modelo predominante familiar antes de la época de la industrialización era el simple, y no la familia nuclear extensa como se pensaba. Por tanto, argumentó que este proceso no pudo destruir a las familias extensas ya que incluso en algunos países no habían emergido (Bestard Camps, 1980; González García, 1992; Segalen, 1992: 42; Tuirán, 1993).

A partir del estudio realizado por Laslett, otros investigadores, sobre todo provenientes de México y América Latina, siguieron sus pasos. Se encontraron con resultados similares. Las investigaciones centradas en ámbitos preindustriales urbanos y rurales de América Latina en los siglos XVIII y XIX obtuvieron una imagen compleja de diversidad, sin embargo, todos rechazaron la idea de que en el pasado los hogares estuviesen formados por familias extensas y con estructuras múltiples y complejas (Tuirán, 1993).

Dichos estudios añaden que el hecho de que en amplios sectores de la población haya existido una exclusión del desarrollo económico y social ha fortalecido prácticas, actitudes y comportamientos que actúan como mecanismos de defensa frente a la pobreza y que por tanto, el proceso de industrialización en todo caso ha contribuido a la permanencia y formación de familias extensas (Enciclopedia Británica, 2009; Segalen, 1992: 42; Tuirán, 1993;).

Segalen añade que si se analiza históricamente el tamaño de las familias se observa como el hecho de tener grandes familias estaba supeditado a diversas circunstancias, desde la mortalidad de las mujeres en los partos, mortalidad infantil que afectaba a recién nacidos, hasta las hambrunas características de esta época en la que la fecundidad femenina se podía ver afectada (Segalen, 1992: 42). Por tanto la población antigua no aumentaba tan exponencialmente como afirmaban pensadores afines a Frederick Le Play, y queda constatado que el proceso de industrialización que tuvo lugar en el siglo XIX no pudo tener efecto directo en la reducción de las familias, ya que las formadas en siglos anteriores aseguraban su reproducción con dificultades.

3.5. La estructura familiar del presente

Más interesante que el tamaño de la familia es la estructura familiar, pues informa sobre la interacción familiar. Willian Goode en su obra "The Family" lo ilustra con el siguiente pasaje:

"Los modelos estructurales afectan en parte a los procesos de tensión y de ajuste entre emparentados. Algunas relaciones tienen que ser definidas en detalle, si la casa incluye ciertos parientes. Por ejemplo, si cohabitan en el grupo doméstico un hombre y su suegra, pueden existir reglas que exigen mucha reserva y evitan la interacción entre los dos. Los modelos de socialización están igualmente afectados por la presencia de tal o cual pariente. Una abuela puede continuar supervisando la socialización de una joven nuera o bien un chico joven puede ir a la casa del hermano de su madre para ser educado [...]"
(citado por Segalen, 1992: 43).

A la hora de analizar el tamaño y el tipo de estructura familiar es importante tener en cuenta que cualquier grupo doméstico evoluciona en el tiempo y que la clasificación tipológica, por tanto, obvia la dimensión temporal. Con esta idea se introduce el concepto de dinámica familiar, estudiado por un gran número de historiadores con el objetivo de aportar demostraciones que ayuden a aclarar este término (Bestard Camps, 1980; Cid Rodríguez et al., 2014; Páez-Martínez, 2017).

Para estudiar las estructuras de los grupos domésticos de pasado y observar su dinamismo, estos historiadores analizaron los censos de una misma población durante un periodo largo de tiempo, así observaron el ciclo de un grupo doméstico y lo correlacionaron con datos externos como los socioeconómicos, modos de transmisión de bienes, etc. (Segalen, 1992: 44-47; Tuirán, 1993). Obtuvieron que en el Antiguo Régimen la alta mortalidad impedía la presencia de abuelos, ya que cuando nacían los nietos estos habían fallecido. Lo anterior se puede apreciar en los estudios sobre los pueblos pirenaicos en los cuales la presencia de entre unos 20% o 30 % de grupos domésticos complejos ya era considerable si se tenía en cuenta la alta mortalidad

(Segalen, 1992: 46). Es importante destacar que aunque el censo muestre una baja frecuencia de familias troncales o complejas, no hay que llegar a la conclusión de que este tipo de familias no existiera entre la población, ya que el censo podría estar mostrando una parte de la fase del ciclo de desarrollo de una familia extensa (Bestard Camps, 1980).

Al relacionar la estructura familiar y el tamaño con la producción, el sistema de herencia o el patrimonio se llegó a la conclusión de que algunos grupos domésticos múltiples o extensos fueron el resultado de adaptaciones económicas.

De lo anterior se concluye que el concepto de grupo doméstico extenso o múltiple puede adoptar diferentes significados según la época. Hoy día la familia compleja se percibe como algo excepcional o extraño, mientras que en el Antiguo Régimen era signo de crisis social y económica, un modo de hacer frente a la pobreza. Si nos centramos en los grupos domésticos de la actualidad se observa que este concepto se ha centralizado en el hogar definido como “conjunto de ocupantes de una unidad de habitación privada, ocupada a título de residencia principal”, ya no es un espacio en el que se comparte trabajo y producción (Cid Rodríguez et al., 2014; Rodríguez Fernández et al., 2003; Segalen, 1992:47).

La estructura de los hogares actuales está influenciada por el alargamiento de la vida, la transformación del matrimonio (basado en la libre elección) y la poca probabilidad de muerte de los niños al nacer. Nos encontramos que la mayoría de los hogares están habitados por parejas casadas, incluso conviviendo con el padre/madre anciano que se ha quedado viudo, hogares sin estructura familiar (persona sola) y hogares temporales, es decir, jóvenes que residen con sus padres a la espera de la residencia independiente (Rodríguez Fernández et al., 2003; Segalen, 1992: 51).

3.6. Nuevas formas de relaciones familiares

Hasta ahora, se han analizado los cambios familiares en función del tamaño y de la estructura, pero lo anterior resulta insuficiente si consideramos que las funciones familiares y la organización social están marcadas en gran medida por el parentesco. Articulado en base a los modos de filiación y alianza, el parentesco designa a la vez a

aquellas personas que son parientes ya sean consanguíneos o por alianza y también es el principio que estructura la organización social (Placeres Hernández et al., 2011; Segalen, 1992: 55).

Si nos centramos en la filiación se puede definir como la unión entre individuos por lazos (directos o colaterales). Los lazos directos corresponden al padre, madre, etc., mientras que los colaterales corresponden a primos, hermanos, etc. Es decir, aquellos individuos con los que tenemos un antepasado en común pero no descendemos de ellos. A través de este principio se transmite a otras generaciones una serie de bienes materiales o inmateriales, y/o rasgos físicos (Grondona, 2010; Segalen, 1992: 57).

Segalen afirma que en todas las sociedades la filiación es reconocida aunque su importancia varía. Por ejemplo, si comparamos las sociedades exóticas con las industrializadas podemos llegar a la conclusión de que lo único que diferencia la una de la otra es que el grupo social está reagrupado en base al grupo de parentesco. En las sociedades industrializadas se puede pertenecer a una asociación, club o tener amistades libremente, en las exóticas todo lo anterior estaría definido en función de los lazos de filiación. Se puede decir que el parentesco es un principio dominante en la organización social de las sociedades exóticas (Enciclopedia Británica, 2009; Segalen, 1992: 58).

Anteriormente se ha señalado cómo en las sociedades industrializadas se tiende a pensar en grupos domésticos con un tamaño reducido y una estructura que se limita al núcleo familiar. Todo parece indicar que el parentesco en estas sociedades no tiene lugar o se ve limitado en sus funciones. Talcott Parsons defiende lo anterior argumentando que la industrialización de las sociedades ha segmentado a la familia, aislándola de su red de parentesco y siendo causante de la nuclearización familiar. Esto ha hecho que la familia haya perdido sus funciones propias y tenga que compartirlas con otras instituciones. El nuevo modelo familiar fundado sobre el matrimonio libre y aislado de la red de parentesco se basa en la racionalidad y eficacia, el padre tiene un rol instrumental como proveedor de bienes mientras que la mujer aporta afectividad (Cadenas, 2015).

Posterior a Parsons existen estudios recientes que defienden su tesis, pero ya no basándose en la adaptación de la familia a la economía moderna consecuencia de la industrialización, sino como refugio de las agresiones que provienen de la sociedad (Cid Rodríguez et al., 2014). En esta línea Louis Roussel, afirma lo siguiente: “la familia se ha convertido en el instrumento privilegiado del equilibrio psicológico de los adultos y el lugar principal de la historia afectiva de cada uno. La cerrazón del matrimonio y esta búsqueda de un alto nivel de gratificación afectiva no están estimulados solamente por la lógica interna del modelo romántico, están ligados a la situación del individuo en las sociedades industriales contemporáneas” (Roussel, 1976; citado por Segalen, 1992: 83).

Por su parte Jonh Moge, en 1980, afirmó que las ideas de Parsons con respecto a las funciones familiares eran falsas, argumentando que las relaciones de parentesco se mantenían en todas las sociedades, proporcionando el “sostén psicológico de las identidades familiares”, facilitando la educación de los hijos y tareas domésticas así como favoreciendo la economía familiar (Segalen, 1992: 80).

Para comprender las funciones que ejerce el parentesco es necesario analizar la relación entre padre e hijo y madre e hija considerada como el primer grado en las relaciones de parentesco (Segalen, 1992: 84). En una sociedad industrializada la proximidad geográfica es un factor que facilita las relaciones padres-hijos. Louis Roussel, mostraba que la proximidad residencial permitía una mayor interacción entre las familias. El deseo de relación está presente en ambas, aunque la más joven exige siempre a cambio su independencia, mientras que la necesidad de afecto es más fuerte entre los padres. Cuando los padres alcanzan la edad de jubilación lo anterior se intensifica, las relaciones se vuelven más densas e íntimas y en los padres emerge el sentimiento de utilidad que les hace dar sentido a su nueva vida. Es en la etapa de jubilación de los padres cuando estos encuentran en las relaciones con sus hijos el modo de mantener una red de amistad (Segalen, 1992:85-87; Wolf, 1980).

A medida que pasa el tiempo, los padres son más dependientes del afecto de sus hijos y por tanto, las relaciones entre las dos generaciones es vista como un refugio que les protege de amenazas externas. Precisamente es la solidaridad y el afecto entre generaciones los que hacen completa a una familia y asegura la continuidad de la

misma en una sociedad en la que la mayoría de las relaciones son funcionales (Enciclopedia Británica, 2009; Placeres Hernández et al., 2011).

Hasta el siglo XIX entre hombres (padres-hijos) se transmitía el oficio, las formas de trabajo e incluso el estatus. En el momento en el que padre e hijo trabajan de forma autónoma, lo anterior se rompe y es aquí donde el papel afectivo de la madre se desarrolla, actuando como nexo de unión ante un padre enfrentado a las duras condiciones del trabajo (Segalen, 1992: 88).

Raymond Firth, denominó a esta organización familiar con el término de “*matri-centered family*”, las hijas cuando se casan tienden a regresar al universo de las mujeres y a su madre, se podría decir, que el matrimonio refuerza la relación entre madre e hija. Como afirma el proverbio: mi hijo es un hijo hasta que se casa, mi hija es mi hija toda la vida (citado en Segalen, 1992: 88)

Si el concepto de parentesco lo trasladamos al mundo urbano, es pertinente conocer algunos conceptos clave. En la actualidad el hecho de nombrar a tus padres o a cualquier otro pariente no significa que tengas relación con ellos, es decir, no es lo mismo el conocimiento de una red de parentesco que la existencia de lazos de interacción (Herrera Santí, 1997; Jelin, 2005; Segalen, 1992: 90). En este sentido Elizabeth Both distingue entre el parentesco efectivo, parientes entre los que se mantiene una relación afectiva y el parentesco no efectivo, parientes donde no hay apenas contacto y solo se conoce una información básica, y finalmente la categoría de los parientes alejados, de los que no se sabe apenas su existencia (Segalen, 1992: 90).

Sociólogos de la familia contemporánea achacan el debilitamiento de las funciones familiares y la contracción familiar a la pérdida casi por completo de las relaciones de parentesco. Aunque esto se puede refutar si tenemos en cuenta la cantidad de funciones que todavía hoy sigue ejerciendo el parentesco (Grondona, 2010; Segalen, 1992: 90-92). En el mundo urbano y actual el parentesco se caracteriza por enmarcar una serie de obligaciones morales y por su interacción con otros subsistemas sociales. Entre las funciones del parentesco se pueden señalar las siguientes:

- Identificación. El parentesco actúa como protección ante una sociedad que tiende a aislar a los individuos, gracias a él se sabe de dónde se viene y se sabe quién es. Las redes familiares proporcionan un sentimiento de estabilidad y de pertenencia actuando así como un sistema de identificación, esto a su vez facilita la creación de otras redes sociales puesto que actúa como medio de acceso a la comunidad (Grondona, 2010; Jelin, 2005; Segalen, 1992: 91).

- Acceso al mercado de trabajo. Las redes de parentesco reflejan información al resto de miembros sobre el empleo y las condiciones de trabajo. Proporcionan además intercambios materiales, descubriéndose así una economía informal. Cabe destacar aquí el papel tan importante que tienen estas redes para los niños, pues actúan como intercambio alimenticio (Segalen, 1992: 91-93).

Por último, es preciso subrayar que las funciones del parentesco varían en función de las clases sociales. Para las clases superiores, el papel del parentesco es prescindible en la medida en que los medios económicos les permiten comprar servicios que les proporciona el resto de la sociedad. En este caso no se puede negar que el proceso de industrialización ha segmentado el grupo doméstico de su grupo de parentesco (Cid Rodríguez et al., 2014; Segalen, 1992: 96).

Es necesario admitir que aunque el parentesco existe de una forma perenne, su repercusión en la familia y en la sociedad permanece encubierta por la idea de familia nuclear que reivindica el derecho de cada individuo a elegir los parientes que quiere tener. Así mismo, para la sociedad en general y el Estado en particular, es mucho más sencillo mostrar y manipular la imagen de grupo doméstico aislado de su red de parentesco (Segalen, 1992: 96).

De forma global se podría considerar que la familia desempeña una serie de funciones que históricamente han sido consideradas como universales, tales como la reproducción, afectividad, educación, protección, socialización, control social, determinación del estatus para sus miembros, identidad social y transmisora de costumbres y tradiciones. La forma en la que cada familia va a desempeñar estas funciones va a depender de su composición, dinámica, desarrollo cultural y económico,

por lo que la concepción de familia es tan flexible como la institución misma (Cid Rodríguez et al., 2014; Clavijo Portieles, 2002: 102-104; Gómez Oliva et al., 2014).

A modo de reflexión, queda reflejado como la dinámica familiar varía en función de los cambios sociales. A pesar de la transformación de la sociedad, la familia sigue siendo el espacio por excelencia del ser humano. Ha variado su tamaño familiar, de tal forma, que hoy día es extraño encontrarse a un núcleo familiar conformado por más de 3 o 4 personas, la casa ha pasado de ser un espacio compartido con varios núcleos familiares a ser el lugar que acoge a una sola familia. El vínculo familiar se alimenta de la utilización de las nuevas redes de comunicación, tales como el teléfono móvil u otros dispositivos. Los procesos de transmisión de conocimientos y aprendizaje, encuentran nuevas formas de manifestarse. Quizás, y en la línea de Castells, nos aferramos a la idea que la familia está debilitándose, precisamente porque no se pone en perspectiva con la sociedad en la que se enmarca (Castells, 2001).

En una sociedad altamente tecnologizada, medicalizada, en la que las relaciones sociales se expanden por el ciberespacio, ¿acaso no está demostrando la familia signos de resistencia?

4. LOS CONTEXTOS CULTURALES DE LOS SABERES FAMILIARES

4.1 La legitimación del saber emanado del pueblo

En el siglo XIX Letamendi afirmó que “después de cuatro siglos de investigación terapéutica metódica, todavía debemos más a los salvajes que a los sabios. Tal es el valor de la experiencia acumulada, aunque acumule ignorancia” (Letamendi, 1884; citado por Balaguer et al., 1991: 124) y es que el saber que atesora el pueblo por su universalidad y por su importancia para la colectividad humana, ha interesado a estudiosos e investigadores, especialmente en la época contemporánea. Hay momentos en el devenir histórico en el que pareciese que esos usos y costumbres son negados o relativizados. Si nos trasladamos al presente, en el que la modernidad parece engullir nuestra cotidianeidad, ¿hay un espacio reservado para los saberes familiares? Esta pregunta se formula en el siglo XIX coincidiendo con un periodo de cambio social. La respuesta frente a la homogeneización, la sobriedad o al frío capitalismo de la época industrial fue el romanticismo o poner en valor lo imaginario, lo local y las nuevas formas de conocimiento alternativo al oficial (Medina Cano, 2020).

Quizás, como señala Maffesoli, estemos frente al surgimiento de una nueva sensibilidad romántica o, como el autor lo denomina, un *“romanticismo posmoderno”*, que recupera el gusto por lo popular, por las tradiciones y costumbres, por las leyendas y lo mitológico, adaptándolo a la realidad en la que vivimos. En el presente convive un nuevo racionalismo que sacraliza la ciencia y la tecnología con signos de interés por lo doméstico, por el territorio o por el pensamiento ambiental, que implica la ruptura con el pensamiento moderno (Romero Reche, 2008).

El estudio de los saberes populares nos acerca a la realidad de las personas, nos muestra sus formas de actuar, de comportarse y de pensar. Es una de las expresiones que más identifican a un pueblo (Rodríguez Becerra, 1999). En el siglo XIX algunos estudiosos se encargaron de legitimarlos y hoy, casi dos siglos más tarde, hay voces que invitan a reflexionar sobre la realidad que se está construyendo y que, ante el interés por lo lejano, nos centremos en estudiar lo cotidiano, la realidad que vivimos. Por esta razón es fundamental hacer una introspección a los primeros folkloristas o estudiosos de lo popular. Aquellos que frente a las consecuencias de un gran cambio social

supieron poner en valor y legitimar lo que dota de identidad a un pueblo.

Reseñar que a lo largo de este capítulo se han tomado como referencia a aquellos intelectuales que guiados por el interés hacia lo popular, desarrollaron una labor etnográfica, es decir, se dedicaron a recopilar y estudiar las costumbres y tradiciones del pueblo desde el respeto a la pureza de los mismos, aunque con metodologías aún no suficientemente sistematizadas. Estos primeros autores pueden considerarse los predecesores de la instauración de la Antropología social en España, cuya emergencia se sitúa en la segunda mitad del siglo XX (Carvajal Contreras, 2020). Nuestro recorrido histórico se inicia en el ochocientos, por el que discurren los primeros folkloristas y etnógrafos, claramente estimulados por el interés despertado entre los viajeros románticos al descubrir lo popular como patrimonio a poner en valor, y que luego secundarían los escritores costumbristas, muchos de ellos con un marcado acento local. La acotación en espacio y tiempo está motivada por la necesidad de contextualizar el marco histórico-cultural en el que se sitúan las fuentes primarias utilizadas para el estudio etno-histórico que comprende esta tesis.

4.2 El folklore como materia científica

En palabras de Machado y Álvarez, el folklore abarca lo que sabe, lo que cree, lo que siente y lo que hace el pueblo. Nos acerca a la realidad de la persona, nos muestra cómo es y cómo actúa de una forma no abstracta (citado por De Larrea Palacín, 1958: 10). El término folklore surge como tal en el año 1846 de la mano del inglés William John Thoms y, según el autor, venía a representar el saber popular. Más tarde, esta denominación quedaba salvaguardada en el año 1878, cuando se creó la *Folklore Society* bajo la inspiración de Thoms (De Larrea Palacín, 1958: 2-3). El hecho de que la invención de la palabra fuera reciente ha generado confusión y, en ocasiones, se considera al folklore como algo actual (Balaguer et al., 1991: 118). Caro Baroja afirma que el estudio de lo que antes llamaban *antigüedades populares* inicia su apogeo a partir de la Revolución Francesa, cuando en la Europa del Antiguo Régimen gravitaba una animadversión por lo popular, ya que lo relacionaban con la plebe o con lo necio. En este ambiente, hubo personas que comenzaron a encontrar algo positivo en el

estudio de la vida de aquellas gentes. De hecho, el autor afirma que en esta época comienza a surgir la primera literatura folklorista que merece ser considerada científica (Caro Baroja, 1985; citado por Balaguer et al., 1991: 118).

El interés por lo popular y por lo rural por parte de los intelectuales no es algo exclusivo de nuestro tiempo. Lo excepcional del siglo XIX, es que la atención hacia lo popular lo protagoniza la burguesía, que había percibido la ruptura de la sociedad tradicional. Se estaba gestando un gran cambio social y la tensión que esto provocaba en algunos estratos sociales no era ficticia: se encontraban entre la idea de progreso y el desarraigo propio del romanticismo (Velasco Maíllo, 1990). Por esta razón, a lo largo del siglo XIX nos encontramos con una exaltación de la cultura local, de las costumbres y tradiciones que se encuentran en peligro de desaparición y que aún son visibles en algunas capas de la sociedad (Gómez García, 2000). Surge entonces un movimiento a nivel europeo en el que los estudiosos de lo popular se dedicaron a recopilar antiguas tradiciones. A lo largo de este siglo, los folkloristas trabajaron en dar una base metódica al folklore como disciplina (Gómez García, 2000; Rodríguez Becerra, 1999).

Fueron los hermanos Schlegel quienes a principios del siglo XIX afirmaban que la grandeza de una nación se medía por el grado de adhesión a sus costumbres, tradiciones, religión y pensamiento de vida. Una afirmación que antes había utilizado el polaco Herder, pero que en los hermanos Schlegel se convirtió en ideario político y cultural (Velasco Maíllo, 1990). Bajo esta premisa, en Alemania nos encontramos primero con Von Arnin y Brentanos o con los conocidos hermanos Grimm, que comenzaron su labor de recopilación de cuentos, mitos, refranes, canciones, etc. (Velasco Maíllo, 1990). Como afirman algunos autores, este movimiento comenzó no por interés hacia los cuentos, mitos, etc., sino por el sentimiento de nacionalismo que les suscitaba el pueblo alemán (Gómez García, 2000; Velasco Maíllo, 1990). Así, por tanto, la extensión del folklore a otros países no era signo de universalización sino de reafirmación frente a otros pueblos (Gómez García, 2000; Velasco Maíllo, 1990).

En España, la valorización de lo popular estuvo impulsada en gran medida por los viajeros extranjeros que realizaban el *Grand Tour*, una de cuyas rutas desembocaba en Andalucía. En el siglo XIX, el país se encontraba devastado por la pobreza, era casi

un país inoperante y con un aspecto desolador (Lleo Cañal, 1984). Los extranjeros buscaban una estampa única de lo exótico y la encontraron fundamentalmente en Andalucía: Granada, Sevilla y Málaga eran sus principales destinos (Plaza-Orellana, 2012). Durante este proceso los intelectuales españoles tomaron conciencia del acervo cultural que emanaba del pueblo, ya que lo vieron reflejado por la sensibilidad de esos viajeros románticos (Lleo Cañal, 1984; Plaza-Orellana, 2012).

La literatura costumbrista encuentra su encaje en el nuevo panorama intelectual. En España, son reconocidos autores como Serafín Estébanez Calderón, que publicó sus “Escenas andaluzas” en 1847, y Cecilia Böhl de Faber (Fernán Caballero), que publicó “Cuadernos de costumbres populares andaluzas” en 1852 y un recopilatorio de cuentos y poesías andaluzas en 1859 (Rodríguez Becerra, 1999). Böhl de Faber es considerada por algunos estudiosos la introductora del Folklore en España (Rodríguez Becerra, 1999). Sin embargo, esta tarea se le adjudica a Antonio Machado y Álvarez (Demófilo) que, inspirado en la institución inglesa, crea en 1881 la Sociedad “El Folklore Español”. Machado y Álvarez ya había mostrado su interés por lo popular, específicamente por la literatura popular. En la revista *La Enciclopedia* en la que creó una sección permanente sobre literatura popular y, en 1879, afirmaba que las coplas, las adivinanzas y las tradiciones habían de estudiarse como materia científica (Rodríguez Becerra, 1999).

De su interés por la literatura, Machado y Álvarez pasó al interés por lo popular y la preocupación intelectual de la vida de los pueblos (Rodríguez Becerra, 1999; Velasco Maíllo, 1990). En palabras de Machado y Álvarez: “la nueva ciencia trata de recoger materiales de tanta importancia, en mi opinión, que lo considero como la característica de la nueva era científica iniciada por Darwin; era en que se exige como la primera de todas las condiciones para poder hacer una afirmación científica, la de presentar los datos en que aquella afirmación se funda” (citado por Rodríguez Becerra, 1999).

La institucionalización del Folklore no ocurrió únicamente en España, sino que los primeros estudiosos quisieron dotar de entidad a la nueva disciplina (De Larrea Palacín, 1958: 6). Se apartan por tanto de lo que fuera exclusivo de creación literaria y

los primeros folkloristas del siglo XIX siguen la corriente antropológica evolucionista, que más tarde entra en crisis (Gómez García, 2000).

4.2.1. Los estudios del folclore en Andalucía

De la mano de Machado Núñez y su hijo Machado y Álvarez, fue Andalucía el escenario donde se activa el interés por el estudio de la vida de las gentes, con la creación de la revista *El Folklore Andaluz*, apenas unos días después de la fundación de la sociedad "El Folklore Andaluz" (Gómez García, 2000). Imbuido del ambiente nacionalista y romántico, el proyecto de Machado y Álvarez era la creación de sociedades por toda España, regionales o locales en función de sus particularidades. De este modo, la andaluza fue la primera en crearse, seguida de la extremeña, gallega, asturiana y catalana (Rodríguez Becerra, 1999).

En Andalucía se crearon también las sociedades locales "El folclore de Guadalcanal", por Torres Salvador, y "El folclore de Mairena del Alcor", ambas en 1884. En Cádiz se constituyó la sociedad en 1885 gracias a Alejandro Guichot. Esta sociedad creó su propio *Boletín Folklórico Gaditano* (1885), de aparición mensual, del que llegaron a salir cinco números, y una *Biblioteca Folklórica Gaditana*. Mención aparte merece la creación en Sevilla por parte de Guichot en 1885 del *Boletín Folklórico Español* (Rodríguez Becerra, 1999). La aportación folklórica más importante de Andalucía la constituyen *El Folklore Andaluz* y la *Biblioteca de las Tradiciones Populares* (Gómez García, 2000; Rodríguez Becerra, 1999), ambas dirigidas por Machado y Álvarez¹ con las aportaciones de Alejandro Guichot, Luis Montoto y su hijo Santiago Montoto y Rodríguez Marín, entre otros (Gómez García, 2000; Rodríguez Becerra,

¹ En 1884, cuando Machado y Álvarez empezó su andadura como director de la *Biblioteca de las Tradiciones Populares*, dejó claro en el prólogo su posición ante cómo tenían que ser tratados los estudios sobre lo popular: "La asociación para la ciencia, el hecho de dar una participación activa en ella a todo el que de buena voluntad se presente a auxiliarla, es un hecho tan significativo de suyo, que no vacilo en compararlo con el que determinó en Roma, el matrimonio de individuos de las clases plebeyas (...) La asociación para la investigación científica es de una utilidad reconocida ya en todos los países de mediana cultura, y nadie la discute, como nadie discute, el valor de las denominaciones científicas, convenidas por todos los países" (Machado y Álvarez, 1884; citado por Blas Vega y Cobo, 1981). Machado y Álvarez llevó a cabo una ardua tarea de propaganda de organización folklórica y fomento de las materias que trataba en la Sociedad. Su entusiasmo llegó más allá de los límites andaluces y en el año 1889, viaja hasta París como delegado español en el Primer Congreso Internacional de Tradiciones Populares (Blas Vega y Cobo, 1981).

1999).

A finales del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX el interés por el folclore experimenta una cierta decadencia, que va a ser suplantado por la exacerbación del regionalismo andaluz como movimiento político con fuertes connotaciones identitarias (Gómez García, 2000). A partir de los años 50 llegan a Andalucía los nuevos vientos epistemológicos de una renovada Antropología Social europea. Se ha señalado a Julian Pitt-Rivers² con “Los hombres de la Sierra” (1954) como el iniciador de una generación de antropólogos foráneos que desde fuera renuevan otra vez el interés por la cultura popular andaluza³ (Gómez García, 2000).

Dos décadas más tarde emergen en la Universidad de Sevilla los primeros antropólogos sociales autóctonos⁴, a la vez que se reaviva el interés por la etnografía andaluza en un ambiente autonomista que vio con buenos ojos la potenciación de los estudios sobre folclore local y regional. En 1993 se crea la Comisión Andaluza de Etnología, dependiente de la Junta de Andalucía, desde donde se gestionan subvenciones para la realización de investigaciones etnográficas. En 1986 se celebra en Granada el I Congreso de Folclore Andaluz, que alcanzó varias ediciones (Centro de Documentación Musical de Andalucía, 1990). Pero sin duda el hito más importante para los estudios etnográficos en este periodo fue la creación en Sevilla de la Fundación Machado, destinada al estudio y promoción de la cultura tradicional andaluza, que abordó bajo la dirección de Salvador Rodríguez Becerra una segunda

² Además de Pitt-Rivers, también se interesó por la cultura andaluza el estadounidense George Foster. Ambos tuvieron una intensa relación con el académico Julio Caro Baroja, que por este tiempo ya había avanzado en su intensa actividad etnográfica. Director del Museo del Pueblo Español, que fundara Luis de Hoyos, Caro Baroja se erigió en cicerone e influyó sobre no pocos antropólogos tanto europeos como americanos, realizando una notable actividad docente y como conferenciante en las diversas universidades en las que fue requerido. Sin embargo no gozó de tanto reconocimiento entre los antropólogos españoles de su tiempo, que se mostraron incapaces de clasificarle, cuando no, cuestionando la cientificidad de una actividad investigadora que realizó al margen de la universidad y por tanto sin posibilidad de generar escuela. Aún así, de Caro Baroja se alabó entre otros muchos aspectos su empeño en establecer relaciones entre la Antropología y la Historia, sin duda por influencia de quienes reconoció entre sus maestros, Telesforo de Aranzadi y José Miguel de Barandiaran, considerados los padres de la etnografía vasca (Velasco Maíllo, 2014-2015).

³ También publicaron monografías sobre temas etnográficos andaluces David D. Gilmore, Stanley H. Brandes, John Corbin o Pierre Córdoba (Gómez García, 2000).

⁴ Gómez García menciona a Salvador Rodríguez Becerra, Isidoro Moreno Navarro, Antonio Limón Delgado, Antonio Mandly Robles, Enrique Luque Baena y Pío Navarro Alcalá Zamora, como los más significativos de esta generación (Gómez García, 2000).

andadura de la revista El Folklore Andaluz (luego Demófilo), que se publicó entre 1993 y 2013, destacando sus monografías temáticas y provinciales

4.2.1.1. Aportaciones de Jaén y Granada

Esta tesis sitúa su emplazamiento en las provincias de Jaén y Granada, que cuentan con nexos históricos y culturales muy sólidos al integrarse ambas en el antiguo Reino de Granada. Por ello y para una mayor contextualización merece la pena detenerse en los estudios y los estudiosos de la cultura popular en ambas provincias.

Lo que más ha atraído de la provincia de Jaén como fuente de inspiración de los estudiosos del folclore tiene que ver con su ambigua situación geográfica y su diversificación histórico-cultural. Un ejemplo es el apego fronterizo de Sierra Mágina con la provincia granadina o la Sierra de Cazorla y sus relaciones con Castilla. Algunos folcloristas jienenses siguieron la estela de Machado y Álvarez en el estudio de lo popular como materia científica. Entre ellos cabe destacar a Alcalá Venceslada, que aunque su “Vocabulario andaluz” (Alcalá Venceslada, 1934), la obra más importante, estaba dedicada al ámbito de la lingüística, él mismo en uno de sus artículos defendía la importancia de los estudios folclóricos en la provincia de Jaén. Por su visión claramente etnográfica, destaca también Dolores de Torres y Rodríguez de Gálvez, más conocida como Lola Torres, que obtuvo en 1955 el premio del Instituto de Estudios Giennenses al mejor cancionero de la provincia de Jaén de tradición oral. Hoy día continúa su legado en las distintas escuelas de danzas y coros que llevan su nombre (Amezcuá, 1995). También en Cazorla empezó precozmente la preocupación por la recuperación de sus costumbres y usos populares, quizás como señala Amezcuá, por la potenciación en los años 40 del turismo (Amezcuá, 1995). Entre los autores destacados se encuentran Rafael Laínez con el “Cancionero del Alto Guadalquivir” o Lorenzo Polaino con “Anécdotas Cazorleñas” (Amezcuá, 1995).

Los intelectuales de la provincia de Jaén tradicionalmente han sido más sensibles a la historia que al estudio de la cultura popular. De ahí la importancia que han tenido los cronistas e historiadores locales, con una intensa labor divulgativa en revistas y monografías, entre los que destacan Alfredo Cazabán, editor de la revista

Don Lope de Sosa, o Luis González López en *Paisaje*. Sin embargo, la omisión de los temas sobre cultura tradicional es notable en estas publicaciones, relegada como mucho a utilizar como temas literarios las gestas históricas narradas en el Romancero o las leyendas más señeras de la provincia. La obra de Manuel Mozas Mesa “Jaén legendario y tradicional” es un ejemplo de esta tendencia (Amezcuca, 1995).

Caso distinto es el de los escritores costumbristas giennenses que, siguiendo el marcado gusto del Romanticismo por lo identitario realzaron lo propio y tradicional frente a lo foráneo y los efectos de la modernidad, extendiendo su producción desde el siglo XIX hasta casi nuestros días (Pérez Ortega, 2009: 11). Desde el pionero José Augusto de Ochoa Montel hasta el más reciente Rafael Ortega y Sagrista, ocuparon el nicho que desdeñaron los viajeros románticos, al pasar de largo por la provincia camino del foco de atracción que suponía Granada y sus encantos. Se trata de un núcleo importante de escritores y escritoras que en su producción literaria o artículos de costumbres y desde una pluralidad de estilos, formatos e influencias van a incidir de manera especial en temas de la vida cotidiana giennense: la religiosidad y las romerías, los cuentos y leyendas sin desdeñar los temas históricos, pero sobre todo los tipos y estampas cotidianas tanto de las clases populares como de la burguesía, en los que se resalta el pintoresquismo en las diferentes comarcas. Con una mención especial a los que se ocupan de tópicos de la mujer jaenera, donde se contraponen el feminismo conservador y el progresista (Pérez Ortega, 2009: 12-18).

En el ámbito de la etnografía visual, es digno de reconocer el caso singular de Arturo Cerdá y Rico (1844-1921). Médico de profesión establecido en Cabra del Santo Cristo constituye uno de los pioneros en la fotografía a mater, habiendo dejado un legado de más de 4000 instantáneas. Su localidad de residencia le sirvió como escenario principal para el desarrollo de gran parte de su obra, fotografiando la vida cotidiana del pueblo: fiestas, procesiones, quehaceres cotidianos, oficios, etc. Relacionado con los círculos intelectuales granadinos de su época, Cerdá y Rico estaba convencido de la importancia que para la etnografía y la cultura tenía la fotografía (Cerdá Pugnaire et al., 2001; Pérez Ortega et al., 2002). En la actualidad hay una asociación cultural en el mismo pueblo que lleva su nombre, así como en 2001 fue

declarado hijo adoptivo de Cabra del Santo Cristo con carácter póstumo (Cerdá Pugnaire, 2012) (ver imagen 2).

Imagen 2

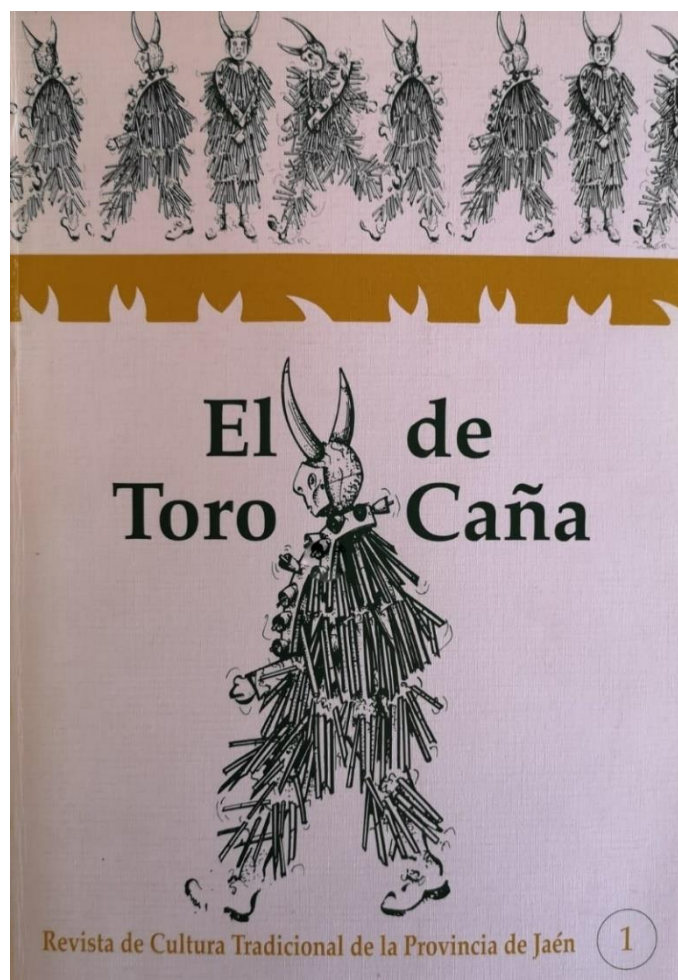
Familia de carboneros (fotografía de Cerdá y Rico)



Un hito importante para la etnografía giennense fue la inauguración en 1990 del Museo de Artes y Costumbres de Jaén en el Palacio de Villardompardo. Su creador fue el escultor Constantino Ungetti, continuando su labor como director del mismo Manuel Urbano Pérez Ortega, que bien puede considerarse el mayor exponente del estudio de la cultura popular giennense. Autor de numerosos ensayos, abarcó una gran diversidad temática: flamenco, poesía y cancionero popular, gastronomía, fiestas, creencias, lenguaje popular, destacando su labor como compilador y estudioso de la obra fotográfica de Cerdá y Rico (Cerdá Pugnare et al., 2001; Pérez Ortega et al., 2002). En 1996 Pérez Ortega pone en marcha *El Toro de Caña*, la primera revista de cultura tradicional giennense (ver imagen 3), contando con la colaboración de Manuel Amezcua, José Luis Anta Félez y Salvador Rodríguez Becerra, llegando a publicar 11 números hasta 2008 que interrumpió su publicación. Desde su responsabilidad en el área de cultura de la Diputación de Jaén, Manuel Urbano apoyó numerosas iniciativas relacionadas con la cultura tradicional, como la celebración en Andújar en 1997 del II Congreso de Religiosidad Popular, organizado por la Fundación Machado.

Imagen 3

Portada del número 1 de la revista *El toro de caña*



Colaborador de Ungueti y de Pérez Ortega, Manuel Amezcua impulsó en los años 80 y 90 los estudios sobre cultura tradicional en la provincia de Jaén, promoviendo el desarrollo de encuentros con estudiosos locales en las comarcas históricas: Sierra Mágina, Cuatro Villas, Sierra de Segura, Condado y Sierra Sur. Continúan celebrándose anualmente los primeros, publicándose sus trabajos en la revista *Sumuntán*, editada desde 1991 (Amezcua, 1991). Amezcua realizó para el Museo de Artes y Costumbres de Jaén una encuesta sobre fiestas populares en la provincia que fue parcialmente publicada (Amezcua, 1992), ha recopilado narrativas sobre el proceso de transformación de la cultura popular (Amezcua, 2005), ha examinado la utilidad etnográfica de fuentes archivísticas (Amezcua et al., 1999) y ha explorado el sistema de creencias en torno a la curación tradicional coordinando en 1995 el monográfico de *Demófilo* dedicado a “La Cultura tradicional en Jaén” (Amezcua, 1995).

La provincia de Granada ha estado marcada especialmente por las diferentes épocas y acontecimientos que fueron vividas de una forma peculiar. La impronta musulmana y cristiana ha quedado patente en las formas y costumbres de sus gentes, y esta riqueza ha interesado a escritores, artistas y estudiosos de lo popular (Aguilar Criado, 1989). Los viajeros románticos fueron prolijos en las descripciones de los tipos y costumbres granadinas, fascinados por lo exótico de sus gentes y del entorno. Lo popular lo inundaba todo, barrios como el Albaicín y el Sacromonte aparecían aderezados de un pintoresquismo sublime, con sus cuevas, sus gitanos y sus zambras, siendo motivo recurrente en las descripciones literarias y en los testimonios gráficos, de los cuales Doré tal vez sea uno de los principales exponentes (ver imagen 4).

Imagen 4

Señoras consultando a una gitana en el Sacro Monte (dibujo de Gustave Doré)



Incluso los monumentos de la ciudad, incluida la sempiterna Alhambra, se mostraban como un decorado donde se representaba cotidianamente para el extranjero el teatro del vivir cada día en Andalucía, con personajes castizos que se hicieron tan famosos como el guía Mateo Ximénez (hijo de la Alhambra) o *Chorrojumo* (patriarca de los gitanos) (ver imagen 5).

Imagen 5

Mariano Fernández Santiago, "Chorrojumo".



A la par que los viajeros románticos, una generación de escritores locales con un marcado acento costumbrista va a mantener en las publicaciones granadinas la tensión por lo autóctono, donde se dan la mano lo histórico, lo legendario y lo tradicional. La revista más representativa fue *La Alhambra* (1898-1924), fundada por Francisco de Paula Valladar, que acogió a los autores más representativos de la época en el género costumbrista: Antonio J. Afán de Ribera, autor de “Fiestas Populares de Granada” y “Cosas de Granada”, Miguel Garrido Atienza, que escribió “Antiguallas Granadinas. Fiestas de corpus en 1889”, Francisco de Paula Villa-Real, autor de “El libro de las tradiciones de Granada”, o el articulista Nicolás de Roda, entre otros (Pardo López et al., 1957).

También desde la literatura culta se mostró interés por lo popular, como es el caso de Federico García Lorca que, más allá de ser poeta, hizo en los primeros años una gran labor de recopilación de música popular (De la Ossa Martínez, 2018). En un momento determinado de su carrera, abandonó el interés por la música culta y, como Federico de Onís dijo en alguna ocasión, la labor de Lorca “no fue la obra sistemática y metódica de un especialista, sino la de un artista que buscaba en lo popular el placer del descubrimiento e interpretación de un arte distinto, lleno de originalidad, perfección y belleza” (De la Ossa Martínez, 2018).

Granada no destacó en cambio por contar con una base sólida de folcloristas como ocurrió en otras realidades españolas (González Alcantud, 1992), si bien destacaron algunos como Juan Bedmar o Germán Tejerizo. La entrada de la Antropología social en la Universidad con estudios reglados hizo que los temas tradicionales fueran objeto de atención desde este ámbito, sirviendo como vehículo de difusión la *Gazeta de Antropología*, fundada por Pedro Gómez. Una muestra de esta influencia fue la creación en 1990 del *Centro de Estudios Etnológicos “Angel Ganivet”*, dirigido por José Antonio González Alcantud con una impronta muy personal y dirigido fundamentalmente a explorar las convergencias de la Antropología social, la religiosidad popular, los análisis sociales y la cultura material (González Alcantud, 1992). De limitada existencia, la iniciativa fue pionera en el Estado español, destacando por sus publicaciones, congresos y coloquios y sus variados ciclos de conferencias (Editorial,

1996).

4.3. El estudio de los saberes populares en salud

Pareciese que hablar de saberes populares relacionados con la salud es algo que pertenece a otro tiempo, pero nada más lejos de la realidad. En esta tesis, se pone el foco en los saberes y habilidades cuidadoras de la familia, en cómo han evolucionado, si se están reinterpretando o si por el contrario, están desapareciendo. Rodríguez Becerra afirma que en el siglo XXI no basta con mirar al pasado, pues estudiar lo popular no es únicamente aquello que ha sido tradición, como el curanderismo o los ritos mágicos, sino que también es observar y analizar cómo esas tradiciones han evolucionado y se han actualizado. Así que hay que desligarse de la idea de pureza o de conservación de la esencia del pasado. Lo popular en el presente es la tradición renovada y eso también merece ser estudiado (Rodríguez Becerra, 1999).

Lo que es cierto, como hemos visto en el capítulo anterior, es que el interés por los métodos curativos populares o por el saber popular en salud no puede desligarse de las investigaciones folclóricas que iniciaron su andadura en la Europa del siglo XIX (Erkoreka, 1990). El ser humano siempre ha recurrido a la naturaleza para aliviar sus dolencias, quizás por esta razón el estudio de los remedios y las prácticas en salud ha interesado especialmente, pues muestra la capacidad de supervivencia de un pueblo (De Jaime, 2011). Estos estudiosos supieron reconocer este conocimiento, ponerlo en valor y mostrar la importancia de su conservación. Tal fue su influencia que en el presente se sigue hablando de diálogo entre lo popular y lo oficial o de la preocupación por el rescate de plantas medicinales cuyo hábitat está en riesgo (Gazo Robles, 2017).

En este capítulo se describirán algunas de las obras que durante los siglos XIX y XX mostraron sensibilidad hacia las creencias, ritos o prácticas que ayudaron al sostenimiento de los modos de vida de aquellas familias.

En la presentación de la principal obra de George Black (“Medicina Popular, un capítulo en la historia de la cultura”), Jordi Pablo afirma que la preocupación más primaria del ser humano es el dominio de la enfermedad. Por esta razón, el estudio de los saberes familiares relacionados con la salud nos acerca a la visión que tiene del

mundo cada cultura y sobre todo la capacidad de permeabilidad, cambio y difusión de sus conocimientos (Black, 1982 ed).

Uno de los primeros en hablar de Medicina Popular (Folk-Medicine) fue W. George Black (1881) que la definió como: “Aquella que comprende los hechizos, encantos, hábitos y costumbres tradicionales referentes a la conservación de la salud y la curación de las enfermedades, usados hoy o en tiempos pasados” (Black, 1982 ed.: 11-13). En su obra, Black recopiló datos sobre prácticas de salud, gran parte de ellas de primera mano, de campesinos escoceses (Black, 1982 ed.). El autor insistía en la importancia que tiene el estudio de estas prácticas tomadas no aisladamente sino como un todo. Según su opinión, el estudio del saber popular contribuye al progreso moral y cultural de la sociedad y, por lo tanto, el folklore no debiera ser considerado una contribución poco importante para la historia de la vida humana (Black, 1982 ed.). En España fue Machado y Álvarez el encargado de traducir la obra de Black. Correspondiente a esta época, Amezcua destaca tres obras como precedentes de los estudios sobre medicina popular en España: “Supersticiones españolas y medicina popular”, de Olavarría Huarte, publicado originariamente en la *Biblioteca delle Tradizioni Popolari* dirigida por Pitré y Salomone Marino (1885; IV:2), y posteriormente incluido en la segunda edición española de la obra de Black (1889); “Aforística médica catalana, confrontada ab la de altres llengues”, del médico de Manresa Olaguer Miró i Borrás (Centre Excursionista de Catalunya, 1900), y “La fascinación en España. Brujas, brujerías, amuletos”, de Rafael Salillas (Madrid, 1905), que en su obra se ocupa de la difusión de las concepciones de la enfermedad a nivel nacional (Amezcua, 2001: 353-354). Al igual que con la literatura o el arte, el interés por el estudio de los saberes relacionados con la salud se extendió por toda Europa (Kuschick, 1995: 2).

Llama la atención como en España, aunque se emprendieron algunas investigaciones etnográficas relacionadas con la salud a principios del siglo XX, no fue hasta los años cuarenta en adelante cuando surgieron en todo su esplendor (Kuschick, 1995:4). Quizás una de las obras más emblemáticas del folklore español es la encuesta del Ateneo de Madrid (1901-1902) (Rodríguez Becerra y Marcos Arévalo, 1997). El valor de la misma, a efectos de esta tesis, recae en la información que se recoge acerca de

los saberes familiares relacionados con el mantenimiento de la vida y de la salud. A nivel nacional, Castillo de Lucas elaboró diversas publicaciones sobre lo que denominó *Folkmedicina*. Su interés se centró fundamentalmente en la recopilación de proverbios y refranes de temática médica. Entre sus obras más destacadas se encuentran “Refranes de medicina o relacionados con ella por el pueblo” (1936) o “Refranes de Medicina” (1956). La obra de Castillo de Lucas supuso el interés de los médicos por el estudio de la medicina popular y comenzó una nueva forma de acercarse a estos saberes: la recolección de remedios sin más pretensión que la descripción sistemática de material folklórico (Kuschick, 1995: 3).

Aunque con algunos precedentes que coinciden con los primeros estudios sobre el folclore en España, es en la segunda mitad del siglo XX y muy especialmente a partir de los años 70 cuando se multiplican las publicaciones de tipo etnográfico sobre saberes populares y tradicionales en salud (Kuschick, 1995: 4-7). En España puede hablarse de encapsulamiento de las investigaciones sobre etnomedicina si se compara con otros países donde la tradición se remonta a finales del siglo XIX. En esta etapa marca un precedente la obra de Carmelo Lisón en 1979, porque se considera que a partir de ella comienzan los estudios sobre Medicina Popular desde el prisma de la Antropología. Así, en los años 80 surgen desde el seno de la Antropología, los primeros encuentros entre investigadores y estudiosos del folclore en salud, monografías, compilaciones, etc. (Amezcuca, 2001). Una forma de acercarse a la medicina popular que aún pervive en nuestros días. De este interés de la Antropología por los saberes populares en salud surgieron las I Jornadas de Antropología de la Medicina, celebradas en 1982 en Tarragona. Organizadas por el Instituto Catalán de Antropología, acogió a más de doscientos investigadores. Entre las temáticas principales se encontraban la atención a la salud, la medicina sin médico o la brujería (Revista Arxiu d Etnografia de Catalunya, 1982). Así mismo, de forma más reciente, destacan las aportaciones del Laboratorio de Antropología Cultural de la Universidad de Granada sobre el curanderismo en Andalucía Oriental (Gómez García, coord., 1997). Relacionado con el mismo y bajo los auspicios del Centro de Investigaciones Etnológicas Ángel Ganivet, se celebró en Granada en 1994 en el coloquio Creer y curar: la medicina popular

(González Alcantud y Rodríguez Becerra, 1996).

Como se ha mencionado anteriormente, los estudios sobre medicina popular en España surgen a partir de los años 40 en adelante (Kuschick, 1995: 3-6). Es de notar la impronta que en estos estudios tiene el regionalismo, de manera que la mayoría de las contribuciones se realizan con un marcado acento local o regional. Sin ánimo de ser exhaustivos, se mencionarán a continuación algunas contribuciones que sobre el estudio de la medicina popular se han realizado en diversas autonomías españolas.

Las Islas Canarias es una de las regiones con más tradición en el estudio de las costumbres y saberes populares relacionados con la salud. Como señaló Pérez Vidal, Canarias ha sido el descansadero entre Europa y América, por lo que las prácticas curanderiles de los aborígenes y las creencias médico-populares de los conquistadores, se volcaron en las Islas dando lugar al primer núcleo de medicina del pueblo canario (Pérez Vidal, 1945). En el año 1868 José Viera y Clavijo publicó el “Diccionario de Historia Natural de las Islas Canarias”. El autor describió alfabéticamente cada término, que clasificó en los tres reinos: animal, vegetal y mineral. En el apartado del reino vegetal, Viera describe cada planta, además de señalar sus utilidades, ya sean para la culinaria o medicinal y su incidencia sobre lo que llamaba los aspectos corporales (asma, dolores de cabeza, dolor nefrítico, etc.). Para la recolección de los usos de las plantas, utilizó a informantes campesinos y pescadores (De Viera y Clavijo, 1868). Algunos autores no consideran el estudio de Viera y Clavijo como puramente etnológico ya que, como biólogo, le interesaba más la información que pudiese recopilar acerca de las formaciones vegetales que los usos simbólicos que los canarios hiciesen de las mismas (Galván Tudela, 2017).

En 1900, Cipriano de Arribas y Sánchez escribió “A través de las Islas Canarias”, donde describe las fiestas de San Juan, bailes y cantos. Pero también, ya que casualmente llevaba de acompañante por los pueblos a un curandero, recopiló todo lo relativo a curaciones y plantas. Por ejemplo, aparece la curación del orzuelo, la curación de los niños quebrados, las supersticiones de las embarazadas, etc. (De Arribas y Sánchez, 1900).

En la historiografía insular canaria, ha marcado un hito la obra de José Pérez Vidal y América, en la que el etnógrafo y folclorista palmero muestra, a través de una recopilación de materiales folclóricos de Santa Cruz de la Palma, las creencias, ritos y remedios utilizados para curar y prevenir dolencias como el herpes, cura de empeines, etc. (Medina López, 2010; Pérez Vidal, 1945).

Entre las investigaciones contemporáneas destacan la de Talio Noda Gómez, en la que recoge las plantas y elementos que son utilizados por los isleños para tratar diversas dolencias (Noda Gómez, 1984). Así mismo, José Jaén recorrió el archipiélago canario para conocer más en profundidad las plantas autóctonas y el uso medicinal que se les daba a través de yerberos que entrevistó (Jaén Otero, 1990). También es reseñable la investigación de Pedro Pérez de Paz e Inmaculada Medina, pues puede constituir un buen ejemplo del intento de revitalización y búsqueda de la utilidad práctica de los saberes tradicionales, ya que desde su perfil de biólogos y farmacéuticos se han interesado por el uso medicinal, cultivo, recolección y conservación de las plantas medicinales (Pérez de Paz y Medina Medina, 1988).

En el folclore catalán destacan las figuras de Cels Gomis i Mestre y Joan Amades. En la obra más conocida del primero (“La bruja catalana”) el autor recogió las creencias y supersticiones de Cataluña y expuso una clasificación de las brujas que se ocupaban de la salud del pueblo (Ricció, 2019). Así mismo, el autor también se preocupó por la botánica popular catalana y, en una de sus obras, realizó una labor de descripción de la misma además de narrar los usos medicinales más frecuentes (Samper Prunera, 2016).

Joan Amades por su parte recogió durante cuarenta años material relacionado con la cultura popular de Cataluña. Se interesó por tradiciones, canciones, creencias, indumentaria y dedicó parte de su atención al universo de la folk-medicina. Entre sus obras destaca el “Refranero catalán comentado” (1951) o “Guía de las fiestas tradicionales de Cataluña. Itinerario para todo el año” (1958) (Ricció, 2019).

En el País Vasco destaca Antón Erkoreka, que durante los años 70 y 80 se dedicó a recopilar bajo el proyecto denominado “Etniker” prácticas y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad en la localidad del Bermeo, Vizcaya y toda Euskadi

(Erkoreka, 1985). También es destacable José Miguel Barandiarán, maestro de Caro Baroja. Es conocido por sus numerosas investigaciones relativas al folclore y etnografía vasca. En una de sus obras de finales del siglo XX, el autor nos acerca a la alimentación y sus formas de elaboración en el País Vasco y, además, aporta una antología de remedios tradicionales de la medicina popular vasca (Duvert, 2014). En la misma época, Juan Garmendia publicaba una de sus investigaciones etnográficas más importantes en el ámbito de la medicina popular. Entre sus páginas se pueden encontrar diferentes afecciones y cada una de ellas enriquecida con la planta que puede prevenir o curar dicha dolencia. Además, el autor reflejó el nombre, edad, residencia y fecha de la entrevista de la persona que le facilitó los datos (Garmendia Larrañaga, 1990).

Respecto a Galicia, en el año 1945 Víctor Lis Quibén publica “Medicina Popular Gallega”, que para algunos autores constituye uno de los primeros estudios serios de Antropología de la salud en España. El autor aborda el estudio de unas trescientas enfermedades con un carácter descriptivo (conservando la pureza de los datos). Describe la etiología, sintomatología, profilaxis, diagnóstico y tratamiento populares, siendo este último el aspecto en el que más se extiende, explicando con gran detalle las múltiples variedades que recogió para cada enfermedad. Este procedimiento se hace aún más exhaustivo en lo que respecta al «Mal do Aire» y «meigallo». Además incluye el relato de la vida y métodos sanadores de seis «pastequeiros» o brujos y curanderos especializados en el «meigallo», que trabajaban en parroquias cercanas a Pontevedra y a los que conoció personalmente. Dedicó también un capítulo sobre veterinaria popular, que describe los tratamientos de una treintena de enfermedades que afectan a animales domésticos (Vaamonde García y Alonso Deibe, 2010).

En el alto Aragón destaca Rafael Andolz que dedicó gran parte de sus investigaciones al análisis de la medicina popular en Huesca. En uno de sus estudios nos adentra en el curanderismo y otras formas de sanación que utilizan los habitantes de la Villa de Sariñena. A través de testimonios orales, Andolz recoge remedios para tratar las dolencias más comunes y la forma cómo actúan los curanderos y pilmadores, que eran personas que curaban fracturas de huesos y articulaciones tanto en animales

como en humanos (Andolz, 1987). Así mismo tanto Luis Villar Pérez como Alonso Pizarro Calles, ambos biólogos de profesión, constituyen también un ejemplo del interés que desde otras disciplinas despierta los usos populares de las plantas. Luis Villar se dedicó durante un periodo de tiempo a realizar entrevistas en el pirineo aragonés a ancianas expertas en hierbas y más tarde publicó lo que sería una de sus obras más relevantes en esta materia (Villar Pérez et al., 1987). Por otro lado Alonso Pizarro, ha publicado diversas obras en las que recoge las plantas que se usan como remedios terapéuticos en Extremadura (Pizarro, 1988).

En la Comunidad Valenciana, Francisco G. Seijo Alonso publicó el libro “Curanderismo y medicina popular” que, según varios autores, a pesar de la importancia etnográfica que posee, ha sido un libro desatendido. El autor afirmaba que todavía en las décadas de 1960 y 1970, en las que había hecho su trabajo de campo, quedaban algunos rescoldos de aquellas prácticas en los lugares más retirados de la región (Pedrosa, 2015). Son destacables también las contribuciones sobre medicina mágica de Gil I Barberà et al., (1997) y las de medicina popular y espiritismo de Reviriego Almohalla (1995 y 2001).

Respecto a Castilla-León, Juan Francisco Blanco elaboró en 1983 un estudio en el que, a partir de un cuestionario repartido por más de una veintena de pueblos leoneses, recopila los remedios tanto mágicos, naturales o religiosos que sirven para prevenir o paliar las dolencias más comunes. El autor no entra en el análisis del material que ha acumulado, aunque no duda en afirmar que sería interesante establecer paralelismos con la medicina popular de otras zonas de España (Blanco, 1987). Por su parte Ángel Carril, director del Centro de Cultura Tradicional de Salamanca, hizo un acercamiento a la medicina tradicional y presentó, como parte de un proyecto, una colección de libros en el que se describen los remedios caseros más utilizados en algunas de las localidades y comarcas de Castilla-León. El estudio recopila los datos de entrevistas que realizó a los lugareños, pero también de fuentes bibliográficas y de otras investigaciones (Carril Ramos, 1991).

4.3.1. Panorama desde Andalucía

El caso andaluz es sin duda singular, pues el interés por las cuestiones populares de la salud tanto de etnógrafos como de antropólogos se concentra principalmente en torno a la dimensión mágico-religiosa. Salvando la cuestión materno-infantil, que luego trataremos, la recopilación y análisis de saberes sobre medicina popular es relativamente escasa si se compara con los estudios sobre religiosidad popular o las formas de curanderismo. Aun así y siguiendo la clasificación utilizada por Erkoreka (1985) en el País Vasco, Amezcua realizó un intento de sistematización de los remedios utilizados por los andaluces en la medicina popular, desde los saberes empíricos utilizados a nivel doméstico (fluidos, alimentos, frutos y plantas, animales) hasta los que se sostienen en concepciones mágico-religiosas de la enfermedad o la desdicha (objetos, santos y santuarios, curanderos) (Amezcua, 2001: 356-381).

Un ejemplo del interés de los primeros folcloristas andaluces por este tema es la amplia recopilación que Alejandro Guichot y Sierra realizó en las últimas décadas del siglo XIX sobre supersticiones populares andaluzas (Guichot y Sierra, s/f y 1882-1883), entre las que el grupo más numeroso se refiere a prácticas de tipo mágico para asuntos médicos y fisiológicos, como la predicción de la muerte, el vaticinio del sexo de los niños, subir o retirar la leche en las parturientas, la prevención de enfermedades, etc.

Entre el abundante material etnográfico recopilado por Caro Baroja en sus cuadernos de campo durante sus incursiones en Andalucía junto con George M. Foster (1949-50), recoge centenares de creencias y supersticiones en El Alosno y Puebla de Guzmán (Huelva), con fórmulas de tipo mágico como las relacionadas con el mal de la luna, el mal de aire, el mal de ojo, vaticinios de la muerte, etc. Pero también incluye algunas de tipo empírico sobre medicina popular contra dolores de muelas, el mal de estómago, reumatismo, catarros, heridas, para la retención de orina, las lombrices, las culebrillas, los golondrinos, o para propiciar la lactancia, etc. (Caro Baroja, 1993: 225-232). Estas observaciones, junto a otros materiales de campo recopilados en el Adévalo onubense, así como en las provincias de Cádiz, Córdoba o Granada, utilizó Foster en su comparativa de la medicina popular entre España e Hispanoamérica (Foster, 1953). En

la misma época, Julian Pitt-Rivers compartió con ambos su interés por las expresiones populares en torno a la salud, dedicando un capítulo de su monografía sobre Grazalema (Cádiz) a la descripción de las “instituciones populares”: sabias, hueseros, hechiceras y alcahuetas (Pitt-Rivers, 1989: 206-217).

En el ámbito de la religiosidad popular, entre la abundante producción de Rodríguez Becerra, merece destacarse su estudio sobre las ofrendas votivas (Rodríguez Becerra et al., 1980), que constituyen el último eslabón de un ritual de protección o curación milagrosa ante enfermedades o accidentes graves, que el beneficiario se obliga a publicar a través de un objeto, sea una pintura o una fotografía, con figuras de cera o chapa, con vestidos mortuorios, prótesis, narrativas, etc. (Castilla Vázquez, 2008; Castilla Vázquez, 2011). Andalucía es considerada junto a Cataluña una de las regiones con mayor riqueza de este elemento popular debido a su asociación con santuarios, donde proliferaron los exvotos pintados. Además de la mencionada de Rodríguez Becerra et al., destaca la recopilación de exvotos realizada por Cobos y Luque-Romero en la provincia de Córdoba (Cobos Ruíz de Adana et al., 1990).

En su estudio sobre los curanderos de Guadix, McLane pone de manifiesto la complementariedad de la medicina popular y la medicina oficial, mostrando así la capacidad de adaptación de los sistemas tradicionales de curación, que mezclan lo empírico con lo mágico-religioso (McLane, 1980). Una década después, Manuel Amezcua aborda la cosmovisión de la medicina popular y la complejidad de sus expresiones con la publicación de un serial de artículos sobre los curanderos de la Sierra Sur de Jaén, reunidos posteriormente en “La Ruta de los Milagros” (Amezcua, 1993). Esta obra fue el desencadenante para que el Laboratorio de Antropología Cultural de la Universidad de Granada iniciase una línea de investigación sobre el curanderismo en Andalucía Oriental, con la financiación de la Junta de Andalucía. El grupo, dirigido por Pedro Gómez, integró investigadores de diferentes campos disciplinares (Rafael Briones Gómez, Jesús J. Nebreda, Carlos Domínguez Morano, Manuel Amezcua, Alejandro Casado Alcalde y Juan Salvador López Galán), que realizaron diversos análisis etnográficos y estudios de caso, publicados en diversos medios y en la monografía “El Curanderismo entre nosotros” (Gómez García, coord.,

1997). Del curanderismo andaluz, también ha interesado conocer la perspectiva de los usuarios, como los estudios realizados en el área norte de Granada (Fernández, 1999) o en Antequera (Ribert, 1999).

Los cuidados materno-infantiles desde una perspectiva tradicional han resultado de especial interés desde el campo de la Enfermería, al constituir un área de conocimiento especializada (Moreno Preciado, 2018). En general, desde esta disciplina se produjo un acercamiento a los estudios culturales especialmente a partir de los años 90, al instaurarse en las universidades de Granada y Sevilla la Antropología como segundo ciclo, lo que estimuló a muchas enfermeras a acceder por esta vía a estudios superiores (también ocurrió en el resto del país). Las costumbres del nacimiento han sido objeto de atención por diversos investigadores andaluces. Utilizando como base los resultados de la Encuesta del Ateneo de 1901, se ha estudiado la demanda de cuidados en el momento del parto, así como la identificación de quiénes eran sus gestores y cuáles eran sus procedimientos (Salas Iglesias, 2004). En una lectura comparativa con las prácticas obstétricas actuales, a través de esta fuente se ha podido evidenciar el proceso de pérdida y habilidades cuidadoras a nivel familiar, produciendo una mayor dependencia de los servicios profesionalizados (Amezcuá, 2002a). También las narrativas de mujeres, cuando cuentan su historia obstétrica, refieren una mayor autonomía en contraste con la capacidad resolutoria de las mujeres de hoy, a pesar de tener mayores conocimientos (Cara Zurita, 2003). Se han realizado etnografías de la maternidad, como la de la comarca almeriense de los Vélez (Oliver Reche, 2006), y se han recopilado plantas y remedios utilizados tradicionalmente en la asistencia al parto (Oliver Reche, 2000).

Especial atención ha merecido la obtención de narrativas de mujeres que ejercieron como parteras a nivel domiciliario (Amezcuá, 2002b; González Solano, 2019), siendo de relevancia el estudio de Linares Abad sobre las matronas del siglo XX en la comarca giennense de Sierra Mágina, en el que incluye también parteras tradicionales (Linares Abad, 2008).

Por último, se han desarrollado varios estudios para determinar la vigencia de los saberes tradicionales sobre la salud y la utilización de los mismos en Andalucía,

como la encuesta realizada en Ubrique sobre tipos de remedios, utilización de plantas medicinales y consulta a curanderos (Rodríguez Aguado, 2011), o la experiencia de innovación docente realizada en la Universidad de Granada con alumnado de enfermería para, a través de la historia oral, determinar el proceso de cambio en los cuidados familiares en las últimas generaciones, incluyendo el abordaje de las enfermedades y sus remedios, donde se aprecia la transformación de saberes (Lozano Peña y Amezcua, 2013). También se han explorado nuevos modelos explicativos para comprender la pervivencia de creencias tradicionales de aspecto mágico, como es el realizado con mujeres que curan o creen en el mal de ojo en el Andévalo (Baer et al., 2006).

5. ANTECEDENTES, MARCO TEÓRICO Y OBJETIVOS

5.1. Estado de los conocimientos

La modernización ha traído consigo grandes avances en cuanto a lo tecnológico y científico se refieren pero, como todo cambio, ha apartado a saberes y prácticas que ya no se consideran válidas para entender la nueva realidad. Este proceso de aculturación se recoge en diversos estudios y ha sido el tema principal de investigación de algunos autores.

Aceptando esta premisa, en la bibliografía consultada se encuentran por un lado, aquellos estudios que afirman que los saberes y habilidades cuidadoras en la familia han desaparecido o están en proceso de hacerlo y, por otro, aquellos que indican que se están transformando como resultado de una adaptación cultural y que se han mimetizado con la nueva realidad social. Destacar que entre la bibliografía consultada llama la atención como es desde el campo de la Enfermería dónde se han encontrado estudios que se acercan a los cuidados materno-infantiles desde una perspectiva cultural. Así mismo, se muestra una especial preocupación por la desaparición de los saberes indígenas, ya que el proceso de modernización ha dañado gravemente el entorno y las rutinas de estas comunidades.

5.1.1. Los saberes populares ¿una nueva forma de consumo?

¿Cuáles son las diferencias entre los saberes y habilidades cuidadoras de las familias de del pasado y los de las familias del presente?

Algunos autores han puesto de manifiesto que el hecho de que en la actualidad estemos asistiendo al auge de terapias alternativas, o una vuelta a los saberes populares, puede deberse a una respuesta frente a la marginación que han sufrido por parte de los saberes biomédicos (Triana Ramírez et al., 2017). Menéndez, ha ahondado en varios de sus estudios en la influencia que la hegemonía médica ha tenido sobre el resto de saberes relacionados con la salud. Asume que es el propio sistema biomédico en su posición dominante quien ha creado un nuevo tipo de paciente: aquel que va a estar enfermo gran parte de su vida (Menéndez, 1998). Ante este panorama, en el que

el control de la enfermedad se posiciona frente a la curación, al paciente no le queda más opción que construir su arsenal de saberes, entre los que se incluye no solo el médico sino también los familiares y alternativos (Menéndez, 1998; Triana Ramírez et al., 2017).

El cambio en los saberes populares ha ocurrido a destiempo ya que, como afirma Menéndez, hay que asumir que no permanecen inalterables pero el saber dominante ha cambiado a más velocidad, precisamente porque desde su posición ha tendido a menospreciar al resto de saberes (Menéndez, 1998).

Quizás el cambio más significativo que los saberes y habilidades cuidadoras familiares han sufrido es el hecho de que formen parte del consumismo. Esta es la paradoja del presente: se recuperan los saberes que provienen de las plantas pero están insertos en el sistema capitalista, porque detrás de su producción se encuentra la industria farmacéutica (Menéndez, 1998; Triana Ramírez et al., 2017). Riccò, considera que esta nueva forma de surgimiento constituye en ocasiones un riesgo ya que, creyendo que se le da respuesta a un mundo desencantado, se acaba olvidando el sentido crítico y cayendo en las mismas redes de las que se pretendía escapar (Riccò, 2019). Esta autora analiza la transformación de la medicina popular y la influencia que han tenido las terapias *new age* y las alternativas en este cambio. Al igual que Menéndez, recalca que hay que desechar la idea de que las prácticas populares permanecen inalterables y que más bien hay que verlas como un contínuum, eso sí, inscritas en una sociedad medicalizada (Riccò, 2019). Los cambios principales que han experimentado los saberes familiares son la desaparición de la forma de transmisión oral y el ritual de preparación del remedio. En la actualidad están más en sintonía con la sociedad del consumo (Menéndez, 1998; Riccò, 2019).

Sin embargo, para Boaventura do Santos, la sabiduría de la gente y los conocimientos populares que están sustentados en experiencias de vida están condenados al olvido y por tanto a su desaparición, es lo que llama *epistemicidio* (De Sousa Santos, 2010: 39). Frente a esta situación, propone una alternativa: la ecología de los saberes que se opone a la monocultura del saber (De Sousa Santos, 2014). Para este autor, la transformación de los saberes en la actualidad, no constituye un

verdadero cambio puesto que se encuentran enmarcados en la sociedad capitalista. Aunque surgen como una alternativa al conocimiento dominante, siguen la misma lógica (De Sousa Santos, 2010: 41-43). Por esta razón propone volver a recuperar la conexión con la naturaleza que se puede conseguir teniendo una visión más amplia de la economía (De Sousa Santos, 2014). Para el autor la economía es cultural y se puede volver a revalorizar la tierra si se piensa a largo plazo y en el valor histórico de los bienes que emanan de la experiencia de las gentes. La ecología del saber es el territorio donde se valoran los pros y contras, se miden riesgos y oportunidades: es el territorio de la artesanía de la práctica (De Sousa Santos, 2014).

5.1.2. El renacer de lo popular frente a la modernidad

“Las culturas autóctonas van siendo destruidas por la cultura estándar dominante y la esterilización de las raíces culturales de muchas comunidades rurales es una situación, infelizmente, irreversible” (Carpio Martín, 2000). Con esta afirmación José Carpio, nos invita a modificar la dirección del pensamiento: los conocimientos y los saberes tradicionales están cambiando y hay que centrarse en lo que se puede construir juntos para innovar el futuro. La idea de que tiempos pasados fueron mejores solo paraliza y es necesario dar un paso más para entender cómo es el nuevo universo rural (Carpio Martín, 2000). Para este autor el primer escalón ya se ha subido, que ha sido reconocer que los modelos tradicionales están en crisis. El cambio principal que ha sufrido la sociedad del presente ha sido el traspaso de competencias de la familia a los medios de comunicación, específicamente la generación y difusión de ideas. Por tanto, la red de intercambio de conocimientos ya no recae en el núcleo familiar. Frente a esto, ha habido una respuesta global, pues se está retornando al territorio rural (Carpio Martín, 2000). El renacer de la cultura rural está surgiendo en nuestros días como una respuesta de supervivencia a la modernidad, idea que está en consonancia con los estudios de Menéndez y Riccò. Pero para este autor, no solo basta con volver al campo y recuperar los saberes que emanan de sus gentes sino que hay que ir más allá y pensar entre otras cosas, en superar la imagen del mundo rural como imitación del modelo urbano: eliminar la imagen arcaica del mundo rural. Hay que renovar los

pueblos con los elementos de la cultura actual pero sin perder de vista la identidad que emana de sus tradiciones, sus gentes y sus costumbres (Carpio Martín, 2000; Zurita Álava et al., 2017).

Un ejemplo de renovación cultural de los saberes populares lo muestran los resultados del estudio de Gálvez. Los saberes populares de la Alpujarra granadina se han reinventado, adaptándose al turismo y a la emigración de las generaciones jóvenes (Gálvez García, 2015). Entre sus conclusiones cabe destacar que en la transmisión de estos saberes cobran importancia los lazos comunitarios ya que, en general, las redes familiares se están debilitando por la emigración de los hijos hacia la ciudad. Es la comunidad, por tanto, quien suple las carencias de los lazos de parentesco y la protagonista de la reinención y continuidad del saber alpujarreño (Gálvez García, 2015). El hecho de que la familia comparta funciones, no debe de verse como algo negativo, sino al contrario, el locus próximo se ha expandido y el acervo local se nutre de nuevas ideas. Gálvez habla de neorruralidad, que en la Alpujarra está protagonizada por los extranjeros que llegan a sus pueblos. Lejos de verse como un impedimento subraya que, gracias al interés que despiertan los saberes en estas gentes, los conocimientos perviven (Gálvez García, 2015).

Desde el campo de la Enfermería se han encontrado investigaciones que se acercan a los cuidados materno-infantiles desde una perspectiva cultural. Como se ha detallado anteriormente, se han desarrollado investigaciones sobre la demanda de cuidados en el parto (Salas Iglesias, 2004), el proceso de pérdida de los mismos a nivel familiar (Amezcuca, 2002) o recopilaciones de plantas usadas para la asistencia al parto (Oliver Reche, 2000). Entre algunas conclusiones, reseñar que algunas de las mujeres refieren una mayor autonomía frente a la capacidad resolutive de las mujeres de hoy, a pesar, de que ahora se cuentan con más medios.

Frente a las visiones más derrotistas se encuentran los que asumen que aún dentro de la sociedad del consumo, los saberes y habilidades cuidadoras de la familia están reinventándose. En este sentido, es necesario cambiar la mirada global por la local, aprender a mirar el nuevo entorno es esencial para poder comprender las nuevas formas que adoptan los saberes. Corrientes como la ecología, según varios autores, no

deben de considerarse algo baladí, sino que constituyen una muestra de las nuevas vidas que adopta el saber popular (Zulaga-Duque, 2017; Zurita Álava et al., 2017).

5.1.3. El efecto predador de la globalización

En otro extremo se sitúa la preocupación por el papel de los saberes que emanan del pueblo y de las familias en entornos donde a menudo resultan el principal, cuando no el único, recurso a su alcance. Es el caso de las comunidades indígenas, a las que nos referiremos brevemente en este apartado al objeto de ilustrar el efecto que la globalización puede ejercer sobre contextos culturales frágiles.

La tecnología, la ciencia o la hipercomunicación, es algo que ha llegado prácticamente a todos los rincones del mundo. Evidentemente, estos avances han traído consigo consecuencias, que en este caso, han afectado a las formas cotidianas de vida de estas comunidades. Al igual que en nuestro entorno, los saberes y habilidades cuidadoras de las familias, están en riesgo de desaparecer o se han transformando. En América latina fundamentalmente, se encuentran con problemas como la contaminación de los hábitats de los indígenas, la falta de reconocimiento de los saberes populares por los organismos oficiales o el abandono de las generaciones más jóvenes guiados por las consecuencias del capitalismo (Rodríguez Rojas, 2008).

Esta preocupación queda reflejada en la bibliografía consultada, pues entre los documentos encontrados tiene un especial protagonismo la pérdida de los saberes indígenas. Es innegable que la modernización ha transformado el hábitat de estas comunidades. Las tierras de los indígenas han sido ocupadas por el turismo o están siendo utilizadas como petrolíferas y centros comerciales. Carlos Ramírez afirma que, como científico, no está en contra del desarrollo pero que hay que estar alerta a los efectos que provoca en las comunidades más vulnerables (Ramírez, 2007). Considera que es imprescindible que en las políticas medioambientales se incorporen gentes de estas comunidades, que participen en la elaboración de lo que denomina mapas críticos, para que sobreviva su cultura y no se edifique en los lugares más comprometidos. Así mismo, hace un llamamiento a que el saber popular no sea utilizado para lucrarse sino para educar de forma creativa, como participar en escuelas

con jóvenes y mayores o incluso con gente de otros países (Daza Bernal, 2020; Ramírez, 2007).

Esta visión también la comparte Matos, que introduce el concepto de alineación de la globalización que no es otra cosa que el aprovechamiento foráneo a falta de protección de los conocimientos tradicionales (Matos Jaqui, 2014). Para la autora, en los últimos años se está asistiendo a la manipulación de este conocimiento por parte del sistema dominante, de tal forma que estas comunidades se sienten indefensas y están viendo como sus saberes son utilizados como patrimonio de mercancías y museo (Matos Jaqui, 2014). Muestra la relación con el mundo exterior y la occidentalización, habla por ejemplo del petróleo que ha ocasionado insalubridad en los ríos de estas comunidades conllevando el surgimiento de nuevas enfermedades que los indígenas son incapaces de curar (Matos Jaqui, 2014). De alguna forma, el estudio de Matos, indica que la problemática del saber popular no está solo sujeta a las condiciones territoriales, sino también a las relaciones con el mundo exterior que ha impuesto nuevos usos y roles.

Por otro lado, hay estudios que muestran una actitud crítica frente a la idea de que el saber popular indígena tiene que permanecer inamovible (Garces, 2020; Zulaga-Duque, 2017). En una sociedad cada vez más occidentalizada ¿pueden sobrevivir los saberes de estas comunidades si se resisten al cambio? González, afirma que todavía se sigue pensando en los saberes indígenas de forma bucólica, como algo que pertenece al pasado, que no se vincula con la sociedad moderna y, a la vez, se mira con añoranza por proteger algo que se sabe que se está perdiendo (González Acosta, 2015). Para la autora, el reto es traer al presente a los portadores y sabios de estos saberes, para que el punto de reencuentro esté en no desconocer o subestimar a otros grupos y sus distintas formas de interacción social y simbólica (González Acosta, 2015).

5.2. Lagunas de conocimiento y pregunta de investigación

Las anteriores investigaciones ponen de manifiesto el dinamismo de los saberes y habilidades cuidadoras de las familias. Si centramos la mirada en el presente podría parecer que aquellas prácticas que los antepasados realizaban para cuidarnos han

quedado atrás, se han olvidado o, lo que es peor: se consideran irrelevantes.

Como se ha visto anteriormente, la pérdida o la transformación de un saber están unidas a los cambios sociales y culturales de una sociedad. Pero en tiempos de consumismo, medicalización de la vida y modernización ¿queda espacio para los saberes más cotidianos?, ¿qué ocurre con las habilidades cuidadoras de las familias?

En este sentido surge la necesidad de comprender cómo cuidan las familias en nuestra sociedad, si en la memoria tienen aquellos remedios que les narraban generaciones anteriores, si se han reinventado o si, por el contrario, han desaparecido.

Esta perspectiva, considero que aún está poco estudiada. La bibliografía centra su interés en la medicina popular o en las nuevas terapias alternativas, pero no recoge los cambios que han podido surgir en los saberes que nacen del día a día de las personas, del saber-hacer. Esos saberes repletos de simbología y que han sido transmitidos oralmente durante generaciones, dando lugar a ideas, valores o creencias sobre lo que significa estar sano o enfermo. Esta necesidad me llevó a realizar un *survey* o prueba piloto con dos familias de la provincia de Jaén, cuyos resultados reafirmaron la idea de que en la actualidad, las familias han transformado sus modos de actuación frente a una dolencia. De ahí la importancia de analizar hasta qué punto el cambio social ha contribuido a la transformación o a la pérdida de los saberes y habilidades cuidadoras en las familias. Si, como las visiones más derrotistas, han desaparecido por completo o se están reinventando y adaptándose a la sociedad del presente (Herrera Justicia y Amezcua, 2018).

Por esta razón en este estudio nos preguntamos:

¿Cómo ha influido el cambio social y cultural en los saberes y habilidades cuidadoras en las familias?

5.3. Marco teórico

Tal y como se ha descrito en el capítulo dos (en la sociedad del cambio), para la aproximación al fenómeno de estudio (transformación de los saberes y habilidades cuidadoras en la familia) se han tomado como referencia a las teorías y conceptos que

proviene de la sociología posmoderna. Como punto de partida, Bauman y la teoría de la *vida líquida*, ha ayudado a comprender cómo es la sociedad del consumo y las razones por las que se abandonaron unos valores en sustitución de otros. Por su parte Castells, con la *sociedad red*, muestra la influencia que sobre las relaciones afectivas ha tenido internet y las nuevas comunicaciones, pero también nos ha ayudado a contextualizar a la sociedad del presente y cómo se ha transformado la forma de relacionarnos en familia.

Por último, la visión del cambio de Maffesoli con *la teoría del columpio cíclico* y el *concepto de romanticismo posmoderno*, ha sido decisiva, pues ha abierto una puerta a otras formas de entender la sociedad actual.

5.4. Objetivos

Objetivo general: Analizar el proceso de pérdida de habilidades cuidadoras en la familia ante problemas leves de salud relacionado con el cambio generacional.

Objetivos específicos:

1. Examinar el papel de la familia como proveedora de cuidados de salud desde una perspectiva histórica y cultural.
2. Conocer el motivo de utilización de los servicios sanitarios de urgencia ante problemas de salud de escasa gravedad.
3. Comprobar la existencia de conocimientos familiares sobre remedios de base cultural ante los problemas de salud consultados y el uso que se hace de ellos.
4. Determinar los procedimientos de transmisión de saberes y prácticas en salud entre las generaciones de una misma familia.
5. Analizar el proceso de transformación de habilidades cuidadoras en la familia y la conciencia de pérdida de saberes de base cultural.

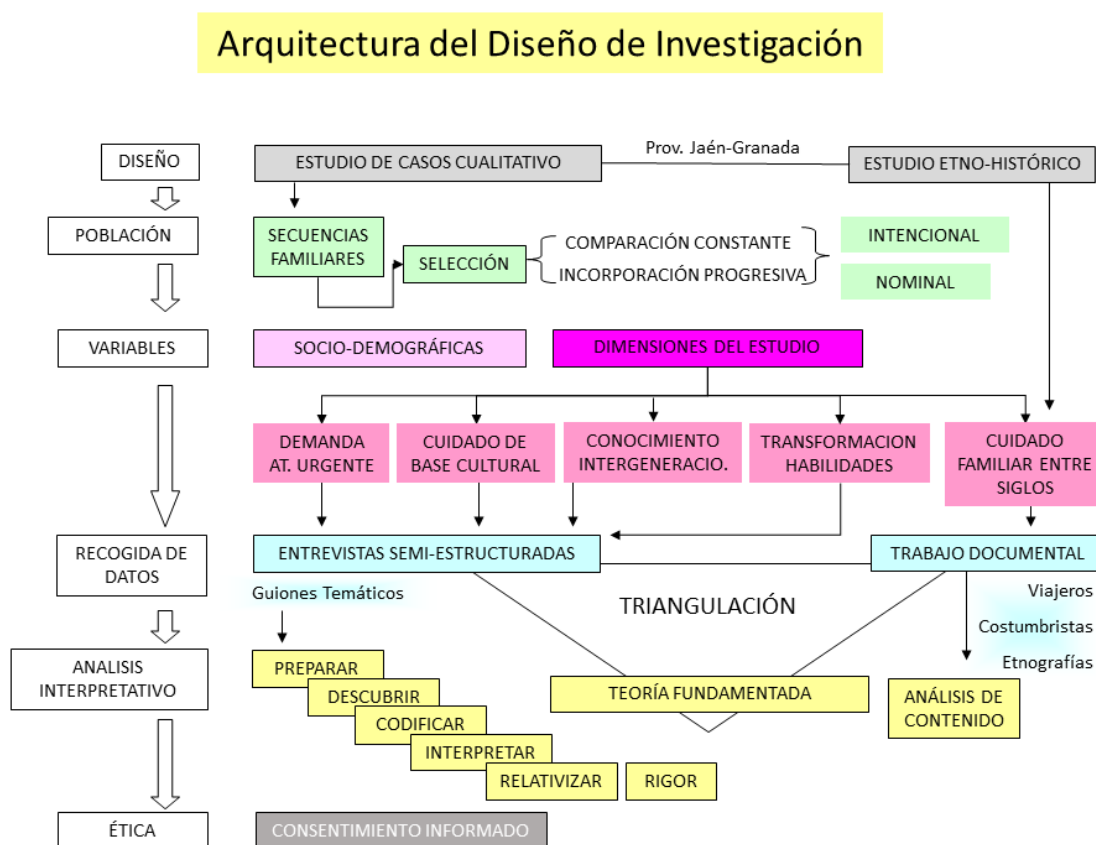
6. METODOLOGÍA

6.1. Emplazamiento y diseño

El estudio se situó en las provincias de Jaén y Granada, que a efectos de esta investigación son consideradas una unidad cultural debido a las intensas relaciones históricas y sociales entre ambos territorios.⁵

Imagen 6

Arquitectura del diseño del investigación



Solo en 2019, Granada ha sido la provincia que más giennenses ha recibido a nivel laboral, con un total de casi 13.000 personas (Ministerio de Trabajo y Economía Social, 2020). En un considerable número de familias (la secuencia familiar es la unidad

⁵ Ambas poseen afinidades culturales importantes que se remontan desde el siglo XIV hasta la actualidad. El hecho de ser ciudades fronterizas ha influido indudablemente en estos espacios. Desde el año 1350 donde se estabilizó la frontera de Granada, ambas provincias han sido el límite europeo entre el cristianismo y el islam y por tanto, un lugar de fuerte intercambio económico, comercial y cultural. Esta influencia ha llegado hasta nuestros días, en el siglo XX (1975) el colegio universitario de Jaén pasaba a ser adscrito a la Universidad de Granada hasta 1993, cuando fue creada la Universidad con sede en Jaén (Perea Carpio, 1983).

de análisis en este estudio) encontraremos miembros originarios de ambas provincias que están emparentados. En el análisis etnohistórico del fenómeno de estudio, la integración de ambos territorios resulta imprescindible para una mayor comprensión del mismo. Para dar cumplimiento a los objetivos del estudio se optó por un doble diseño de Investigación Cualitativa: etnohistórico y estudio de caso (ver imagen 6).

6.2. Diseño etnohistórico

La etnohistoria alude a la reconstrucción de hechos que se suceden en el tiempo y a la comparación de sociedades en su forma de construirse culturalmente (Rodríguez Lorenzo, 2000). A efectos de esta tesis, los relatos de los viajeros románticos o los textos de escritores costumbristas de entre siglos (XIX y XX), constituyen fuentes de información que hacen posible reconstruir el proceso histórico y comprender cómo se ha transformado el saber popular en torno a la salud a través del tiempo. El presente, en ocasiones, puede ser percibido como una etapa de cambio, de crisis, o de ruptura. La etnohistoria ayuda a relativizar el tiempo, no se limita a estudiar el pasado sino también el presente, ya que encontramos tradiciones, costumbres o usos de tiempos pretéritos que perviven en nuestros días (Lorandi y Del Río, 1992: 26-28). ¿Por qué tomar como punto de partida el texto? En este caso, para el análisis del papel de la familia como proveedora de cuidados desde una perspectiva histórica y cultural, los textos han sido la clave para poder contextualizar el fenómeno y cómo se manifestaba en el pasado. A través del lenguaje escrito se ha vislumbrado que las prácticas familiares como los remedios caseros basados en plantas o alimentos, no pertenecen únicamente a tiempos ya superados, sino que tienen una presencia viva en nuestros días. Gracias a la etnohistoria, se le ha dotado de continuidad al fenómeno de estudio.

Batjín, afirmaba que donde no hay texto no hay objeto de investigación. Quizás lo anterior sea muy categórico, pero lo particular de la visión de este autor es que atribuye al texto la capacidad para ser una realidad inmediata y que por tanto en toda investigación social o humanística tiene que ser el punto de partida (Gómez, 1983). La etnohistoria, en este caso, ha sido un medio privilegiado para poder acceder a la visión de las gentes desde el siglo XIX sobre su propia historia individual y colectiva.

Lo que hoy conocemos como “lo popular” ha sido objeto de interés también en el pasado, pero no fue hasta el siglo XIX cuando a los intelectuales, superando la racionalidad ilustrada, les suscitó la necesidad de dotar de valor a aquello que emana del pueblo (García Canclini, 1988). Por esta razón en este estudio se parte del siglo XIX, porque es en ese momento cuando se toma conciencia del valor del saber popular, dotándole de entidad propia. Fue en este siglo cuando folcloristas, escritores, artistas, etc., generaron un vasto conocimiento sobre la vida local y lo enfrentaron al intelectualismo de la Ilustración. Exaltaron los sentimientos, las maneras populares de expresarlos, las formas de manifestarse y de vivir su cotidianeidad (García Canclini, 1988).

En España, fueron los viajeros románticos europeos y americanos del Grand Tour, los primeros en interesarse por la descripción de las costumbres populares. Buscaban en España el exotismo, vivir en carne propia cómo se sentía ser español. Atribuyeron a la península características propias de un reino de lejano oriente, un país casi mágico donde era inevitable estar rodeado de los “tipos españoles”, que podían ser desde bandoleros hasta gitanas (Díaz Larios, 2016). La curiosidad por la otredad que mostraban los extranjeros fue lo que impulsó que los intelectuales nacionales, muy especialmente los escritores costumbristas, tomaran en consideración la forma de vivir del pueblo, las costumbres, las tradiciones, etc., tachadas en ocasiones, como algo insignificante o irrelevante (Díaz Larios, 2016). Los relatos de los viajeros y costumbristas anticiparon la forma de acercamiento a los saberes populares que después mostraron los estudiosos del folk-lore. La diversidad de investigaciones que se llevaron a cabo durante el siglo XIX y parte del XX es una muestra de cómo el eco de los viajeros y escritores se manifestó en la valorización como materia científica del saber popular (Ortega Cantero, 2002).

6.2.1. Las fuentes

Las fuentes documentales utilizadas en el diseño etnohistórico han sido de cuatro tipos:

a) Obras de viajeros extranjeros: A diferencia de Granada, la provincia de Jaén

no era un destino habitual en los viajes de los románticos, sino más bien un lugar de paso y como tal es tratada en los textos de los viajeros, con referencias puramente circunstanciales. La provincia de Granada ha sido descrita en cambio con todo lujo de detalles por autores como Richard Ford, William Clark, Washington Irving, entre otros muchos, con especial referencia a la ciudad de Granada, a sus barrios históricos y al entorno de la Alhambra.

Las obras de los autores más conocidos cuentan con ediciones españolas traducidas, lo que ha facilitado su consulta directa. En otros casos han servido de mucha utilidad las antologías realizadas para la provincia de Granada por M^a Antonia López Burgos y para la provincia de Jaén por Aurelio Valladares Reguero.

López Burgos recoge en sus antologías las principales obras de los viajeros ingleses que visitaron la provincia de Granada en el siglo XIX. En los diferentes textos aparecen las fichas bibliográficas de cada libro, el itinerario que siguió cada autor y la localización de la obra original (López Burgos, 1994: IX-XI). El material de López Burgos se estructura en torno a una veintena de autores, que describen los caminos, pueblos de la provincia, los paisajes, las costumbres de las gentes, la ciudad de Granada, mostrando las particularidades de los barrios del Albaicín y Sacromonte y también las características sociológicas de la provincia: cómo era la vida social granadina, el ocio o las costumbres en torno a la enfermedad y la muerte (López Burgos, 1994: IX-XI).

López Burgos también recopila literatura de viajes de las viajeras románticas. En el siglo XIX el género literario estaba dominado por el hombre, por lo que las obras de las mujeres son menos abundantes, pero desvelan aspectos muy interesantes sobre cómo se asimila el viaje desde la perspectiva de ser mujer (Marchant Rivera, 2008). Entre las autoras se encuentran Isabella Frances Romer, Mary Catherin Jackson, Dora Quillinan, entre otras. Tanto las viajeras como los viajeros se acercan a la realidad de la cultura granadina del siglo XIX, pero la mirada femenina es palpable en los escritos de las viajeras, ya que plasman el sentir y actuar de las mujeres andaluzas de ese siglo (Gordillo Acosta, 2010), resultando especialmente útil para la materia objeto de esta tesis.

Por su parte, Aurelio Valladares Reguero divide su antología entre la producción literaria española y la extranjera. Recoge los textos de los viajeros desde los siglos XVI hasta el XX, aunque a efectos de esta tesis, se han analizado los del siglo XIX. Valladares recoge las obras de la literatura viajera española de autores como Santiago de Ayala, Escalante, Olivares de la Peña, entre otros. De los extranjeros destacan Davillier y Doré, Richard Ford, Baxley o Hale. El repertorio de obras extranjeras es más denso que el de las nacionales y entre las temáticas que les atraían se encontraban la creación de las colonias de Sierra Morena, el bandolerismo, acontecimientos históricos como la batalla de las Navas de Tolosa y la de Bailén. Jaén era el primer encuentro con Andalucía y el paisaje era un tema al que aludían con frecuencia los viajeros. El paso de Despeñaperros mostraba la diferencia entre La Mancha y Andalucía. Los viajeros quedaban hipnotizados por ese clima de misterio que andaban buscando y que la cadena montañosa lo hacía aún más impactante y esta sensación es recogida por algunos de los textos de estos escritores (Valladares Reguero, 2002: 35-44).

El testimonio de los viajeros ha sido de gran utilidad para poner en perspectiva el fenómeno de estudio. El valor de los saberes y las habilidades cuidadoras de las familias del presente encuentra su germen en el siglo XIX y esto es reflejado por los textos de los viajeros.

b) Obras de los escritores costumbristas: El costumbrismo en el siglo XIX se caracterizaba por ser un género literario que emanaba del periodismo. Muchos de los autores costumbristas reconocidos, aprovecharon como plataforma de difusión sus artículos en periódicos o revistas. Se daban a conocer como intelectuales ante el público lector y esta situación les permitía posteriormente colocar mejor a sus obras en el mercado (Cuardic García, 2010). Encontramos en Granada a autores como Afán de Ribera, Nicolás de Roda o Pedro Antonio Alarcón, que escribían en revistas como La Alhambra, El Dauro o El Granadino. Se ha accedido a sus artículos costumbristas a través de compilaciones posteriores. Así mismo, se han analizado obras en forma de monografías o libros, como es el caso de Pedro Antonio Alarcón, que combinaba su faceta más periodística con la de escritor costumbrista.

Para la provincia de Jaén se ha accedido obras de autores como Luís González

López o Manuel Mozas Mesa, pero ha resultado de especial utilidad la antología de Manuel Urbano Pérez Ortega, en la que recoge las obras de 9 escritores jaeneros, entre los que se encuentran José Augusto de Ochoa y Montel, Pedro M^a Barrera Lanzas, M^a del Pilar Contreras y Alba, entre otros (Pérez Ortega, 2009). Los costumbristas, al igual que las obras de los viajeros románticos, son fuentes literarias imprescindibles para un mayor conocimiento de la vida tradicional: tareas domésticas, viviendas, formas de vida, vestimentas, etc. (Pérez Ortega, 2009: 18-20).

c) Estudios etnográficos: Se analizaron los siguientes estudios:

-Encuesta del Ateneo de Madrid (1901-1902): La encuesta sobre costumbres del nacimiento, matrimonio y muerte, desarrollada en cada provincia y pueblo español, constituye un material excepcional para el estudio de los procesos de transformación, que se han producido en el último siglo en los modos de vida españoles y de manera más concreta en los valores, saberes y prácticas que se asocian con el ciclo vital. A efectos de este estudio se ha consultado la edición de Limón Delgado (1981) sobre costumbres populares andaluzas de nacimiento, matrimonio y muerte. En esta encuesta se recoge el ciclo vital y lo que llaman ritos de paso, que señalan las distintas etapas del ciclo del individuo. Por esta razón, la encuesta fue organizada en tres grandes secciones: nacimiento, matrimonio y muerte como hechos fundamentales en la vida de las personas. Se recoge lo relativo al culto a la muerte, los sepelios, la costumbre de llevar el cadáver a la iglesia, el significado del luto, los rituales que propiciaban la concepción, la alimentación de la embarazada, etc. En cada ficha se encuentra la descripción del rito de una forma aséptica pero también las impresiones subjetivas de los informantes, que en ocasiones están representadas por refranes o dichos populares (Becerra y Arévalo, 1997). En consonancia con el objetivo de esta investigación, solo se han analizado las fichas relativas a las provincias de Jaén y Granada.

-Vocabulario Andaluz de Alcalá Venceslada (1934): La obra de Venceslada fue galardonada con el premio "Conde de Cartagena" de la Real Academia Española en 1933. Esta publicación lexicográfica constituye para la época un esfuerzo ingente para la recolección y redacción de las entradas. El autor tanto en la edición de 1934 como en

la de 1951 incluyó un total de 173 ilustraciones de un gran valor etnográfico, en las que recogía los usos que hacían los andaluces de herramientas de carpintería, tonelería o domésticas. Sin embargo, en la edición consultada para esta investigación (1980), estas ilustraciones fueron descartadas. Lo destacable de la obra de Venceslada es que rescató la voz de la Andalucía del siglo pasado. El Vocabulario Andaluz es breve y conciso en sus definiciones pero muy rico en ejemplos de uso, y esto hace que el que lo consulta se sumerja en la comprensión que Venceslada tenía de Andalucía (Ahumada Lara, 1986).

Tanto la obra de Limón Delgado como la de Alcalá Venceslada son dos ejemplos del interés por los estudiosos de inventariar el saber popular andaluz y que, como se ha mencionado anteriormente, son un reflejo del despertar folclórico iniciado en el siglo XIX y continuado en la siguiente centuria.

d) Otras fuentes: Como se ha mencionado anteriormente, la provincia de Jaén era lugar de paso para los viajeros románticos, por lo que encontramos menores referencias a saberes populares. Esta omisión ha sido compensada en parte recurriendo, para el caso de las plantas medicinales, a una obra de carácter científico: los “Estudios sobre la flora y vegetación del Macizo de Mágina” de Josep Cuatrecasas Arumí (1928).⁶

6.2.2. Análisis documental

Para el tratamiento de los textos utilizados como fuente se siguió el procedimiento de análisis de contenido:

Se leyeron los textos seleccionados, extrayéndose aquellos pasajes que estaban en relación con aspectos de salud-enfermedad, creencias, usos y remedios utilizados por la población.

Para facilitar su tratamiento, se elaboró una parrilla de vaciado de datos, en la que se identificó en cada obra por separado, cada dato obtenido y las páginas donde se

⁶ El autor, botánico de profesión, se doctoró con esta tesis, con la que estudió y herborizó la flora y vegetación de la comarca de Sierra Mágina. Además del análisis de más de un millar de especies, Cuatrecasas hizo un estudio orográfico en el que enumeró cada río, barranco, etc., indicando el clima y las condiciones ecológicas y geológicas de cada zona (Jerez Justicia, 2005). A efectos de esta investigación, se ha analizado la aplicación farmacéutica que el autor dedica en uno de sus apartados.

localizaba, a la vez que se asignaba una etiqueta temática (ver anexo 1).

Una vez separada la información necesaria para el estudio, se procedió a su codificación, para lo cual se originó una clasificación a partir de las temáticas concretas identificadas (ver tabla 1) y en función de los cuatro planos identificados por Pedro Gómez: hipernatural, natural, preternatural y sobrenatural (Gómez García, coord., 1997).

Tabla 1

Criterios de clasificación de los datos procedentes de las fuentes primarias

COD	Criterio y descripción
0	CONOCIMIENTO SOBRE EL CUERPO Y LA SALUD
01	Dolencias
02	Accidentes
03	Hábitos
04	Refranes, dichos, etc.
A	PLANO HIPERNATURAL
A1	Profesionales de la salud
B	PLANO NATURAL
B0	Terapeutas
B1	Plantas medicinales
B2	Alimentos
B3	Prácticas manuales y cuidados del cuerpo
B4	Cuidados (condiciones medioambientales) y remedios caseros
B5	Aguas medicinales
C	PLANO PRETERNATURAL
C1	Rituales mágicos
C2	Mal de ojo
C3	Amuletos
C4	Curanderos
D	PLANO SOBRENATURAL
D1	Rituales protectores y propiciatorios
D2	Escapularios, estampas, reliquias: Insignias, imágenes u objetos religiosos
D3	Milagros

Dado que en este estudio se desarrolla el plano natural, se generaron las siguientes categorías de análisis:

B0-Terapeutas: Personas que sin ser profesionales de salud ayudan a paliar

dolencias. Solo se incluyen las que aplican un remedio en el proceso de curación.

B1- Plantas: Remedios sustentados en la utilización de preparaciones herbarias.

B2- Alimentos: Consumo y conservación de alimentos que por sus propiedades ayudan a paliar ciertas dolencias.

B3- Prácticas manuales y cuidados del cuerpo. Técnicas terapéuticas basadas en el movimiento y la manipulación del cuerpo, directamente con las manos o con ayuda de objetos.

B4- Cuidados (condiciones medioambientales) y remedios caseros: Prácticas en las que se consideran las condiciones medioambientales así como la utilización de artículos e ingredientes domésticos comunes para prevenir y aliviar dolencias.

B5- Aguas medicinales: Baños y manantiales que por la composición de sus aguas tienen propiedades terapéuticas.

La estructura temática resultante de la codificación posibilitó la descripción ordenada de los resultados del análisis etnohistórico.

Las fuentes primarias utilizadas en este diseño aparecen referenciadas por separado en el apartado de Bibliografía, algunas de ellas fueron proporcionadas por los autores de las antologías utilizadas. Para facilitar la contextualización de los datos, en la descripción de resultados se anota junto a su autor entre corchetes la fecha de la obra original publicada, mientras que la cita remite a la obra consultada.

6.3. Estudio de caso cualitativo

Se ha utilizado un diseño cualitativo de tipo interpretativo usando como estrategia de análisis la teoría fundamentada. Los estudios interpretativos pretenden comprender rasgos de la vida social que van más allá de los sujetos de estudio (Amezcuá y Gálvez, 2002). Con esta investigación se pretendía comprender el fenómeno desde dentro, es decir, el significado de la pérdida de saberes y habilidades cuidadoras en la familia por parte de aquellos que lo experimentan, a fin de hacer emerger un modelo explicativo.

Para alcanzar una teoría sustancial se siguió la propuesta de Glaser y Strauss (1967) de análisis mediante teoría fundamentada. Lo que interesaba de este método era la capacidad de generar una teoría que estuviese basada en datos, en lugar de en supuestos teóricos a priori, de esta forma se aprovechaba el consiguiente potencial para arrojar nuevos conocimientos y aumentar la comprensión del fenómeno estudiado.

6.3.1. Población

En esta tesis se ha considerado como unidad de análisis la secuencia familiar, entendiendo como tal, una familia en la que coexisten tres generaciones relacionadas entre sí. De cada generación se eligió un núcleo familiar para formar parte del estudio. La elección tuvo en cuenta los criterios que para los informantes se describirán más adelante.

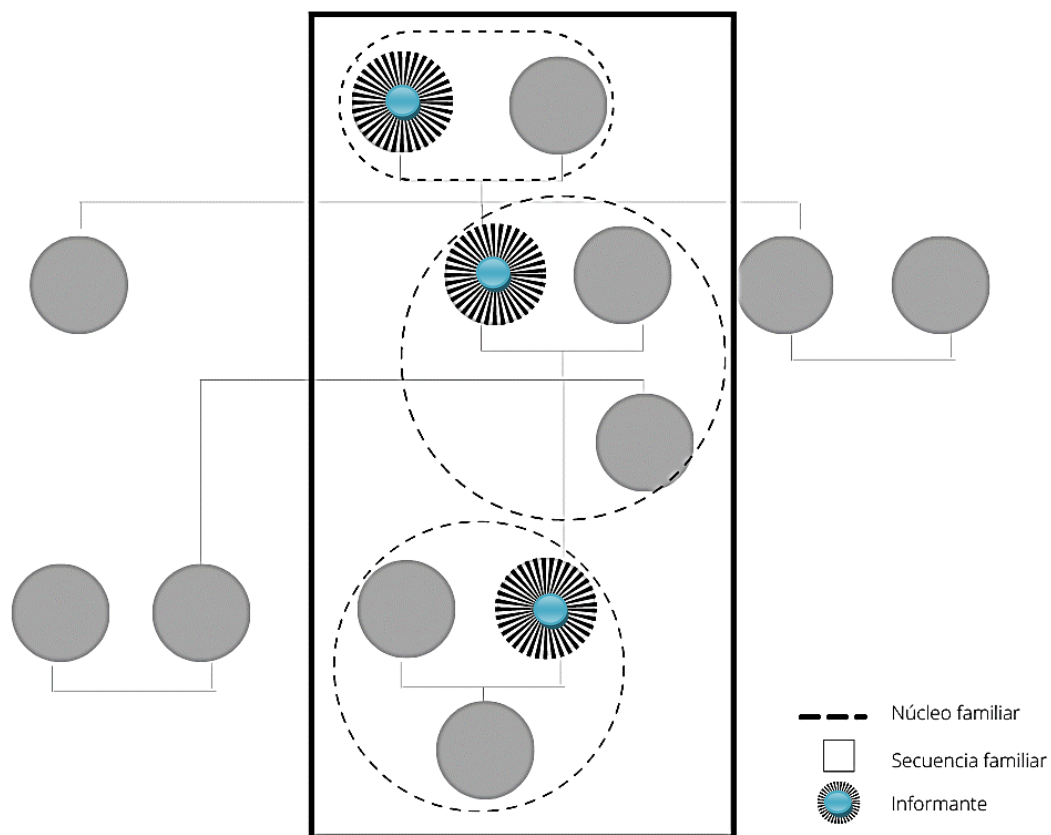
Se ha considerado núcleo familiar a una familia cuyos integrantes cohabitan en un mismo domicilio. El caso más común es un matrimonio (o pareja de hecho) con sus hijos menores. Pero también se han dado otras circunstancias:

- Una familia en la que un miembro de la pareja está separado, divorciado o viudo, pero teniendo hijos a su cargo.
- Una familia compuesta por una persona soltera con hijos a su cargo. Pero si esta persona cohabita con sus padres, a efectos del estudio se ha tratado como dos núcleos en una misma secuencia familiar.
- No se han considerado del mismo núcleo familiar los hijos emancipados que no cohabitan con la familia. Por ejemplo, solteros que se han independizado o casados que han compuesto su propia familia, tengan o no hijos.

Una secuencia familiar comprende tres núcleos familiares de distintas generaciones en una misma familia (ver imagen 7).

Imagen 7

Representación de una secuencia familiar



A efectos de este estudio, pertenecer a la primera generación significa ser el miembro más joven de la secuencia familiar que a su vez es hijo de la segunda y nieto de la tercera generación. Los informantes más jóvenes fueron los primeros entrevistados, por esta razón, se procedió a considerarlos como la primera generación.

Las secuencias familiares se identificaron a partir de informantes clave. Mediante el procedimiento de selección intencional o teorémica se identificó un primer núcleo de informantes en el entorno cotidiano de la doctoranda (círculo de amistad). A partir de aquí se utilizó la selección nominal o técnica de la bola de nieve, solicitando a los participantes que identificasen a otros potenciales informantes. Cuando un informante, al describir su familia extensa, mencionaba tres núcleos familiares de generaciones distintas y en cada uno de ellos un miembro aceptaba ser entrevistado, esta secuencia familiar pasaba a formar parte del estudio.

Los informantes (miembros del núcleo familiar a ser entrevistados) se seleccionaron por conveniencia y siempre que cumpliesen los siguientes criterios:

- Ser mayor de edad y tener constituida su propia familia nuclear.
- Declararse como cuidador principal en la familia.
- Haber utilizado un servicio de urgencias al menos una vez en los últimos 5 años.
- Tener plena capacidad para comunicarse y voluntad para realizar libremente la entrevista.

Se excluyeron:

- Participantes con formación sanitaria (universitaria o formación profesional) o en cuya familia nuclear existiese un profesional de la salud.
- Personas que se encontraran institucionalizadas en el momento del estudio.

Para determinar el número de secuencias necesario para alcanzar los objetivos se siguió en un proceso continuo mediante una doble estrategia (Taylor y Bogdan, 1998: 107-114):

a) comparación constante: se codificaron y analizaron los datos tras cada grupo de entrevistas de cada secuencia familiar.

b) incorporación progresiva: se seleccionaron otras secuencias familiares mientras aparecían nuevas categorías de análisis.

En el proceso de selección y al objeto de favorecer una mayor diversidad de respuestas, se elaboró una parrilla de vaciado de datos en la que se cruzaron las principales categorías del estudio con las características socio-demográficas. La selección se detuvo cuando se saturaron los datos, o sea, cuando la información obtenida mostraba reiteración de temáticas y la posibilidad de incorporar nuevas categorías era escasa. Esto significaba que ya se contaba con la información básica para avanzar en el estudio y por tanto se detuvo la incorporación de nuevos datos hasta avanzar en el análisis de los mismos.

El primer corte de análisis se realizó con las seis primeras secuencias familiares

que formaron parte del trabajo de campo exploratorio, lo que proporcionó una primera estructura de categorías. Esta primera clasificación se utilizó para focalizar las entrevistas posteriores y economizar así los esfuerzos durante la fase de recogida de datos. A esta fase es a la que llamamos estudio piloto.

La saturación se alcanzó cuando se analizaron 15 secuencias familiares, lo que supuso un total de 45 sujetos entrevistados.

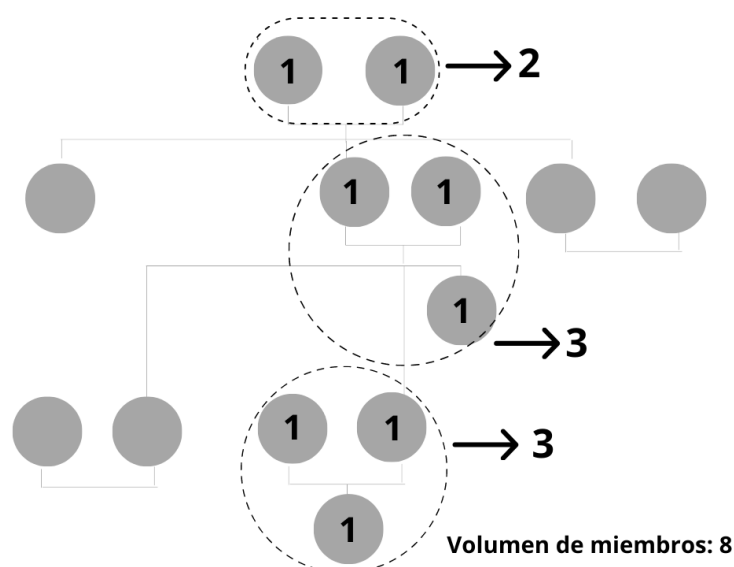
6.3.2. Variables sociodemográficas y culturales

A) Referidas a las secuencias familiares:

- Tipología: Se determinó si la secuencia familiar estaba formada tanto por hombres como por mujeres (mixta) o si únicamente estaba compuesta por personas del mismo sexo (simple). Así se pudo determinar si el cuidador principal de cada núcleo familiar estaba representado por hombres o por mujeres.
- Volumen de miembros: Número de componentes de cada secuencia familiar. Se calculó sumando los miembros de cada núcleo familiar en el momento de la entrevista (ver imagen 8).

Imagen 8

Representación del volumen de miembros de una secuencia familiar



- Lugar de residencia: entorno donde habitan los diferentes miembros de la secuencia familiar, teniendo en cuenta que podían hacerlo en la misma ciudad (próximo) o en lugares diferentes (disperso).
- Tipo de convivencia familiar:
 - o Independencia: cada núcleo familiar reside en viviendas diferentes.
 - o Cohabitación: al menos dos núcleos de la secuencia familiar conviven en la misma vivienda.

B) Referidas a los participantes seleccionados como informantes:

- Sexo declarado: hombre o mujer.
- Edad: valor numérico.
- Formación: sin estudios, educación primaria, educación secundaria y educación superior.
- Situación laboral: actividad o trabajo desempeñado (desempleado, asalariado, autónomo, jubilado o pensionista).
- Situación familiar: soltero, pareja de hecho, casado, divorciado o viudo.
- Cohabitación: número de personas con las que convive en su núcleo familiar.
- Lugar de nacimiento.
- Lugar de residencia.

6.3.3. Dimensiones del estudio

En investigación cualitativa, durante el proceso de análisis, es habitual que se reformulen las categorías temáticas en función de los significados que los informantes atribuyen a las mismas. En este estudio, en el proyecto de tesis se plantearon unas categorías tentativas que fueron utilizadas en las entrevistas correspondientes a la fase de estudio piloto. Tras el mismo, algunas de ellas fueron eliminadas al no estar sustentadas en datos, mientras que fue necesario modificar otras. A continuación se describen las categorías resultantes del proceso de análisis. Los cambios que se

experimentaron durante el mismo se detallan en la tabla 2.

- *Demanda de atención urgente*: utilización de un servicio de urgencias ante la pérdida de salud de un miembro de la familia en el ámbito doméstico. A efectos de este estudio solo se consideraron urgencias leves, entendidas como tales aquellas que no precisaron ingreso hospitalario o atención especializada, por lo que fueron devueltas para su cuidado y seguimiento en el seno familiar.
- *Cuidado familiar de base cultural*: entendido como aquellos saberes y prácticas aprendidos y aplicados en el seno de la familia que permiten el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud. A efectos de este estudio se focalizó en los remedios utilizados en relación con los motivos de la demanda de atención urgente.
- *Conocimiento intergeneracional en salud*: proceso de transmisión de prácticas y saberes de salud entre las diferentes generaciones de una misma familia.
- *Transformación de las habilidades cuidadoras*: conciencia de cambio en los saberes y habilidades familiares que han sido practicadas en anteriores generaciones.

Tabla 2

Proceso de cambio en las categorías temáticas del estudio

Categorías temáticas iniciales	Categorías temáticas tras los cambios incorporados
<i>Motivo de urgencia leve</i> : se formuló como situación de pérdida de la salud sin compromiso vital que motiva el uso de un servicio de urgencias y que podría haberse resuelto en el seno familiar.	Primer cambio: <i>Motivo de urgencia</i> definido como la afectación de la salud que induce a acudir a un centro de urgencias. La inducción puede ser por propia iniciativa o por consejo de terceros, generalmente familiares, salvo un caso que se realiza por un médico privado. Hubo un segundo cambio en el que se renombró la categoría y pasó a denominarse: <i>demanda de atención urgente</i> , que se define como la utilización de un servicio de urgencias ante la pérdida de salud de un miembro de la familia en el ámbito doméstico.
<i>Cuidado familiar</i> : se formuló como aquellos saberes y prácticas dados en el seno de la familia que permiten el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud.	<i>Cuidado familiar de base cultural</i> : se definió como aquellos saberes y prácticas aprendidos y aplicados en el seno de la familia que permiten el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud.
<i>Remedios caseros</i> : se formuló como cuidados y saberes en el seno familiar y la utilización de los mismos	Esta categoría fue <i>eliminada</i> ya que no había datos suficientes que la sustentasen.
<i>Conocimiento intergeneracional en salud</i> : se consideró como la presencia entre las	<i>Conocimiento intergeneracional en salud</i> : se definió como el proceso de transmisión de prácticas y saberes

diferentes generaciones de una familia de saberes y prácticas en salud.	de salud entre las diferentes generaciones de una misma familia.
<i>Pérdida de habilidades cuidadoras</i> : se formuló como la conciencia de abandono de cuidados familiares que se practicaban en otro tiempo.	Esta categoría pasó a denominarse <i>transformación de habilidades cuidadoras</i> y se definió como conciencia de cambio en los cuidados y habilidades cuidadoras en la familia que han sido practicadas en anteriores generaciones.

6.3.4. Métodos y técnicas de recogida de datos

Se realizaron entrevistas abiertas no estructuradas en una primera intención (prueba piloto), al objeto de que los informantes se expresasen de forma abierta sobre los temas introducidos en la conversación, permitiendo que proyectasen el marco cultural en el que se desenvuelven.

Las dimensiones que emergieron en el primer corte de análisis sirvieron para construir una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas. Se estableció una comunicación con la persona que era objeto del estudio, de tal manera que expresase sus perspectivas en base a su experiencia vivida, así como sus conocimientos acerca del problema propuesto (ver tabla 3).

Tabla 3

Entrevista semiestructurada sobre saberes y habilidades cuidadoras en la familia

Preguntas de la entrevista semiestructurada sobre saberes y habilidades cuidadoras en la familia
¿Cuánto tiempo hace que acudiste a urgencias? ¿Por qué motivos acudiste a urgencias en los últimos 5 años?
Describe los remedios caseros que conozcas para el problema por el que acudiste a urgencias ¿Has hecho uso de ellos?
¿Cómo resolvían tu madre/padre y abuelas/abuelos ese problema?
¿Qué opinión te merece la forma en que se han transmitido los saberes sobre remedios para la salud entre las generaciones?

Las entrevistas se realizaron preferentemente en los lugares elegidos por los informantes, de tal forma que hubo cuatro situaciones distintas: se llevó a cabo en la propia casa del entrevistado, en la vivienda de un familiar participante en el estudio, en un establecimiento público (cafetería), y por teléfono.

La situación ideal de la entrevista era que el participante estuviese a solas con la entrevistadora, pero hubo situaciones en las que, aunque se entrevistó a cada miembro de forma individual, el resto de miembros de la secuencia familiar estaba presente (entrevista con testigo), sin que se evidenciase por esta circunstancia una alteración en el desarrollo de la entrevista.

Merece la pena reseñar que las entrevistas con los informantes fluyeron con normalidad. Desde los más jóvenes hasta los más mayores mostraron un interés por el tema y se vio reflejado en la elocuencia que demostraron. En contadas ocasiones, las personas mayores mostraban cierto bloqueo o rechazo alegando que las “cosas de antes” ya no le importaban a nadie, pero bastó la reafirmación del interés por parte de la entrevistadora para que mostraran el arsenal de conocimientos que poseían. Fue muy gratificante, en los casos donde los demás miembros de la secuencia familiar estaban presentes, apreciar su expresión de asombro cuando la abuela o la madre narraban los modos de cuidar de antaño e incluso, al finalizar la entrevista, no fue extraño que entre ellas entablasen una conversación sobre los cambios en el cuidado.

Las entrevistas fueron grabadas en audio para facilitar la transcripción de los datos, previo al consentimiento de cada participante.

6.3.5. Análisis de los datos

La principal característica de la teoría fundamentada es que la recogida de los datos y el análisis se realizan de manera simultánea. En este tipo de análisis cualitativo, las fases no se suceden estrictamente unas a otras, sino que se sigue una lógica de vaivén, avanzando y regresando una y otra vez a los datos para ajustarlos y dar consistencia así a la teoría concluyente. Seguimos la propuesta de Amezcua al representar el proceso en forma de espiral, así, en la medida que se avanza en movimientos circulares, se alcanza una mayor comprensión del fenómeno estudiado (Amezcua et al., 2002). En este caso, el análisis comparativo entre los datos que emergieron de las entrevistas y las fuentes históricas contribuyeron a aumentar su comprensión.

Las etapas que se han seguido son las propuestas por Taylor y Bogdan con las

modificaciones de Amezcua et al., (2002), (ver imagen 9).

Imagen 9

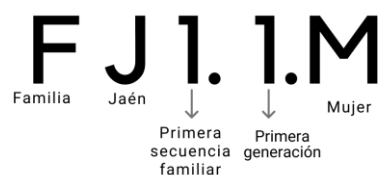
Las fases del análisis en progreso en un diseño cualitativo



a) Preparación de los datos: Las entrevistas fueron transcritas siguiendo un modelo unificado. A cada informante se le asignó un identificador y se incorporaron las características sociodemográficas y culturales. Una vez transcritas las tres entrevistas que corresponden a una secuencia familiar, se adhirieron en un solo documento. Con respecto al identificador reseñar que corresponde al código asignado a cada informante. En este caso, se utilizó la F para saber a qué familia pertenece, seguido de una J o una G para saber si es de la provincia de Jaén o Granada, el número de secuencia familiar, el número de generación y si es hombre (H) o MUJER (M) (ver imagen 10):

Imagen 10

Descripción del código identificador de los informantes



b) Descubrimiento de temas: Para poder elaborar las categorías de análisis, en primer lugar, se leyeron repetidamente los datos hasta familiarizarse con ellos. Se siguió la pista de temas, intuiciones, interpretaciones e ideas. En este proceso ayudó convertir los objetivos en preguntas y así se ponía a prueba los datos que emergieron de la entrevista. Esto sirvió para elaborar temas emergentes y tipologías o lo que es lo mismo, listas tentativas de temas. Por último, se desarrollaron conceptos (ideas abstractas a través de hechos empíricos) y proposiciones teóricas (enunciado general de hechos basados en los datos).

c) Codificación: Esta etapa permitió refinar la interpretación de los datos y obtener información suficiente para ilustrar el modelo explicativo. Como se ha comentado anteriormente, algunas de las categorías temáticas iniciales se transformaron (demanda de atención urgente) o fueron eliminadas (remedios caseros) y esto ocurrió como resultado de esta fase.

d) Interpretación: Con este enfoque, se abordó el análisis desde la doble estrategia propuesta por Glaser y Strauss, analizándose separadamente los datos obtenidos en cada secuencia familiar y posteriormente se compararon unas secuencias con otras:

- Análisis intracaso: proporcionó una comprensión interna del fenómeno al analizarse cada entrevista de forma separada. Esto sirvió para determinar la diversidad de respuestas de los participantes, clasificarlas y verificar que el perfil de la familia era válido para el estudio.

- Análisis intercaso: Realizado con grupos de familias en distintos escenarios, permitió extraer proposiciones teóricas, a la vez que se reafirmaban las categorías de análisis. Con ello se puso a prueba el hilo argumental y si era posible generar un modelo explicativo. Se realizó una narración de los resultados principales del análisis siguiendo la guía de la historia y tomando el hilo conductor que se identificó (transformación de las habilidades cuidadoras). Para convertir las categorías en una línea argumental que lograra defender el modelo explicativo se siguió el siguiente esquema: *Concepto-Proposición-Ilustración-Identificación*. Se ha explicado

anteriormente qué son a efectos de esta tesis el concepto y la proposición. La ilustración es un pasaje literal de los informantes que resulta altamente elocuente y que ilustra la proposición. Se ha escrito entrecomillado y en cursiva.

e) Relativización de los datos: En esta fase se volvió a los datos para reinterpretarlos teniendo en cuenta el contexto en el que fueron recogidos. Se buscaron en ellos evidencias de disconformidad que pudieran poner a prueba la solidez de la línea argumental, se revisaron las relaciones con los datos históricos y se balanceó el peso de los referentes teóricos.

f) Garantizar el rigor: Se revisaron todos los procedimientos con los que se puso a prueba la fiabilidad y validez de los datos. En realidad, es una etapa transversal ya que durante todo el proceso de investigación se fueron tomando medidas para garantizar el rigor de cada etapa. Se pueden destacar: (a) la suficiencia de datos se garantizó mediante la saturación de la información obtenida; (b) la diversificación de informantes en función de sus características socio-demográficas contribuyó a aumentar su representatividad; (c) la búsqueda activa de evidencias de disconformidad en los datos reforzó la transferibilidad del estudio; (d) el trabajo documental realizado con fuentes histórico-literarias resultó un procedimiento de triangulación al poder determinar la persistencia en el tiempo de las categorías de análisis. Finalmente, (e) la labor de tutorización por parte del director de tesis garantizó la consistencia del estudio, al reevaluar de manera continuada la relación entre los datos y las interpretaciones.

6.3.6. Aspectos éticos

En este estudio no existieron riesgos para la salud de los participantes, ya que no contempló procedimientos cruentos y las entrevistas se realizaron en el entorno natural de los mismos. No obstante, se consideró necesario tomar las siguientes prevenciones éticas:

- 1. Todos los participantes colaboraron voluntariamente, previo consentimiento informado, aclarándoles que podían retirarse libremente en el curso de la investigación si por alguna circunstancia lo estimaban oportuno.

- 2. Se garantizó la confidencialidad de los datos personales, por lo que se utilizaron nombres ficticios que impidieron desvelar la identidad de los participantes. Los datos personales fueron tratados desde la confidencialidad que exige la Ley 15/99 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal usando códigos para hacer referencia al paciente (BOE, 2018).

6.3.7.Limitaciones del estudio

Durante el proceso de investigación, recientemente aparecen circunstancias que ponen a prueba la capacidad resolutoria del investigador. Esta tesis no ha quedado exenta y en las distintas etapas se han encontrado algunos limitantes que han hecho variar, aunque no de forma sustancial, el enfoque y la forma de acercarse a los datos.

En el transcurso de las entrevistas se encontraron algunas situaciones que, aunque no alteraron el curso de la investigación, si merece la pena reseñarlos por sus particularidades.

En las generaciones jóvenes y debido al fenómeno de la movilidad por causas de trabajo, algunas personas entrevistadas residían en otras ciudades que quedaban excluidas del marco del estudio, de manera que teóricamente incorporaban referentes culturales distintos al mismo. Esto fue considerado durante el abordaje de la entrevista, focalizándola en el tiempo vivido en la ciudad de origen.

En las generaciones mayores, la situación más generalizada era la de viudedad, por lo que en estos casos el cuidador principal de ese núcleo estaba conformado por una sola persona, que era la responsable de su propio cuidado. Esto no ocasionó alteraciones en la investigación, puesto que se recurrió a la memoria del informante para rememorar situaciones de cuidado cuando el núcleo familiar se encontraba al completo.

Anteriormente se ha descrito que la situación ideal de la entrevista era que la entrevistadora estuviera a solas con el informante, cosa que ocurrió en la mayoría de las ocasiones. Pero hubo otras en las que, por economizar el tiempo, los miembros de la familia prefirieron estar presentes para realizar las entrevistas de manera

consecutiva. En tales casos se les insistió en la necesidad de mantener el silencio durante la entrevista del otro, de manera que fueron respetuosos con las respuestas de cada persona, por lo que las entrevistas se realizaron con normalidad.

7. RESULTADOS

7.1. Cuidados familiares en las fuentes históricas

Las cuestiones relacionadas con la salud y el cuidado del cuerpo aparecen testimoniadas en las fuentes primarias utilizadas, que se corresponden con el siglo XIX y primera mitad del XX. La enfermedad o las consecuencias de situaciones desafortunadas se muestran a través de menciones a dolencias, accidentes y hábitos. También se recoge la sabiduría popular en torno a la salud a través de los refranes y dichos. En cuanto a la enfermedad, la que más se menciona es el cólera y esto está relacionado con las epidemias que azotaron el país a lo largo del siglo XIX, pero también aparecen testimonios de otras epidemias como la malaria o la gripe (López Burgos, 1994: 193). Los viajeros se preocupan por las dolencias más comunes de las gentes y dedican algunos pasajes a hablar de la histeria, de los cólicos que producían los excesos de comida, el insomnio o lo que comúnmente llamaban tabardillo (Afán de Ribera, 1889: 98). Con respecto a los accidentes, por un lado, encontramos los relacionados con el mundo animal, como las mordeduras de perro o las picaduras de tarántula (De Roda, 1991: 22) y por otro también aparecen fenómenos naturales como los terremotos (Valladares Reguero, 2002: 749). Aunque el accidente que más citan los viajeros románticos son los esguinces de tobillo. Entre los hábitos, aparecen testimoniados la pasión por fumar y en reiteradas ocasiones los relacionados con el baño y la higiene (López Burgos, 1998: 167).

En términos de curación se entremezclan entre sí cuestiones como la religiosidad, la magia, el curanderismo, la superstición, los remedios naturales, entre otras. La variedad de terapias y terapeutas pueden encuadrarse según el sistema clasificatorio propuesto por Pedro Gómez, en el que organiza las terapias en cuatro planos: hipernatural, natural, sobrenatural y preternatural (Gómez García, 1997: 34). En esta tesis interesa el segundo, pero mencionaremos sucintamente los demás para situarlo en su contexto cultural.

En el plano *hipernatural* se enmarcan los profesionales sanitarios con sus terapias oficialmente reconocidas en cada campo disciplinar. En los textos se mencionan por ejemplo a farmacéuticos, específicamente a los de la Alpujarra

granadina que en los años 50 se establecieron en la mayoría de los pueblos. También se hace mención a los practicantes, que realizaban pequeñas intervenciones quirúrgicas y asistían a enfermos. Dedicamos varios pasajes a los veterinarios, ya que como especifica Spahni [1959] en la Alpujarra se volvieron imprescindibles desde que se instauró la revisión de animales para consumo humano (Spahni, 1983: 73).

En el plano *preternatural*, se incluyen aquellos ritos de índole mágico. En los textos se presta especial interés a las creencias relacionadas con el *mal de ojo*, cómo se transmite o el método de curación. Así mismo hacen mención a los amuletos, que eran utilizados para la prevención de algunas dolencias como, por ejemplo, la piedra de ámbar para evitar la piel agrietada (Valladares Reguero, 2002: 737). Forman parte del plano preternatural los curanderos, que en este caso no utilizan remedios naturales sino que llevan a cabo prácticas relacionadas con la magia, como la imposición de manos y, por último, en este plano se ubican también los rituales mágicos, entre los que destacan los relacionados con el nacimiento, como por ejemplo vaticinar el sexo del bebé según el ciclo lunar (Limón Delgado, 1981: 38).

Por último, los remedios que se enmarcan en el plano *sobrenatural* son aquellos en los que están presentes los elementos de tipo religioso. En este caso, es común que se refieran a ritos propiciatorios y protectores, por ejemplo, en reiteradas ocasiones se mencionan los ritos relacionados con la noche de San Juan, como lavarse la cara con agua de una fuente (Ford, 1955: 92). Así mismo se mencionan escapularios, estampas o reliquias que son utilizadas para la prevención de algunas dolencias, como los rosarios que se les ponen a las embarazadas cuando están dando a luz para protegerla a ella y al niño (Limón Delgado, 1981: 50). Los milagros, aunque no de forma tan recurrente como los anteriores, se narran también en las fuentes primarias.

En consonancia con el objetivo de esta tesis, se detallarán los remedios que se enmarcan dentro del plano *natural*, es decir, aquellos que tienen una base empírica, como los remedios basados en plantas, alimentos, elementos como el agua, remedios caseros y prácticas manuales.

a) *Los terapeutas*. En este plano, hemos de considerar aquellas personas que

ejercen como terapeutas sin ser profesionales de la salud, ayudando a paliar ciertas dolencias. Se incluyen aquellas que aplican un remedio en el proceso de curación y, por tanto, se excluyen las que recurren a ritos mágicos o de índole religiosa.

En las fuentes consultadas queda testimoniado como recurren y consultan a personas que consideran que pueden ayudarles a paliar algunas dolencias. Estos terapeutas, pertenecen a todas las clases sociales y, aunque la mayoría no tienen un perfil profesional, nos encontramos con algunos casos en los que hacen uso de los conocimientos que su profesión les confiere, como los barberos sacamuelas o sangradores.⁷ En el caso del segundo, William Clark [1850] narra su sorpresa cuando el sangrador, lejos de utilizar su lanceta, le recetó reposo y leche de almendra, prescripción que ayudó a que se recuperase. Después de su experiencia, la opinión de Clark cambia, y de ser un indeseable sangrador pasa a llamarlo profesional gentil:

“Tras dos semanas (...) caí enfermo a causa de una enfermedad reinante en los meses de verano (...) estaba decidido a oponerme a cualquier intento de sangrado o tratamiento con agua caliente pues esperaba a un sangrador de ojos famélicos (...) Mi Esculapio resultó ser un profesional gentil, que me prescribió reposo y leche de almendras. Aliviado y animado, el doctor se embolsó su minuta sin tener la sangre de un inglés sobre su conciencia o lanceta” (Clark, 1996: 124).

Entre los terapeutas se encuentran sobre todo personas del pueblo, como comadres, aguadores y vendedores de pomadas. Un caso peculiar es el que narra la viajera Isabella Frances Romer [1843], en el que describe cómo una anciana realiza una operación manual a un mulero que se había torcido el tobillo:

“Las mulas andaban por allí y el conductor de la calesa, que se había torcido el tobillo por la mañana, se sentó en la puerta y allí lo operó una vieja, poniéndole una pierna en su estómago y torciéndole el tobillo con

⁷ El barbero-sangrador o sangrador flebotomiano fue un perfil reconocido por las leyes hasta la ordenación de las profesiones sanitarias en la Ley de Instrucción Pública (Ley Moyano) de 1857, que otorgó a los practicantes las competencias sanitarias que estos ejercían bajo la autorización del Real Protomedicato (Amezcuá, 1997).

todas sus fuerzas, tratamiento que hizo gritar al pobre paciente” (citado por López Burgos, 1994: 166).

Así mismo, Jean-Christian Spahni [1959] cuenta cómo en La Alpujarra granadina, a pesar de que a mediados de los años 50 la figura del médico se instalaba en la mayoría de los pueblos, las gentes guardaban una gran estima a los curanderos.

b) *Plantas medicinales*. Se mencionan remedios que están sustentados en la utilización de preparaciones herbarias. Los viajeros, sobre todo los que llegaban a Granada, se mostraban fascinados con Sierra Nevada y es ahí dónde la mayoría hacían acopio de las hierbas medicinales que crecen en sus cumbres, cuya fama ya era mencionada por las crónicas árabes (Viñes, 1982: 41). En las fuentes consultadas no relacionan la planta con la dolencia, pero sí las clasifican como medicinales. Así por ejemplo, se encuentra con que en las cumbres y valles de Sierra Nevada crecía la manzanilla, genciana, espliego o raíces medicinales (Ford, 1955:119).

A medio camino entre Guadix y Granada, Henry David Inglis [1831] cuenta cómo las tierras estaban sin cultivar cubiertas de esparto, lavanda, mejorana y tomillo (López Burgos, 1994: 96). Las formas de recolección de estas plantas así como los impedimentos que causaban en ocasiones para los cultivos, son recogidos por algunos viajeros. Gerald Brenan [1957] narra que en las tierras alpujarreñas, las plantas medicinales se deben de recoger entre la medianoche y el amanecer. Destaca que la hierba más importante es la hierba del sillero o *Fumana glutinosa*, que según él: “su faz redonda y amarilla como el disco del sol, la convierte en la planta sagrada del día de Helios” (Brenan, 1984: 126). Así mismo, Widdrington [1844] reseña que en uno de sus viajes por la provincia de Jaén, le llama la atención la planta de regaliz que crece en el arenoso terreno aluvial del río y que, según le cuentan, es un inquilino molesto para los cultivos (Valladares Reguero, 2002: 730).

En el terreno aluvial del Guadalquivir, al paso por tierras jiennenses crecen también plantas medicinales como la conocida “novia de los pastores”, tamariscos, adelfas, vincapervincas y caléndulas (Valladares Reguero, 2002: 731-732).

Josep Cuatrecasas⁸, en su estudio sobre la flora de Mágina, resalta algunos usos populares de plantas como la hierba de la salud, utilizada para calmar cólicos, la lenguaza para curar heridas, los pinillos que en infusión sirven como colirio o la salamunda que la utilizan mezclada con sal como purgante (Cuatrecasas, 1929: 496-498).

c) *Alimentos*. En las fuentes primarias se menciona el consumo y conservación de alimentos que por sus propiedades ayudan a paliar ciertas dolencias. Los alimentos están presentes en los textos de los viajeros que visitaron Andalucía como ese elemento exótico y lo que caracteriza a las gentes de los pueblos. Es la categoría en la que más se recrean y es común que en sus andanzas narren de forma muy gráfica los platos típicos de cada zona, su asombro al encontrarse un mercado repleto o las costumbres culinarias en días de fiesta, incluso comparándolas con otras zonas de España o con el extranjero. Por ejemplo, Sir John Carr [1811], en su viaje por Granada, muestra su asombro por lo bien surtido del mercado, tanto de carnes, aves y verduras. Así mismo afirma que el agua de Granada es la más pura que se pueda imaginar y que procede de las distintas fuentes construidas por los árabes (López Burgos, 1994: 22-23). Esa fascinación por los mercados la comparten también Henry David Inglis [1831] o Afán de Ribera [1889]. El primero dedica unas líneas a la patata asada, que según él parecía ser el desayuno favorito de los lugareños. También hace una comparación de los precios del pan y de los huevos, afirmando que son más baratos en Granada que en Málaga, aunque el estilo de vida varíe poco (López Burgos, 1994: 92). Por su parte, Afán de Ribera, describe una venta de agua que se encuentra en Puerta Real, en la que se vende de todo, como cacahuets o garbanzos, y afirma que a pesar de ser una venta de agua, el alcohol se vende más, específicamente el aguardiente (Afán de Ribera, Antonio J, 1889: 97).

Los viajeros frecuentaban pensiones y posadas a su paso por los diferentes pueblos. Por lo que es común que en sus escritos dediquen algunos pasajes a las

⁸ Cuatrecasas herborizó Sierra Mágina entre los años 1925, 1926 y 1929, acompañándose de una diversidad de personas residentes en los pueblos de la comarca, como farmacéuticos e ingenieros, pero también venteros, guardas forestales y guías locales (Jerez Justicia, 2005), de los cuales recabó información sobre el uso medicinal que se hacía de algunas plantas por la población.

condiciones y la alimentación que les servían. David Inglis [1831] describe el desayuno surtido con huevo, pan y chocolate que le sirvieron en una posada en Diezma. En una de sus paradas en un cortijo de Arenales, narra cómo los comensales se quedaron asombrados cuando como sustituto de la leche, los dueños comenzaron a batir huevos (López Burgos, 1994: 97-98). El chocolate es probado también por Andersen [1864] que, según dice, le hizo revivir y pudo continuar su camino (Valladares Reguero, 2002: 595).

Aunque no todas sus experiencias culinarias son positivas. En ocasiones, las pensiones se encuentran en unas malas condiciones higiénicas y esto se hace notar en los alimentos. Por ejemplo, Demolder [1906] cuenta que el jamón que le sirvieron estaba duro, los albaricoques tenían gusanos blancos o el vino que le vendieron como medicinal le hacía pensar en “los más desagradables remedios” (Valladares Reguero, 2002: 739). En una posada de Loja, Isabella Frances Romer [1843] cuenta que el pato frito que le sirvieron parecía carne de caballo y que la cocinera no mantenía higiene al hacer la comida. Narra cómo metía las manos mugrientas en la olla con sopa de ajo y después se las servía a los comensales (López Burgos, 1994: 149).

Las costumbres culinarias de las gentes, también son recogidas, sobre todo cuando se trata de algún día festivo. Por ejemplo, Afán de Ribera [1889] cuenta la compra típica que se realiza el día de Nochebuena en una familia de Granada, en la que incluyen sardinas, boquerones, arroz con leche, miel y turrón de yema (Afán de Ribera, Antonio J, 1889: 104-107).

La conservación de los alimentos también es un tema recurrente. En este sentido, Gerald Brenan [1957] muestra de forma muy ilustrativa cómo organizaban las despensas según las estaciones del año, la forma de aprovechar la fruta haciendo mermelada, la recogida de caquis después de las primeras heladas o la poca carne que se comía a excepción de los días de fiesta que podían matar a un cabrito (Brenan, 1984: 152). Los jamones de Trevélez son nombrados en varias obras, pero es Jean-Christian Spahni [1959] quién describe que los habitantes de la zona lo conservan en nieve o en tierra especial (Spahni, Cristian-Jean, 1983: 100).

Llama la atención las similitudes entre la dieta granadina y giennense de la

mujer en el posparto. Los caldos son comunes, ya sean de gallina o de jamón, también el hecho de no introducir la leche en los primeros días y la evolución a comidas de fácil digestión y blandas. Es llamativo como entre las costumbres granadinas, la verdura se excluye de la dieta blanda. Así mismo en Marmolejo, el caldo solo se le da a la parturienta si no ha tenido fiebre (Limón Delgado, 1981: 62-63).

En otra de las fuentes primarias, se narra el desayuno de una persona con indisposición de cuerpo que estaba basado en sopa blanca, estofado de pichones, manos de cerdo, apio guisado, postre y vino (López Burgos, 1994: 89).

El alcohol también aparece como alimento que prepara el estómago para comidas abundantes o copiosas. Concretamente una copa de rosolí antes de la cena cuenta que apaciguaba el estómago, así como beber una copa de vino al terminar la misma ayuda a la digestión (Afán de Ribera, 1889: 108).

Por último, Afán de Ribera [1889] narra las consecuencias de un empacho, en este caso de bizcotelas, que a un joven le produjo cólicos (Afán de Ribera, 1889: 22).

d) *Prácticas manuales y cuidados del cuerpo*. Se refieren a aquellas técnicas terapéuticas basadas en el movimiento y la manipulación del cuerpo, directamente con las manos o con ayuda de objetos. En los textos consultados se hace hincapié en los cuidados del cuerpo que precisan las mujeres embarazadas. Así, Limón Delgado describe que es costumbre en Marmolejo durante el periodo de gestación, que las mujeres den grandes paseos. En Arjona las mujeres evitan realizar actos de fuerza para que no haya abortos, y en Martos no fajan a la parturienta (Limón Delgado, 1981: 30).

e) *Cuidados y los remedios caseros*. Aluden a aquellas prácticas en las que se consideran las condiciones medioambientales, así como la utilización de artículos e ingredientes domésticos comunes para prevenir y aliviar dolencias.

Con respecto a los cuidados, se pone especial énfasis en la pureza del aire y del clima, ya que se asociaba con la prevención de enfermedades. Por ejemplo, Samuel Edward Widdrington [1844] afirma que en Alhama de Granada, el aire es muy puro, y que a diferencia del valle que tenía detrás, el pueblo nunca había estado sujeto a los ataques de la malaria. Doré [1874] menciona a Pedro Martín de Angleira, natural de

Italia, que cuenta que prefiere el clima de Granada al de Roma, ya que la ciudad italiana se encuentra expuesta al viento siroco de África que es sabido que transmite fiebres (Doré y Davillier, 1984: 189).

Se muestra la importancia de una buena ventilación y, por ejemplo en Granada, era común cuando alguien moría en su habitación, no dejarlo ahí si no estaba lo suficientemente ventilada (Limón Delgado, 1981: 305). En la fiesta del corpus se tenía por costumbre fregar suelos y ventilar las habitaciones (Afán de Ribera, 1885: 76).

En cuanto a la higiene personal, Spahni Jean-Christian [1959] cuenta que los alpujarreños utilizaban jabón de grasa de cerdo y aceite rancio (Spahni, Jean-Christian, 1983: 101).

En la provincia de Jaén, Davillier dedica un pasaje a las minas de Mercurio de Almadén. Afirma que las emanaciones del mercurio son extremadamente peligrosas para la salud y que cada año cierto número de sus trabajadores se ven atacados por convulsiones y espasmos o por calambres que acaban de causarles la muerte (Davillier y Doré 1984: 53).

En cuanto a los remedios caseros, en los textos, aparecen cómo le hacen un vendaje a una persona que presenta un corte en la pierna y evitar que se desangre (Williams, 1990: 106). Por otro lado, el aceite de cacao se utiliza en pastilla para la cara cortada por el frío (Williams, 1990: 79) y, en Arjonilla, es costumbre para propiciar que la mujer se quede embarazada darle licor hecho con aguardiente, azúcar y yerbas aromáticas (Limón Delgado, 1981: 22). Entre los remedios que se utilizaba para los ritos del nacimiento también hacen uso de lo que llamaban *bizmas*, que son unos emplastos con aguardiente, mirra, incienso y estopa. Esto, se le colocaba a la mujer en los riñones y, en Arjona y Marmolejo, se decía que propiciaba la fecundación (Limón Delgado, 1981:24).

f) *Aguas medicinales*⁹. Son aquellos baños y manantiales que por la

⁹ La costumbre de tomar los baños con fines terapéuticos, estaba muy arraigada entre la ciudadanía decimonónica, en todas las capas sociales. Las provincias de Jaén y Granada contaban con una extensa red de balnearios sobre la que existe una amplia literatura hidrológica en la época. Aunque no

composición de sus aguas tienen propiedades terapéuticas. En los textos, aparecen descritos con todo detalle los manantiales y fuentes que frecuentaban las gentes tanto para uso personal, como para llevar a cabo algún ritual.

Así, por ejemplo, los baños de Alhama en Granada, aparecen en varios escritos. Rochfort Scott [1838] en su visita por tierras granadinas, detalla las propiedades que posee el nacimiento de las aguas termales:

“El agua es rica en sales y posee una gran cantidad de azufre. Huele bastante mal y no sabe a caldo de pollo. Tiene propiedades curativas y se ha probado su eficacia en casos graves de reumatismo, dispepsia e hipocondriasis y sobre todo es infalible a la hora de curar heridas de bala” (citado por López Burgos, 1998: 32-33).

Richard Ford [1845] también se refiere a los baños de Alhama y especifica que el principal baño que es el de La Reyna, tiene aguas esmeraldas y un vapor con gas nitrógeno que descubrió el Doctor Daubeny. Especifica que sus aguas son buenas para la dispepsia y el reumatismo (Ford, 1981: 92). Estos baños sulfúreos también se encontraban en la provincia de Jaén. Slater [1912] habla de los fríos manantiales del Saladillo en Villacarrillo (Valladares Reguero, 2002: 766) y Pedro M^a Barrera Lanzas [1885] hace mención a las aguas de Marmolejo, que según contaban, curaba los cálculos renales (Pérez Ortega, 2009: 430).

En la capital granadina también reseñan las aguas del río Darro (Davillier y Doré, 1984: 253) y de la fuente del Avellano por sus propiedades medicinales tanto para hombres como para animales (Afán de Ribera, 1889: 95).

El agua está presente en los ritos que llevan a cabo las mujeres para conseguir la concepción. En Granada es costumbre que tomen baños de mar mientras que en Jaén, los baños pueden ser tanto de agua salada como dulce pero es imprescindible ponerse las bizmas en los riñones (Limón Delgado, 1981: 24).

aparezcan expresamente mencionados en las fuentes primarias utilizadas, destacaban los de Lanjarón, Alicún y Graena, mientras que en Jaén fueron famosos los de Jabalcuz, Frailles o Marmolejo.

7.2. Características sociodemográficas

Han sido entrevistadas 45 personas correspondientes a 15 secuencias familiares (ver anexo 2).

En cuanto a las características sociodemográficas de las secuencias familiares, 10 de ellas están formadas íntegramente por mujeres (66 %), por tanto son de tipología simple, mientras que el resto son mixtas (33 %) (ver anexo 3).

La media de componentes que forma una secuencia familiar es de 7 miembros, en un rango de 4 a 10 personas. La mayoría habita en la misma ciudad (66 %) el resto, en lugares dispersos (ver tabla 4).

Tabla 4

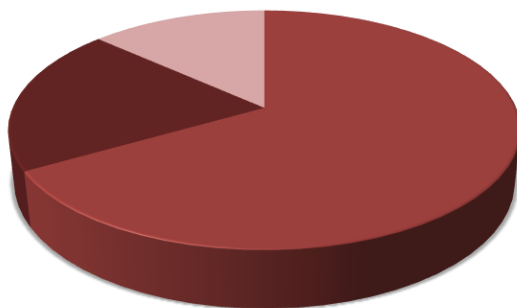
Características sociodemográficas de las secuencias familiares

Variables	n	%
Tipología		
Simple	10	66,6 %
Mixta	5	33,3 %
\bar{x} nº miembros	7	-
Tipo de convivencia familiar		
Independientes	10	66,6 %
Cohabitación	5	33,3 %
Lugar de residencia		
Próximo	10	66,6 %
Disperso	5	33,3 %

10 secuencias (66 %) tienen constituido su propio núcleo familiar independiente, en 5 (33 %) se produce cohabitación de más de una familia en la misma vivienda. Concretamente, en 3 casos la generación más joven convive con la segunda y en el resto, la segunda generación comparte vivienda con la tercera (ver gráfico 1).

Gráfico 1

Tipos de convivencia familiar



- Núcleos independientes
- Cohabitación (primera y segunda generación)
- Cohabitación (tercera y segunda generación)

En cuanto al sexo de los informantes, 40 son mujeres y 5 hombres, una proporción que se reproduce en las tres generaciones (ver tabla 5).

Tabla 5

Sexo de los informantes distribuido por generaciones.

Variables	1ª generación		2ª generación		3ª generación		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Sexo								
Masculino	1	2,2 %	2	4,4 %	2	4,4 %	5	11,1 %
Femenino	14	31,1 %	13	28,8 %	13	28,8 %	40	88,8 %

La edad media de la primera generación es de 30,2 en un rango de 19 a 43 años, en la segunda generación la media alcanza los 55,9 años en un rango de 43 a 66, por último en la tercera generación la edad media es de 81,8 años en un rango de 75 a 93 (ver tabla 6).

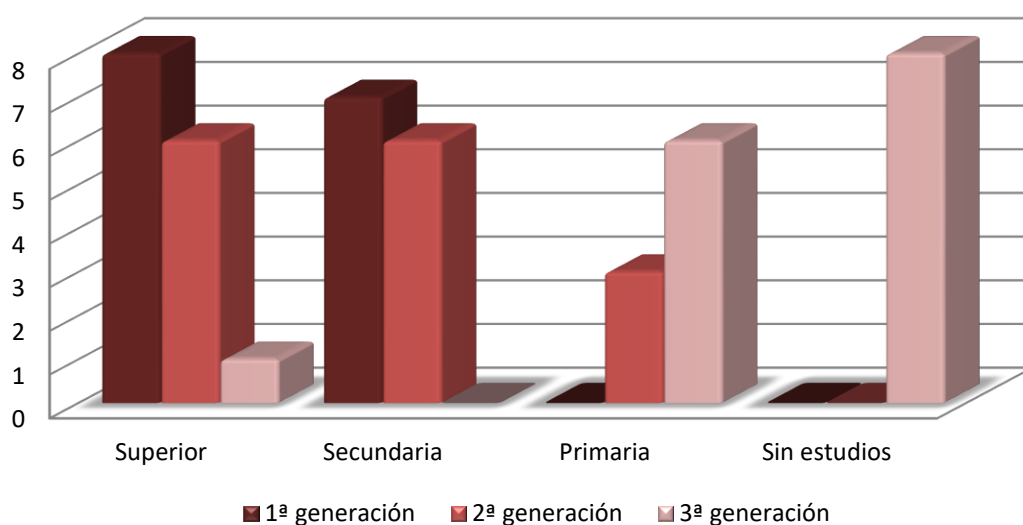
Tabla 6

Edad media de las generaciones.

Variables	1ª generación	2ª generación	3ª generación	Total
	n	n	n	n
\bar{x} edad	30,2	55,9	81,8	56

El 33 % de los informantes poseen estudios universitarios, de los cuales la mayoría pertenecen a la primera generación y en menor medida a la tercera. Cerca del 29 % de los informantes han cursado secundaria, repartiéndose entre la primera y segunda generación. Por último un 13 % de los informantes pertenecientes a la tercera generación, han estudiado primaria mientras que el 17 % no tiene estudios (ver gráfico 2).

Gráfico 2
Formación de los informantes distribuida por generaciones



Es este caso, la formación es menor conforme se avanza en las generaciones (tabla 7).

Tabla 7
Formación de los informantes distribuida por generaciones.

Variables	1ª generación		2ª generación		3ª generación		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Formación								
Superior	8	17,7 %	6	13,3 %	1	2 %	15	33,3 %
Secundaria	7	15,5 %	6	13,3 %	0	0	13	28,8 %
Primaria	0	0	3	6,6 %	6	13,3 %	9	20 %
Sin estudios	0	0	0	0	8	17,7 %	8	17,7 %

En cuanto a la ocupación, el 28 % de los informantes se encuentran en situación de desempleo, de los cuales, más de la mitad pertenecen a la tercera generación. Los asalariados se encuentran repartidos entre la primera y la segunda generación, con un

15 % y un 17 % respectivamente. Un 17 % de los informantes son autónomos concentrados principalmente en la primera generación. Los jubilados representan un 6% de los informantes y se encuentran mayoritariamente en la tercera generación. Por último, los pensionistas se sitúan íntegramente en la tercera generación (ver tabla 8).

Tabla 8
Situación laboral distribuida por generaciones.

Variables	1ª generación		2ª generación		3ª generación		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Ocupación								
Desempleo	3	6,66 %	3	6,66 %	7	15,15 %	13	28,8 %
Asalariados	7	15,15 %	8	17,7 %	0	0	15	33,3 %
Autónomos	5	11,1 %	3	6,66 %	0	0	8	17,7 %
Jubilados	0	0	1	2,2 %	2	4,4 %	3	6,66 %
Pensionistas	0	0	0	0	6	13,3 %	6	13,3 %

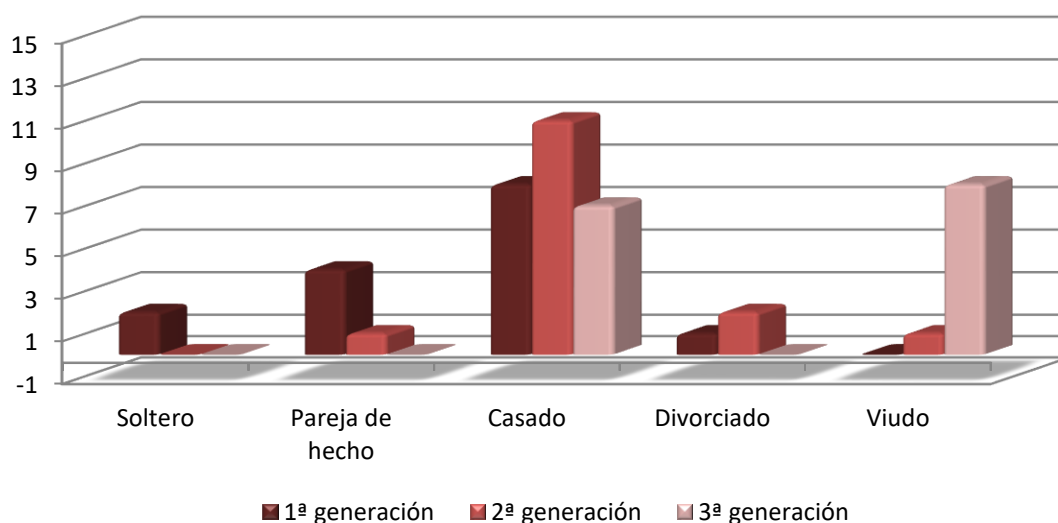
La mayoría de los informantes son casados, concentrándose en la segunda generación y distribuidos de forma homogénea entre la primera y la tercera (ver tabla 9).

Tabla 9
Situación familiar en las generaciones.

Variables	1ª generación		2ª generación		3ª generación		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Situación familiar								
Soltero	2	4,4 %	0	0	0	0	2	4,4 %
Pareja de hecho	4	8,8 %	1	2,2 %	0	0	5	11,1 %
Casado	8	17,7 %	11	24,4 %	7	15,15 %	26	57,7 %
Divorciado	1	2,2 %	2	4,4 %	0	0	3	6,6 %
Viudo	0	0	1	2,2 %	8	17,7 %	9	20 %

Del 20 % de los informantes que se encuentran en situación de viudedad, un 17 % pertenecen a la tercera generación, el resto a la segunda. Un 11 % de los informantes forman pareja de hecho, de los cuales el 8 % pertenece a la primera generación, por último, los divorciados representan un 6 % de los informantes y se encuentran mayoritariamente en la segunda generación (ver gráfico 3).

Gráfico 3
Situación familiar de los informantes



Más de la mitad de los informantes (55,5 %), residen en pueblos de las provincias de Jaén y Granada, distribuidos de forma similar en las tres generaciones. El resto, repartidos de forma homogénea, viven en capitales de provincia (ver tabla 10).

Tabla 10
Residencia de los informantes distribuida por generaciones.

Variables	1ª generación		2ª generación		3ª generación		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Residencia								
Capital	6	13,3 %	7	15,5 %	7	15,5 %	20	44,4 %
Provincia	9	20 %	8	17,7 %	8	17,7 %	25	55,5 %

7.3. Categorías temáticas

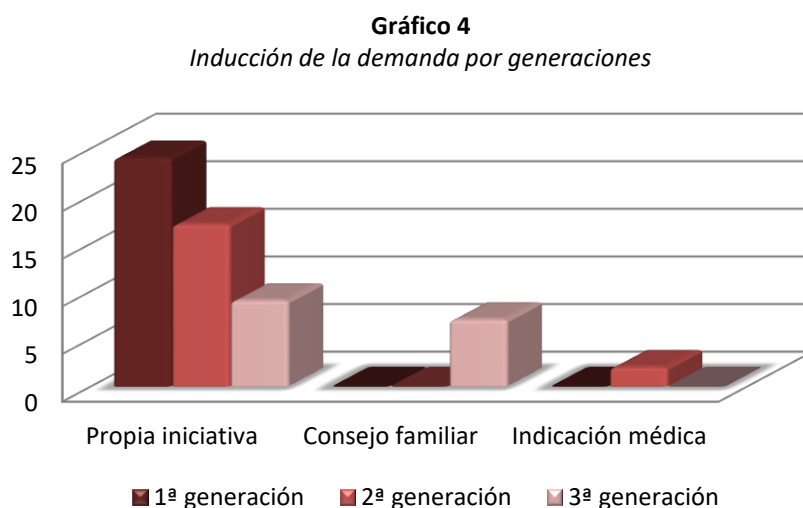
7.3.1. Demanda de atención urgente

La demanda de atención urgente se entiende como el uso de los servicios de urgencias ante la pérdida de salud de algún miembro de la familia en el hogar. Solo se han considerado aquellas patologías que no precisaron hospitalización ni atención especializada y que por tanto, fueron tratadas posteriormente en el seno familiar.

Los informantes refirieron un total de 59 visitas realizadas a los servicios de

urgencias en los últimos 5 años, lo que supone una media de 4 visitas por secuencia familiar. El patrón de visitas a este servicio es similar en las tres generaciones: es la más joven la que acude en más ocasiones (22), seguida de la segunda (19) y tercera generación (18).

La mayoría de los informantes acuden por iniciativa propia, únicamente en la segunda y tercera generación aparecen casos en los que lo hacen por consejo familiar, específicamente guiados por sus hijos, y por indicación de un profesional médico (ver gráfico 4).



La mayoría de las visitas estuvieron motivadas por problemas leves (46), que son objeto de estudio, mientras que el resto, suponían un compromiso vital para la persona (13), por lo que no han sido consideradas a efectos de este estudio. Destacar que de estos problemas, 9 fueron consultados por la tercera generación y 4 por la segunda.

Al referir los motivos de urgencia, los informantes utilizan diversidad de criterios. Unas veces los narran en forma de cuadro clínico (16), siendo los más comunes los signos y síntomas relacionados con problemas respiratorios. Otras como agravamiento de síntomas (23), siendo más frecuentes los relacionados con problemas gastrointestinales y músculo-esqueléticos y por último, refieren accidentes domésticos (7) destacando la fractura de huesos y golpes (ver tabla 10). Cabe señalar que los datos que se muestran en la tabla son una parte de las patologías que se presentan con

mayor frecuencia en el servicio de urgencias.

Tabla 11

Motivos de urgencia de las secuencias familiares entrevistadas

	Cuadro clínico	Sintomatología	Accidente doméstico
Problemas gastrointestinales	Vómitos, deshidratación y fiebre Alergia alimentaria	Vómitos y no conservación del alimento (2) Dolor en el lado derecho Gases en el lado izquierdo Dolor de estómago Diarrea	
Problemas respiratorios	Dolor de garganta, tos, dolor de oído y fiebre Pólipo en la garganta Gripe Sinusitis Resfriado con bronquitis	Dolor de garganta (2) Tos Sensación de ahogamiento	
Problemas músculo-esqueléticos	Quiste en la rodilla Lumbalgia	Dolor de pie Dolor en la cintura Dolor en la pierna Dolor en la espalda Dolor de rodilla Dolor de hernia de disco Pinzamiento cervical	
Lesiones físicas			Esguince de tobillo Quemadura Golpe Golpe y rotura de mano Rotura de brazo Corte
Otros problemas	Conjuntivitis (2) Cefalea tensional Jaquecas Ataque de ansiedad Cistitis Almorrana	Fiebre (3) Dolor de muelas Dolor de cabeza Dolores de mujer	Picadura

Las visitas se producen mayoritariamente para consultar problemas de la persona demandante, salvo 7 personas de la primera generación que lo hacen para consultar problemas de los hijos.

7.3.2. Cuidado familiar de base cultural

El cuidado familiar de base cultural se puede entender como aquellos saberes y prácticas familiares que permiten el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud. En este estudio solo son objeto de investigación los saberes que tienen que ver con los motivos de urgencia consultados por los informantes.

A) Saberes y habilidades

De los 34 informantes que visitaron los servicios de urgencias por problemas leves, 29 son capaces de describir algún tipo de remedio familiar para el problema de salud consultado. Han emergido 56 remedios que han sido distribuidos en 6 categorías, teniendo en cuenta que algunos de ellos son mixtos, o sea son remedios que en su composición, combinan más de un elemento (ver anexo 4) Señalar que la información que se muestra en el anexo solo caracteriza los datos, en ningún caso se pretende someter a estudio de una forma sistemática.

Al tratarse de entrevistas abiertas resultó inevitable que los informantes refirieran otros remedios y saberes que usaban a nivel doméstico. Este conocimiento no ilustra la capacidad de respuesta ante una urgencia pero se ha considerado oportuno clasificarlo en una tabla complementaria, a la que se recurrirá ocasionalmente en algunas categorías, debido a su riqueza descriptiva (ver anexo 5).

1) *Prácticas manuales y cuidados del cuerpo*: entendidas como técnicas terapéuticas basadas en el reposo, movimiento y la manipulación del cuerpo, directamente con las manos o con ayuda de objetos o sustancias. Los saberes y habilidades que emergen de esta categoría son según la frecuencia de utilización: los masajes tanto en la sien como en otras partes del cuerpo (pierna, espalda, manos), el reposo, control de la respiración y relajación. El masaje se realiza en la parte que se encuentra afectada por la dolencia, se masajea la sien para aliviar el dolor de cabeza, pero también se recurre al masaje en las manos, piernas y espalda para paliar la inflamación posterior a un golpe o fractura. Los informantes se ayudan de cremas o unturas, agua y sal y analgésicos para realizar el masaje, a excepción del de cabeza que se apoya únicamente en las manos.

Por otra parte, el reposo se utiliza para paliar la inflamación posterior a un golpe o fractura. Esta técnica no se usa aislada sino que se acompaña de medicamentos analgésicos como el paracetamol o bien con remedios sustentados en el uso del frío y del calor, como el hielo, manta eléctrica o la bolsa caliente.

Tanto el control de la respiración como la relajación son técnicas que junto con la ingesta de valeriana, se utilizan para controlar la ansiedad (ver anexo 4).

Los informantes hacen uso de objetos como las ventosas para que les ayude a desprender la mucosidad. Así mismo se valen de elementos cotidianos como el hilo y la aguja para lograr secar una verruga o combaten el estreñimiento realizando movimientos circulares con un geranio (ver anexo 5).

2) *Automedicación*: definida como la utilización sin prescripción médica de preparados farmacológicos, medicamentos u otros productos que se pueden expender en las farmacias o centros comerciales. Los remedios que se mencionan por los informantes se dividen en dos categorías:

2.1. *Medicamentos*: aparecen en forma de comprimidos como el paracetamol, valeriana, Nolotil, Aspirina, Polaramine y Tramadol. En forma de jarabes como el Apiretal, en soluciones farmacológicas como las lágrimas artificiales, los sobres de Eno y el suero oral, pomadas como el VapoRub y por último los parches como los Sor Virginia.

2.2. *Productos comerciales*: son aquellos que pueden ser adquiridos en centros comerciales u otros establecimientos. En esta categoría se encuentran, la crema hidratante con amoníaco, pasta de dientes y bicarbonato.

Respecto al uso que los informantes hacen tanto de medicamentos como de productos comerciales, en diversidad de situaciones, se encuentran:

a) *Mitigar los síntomas derivados de resfriados y catarros comunes.*

Para ello hacen uso del VapoRub que es aplicado en la planta de los pies para la expulsión de mucosidad, los parches Sor Virginia que puestos sobre el pecho o riñones desprenden calor y de esta forma, alivian las molestias causadas por un resfriado y el

Apiretal junto con un jarabe de miel, es administrado para calmar la tos (ver anexo 4).

b) Paliar la ansiedad. Se utiliza la valeriana conjuntamente con el control de la respiración y la relajación (ver anexo 5).

c) Aliviar síntomas gastrointestinales. Se hace uso del suero oral, en el caso de vómitos y náuseas, acompañado de dieta astringente. Tanto el bicarbonato como los sobres de Eno son utilizados para disolver gases estomacales y calmar el dolor de estómago. Por último, se recurre al Polaramine para las alergias alimentarias.

d) Calmar el dolor, ya sea ocasionado por golpes u otras dolencias. El paracetamol es utilizado para el dolor de cabeza. Para disminuir el dolor ocasionado por un golpe se recurre al reposo y al calor combinado con el paracetamol. La Aspirina se administra para calmar el dolor de cabeza mientras que el Nolotil se toma aislado para aplacar el dolor de pierna y conjuntamente con el Tramadol para paliar el dolor derivado de una hernia de disco. En este último caso, los fármacos se acompañan de remedios basados en el uso del frío y calor (ver anexo 4).

e) Disminuir la inflamación de una picadura. Se utiliza tanto la crema hidratante con amoníaco como la pasta de dientes en forma de untura (ver anexo 4).

f) Tratar los síntomas derivados de una conjuntivitis. Para ello, se hace uso de las lágrimas artificiales (ver anexo 4).

3) Alimentos: se define como el consumo de los alimentos mediante diversas técnicas de cocina y conservación que permitan aprovechar las propiedades y nutrientes de los mismos frente a una dolencia o síntomas específicos.

Han emergido múltiples alimentos que se pueden dividir según su forma de aplicación:

3.1. Alimentos ingeridos: los informantes toman o dejan de tomar algunos alimentos en función de los síntomas que aparezcan. En este caso, la leche caliente con miel es utilizada para suavizar la garganta. Ingieren arándanos para prevenir la aparición de cistitis. Para paliar los síntomas derivados de una gastroenteritis excluyen algunos alimentos de su dieta normal, de tal forma que la dieta blanda y la astringente

se utilizan para calmar el dolor de estómago y las náuseas. En estos casos, la dieta suele ir acompañada de fórmulas farmacéuticas como el suero oral. Por último para diluir los gases estomacales se eliminan de la dieta los alimentos que puedan producir flatulencias.

3.2. Alimentos para inhalación: se corta una cebolla por la mitad y se deja cerca de la persona que tenga tos, ya que en este caso, se utiliza para calmarla. Los informantes explican que la media cebolla puede estar en un mueble cerca de la persona, debajo de la cama o de la almohada para que la inhale por la noche o bien se envuelve la cebolla alrededor del cuello con un pañuelo.

3.3. Alimentos en unturas: se aplican directamente en la parte afectada por alguna dolencia. En el caso del yogur, para mitigar el picor y el dolor que ocasiona la cistitis y el aceite de oliva en forma de untura para las quemaduras.

3.4. Productos para infusión: los informantes infusionan conjuntamente plantas y alimentos para calmar el dolor de garganta. Concretamente nombran la infusión de jengibre, miel, limón y naranja, la infusión de tomillo, romero y miel y la de paloduz con miel, las tres para el mismo uso.

3.5. Alimentos de uso tópico: se posa el alimento previamente tratado sobre la parte afectada por la dolencia. En este caso, se tuesta harina de salvado, se coloca sobre una tela y se sitúa en el pecho para aliviar y ayudar a expulsar la mucosidad de un resfriado (ver anexo 4).

4) Plantas: definido como la utilización de preparaciones herbarias formadas por uno o más vegetales (hoja, semilla, raíces o corteza). El producto final se obtiene a través del tratamiento con vapor, infusión en agua u otros materiales o conservando en frío la planta o alguna de sus partes.

Los remedios que han emergido de esta categoría se han clasificado en función de la forma de obtención del producto final:

4.1. Plantas cocidas: son aquellos vegetales que han sido sometidos a cocimiento en agua para la obtención del efecto deseado. Los informantes cuecen las

hojas de eucalipto y las utilizan de dos formas: masticando las hojas una vez cocidas para mitigar el dolor de muelas e inhalando el vapor de esta planta para disminuir la mucosidad de un episodio catarral.

4.2. Plantas en infusión: los informantes hierven en agua las flores (manzanilla, anís), raíces (paloduz), frutos (escaramujo) y las hojas (poleo menta, tomillo y romero). El producto final se obtiene para diversos fines.

La manzanilla es aplicada en forma de colirio para tratar la conjuntivitis y es ingerida para disminuir el dolor de estómago y mitigar los síntomas de una gastroenteritis. Por otra parte, se acompaña del anís para calmar el dolor de barriga y eliminar los gases estomacales. Para este último síntoma, también se usa la infusión de anís y el poleo menta por separado.

El paloduz se utiliza en infusión junto con la miel, y los informantes lo beben para paliar los síntomas de un resfriado.

En caso de infección de orina la infusión de escaramujo se prepara tanto para la prevención como para mitigar los síntomas.

Por último, el tomillo y el romero se infusionan conjuntamente para suavizar la garganta en caso de carraspera. Se le puede añadir miel para potenciar este efecto.

4.3. Plantas congeladas: el vegetal o alguna de sus partes son sometidas a frío. En este caso, el aloe vera se utiliza como supositorio para calmar el dolor de las hemorroides (ver anexo 4).

En ocasiones las plantas son utilizadas al natural, es decir, sin preparación previa ni medios para su conservación. Por ejemplo, los informantes cortan y aplican la vinagrera en el ano para las hemorroides o abren y utilizan los polvos de una rama de follón de lobo para la cicatrización de las heridas (ver anexo 5).

5) Manejo de las condiciones medioambientales: las prácticas utilizadas por los informantes son la oscuridad y el silencio. Se utilizan de forma conjunta junto con los paños húmedos para tratar el dolor de cabeza (ver anexo 4).

6) Elementos: se define como aquellos remedios sustentados en la utilización de

los cuatro elementos hipocráticos (agua, tierra, aire y fuego).

Estos elementos, han sido utilizados por diversos motivos y con diferentes fines:

6.1. *El agua*, se ha usado como remedio en sí mismo por su capacidad terapéutica, si bien mayormente es utilizado como disolvente de plantas, alimentos y soluciones farmacológicas, que sometido a frío o calor cambia las propiedades de los mismos.

En el primer caso, los informantes han empleado la propiedad terapéutica del agua para tratar el dolor de cabeza con paños de agua húmedos acompañados de silencio y oscuridad, si el agua está caliente, los paños se utilizan para paliar el dolor de una lumbalgia. En forma de hielo se usa para múltiples fines, los informantes utilizan la mezcla de hielo y calor aplicada en la espalda junto con medicación analgésica para disminuir el dolor de una hernia de disco, también recurren a congelar una botella con agua para que al posar el pie sobre ella, alivie la molestia de una fascitis plantar, el hielo junto con el reposo de la pierna ayudan a disminuir la inflamación del pie causada por una lesión.

Por último, el baño caliente es usado para aliviar los síntomas gastrointestinales y el masaje con agua a diferentes temperaturas y sal alivia el dolor de una fractura en la mano.

Así mismo, el agua es utilizado como medio en el que se infusionan plantas y alimentos ya que este proceso transforma sus propiedades. En este sentido los informantes han utilizado la infusión de manzanilla como colirio para la conjuntivitis, también se ingiere para sintomatología relacionada con la gastroenteritis. La mezcla de manzanilla con anís, la infusión de anís o la menta poleo se usan en caso de gases estomacales.

La infusión de escaramujo se ingiere para la prevención de la cistitis y el eucalipto inhalado ayuda a expulsar mucosidad, mientras que masticar las hojas cocidas se emplea para paliar el dolor de muelas.

En otras ocasiones se infusionan en agua alimentos por separado y junto con

plantas, entre estos remedios se encuentran, la infusión de jengibre, miel, limón y naranja, la de paloduz con miel y la de tomillo, miel y romero, las tres utilizadas para paliar el dolor de garganta y la carraspera.

El agua también se emplea para disolver soluciones farmacéuticas como los sobres de Eno, el bicarbonato o el suero oral. Tanto el bicarbonato como los sobres de Eno se ingieren en caso de gases estomacales y el suero oral para el dolor de estómago y síntomas derivados de gastroenteritis (ver anexo 4).

6.2. *La tierra* es el elemento que menos han nombrado los informantes. Por un lado este elemento aparece en lo que los informantes llaman cataplasma que está formado por ceniza, aceite de oliva y papel de estraza y que sirve para aliviar los síntomas de un resfriado común. Así mismo la tierra mezclada con el agua da lugar al barro, y este es usado en forma de untura para las quemaduras y picaduras (ver anexo 4).

6.3. *El aire* actúa como vehículo conductor de las propiedades que se desea obtener de las plantas o alimentos. Los informantes parten por la mitad una cebolla y la inhalan para mitigar la tos, las hojas de eucalipto se cuecen y son inhaladas para ayudar a la expulsión de mucosidad, en este caso no solo el aire está presente sino que el agua y el fuego forman parte del proceso de obtención de este remedio. Por último el VapoRub es aplicado en la planta de los pies y se aspira para tratar síntomas derivados de un catarro común (ver anexo 4).

6.4. *El uso del fuego* es como portador de calor. Los informantes narran remedios como el cataplasma formado por ceniza o harina de salvado, aceite de oliva y papel de estraza que es utilizado para paliar los síntomas de un catarro común. En los dos casos el fuego se usa para desprender calor, en forma de ceniza o bien, tostando la harina que será posada posteriormente sobre el pecho para ayudar a expulsar la mucosidad.

En otros remedios, el fuego es necesario para transformar las propiedades de plantas y alimentos ya sea a través del agua o de la leche: es el caso de las infusiones, el vapor de eucalipto y de la leche caliente con miel. Las infusiones pueden estar

formadas por plantas, como la manzanilla, utilizada en forma de colirio o ingerida, la infusión de anís, el poleo menta o el escaramujo. Por otra parte, son infusionados los alimentos que en algunas ocasiones se mezclan con plantas. Los informantes utilizan la infusión de jengibre, miel, limón y naranja, la de paloduz con miel y la infusión de tomillo, romero y miel para la carraspera y la tos. Por último, el fuego es necesario en el vapor de eucalipto para transformar las propiedades de esta planta y que llegue al punto de ebullición, de esta forma, al aspirar el vapor disminuirá la mucosidad provocada por un episodio catarral (ver anexo 4).

Propiedades de los elementos: se define como las prácticas terapéuticas en las que se considera las cuatro propiedades de los elementos hipocráticos (caliente, frío, húmedo y seco). Cabe destacar que estas propiedades aparecen de forma transversal y no solo asociadas a los elementos, sino a otro tipo de remedios.

a) La propiedad más utilizada es lo *caliente*, por su capacidad analgésica y calmante. El calor es aplicado de forma local, directamente sobre la parte afectada o bien realiza su efecto a través del agua u otros líquidos, que pueden ser ingeridos o inhalados. En el primer caso, se encuentran remedios como el masaje con agua fría y caliente, el reposo con manta térmica, el hielo más calor y analgésicos y los paños de agua caliente utilizados para reducir el dolor e inflamación de un golpe o fractura. También se aplica de forma local los parches Sor Virginia o los cataplasmas, ambos usados para aliviar síntomas catarrales. Por otra parte, los informantes aprovechan el efecto del calor en infusiones para tratar la carraspera, es el caso de la leche y miel, infusionan jengibre, miel, limón y naranja, tomillo, romero y miel o paloduz con miel. El vapor de eucalipto se inhala para ayudar a la expulsión de mucosidad. Así mismo, infusionan la manzanilla, el anís o el poleo menta para el dolor de estómago y gases estomacales. Destacar que en la mayoría de los casos el calor aparece junto con el fuego y el agua.

b) *El frío* es utilizado por su efecto analgésico, sedante y antiinflamatorio. Señalar que en gran parte de los remedios el uso del frío va unido a la presencia del agua por lo que los fines con los que se utilizan son muy similares, compartiendo la función calmante o analgésica. En los remedios que nombran los informantes, el frío es

aplicado directamente sobre la parte afectada por la lesión o dolencia, como la untura de yogur natural usada para el picor, el aceite de oliva para las quemaduras que en este caso, el frío contrarresta el calor que desprende la lesión, la botella congelada utilizada en la fascitis plantar, el masaje con agua fría para la fractura de mano, el reposo con aplicación de hielo para una lesión o el supositorio de aloe vera congelada para las hemorroides.

c) La humedad se utiliza para combatir la sequedad, ya sea de la mucosa de los ojos, nasal o de la piel. Este efecto se obtiene a través de la inhalación, como es el caso de VapoRub, la cebolla o el vapor de eucalipto usados para ayudar a expulsar la mucosidad, mediante colirios como las lágrimas artificiales o la manzanilla y por último, esta propiedad es aplicada de forma local como en la untura de barro usada para contrarrestar los efectos de una quemadura y picadura (ver anexo 4).

d) Lo seco es utilizado para calmar irritaciones de la piel, como los exantemas del sarampión o los eccemas (ver anexo 5).

B) Utilización de los saberes y habilidades

A efectos de esta investigación, la automedicación y las plantas con un 23 %, son las categorías más utilizadas por los informantes, seguidas de los alimentos con un 21 %.

En la primera generación son los alimentos junto con las plantas donde se enmarcan la mayoría de los remedios, en la segunda las plantas y en la tercera la automedicación y los alimentos (ver tabla 12).

Tabla 12

Categorías por generaciones de los remedios familiares de base cultural

	1ª generación		2ª generación		3ª generación		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Categorías de los remedios familiares								
Automedicación	6	10,71 %	3	5,35 %	4	7,14 %	13	23,21 %
Plantas	7	12,5 %	4	7,14 %	2	3,57 %	13	23,21 %
Alimentos	7	12,5 %	1	1,78 %	4	7,14 %	12	21,42 %
Mixtos	3	5,35 %	3	5,35 %	1	1,78 %	7	12,5 %
Elementos	1	1,78 %	3	5,35 %	2	3,57 %	6	10,71 %
Prácticas manuales y cuidados del cuerpo	2	3,57 %	0	0	2	3,57 %	4	7,14 %
Manejo de las condiciones mediambientales	0	0	1	1,78 %	0	0	1	1,78 %
							56	100 %

Llama la atención el porcentaje de remedios mixtos (12,5 %) que son aquellos en cuya composición se combinan componentes de dos o más categorías. Entre estos, no se han incluido los elementos y sus propiedades por estar presentes en más de la mitad de los remedios (55,35 %). De este modo, de los 7 remedios mixtos, 3 forman parte de la automedicación más prácticas manuales y cuidados del cuerpo, 2 de automedicación más alimentación y 2 de plantas más alimentos.

La manzanilla es el remedio que más se ha nombrado (10,34 %) se ha utilizado en forma de colirio o infusión y mezclado con otras plantas como el anís. La primera y segunda generación coincide en este dato mientras que en la tercera los remedios destacados son el paracetamol, el eucalipto y el cataplasma con un 3,44 % respectivamente (ver tabla 13).

Tabla 13

Remedios nombrados por las generaciones

	1ª generación	2ª generación	3ª generación
Automedicación	VapoRub Aipiretal Bicarbonato Polaramine Nolotil y Tramadol acompañados de hielo Lágrimas artificiales	Sobres de Eno Crema hidratante con amoniacó Pasta de dientes	Paracetamol (2) Parches Sor Virginia Aspirina
Alimentos	Leche caliente con miel (2) Media cebolla (2) Arándanos Yogur natural Infusión de jengibre, miel, limón y naranja	Dieta sin gas	Leche caliente con miel Media cebolla Aceite de oliva en una gasa Harinilla
Plantas	Infusión de manzanilla (2) Hojas de eucalipto cocidas Colirio de manzanilla Manzanilla con anís Infusión de escaramujo Supositorio de aloe vera	Colirio de manzanilla Manzanilla con anís Infusión de anís Infusión de menta poleo	Vapor de eucalipto (2)
Prácticas manuales y cuidados del cuerpo	Masaje en la sien Reposo acompañado de hielo		Masaje en la espalda Masaje en la mano con agua y sal
Elementos	Baño caliente	Paños de agua calientes Botella de agua congelada Untura de barro	Untura de barro Cataplasma
Manejo de las condiciones medioambientales		Oscuridad y silencio acompañados de paños húmedos	
Mixtos	Suero oral acompañado de dieta astringente (2) Control de la respiración y relajación acompañados de valeriana	Masaje con crema acompañado de analgésico (Nolotil) Reposo acompañado de manta eléctrica y analgésico (paracetamol) Infusión de tomillo, romero y miel	Infusión de paloduz con miel

De forma transversal, de los 31 remedios (55,35 %) narrados por los informantes, los elementos y sus propiedades forman parte de la composición de los

mismos. Cabe destacar que en algunas ocasiones el remedio está formado por más de un elemento o propiedad.

El elemento más común es el agua, que aparece en 28 ocasiones, seguido del fuego con 22. Por generaciones, el elemento más común es el agua en la primera y segunda generación, mientras que en la tercera es el fuego (ver tabla 14).

Tabla 14
Uso de los elementos por las generaciones

	1ª generación		2ª generación		3ª generación		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Utilización de los elementos								
Agua	13	22,41 %	10	17,24 %	5	8,62 %	28	48,27 %
Fuego	10	17,24 %	6	10,34 %	6	10,34 %	22	37,93 %
Aire	3	5,17%	0	0	2	3,44 %	5	8,62 %
Tierra	0	0	1	1,72 %	2	3,44 %	3	5,17 %
							58	100 %

Así mismo, la propiedad más utilizada por los informantes de las tres generaciones, es lo caliente que representa más de la mitad del uso de las propiedades (ver tabla 15).

Tabla 15
Uso de las propiedades por las generaciones

	1ª generación		2ª generación		3ª generación		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Utilización de las propiedades								
Caliente	10	25 %	6	15 %	6	15 %	22	55 %
Húmedo	5	12,5%	3	7,5 %	3	7,5 %	11	27,5 %
Frío	4	10 %	1	2,5 %	2	5 %	7	17,5 %
Seco	0	0	0	0	0	0	0	0
							40	100 %

La infusión es la forma de preparación de los remedios más común descrita por los informantes. Además, este resultado se mantiene en las dos primeras generaciones, mientras que en la tercera la forma de preparación más común es mezclar. Se debe tener en cuenta, que el 34 % de los remedios familiares que han narrado no requieren preparación previa (ver tabla 16):

Tabla 16

Forma de preparación de los remedios familiares en las generaciones

	1ª generación		2ª generación		3ª generación		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Formas de preparación								
No requiere preparación	10	17,85 %	4	7,14 %	5	8,92 %	19	33,9 %
Infusionar	5	8,92 %	4	7,14 %	1	1,78 %	10	17,85 %
Mezclar	0	0	2	3,57 %	3	5,35 %	5	8,92 %
Cocer	2	3,57 %	1	1,78 %	2	3,57 %	5	8,92 %
Calentar	3	5,35 %	0	0	1	1,78 %	4	7,14 %
Disolver	3	5,35 %	1	1,78 %	0	0	4	7,14 %
Cortar	2	3,57 %	0	0	1	1,78 %	3	5,35 %
Empapar	0	0	2	3,57 %	1	1,78 %	3	5,35 %
Congelar	1	1,78 %	1	1,78 %	0	0	2	3,57 %
Tostar	0	0	0	0	1	1,78 %	1	1,78 %
							56	100 %

Más del 70 % de los remedios son ingeridos, aplicados localmente o inhalados, destaca la ingesta de los remedios con casi un 50 % siendo además, la forma de aplicación más habitual en las tres generaciones (ver tabla 17).

Tabla 17

Formas de aplicación de los remedios familiares

	1ª generación		2ª generación		3ª generación		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Formas de aplicación de los remedios								
Ingestión	14	25 %	6	10,71 %	5	8,92 %	25	44,64 %
Aplicación local	1	1,78 %	4	7,14 %	3	5,35 %	8	14,28 %
Inhalación	3	5,35 %	0	0	3	5,35 %	6	10,71 %
Manual	1	1,78 %	1	1,78 %	3	5,35 %	5	8,92 %
Untura	1	1,78 %	3	5,35 %	1	1,78 %	5	8,92 %
Colirio	2	3,57 %	1	1,78 %	0	0	3	5,35 %
Supositorio	1	1,78 %	0	0	0	0	1	1,78 %
Baño	1	1,78 %	0	0	0	0	1	1,78 %
Masticar	1	1,78 %	0	0	0	0	1	1,78 %
Ejercicio	1	1,78 %	0	0	0	0	1	1,78 %
							56	100 %

7.3.3. Conocimiento intergeneracional en salud

El conocimiento intergeneracional en salud, entendido en esta investigación como la transmisión de saberes y prácticas de salud entre los diferentes miembros de una misma familia, puede explicarse a través de cuatro categorías: aprendizaje, transmisión, agente transmisor y motivaciones con sus respectivas subcategorías.

7.3.3.1. Aprendizaje. Proceso mediante el cual, los miembros de una generación adquieren las habilidades y conocimientos en salud. En el contexto de los informantes, la adquisición de los conocimientos se lleva a cabo mediante tres estrategias: la observación, la práctica y la experiencia.

7.3.3.1.1 La observación se utiliza para aprender cómo otros elaboran remedios sobre los que se ha constatado su utilidad, bien por tradición o por uso de ellos.

Los informantes buscan en su memoria imágenes sobre el modo en que se aplicaban los remedios en su contexto doméstico, identificando los ingredientes y su preparación para problemas concretos de salud.

“Yo recuerdo a mi madre hacerse ungüentos para los dolores de huesos, le echaba romero y otras hierbas que ya no me acuerdo” FG14.3M.

“Mi madre me acuerdo traía la bellota del eucalipto y la ponía en las cenizas del brasero, estábamos todo el día tomando el vaho y eso era lo mejor para respirar. Cuando el niño se ponía malo de la barriga, cogía y preparaba aceite y vinagre muy bien batido y le daba su unturica, también se lo vi hacer para las embarazadas a mi madre, para que se consolaran. Incluso he visto a mi madre darle a mi padre unturas de aguarrás en el pecho cuando no podía respirar bien. Para el dolor de oído, mi abuela le daba a mi madre leche de la que estaba criando una conocida o una vecina, recién sacada y calentica y eso se ponía en el oído y con eso se aliviaba el dolor o eso me decía mi madre” FJ1.3M.

“Recuerdo cómo hacía mi tía el alcohol de romero para las piernas, y se lo daba a mi madre, que siempre olía a romero” FG9.3M.

Gran parte de los informantes conservan el recuerdo de cómo personas de generaciones anteriores les preparaban los remedios en su infancia cuando tenían alguna dolencia. Llama la atención que en la mayoría de las ocasiones, es la mujer la que elabora los remedios, aunque no se excluye al hombre. Generalmente la madre o la abuela son las que preparan y aplican los remedios, mientras que el hombre actúa principalmente como proveedor de los ingredientes.

“En mi casa recuerdo que siempre se decía que olía a matanza, y es porque siempre estábamos con la cebolla partida debajo de la cama. Y ya porque no hay macetas de Sararaton pero son unas hojas que me ponía mi madre y mi abuela, yo he tenido siempre muchas espinillas y eso me las abría” FG9.1M.

“Mi madre era la que nos hacía de todas estas cosas, y también mi abuela. Mi abuela claro, tenía una huerta y en una era que tenían se criaban unas flores que se llamaban flores cordiales y eso era para el resfriado. Me acuerdo del bote que tenía mi abuela de estas flores y con una infusión nos sentaba muy bien para el resfriado. Mi abuelo también cogía hierbas, y me acuerdo del follón de lobo, y esa hierba al abrirla tenía como unos polvos y al echarse en la herida se curaba de momento” FJ11.3H.

Hasta ahora, los informantes ponen énfasis en la asimilación de los remedios a través de la observación de hechos que han ocurrido en el pasado. Aunque también manifiestan que personas de su entorno familiar siguen elaborando y aplicando remedios en la actualidad. En algunas ocasiones los informantes actúan como espectadores, al observar como su madre o abuela se aplican a ellas mismas los remedios que elaboran, mientras que en otras, el remedio es aplicado al informante.

“Yo sé que mi abuela, corta hojas de eucalipto las cuece y se las van metiendo en la boca, dice que con eso se te va calmando el dolor, pero yo nunca lo he probado” FJ3.1M.

“La manzanilla con el anís estrellado, lo utilizaba mi madre, que yo me acuerdo, y desde entonces eso no falta en mi casa, porque va muy bien para lo que le da a mi hijo” FJ4.2M.

“Hay temporadas que voy a urgencias porque me dan gases en el lado izquierdo, y para eso si me sé remedio, que es manzanilla con anís estrellado, que me lo hace mi madre. Con eso se me quita, vaya” FJ4.1H.

7.3.3.1.2. *La práctica* es la manera de adquirir las habilidades para elaborar los remedios observados y se puede realizar de forma individual o con la participación de miembros de otras generaciones.

Cabe destacar que los informantes narran cómo los remedios que ellos elaboran, han sido probados en el pasado por generaciones anteriores y se les ha transmitido de forma oral o porque el informante ha observado el procedimiento y recuerda la forma de preparación.

En el contexto de la investigación, la preparación de los remedios se lleva a cabo de diversas formas:

a) Elaborando los remedios con personas de otra generación que saben cómo hacerlos.

Los informantes recurren a sus recuerdos para explicar cómo su madre y abuela le enseñaron no solo a elaborar los remedios sino también a buscar e identificar los ingredientes que los componen, aplicarlos y evaluar el efecto. Refieren que el aprendizaje era fundamentalmente práctico, llegando incluso a desplazarse al campo para buscar los ingredientes. Destacan también, el rol de las generaciones mayores, que actuaban como guías y les hacían sentir parte de la solución del problema de salud, aunque no fuese propio.

“Para los dolores de huesos, que me acuerdo que a mi madre le dolían mucho cuando hacía frío, preparábamos romero hervido y lo mezclabas con alcohol” FJ1.3M.

“Mira, esto me lo enseñó mi abuela, cuando nos daban las diarreas tan grandes, íbamos al campo, cogíamos unas hierbas que no me acuerdo como se llaman pero si las viese te diría cuáles eran. Eso lo hervíamos, te bebías el caldo y vamos, mano de santo era” FG8.3M.

b) Practicando los conocimientos que han aprendido. Se presentan dos escenarios:

1) Los informantes hacen un uso personal de los remedios que ellos mismos elaboran. Preparan estos remedios cuando presentan alguna dolencia leve o como segunda opción cuando el medicamento prescrito les ha producido algún efecto adverso.

“Yo en mi día a día hago poco uso, pero no porque no quiera sino porque no me pongo mala. Ahora, cuando me pongo mala de resfriado y tal, claro que hago uso de lo que conozco” FG10.3M.

“Para las almorranas me mandaron un medicamento que me sentaba fatal, pues yo lo dejé y me empecé a tomar aloe vera, los hacía supositorios, cogía le daba forma y al congelador, y eso era medicina santa” FG9.1M.

2) Los informantes elaboran los remedios para otros. Se da el caso que informantes que pertenecen a una generación menor, elaboran los remedios para sus hijos, ya sea por consejo de la madre o por propia iniciativa. Cuando la dolencia tiende a repetirse, como es el caso de lesiones en deportistas, se opta por elaborar el remedio casero en lugar de depender de medicamentos, lo cual les resultaría más costoso.

El hecho de que los informantes preparen los remedios y que surtan efecto, sirve de aprendizaje para los hijos, que ven reforzada su autonomía, de tal forma, que con el paso del tiempo, ellos mismos son los que elaboran el remedio que les hacía su madre.

“Yo ahora mismo no hago uso de ellos, lo poco que utilizo se lo doy a mi hija, porque mi madre me lo ha recomendado” FJ2.1M.

“Mis hijos cuando se han hecho un esguince pues a darle con agua con sal, y mezclar agua fría con agua caliente. Y eso es algo que ya hacen solos, sale de ellos porque juegan al futbol y si cada vez que les pasa eso tienen que recurrir al réflex pues no damos abasto” FG9.1M.

Los informantes, cuando pertenecen a la generación mayor, vuelven a recurrir al pasado para narrar cómo les preparaban los remedios a sus hijos pequeños. En este caso, en la elaboración y preparación del remedio participaban tanto la madre como el padre.

“En mi casa cuando mis hijas eran pequeñas, siempre nos encargábamos mi mujer y yo. Cuando mis hijas se resfriaban yo cocía laurel y limón y mis hijas se lo bebían en el biberón” FJ11.3H.

7.3.3.1.3. Hasta ahora, la adquisición de conocimientos se produce a través de la observación o poniendo en práctica lo que ya se ha aprendido, pero también se produce que, desde la *experiencia*, los informantes aprenden nuevos usos del remedio. Por tanto, el entorno de aprendizaje es dinámico, ya que los informantes una vez que practican con los remedios son capaces de modificarlos para adaptarlos a nuevas necesidades.

En este contexto, los informantes narran como la experiencia les ha hecho variar la forma de obtener y utilizar los remedios. Admiten que a pesar de seguir utilizando el remedio, ya no lo elaboran ellos mismos sino que lo adquieren en formato comercial de una farmacia. Aunque reconocen lo que aprendieron en su ambiente familiar, expresan que por propia iniciativa continúan elaborando nuevos remedios.

“Yo sigo utilizando el alcohol de romero pero ya de la farmacia” FG9.3M.

“Mi madre no ha dejado sus hábitos de antes. Mi abuela los compra fijate, es que mi madre ha sido por propia iniciativa” FG14.1M.

“Yo toda la vida me he hecho siempre todas las cosas, unturas, infusiones. Ha sido por propia iniciativa, mi madre me enseñó lo básico,

pues la manzanilla y tal. Pero yo que me hago mis unturas y tal, eso ha sido por propia formación mía” FG14.2M.

Así mismo manifiestan una confianza en los remedios que les hace seguir utilizándolos en combinación con la medicina alopática.

“Yo estuve 5 años con alergia y me vacuné pero mi media cebolla estaba puesta siempre, si yo con eso respiraba mejor ¿por qué no lo voy poner?” FJ1.2M.

“También es verdad, que primeramente si tenemos un resfriado, mi mama compra un jarabe y hacemos pues más cosas, como la media cebolla y la menta” FJ3.2M.

7.3.3.2. Transmisión. Modo en que los saberes y habilidades se transfieren de una generación a otra. En esta investigación, la transmisión se produce a través de la oralidad y mediante soportes digitales.

7.3.3.2.1. La oralidad se entiende como la difusión de conocimientos y experiencias a través de la palabra. Los informantes manifiestan que existe un tipo de transmisión utilitaria, en tanto se activa ante la expresión de una necesidad concreta. Por ejemplo, se produce cuando algún miembro de la familia padece una dolencia y un familiar le narra el remedio que puede hacerle efecto. Este remedio ha podido ser probado por el transmisor o por generaciones anteriores.

También se da cuando los miembros de las generaciones jóvenes se dirigen a sus madres porque alguna dolencia afecta a sus hijos. Buscan el consejo de la madre llamándola por teléfono o bien esta, tras observar la dolencia, cuenta la recomendación por propia iniciativa.

“Yo con mi madre pues cuando mi hija se ponía mala la llamaba por teléfono y me decía qué hacer. Soy igual que mi madre, no somos de alarmarnos” FG10.2M.

“Pero mi madre hasta para mis hijos me ha dicho cosas, cuando se ponían malos de resfriado, pues ella me dijo lo del molluelo.” FG9.2M.

“Yo ahora mismo no hago uso de ellos, lo poco que utilizo se lo doy a mi hija, porque mi madre me lo ha recomendado” FJ2.1M.

En algunos casos, los informantes prefieren el consejo de la madre antes que visitar el centro médico. Aunque en otras ocasiones, la recomendación materna no es seguida por falta de confianza.

“Yo sí he hecho uso de algún remedio que me ha dicho mi madre. Antes de llevarlo al médico, mi madre me dijo que le untase aceite crudo por el culillo y le funcionó” FJ6.1M.

“El eucalipto en vapor, es buenísimo y si lo hierves y te lo tomas es buenísimo, mis hijas no se lo han querido dar nunca a las niñas porque no se han fiado pero se lo he dicho yo muchas veces que lo hagan” FJ5.2M.

Los que transmiten el conocimiento son principalmente las generaciones precedentes, aunque también puede compartirlo miembros de una misma generación que ya conocen los remedios.

“Mi madre algunas veces me ha comentado lo de la botella congelada. La coges y empiezas a darle vuelta con los pies y el frio te alivia” FG14.2M.

“Todo lo que sé me lo han enseñado mi madre y mi abuela, que siempre han sido las que han estado diciéndome estas cosas” FG9.1M.

“Yo casi siempre pregunto más a mi hermana que a mi madre, será porque tiene mi edad más o menos o no sé” FG13.2M.

“Antes eran las mujeres las que nos decían todas estas cosas, pero no a mí, se lo decía a mis hermanas y entonces yo me enteraba por eso” FJ6.3H.

La transmisión surge también de forma espontánea cuando se observa cómo un miembro de la familia elabora un remedio y este le cuenta el efecto beneficioso que produce. Una informante recuerda a su abuela y a su madre realizar y aplicar los remedios entre ellas, llegando a utilizar como recurso terapéutico la leche proporcionada por una vecina en estado de crianza.

“Para el dolor de oído, mi abuela le daba a mi madre leche de la que estaba criando una conocida o una vecina, recién sacada y calentica y eso se ponía en el oído y con eso se aliviaba el dolor o eso me decía mi madre” FJ1.3M.

Los informantes más jóvenes, refieren que son sus abuelas las que le cuentan los efectos positivos de algún remedio que todavía siguen realizando para sus propias dolencias. Puntualizan que aunque se acuerdan del remedio, no han hecho uso de él.

“Yo sé que mi abuela, corta hojas de eucalipto las cuece y te las van metiendo en la boca, dice que con eso se te va calmando el dolor, pero yo nunca lo he probado” FJ3.1M.

“La verdad es que en mi familia, mi madre no me ha contado muchos remedios, me suena de mi abuela que para el estreñimiento se tomaba una cucharada de aceite en ayunas, que ahora también me lo dice mucho” FJ5.1M.

Hasta ahora la transmisión del remedio ocurre cuando existe una dolencia, pero también se da el caso en el que hay transmisión de hábitos saludables, como por ejemplo beber un zumo de naranja todas las mañanas. Este hábito ha ido llegando de forma lineal a todas las generaciones de una misma familia y además ha sido el abuelo quien ha actuado como transmisor de esta práctica.

“Mi abuelo nos inculcó bebernos un zumo de naranja todas las mañanas y hasta hoy lo seguimos haciendo e incluso hasta mi hija” FG7.1M.

7.3.3.2.2. En el contexto de los informantes la *transmisión mediante soportes digitales* ocurre cuando se realiza a través del uso de dispositivos como las redes

sociales e internet.

Los informantes aprovechan las redes sociales no solo para mantenerse comunicados con sus familiares sino que comparten con ellos los conocimientos que poseen, es decir, sirven como espacio de transmisión. La aplicación *Whatsapp* se utiliza como soporte y a través de ella uno o varios miembros de la familia informan de una dolencia y el resto del grupo da respuesta a la misma con remedios caseros.

“En mi familia hemos aprovechado también las redes sociales para mantenernos comunicados y al final sirve de transmisor. Tenemos un grupo de Whatsapp donde ponemos que tenemos un resfriado y tal y mi abuela nos pone lo que sabe, mi madre, mis primas. Al final es una nueva forma de compartir conocimiento” FG12.1M.

Así mismo, utilizan internet como fuente de información que junto a las enseñanzas de generaciones anteriores y del círculo de amistades forma parte del acervo de conocimiento que poseen los informantes.

“Toda esta información aparte de mi madre que es la que se solía encargar de los cuidados, también la he cogido de amigas que compartimos cosillas y también de internet” FG12.2M.

7.3.3.3. Agente transmisor. Persona que comparte su saber, que también orienta, acompaña y facilita los recursos necesarios. En esta investigación el agente transmisor es por definición generacional, o sea, aquella persona que comparte conocimientos y que pertenece al ámbito familiar. Aunque en los mecanismos de transmisión podrán intervenir otro tipo de agentes que complementan, potencian o legitiman los saberes familiares.

Según los testimonios de los informantes, las características del agente transmisor se podrían resumir en:

- Pertenece a la misma familia.
- Pertenece a generaciones anteriores.

- Es principalmente mujer.

Los informantes identifican como transmisoras a la madre y a la abuela y esto ocurre independientemente de la generación a la que pertenezcan. Aún así, en la transmisión de estas prácticas también participan, aunque en menor medida, otros miembros de la familia como pueden ser el padre acompañado de la madre, la tía o la hermana. Como puede apreciarse, los agentes transmisores pertenecen a generaciones anteriores, excepto en el caso de la hermana, que pertenece a la misma generación que el informante.

“La mayoría de remedios los sé de lo que me ha ido diciendo mi madre” FJ6.1M.

“Todo lo que sé me lo han enseñado mi madre y mi abuela, que siempre han sido las que han estado diciéndome estas cosas” FG9.1M.

“En mi caso estas cosas me las enseñó mi tía y mi padre” FG9.3M.

“Yo casi siempre pregunto más a mi hermana que a mi madre, será porque tiene mi edad más o menos o no sé. Yo he aprendido de mi madre claro, también recuerdo a mi tío que le gustaba mucho el campo” FG13.2M.

El agente transmisor no solo se encarga de transmitir remedios o prácticas sino que también comparte formas de enfrentar una dolencia o hábitos cotidianos. Los informantes relatan que las actitudes en la familia también se transmiten hasta las generaciones más jóvenes, y ponen el ejemplo de una actitud poco alarmista ante una enfermedad. Así mismo, cuando se comparte espacio dentro del hogar, los hábitos más cotidianos como cocinar, también son transmitidos y generaciones más jóvenes acaban imitando lo que sus predecesores hacen.

“Soy igual que mi madre, no somos de alarmarnos, y eso se ha transmitido en toda la familia, mi hija es igual, incluso yo con mis nietas, actúo igual, le aconsejo a mi hija” FG10.2M.

“A mí me han enseñado tanto mi padre como mi madre, mi padre es muy de campo, y nos trae el orégano y tal. Y mi abuela es mucho de manzanilla, tila, y quieras que no algo se te pega de ella. Igual que para las comidas, pues acabas cocinando como ellas” FG13.1M.

Toma especial relevancia el rol de la mujer como agente transmisor. En el plano intrageneracional los saberes circulan entre las mujeres de forma natural ya que se asocia al ambiente doméstico. Los informantes concretan que el hombre, en este caso su padre, también tenía conocimientos sobre remedios pero que la labor de enseñar era de su madre ya que se encontraba en el hogar.

“Yo a mis hijas les he ido diciendo muchas cosillas de estas, pero es verdad que quien siempre estaba en la casa era mi mujer, y ella les ha inculcado todas estas cosas” FJ6.3H.

“Mi padre, consumía estos remedios pero el trabajo de transmitir era más de las mujeres, formaba más parte de la vida doméstica” FG10.2M.

“Todos estos remedios los he visto hacer en mi casa. Mi madre es la que se encargaba de prepararlos. Cuando yo era niña la que me cuidaba era mi madre.” FJ11.1M.

Además, las personas que recibían ese conocimiento también solían ser mujeres. Un informante narra como él por ser hombre, tuvo que aprender de sus hermanas ya que era a ellas a las que se dirigían estas enseñanzas. Así mismo, otra informante cuenta que desde que eran pequeñas los remedios solo se transmitían a sus hermanas y no a su hermano.

“Antes eran las mujeres las que no decían todas estas cosas, pero no a mí tampoco, se lo decía a mi hermanas y entonces yo me enteraba por eso” FJ6.3H.

“Hago uso de los remedios que me acuerdo, tanto mi padre como mi madre nos lo han inculcado desde que éramos pequeños. Solo a mi

hermana y a mí, por ser mujeres a mi hermano no le decían nada”

FJ6.2M.

El rol de la mujer como agente transmisor se ve reforzado cuando los informantes narran que las generaciones anteriores también aprendieron de sus madres y abuelas y que además, ante una misma dolencia las tres generaciones actuarían igual o de forma semejante, ya que han aprendido la una de la otra.

“Sigo haciendo uso, y me lo ha transmitido mi madre. Y mi madre pues hacía lo mismo que hacía mi abuela” FG10.2M.

“Yo eso lo he aprendido de mi madre, y mi madre de mi abuela. Mi madre hubiera hecho lo mismo, la pierna en alto y frío y mi abuela de lo mismo, pierna en alto, y para la hinchazón del tobillo frío” FJ4.1H.

Se observa que en la transmisión existe un rol distintivo entre la mujer y el hombre. Mientras que la labor de transmitir corresponde fundamentalmente a la mujer, el hombre actúa como consumidor y proveedor de los remedios. Las informantes cuentan que tanto sus abuelos como sus padres conocían remedios pero los elaboraban para consumo propio, por lo que la labor de transmitir era exclusiva de la mujer. Además, narran que aprendían de ellos mediante la observación.

“Mi padre conocía muchas hierbas también pero fíjate, él se lo hacía para él pero nunca lo compartía. Él tomaba muchas cosas, yo me acuerdo de que se tomaba el caldo del alpiste porque decía que quitaba la cirrosis o no sé, se cocía ajos por la mañana, pero siempre para él, sí que es verdad. Recuerdo que tomaba hojas de olivo, las cocía y eso” FG8.3M.

“Mi padre se hacía las cosas para él, su vaso de coñac sus cosicas, sí que es verdad que las mujeres nos decíamos estas cosas, mi padre no es que nos lo transmitiese pero como lo veías hacerlo, pues algo se te pegaba” FG9.2M.

Así mismo, las informantes refieren que el hombre al trabajar

fundamentalmente en el campo, proveía de los ingredientes necesarios al núcleo familiar.

“Mi padre como trabajaba en el campo siempre traía tomillo, romero, eucalipto y con estas hierbas se hacían medicinas” FG9.3M.

“Incluso me acuerdo de ver a mi padre como traía los panales de abeja para sacar la miel” FG12.2M.

El papel de la mujer es esencial en el núcleo familiar y no solo como agente transmisor de remedios. Los informantes destacan que las hijas tienen un vínculo especial con las madres que se manifiesta a través del cuidado.

“El papel de la mujer siempre ha sido esencial, en las comidas, remedios. Mi madre recuerdo, cuando me ponía mala y me daba el arroz blanco, el yogur. Todo esto ha estado siempre más ligado a las madres. Yo creo que las hijas tenemos un vínculo especial con nuestras madres, sobre todo en los cuidados” FG10.1M.

La labor del agente transmisor es avalada y reconocida por los informantes. Según estos, todos los conocimientos que poseen sobre estas prácticas se lo deben a sus generaciones anteriores, particularmente a sus madres y abuelas. Además recalcan que la labor de estas mujeres se remonta tiempo atrás. Así mismo, son conscientes del sentimiento de pérdida que se sentiría ante la ausencia de la persona que le ha enseñado, en este caso su abuela.

“La mayoría de remedios los sé de lo que me ha ido diciendo mi madre” FJ6.1M.

“Mi madre, me enseñaba bastantes cosas, mi abuela también” FG8.3M.

“Mi madre me ha enseñado todas estas cosas, y esto viene de más lejos” FG9.2M.

“Ya sí que es verdad, que el día que mi abuela falte hay muchas cosas que yo no sé hacer, y supongo que se perderán” FJ3.1M.

Como se observa, el principal agente transmisor en la familia es generacional aunque en los mecanismos de transmisión pueden participar otras personas legitimando, potenciando o complementando estas prácticas familiares. En algunos casos los profesionales de la salud, mostrando una actitud tolerante hacia los remedios familiares, terminan legitimándolos. En el contexto de los informantes, una pediatra avala el remedio que una madre utiliza en su hijo fomentando su uso frente a otras prácticas.

“Utilizaba mucho la media cebolla para la tos del niño. La pediatra nos dijo que es casi mejor que el humidificador porque no servía para todos los tipos de tos” FJ1.1M.

Por otra parte, el hecho de pertenecer a una etnia determinada con tradiciones y rituales propios potencia las prácticas familiares. En este caso, el informante pertenece a una familia gitana y narra la importancia que tiene para ellos, la unión familiar en el mantenimiento de los remedios. Así mismo, manifiesta la confianza en estas prácticas y lo demuestran a través de rituales en los que ensalzan el conocimiento que poseen las generaciones mayores. Concretamente, cuando el niño está recién nacido es presentado a la abuela, y esta, comprueba a través de su experiencia que está sano. De este modo, además de otorgar valor a las generaciones mayores, demuestran que se fían de su criterio.

“También creo que en los gitanos se mantienen estas cosas más que en los castellanos, vosotros sois más de inyecciones, o también porque nosotros estamos siempre toda la familia junta. Fíjate que nosotros cuando nace un niño, se lo llevamos a la abuela, para que lo mire, y ella te puede decir muchas cosas que le hace” FJ3.2M.

El círculo de amistades participa en los mecanismos de transmisión complementando a los remedios familiares. De tal forma que entre los amigos, se comparten conocimientos que sirven para avalar los que ya se conocían, incorporar nuevos o modificar aspectos de alguna práctica. En el contexto de los informantes, ocurre que el amigo que ha sufrido la misma dolencia que el informante comparte la

práctica que le hizo efecto. A lo anterior, se le añade el caso concreto de las madres que comparten su saber con otras mujeres que también tienen hijos y que por lo tanto, viven experiencias similares.

“Eso me lo dijo una amiga de mi madre que también tenía almorranas y le funcionó” FG9.1M.

“La mayoría de remedios los sé de lo que me ha ido diciendo mi madre, pero también de ir escuchando a otras mujeres que son madres que me decían: “pues yo a mi hijo le he echado esto o lo otro” FJ6.1M.

“También antes nos ayudábamos entre madres, amigas me han ayudado” FG10.3M.

También sucede que si el informante tiene una afección y el amigo conoce algún remedio que pueda aliviarle, lo comparte aunque no lo haya probado.

También conozco las infusiones de escaramujo, pero fíjate que no fue a través de mi madre o abuela sino a través de mi círculo de amigas. Como saben que soy propensa me lo dijeron” FG7.1M.

Por último, los informantes reafirman que aunque el círculo de amigos sirva para compartir conocimientos, son los miembros de su familia los que participan de forma más activa en la transmisión, especialmente la madre.

“Muchas cosas mi madre me las ha enseñado, en mi casa porque lo hemos visto. Normalmente de mi casa, es cierto que escuchas a tus amigas y a veces les haces caso, pero la mayoría han sido de mi madre.” FJ15.2M.

7.3.3.4. Motivaciones. Razones y condiciones que estimulan a los diferentes miembros de una generación a utilizar y compartir los saberes y prácticas en salud.

7.3.3.4.1. Una de las condiciones que favorece el uso de los remedios es *vivir en un entorno tradicional*, entendido como un espacio de convivencia permanente con fuertes arraigos culturales perdurables en el tiempo. En esta investigación se refiere a

formar parte de poblaciones rurales o barrios caracterizados por un tipo de relaciones familiares más cohesionadas e identitarias. Así mismo, este entorno tradicional actúa como reservorio de la cultura popular ya que habitar en él, favorece que los conocimientos familiares se perpetúen en el tiempo.

Las informantes relatan que las familias rurales son más tradicionales que las que viven en una ciudad y que las relaciones familiares son más estrechas y esto repercute en la utilización de los remedios. Concretan que las personas que viven en la ciudad infravaloran estas tradiciones que aún se mantienen en los pueblos.

“También la forma de vivir es lo que te empapa, si tú tienes una familia que es alarmista pues tú lo vas a ser. Nosotros por ejemplo, somos una familia de pueblo, rural, y en el tema de cocina, hierbas pues sabemos más y somos más tradicionales” FG10.1M.

“Mi madre era la que me enseñaba todo esto, yo recuerdo estar más grande y ver a mi madre haciendo sus cosas en la cocina. En el pueblo estábamos todos muy unidos” FG13.3M.

“Influye mucho que somos de pueblo, y aquí estamos más unidos, tú estas cosas se las dices a uno de capital y se ríe de ti” FG9.2M.

Además, manifiestan que existen diferencias en el comportamiento de las personas del pasado que vivían en el campo y las de ahora. Las primeras mostraban una actitud de ayuda y transmitían sus conocimientos a otras personas.

“También es verdad que la gente antigua éramos de otra manera, antes la gente del campo te contaba estas cosas y unos a otros nos ayudábamos” FG9.3M.

El hecho de vivir en un barrio con las características ya mencionadas de entorno tradicional, influye en el mantenimiento de estas prácticas. Una informante relata que su abuela vivía en el Sacromonte y que allí se seguían manteniendo rituales y tradiciones. De hecho, cuenta que recuerda ver a su abuela elaborar algunos remedios.

“Mi abuela vivía en el Sacromonte, y allí sí que sabían cosas, mi abuela me acuerdo de verla cocer hojas de olivo para la tensión decía.” FG9.2M.

Vivir en el campo favorece la conexión con el entorno. La persona hace uso de lo que cultiva, le da sustento y le nutre. Una informante refiere que al mudarse del campo a la ciudad, perdieron el huerto y que por tanto, gran parte de estas prácticas no pudieron mantenerlas. Otro testimonio se muestra más drástico, refiere que al mudarse a la ciudad decayeron estos hábitos ya que nadie hacía uso de los mismos.

“Todo esto lo aprendimos en el campo, cuando nos vinimos a Úbeda se perdieron muchas cosas por el camino, aquí ya no teníamos huerto y era diferente” FJ11.2M.

“Eso también ya decayó, al mudarnos del pueblo a la ciudad más grande ya todo eso se perdió y nadie hacía cosas de estas” FG7.3M.

La característica más singular de las familias que se han criado en estos entornos tradicionales es la conciencia del acervo de conocimientos que poseen sus generaciones anteriores. Los informantes recuerdan y hacen uso de los remedios que sus predecesores elaboraban para ellos o para otros miembros de la familia. Además, destacan que estos saberes se han seguido transmitiendo a las generaciones más jóvenes gracias al entorno en el que han vivido. Tener un huerto, vivir del campo y formar parte de una familia rural protege este conocimiento y hace que se mantenga en el tiempo.

“En mi casa del pueblo, era muy normal convivir con todos estos remedios. Me acuerdo que mi abuelo a mi hermano le puso papel de estraza con manteca y cenizas para su resfriado. Tengo también el recuerdo de un jarabe de manzana que hacía mi padre, para hacernos vomitar cuando estábamos empachados. Eso estaba malísimo pero te purgaba” FJ11.2M.

“Mi madre era la que nos hacía de todas estas cosas y también mi abuela. Mi abuela claro, tenía una huerta y en una era que tenían se

criaban unas flores que se llamaban flores cordiales y eso era para el resfriado. Me acuerdo del bote que tenía mi abuela de estas flores y con una infusión nos sentaba muy bien para el resfriado. En mi casa cuando mis hijas eran pequeñas, siempre nos encargábamos mi mujer y yo. Cuando mis hijas se resfriaban yo cocía laurel y limón y mis hijas se lo bebían en el biberón. Mi abuelo también cogía hierbas, y me acuerdo del follón de lobo, y esa hierba al abrirla tenía como unos polvos y al echarse en la herida se curaba de momento". FJ11.3H.

"Mi madre era la que me enseñaba todo esto, yo recuerdo estar más grande y ver a mi madre haciendo sus cosas en la cocina. En el pueblo estábamos todos muy unidos. Yo de ver a mi madre pues se me ha quedado, cuando mis hermanos se ponían malos, ella siempre ponía la arena calentica en la cama, o la manzanilla, la leche, la miel" FG13.3M.

Uno de los testimonios se caracteriza por ser un alegato a favor de la vida rural. En él, la informante muestra la distancia existente entre el mundo urbano y el rural. El primero se caracteriza por la comodidad, por hacer un uso distinto de los alimentos, hierbas o animales mientras que la vida rural la muestra más natural, en la que la base de la salud es la alimentación. De esta manera, pone en valor su forma de vida, la cultura y la tradición que emanan estas poblaciones.

"Nosotros por ejemplo, somos una familia de pueblo, rural, y en el tema de cocina, hierbas pues sabemos más y somos más tradicionales. Mis amigas de ciudad no se les ocurren hacer una sopa casera estando la de sobre. Es cuestión de usos y de formas. Yo con mi edad tengo gallinas, vete a una familia de ciudad a ver qué gente con mi edad tiene gallinas. Me gusta el huerto, somos muy de campo y esto influye mucho. Le damos mucha importancia a una buena alimentación, yo hago mi comida casera incluso mis yogures, estoy segura que esto es la base de la salud. Nosotros somos tradicionales y nos gusta serlo, es decir que no es por obligación. Pero claro, muchas familias se han ido de los pueblos,

de esta vida entonces quizás en estas personas sí que se han perdido”

FG10.1M.

7.3.3.4.2. Otra de las motivaciones a la que apelan los informantes es la *cohesión familiar*, que se manifiesta cuando la relación entre los miembros de la familia mantiene usanzas, tradiciones y celebraciones propias que refuerzan la transmisión de saberes.

Los informantes exponen que ha habido un cambio en el comportamiento familiar. Al comparar las familias actuales con las del pasado, las generaciones mayores refieren que había más unión entre los miembros familiares y que entre todos acababan dando solución a los problemas de salud. Según los informantes, el hecho de que las familias estén menos unidas se debe a que la gente actual es diferente a la del pasado, existe una menor comunicación entre los miembros de la familia o menos afecto entre ellos y por lo tanto, la transmisión se ve mermada.

“Antes se compartían más las cosas en familia, y entre todos pues acabábamos dándole solución nos criábamos todos juntos y había menos medios y menos médicos pero ya vamos de culo en ese sentido”

FJ6.3H.

“También las familias han cambiado, los padres no transmiten estas cosas, antes vivíamos todos juntos, hablábamos mucho compartíamos nuestras cosas con todos la vida ha cambiado mucho” FJ11.3H.

“Las familias están cambiando, antes estábamos más unidos, más cariño con los padres con los abuelos” FJ15.2M.

Así mismo los informantes manifiestan que el hecho de que la familia pertenezca a una etnia determinada o viva en un barrio concreto de la ciudad, influye en la cohesión familiar. Un informante que pertenece a la etnia gitana, narra que en su familia se mantienen las tradiciones y los saberes familiares, en gran parte porque viven juntos a diferencia de otras familias que no lo hacen. Otra de las informantes cuenta que su abuela vivía en el Sacromonte, un barrio tradicional. Allí elaboraba los

remedios familiares y los compartía con su hija, que vivía en una vivienda contigua.

“También creo que en los gitanos se mantienen estas cosas más que en los castellanos, vosotros sois más de inyecciones, o también porque nosotros estamos siempre toda la familia junta. Fíjate que nosotros cuando nace un niño, se lo llevamos a la abuela, para que lo mire, y ella te puede decir muchas cosas que le hace” FJ3.2M.

“Mi abuela vivía en el Sacromonte, y allí sí que sabían cosas, mi abuela me acuerdo de verla cocer hojas de olivo para la tensión decía. Y estas cosas pues se la iba diciendo a mi madre, claro si vivíamos casi puerta con puerta” FG9.2M.

La frecuencia en las visitas también influye en el mantenimiento de las prácticas familiares. Los informantes narran que vivir cerca de la familia y poder visitarla todos los días facilita el aprendizaje y la transmisión de los remedios. Afirman que no conocer a las generaciones anteriores como a los abuelos influye de forma negativa en la cohesión familiar.

“Mi madre y mi abuela son las que me han enseñado, influye también que todas vivimos muy cerca y nos vemos todos los días. Yo tengo esa suerte, vivo con mi familia, nos vemos, hablamos y eso es una suerte hoy en día. Pero tengo amigas que ni siquiera han conocido a sus abuelos, entonces claro, eso influye” FJ15.1M.

7.3.3.4.3. La confianza en los remedios familiares es otra de las motivaciones. En el contexto de los informantes, la confianza viene determinada por la constatación del efecto beneficioso que los remedios provocan en personas del entorno familiar.

Los informantes manifiestan su confianza en los remedios familiares porque ellos mismos los han probado o porque los han utilizado con otros miembros de su familia. En este caso, los informantes han comprobado el efecto del remedio aplicándolo en sus hijos (generación posterior).

“Yo te puedo decir pues mira, he tomado manzanilla y me ha aliviado bastante” FG8.2H.

“Yo a mis hijas, para la conjuntivitis, les he cocido jazmín, que es otro remedio que me dijo mi madre, y les va muy bien, mejor que los colirios que te mandan. Con echarle dos días ese remedio se puso bien con sus ojos” FJ3.1M.

“Yo sí he hecho uso de algún remedio que me ha dicho mi madre. Antes de llevar a mi hijo al médico, mi madre me dijo que le untase aceite crudo por el culillo, y le funcionó” FJ6.1M.

En algunas ocasiones los remedios se aplicaron a los propios informantes, en otras estos aprendieron cómo hacerlo por habérselo enseñado otros miembros de la familia. Toma especial relevancia el papel de la figura materna y de la abuela, ya que, según los informantes, tienen un rol más activo en la enseñanza de estos remedios a generaciones posteriores.

“Sí, mi madre me enseñó que uno de los usos de la manzanilla era ese, para los problemas en el ojo. Todo esto me lo daba mi madre y a mí me hacia efecto” FJ1.2M.

“Mi madre me acuerdo que traía la bellota del eucalipto y la ponía en las cenizas del brasero, estábamos todo el día tomando el vaho y eso era lo mejor para respirar” FJ1.3M.

“Mi abuela me explicaba cómo tenía que ponerme la hoja, que había que quitarle la telilla, y se ponía dónde tuvieses el granillo y tal. Y es que al día siguiente, se me había abierto entero” FG9.1M.

Como vamos viendo, los informantes insisten en destacar el entorno familiar como espacio ideal de aprendizaje, donde los saberes fluyen y se transmiten en condiciones de seguridad. Por ejemplo, les genera confianza el haber comprobado que en el pasado se ha hecho uso de los remedios entre los miembros de la familia y se

obtuvo un efecto beneficioso.

“Mira, yo conozco la pasta de dientes, por una mujer que conocí cuando estaba embarazada. Y mira, funciona, con la mía no funcionó pero con una prima mía le picó una avispa y se le bajó mucho” FJ11.2M.

“A mi madre siempre le pregunto, me fío de cómo me cuidó de pequeña y yo siempre le estoy preguntando” FG14.1M.

“Yo sinceramente al no hacer uso de ellos, no sé yo si son eficaces, sí que es cierto que la gente de antes cuando los tomaba y se curaban por algo sería ¿no?” FG8.2H.

“A mí sí me gustaría que mis hijos se acordasen de todas estas cosas cuando yo no esté. Antes era supervivencia y lo han conseguido, yo me fío de todo eso” FG9.1M.

En este ambiente de confianza y credibilidad sobre la solvencia del remedio casero, los informantes adquieren suficiente seguridad como para experimentar ellos mismos con nuevos remedios, como por ejemplo, combinando o sustituyendo terapias prescritas por el médico.

“Yo estuve 5 años con alergia y me vacuné pero mi media cebolla estaba puesta siempre, si yo con eso respiraba mejor ¿por qué no lo voy poner?” FJ1.2M.

“A mi hijo le ha salido una fistulilla, y se la estoy abriendo colocándole una rodaja de tomate en el sitio, pues ayer empezó a supurarle y a bajarle. Pero es que son cosas lógicas, el tomate es astringente entonces si tú lo colocas en una fistulilla o un grano que tiene grasa, pues el tomate lo chupa” FG9.1M.

El hecho de experimentar con nuevos remedios y la constatación de que estos producen un efecto beneficioso, termina reforzando la confianza en el saber familiar. De esta manera ocurre que en ocasiones puede imponerse el saber familiar sobre el

saber médico, sustituyendo u optando por remedios caseros, antes que por medicamentos.

“Para las almorranas, yo dejé el medicamento y me empecé a tomar aloe vera, los hacía supositorios, cogía le daba forma y al congelador, y eso era medicina santa. Cuando me da sinusitis, prefiero meterme en la cama con lo calentico y pasar el día así, antes que meterme medicamentos” FG9.1M.

Así mismo, el que se trate de remedios naturales, y el que sean inocuos aún cuando pudieran no ser efectivos, aumenta la confianza.

“Antes eran más naturales, confiaban más que en las medicinas” FJ15.2M.

“Si es que no es nada malo estas cosas, pueden no surtir efecto, pero algo harán” FG10.2M.

7.3.3.4.4. Poseer conocimientos y hacer uso de los remedios genera autonomía en los cuidados de salud e influye sobre la utilización de los recursos del sistema sanitario. En este caso es la *autosuficiencia* lo que motiva a los informantes a seguir utilizando y compartiendo los remedios familiares.

Cuando a los informantes se les pregunta qué hubieran hecho generaciones anteriores ante la dolencia por la que acudieron a urgencias, son conscientes de que estas personas en muchas ocasiones, no hubiesen acudido a los servicios sanitarios o se hubieran demorado más. Lo anterior lo atribuyen a que estas generaciones elaboraban los remedios con más asiduidad, tenían mayor confianza en los mismos y además, había menos recursos sanitarios por lo que las dolencias las pasaban en el hogar.

“Mi madre no hubiese ido a urgencias y mi abuela menos todavía. Mira mi madre seguro que hubiese cogido su sartén, hubiese calentado su harina y encima de la camiseta o algo lo hubiese dejado, eso a mí me lo ha hecho” FG9.1M.

“Antes nada, mi tía recurriría a alguna hierba o la harinilla para calmarse el resfriado. Y mi abuela nada, era una mujer de campo, yo la recuerdo siempre en la cocina o cogiendo su tomillo, sus naranjas. Ella hubiese esperado a que se le pasase el resfriado pero no en la cama, trabajando” FG9.3M.

“A mis abuelas no las conocí, y mi madre es que no iba al médico, antes se curaban en la casa” FG12.3M.

“Ellos no iban al médico ni van, mi padre tiene 84 años y no toma ni una pastilla. Hubieran hecho sus potingues y con eso seguro que no habrían ido a ningún sitio, o se hubieran aguantado” FG13.2M.

“Antes no se iba tanto al médico, ellas ninguna hubieran ido al médico. Antes se hacían sus remedios, mi madre sabe mucho de hierbas y ella seguro que se hubiera hecho algo. Mi madre hubiera cogido alcohol de romero, o colonia y se da sus friegas o agua caliente con sal. Antes eran más naturales confiaban más que en las medicinas” FJ15.2M.

Las informantes refieren que las mujeres de antes, conocían mejor las dolencias y cómo tratarlas ya que tenían conocimientos sobre el cuerpo y esto les generaba mayor autonomía. Afirman además, que estas mujeres, daban mejor solución a los problemas de salud, a pesar de no tener suficientes recursos sanitarios.

“Mi madre se hubiere apañado ella misma con cualquier cosilla que ella sabe, se toma dos sobres de manzanilla y reposo. Las mujeres de antes conocen mejor el cuerpo, mi madre se conoce, y sabe qué hacer si vomita. Mi abuela menos todavía, antes encima que no había urgencias para todos y se apañaban mejor” FG12.2M.

Algunos informantes narran que ha habido un cambio de actitud en la generación anterior. Afirman que sus madres en el pasado eran más autónomas que ahora, ya que ante una dolencia elaboraban los remedios que conocían frente a la utilización de medicamentos. Sin embargo, los informantes consideran que en la

generación de sus abuelas esta autonomía se sigue manteniendo y ante una dolencia leve recurrirían a remedios caseros. Así mismo, narran que conforme la generación es más joven se tiende a acudir más a los servicios sanitarios y por tanto, son menos autónomos.

“Mi madre casi estoy segura de que hubiese ido al médico igual que yo, pero mi abuela no creo y en sus tiempos mucho menos, se haría cualquier remedio y se apañaría” FJ5.1M.

“Mi madre si se hubiese dado un golpe hubiese reposado y dándose calor. Si que hubiese aguantado más que yo de joven. Ahora quizás se hubiese tomado algún calmante. De mi abuela tengo pocos recuerdos, tampoco recuerdo que estuviese mala nunca. Pero estoy segura, que ella hubiese hecho alguna infusión” FG7.2M.

“Mi madre por ejemplo ahora, si hubiese ido a urgencias por lo mismo que yo, ahora en sus tiempos no asomaba, ni iba al médico, ella se apañaba, como hacía mi abuela. Y yo voy menos a urgencias que mis hijas, y mi madre en aquellos tiempos es que ni asomaba apenas” FJ5.2M.

Frente a una dolencia leve, los informantes actúan de varias formas: utilizan los remedios que conocen y valoran la evolución o visitan a algún miembro de generaciones anteriores que sabe cómo actuar. Admiten que actuarían distinto si la dolencia fuese grave, ya que en ese caso acudirían a los servicios sanitarios.

“Mi madre por lo que fue mi Lilian al urgencias no hubiese ido al médico ellas tanto mi abuela como mi madre se hubiesen curado solas, y yo pues por un resfriado tampoco ni antes ni ahora” FG9.2M.

“Lavado de ojos con manzanilla, con una gasica diferente para cada ojo. Eso se lo he hecho yo desde que eran pequeñas. Si veía que estaba muy mal esperábamos uno días y sino llamaba al médico para pedir cita.” FJ11.2M.

“Está claro que si tú te rompes una mano, tú tienes que ir a un médico, pero hay cosas que yo misma le digo a mi hija, que si no es grave que se baje a casa de mi madre” FJ3.2M.

“Sabemos que cuando hay cosas graves pues hay que ir, pero si puedes aguantar ciertas cosas, pues se hace con las cosillas que siempre han hecho” FG9.1M.

“Yo creo que a mi madre le da un ataque de ansiedad y no sabe controlarlo y claro que iría a urgencias, es que eso es una cosa que te ahogas, que te asfixias, a lo mejor te asustas, que no es un dolor de barriga que te tomas una tila o una manzanilla y se te rebaja” FJ6.1M.

7.3.3.4.5. *Las limitaciones de la medicina alopática* es otra de las razones que motivan a los informantes a utilizar los remedios. En esta investigación se refiere a la falta de accesibilidad a los servicios de salud o la obtención de un resultado adverso o ineficaz tras el uso de fármacos ante una dolencia determinada.

Los informantes manifiestan que ante el exceso de fármacos prefieren utilizar los remedios caseros. Concretamente un informante narra que a su hija le transmitirá lo que sabe acerca de estas prácticas con el objetivo de que no abuse de medicamentos. Así mismo, otra informante refiere haberse dirigido a un herbolario cuando sus hijos estaban enfermos, ya que prefería el medicamento natural al uso repetido de antibióticos.

“Yo a mi hijo, le iré pasando lo poco que sé, porque prefiero que sepa de todo esto antes que utilice demasiadas pastillas” FJ6.1M.

“Yo a mis hijos, de pequeños los llevaba a un encargado de un herbolario, porque los tenía malos cada dos por tres, y es que cada dos semanas un antibiótico es que me parecía una barbaridad” FG9.1M.

Cuando el medicamento ha provocado malestar o efectos adversos a la persona, se recurre como segunda opción a un remedio casero. En este caso, la informante manifiesta haber utilizado supositorios de aloe vera para las almorranas ya que el

fármaco le causó efectos no deseados. Este cambio, según la informante, fue para mejor ya que le calmó la dolencia.

“Pero es que para las almorranas, porque al final me tuvieron que operar pero me mandaron un medicamento que me sentaba de mal, un dolor de cabeza, fatal vaya. Pues yo lo dejé y me empecé a tomar aloe vera, los hacía supositorios, cogía le daba forma y al congelador, y eso era medicina santa” FG9.1M.

Los informantes de generaciones mayores narran que en el pasado se utilizaban más los remedios caseros porque no tenían acceso a otros recursos sanitarios. Además, manifiestan que los profesionales eran escasos y que acceder a estos recursos costaba dinero y por tanto, solo acudían a centros sanitarios en casos de extrema necesidad. Uno de los informantes narra que a sus hijos no les ha tratado apenas con remedios caseros porque no le ha hecho falta, ya que se ha suplido con otros recursos sanitarios.

“A ver, yo recuerdo a mi madre que me daba manzanilla y estas cosillas cuando te dolía la barriga. Una aspirina cuando te dolía la cabeza, pues lo que había antes, mi madre me curaba con lo que había” FG8.2H.

“Antes también no había tantas opciones, y para cualquier cosa tu madre te daba lo que sabía” FG14.3M.

“Antes no había apenas médicos, entonces no se iban a los médicos tan pronto a no ser que te estés muriendo” FJ11.3H.

“Antes no tomábamos ni pastillas. También es verdad que los médicos eran escasos, y además costaba el dinero y eso pues claro. Yo a mis niños todas estas cosas no se las he hecho tanto, porque no hay ya tanta miseria como antes, no lo hemos necesitado” FG8.3M.

Es llamativo el testimonio que narra una informante, ya que apela a la dependencia que ha generado el sistema de salud en la ciudadanía. Concreta que actualmente las personas poseen más conocimientos pero hay mayor comodidad y no se hace uso de las prácticas familiares. Esto lo compara con el pasado, y refiere que se

hacía uso de los remedios porque no se tenía acceso a los recursos de los que hoy disponemos.

“Las familias de ahora saben más pienso yo, lo que ocurre es que nuestra seguridad social nos ha hecho muy cómodos y dependientes. ¿Qué pasa? Antes o te apañabas tu o te morías, y es así” FG12.2M.

7.3.4. Transformación de las habilidades cuidadoras en la familia

La transformación de habilidades cuidadoras en la familia entendida en esta investigación como la conciencia de cambio en los cuidados y habilidades cuidadoras en la familia que han sido practicadas en anteriores generaciones puede explicarse a través de ocho categorías que son narradas a continuación.

7.3.4.1. Del campo a la ciudad: El éxodo de las personas que vivían en el campo a la ciudad ocurrido en los años 60 y 70, ha afectado, según los informantes, a la pérdida de los saberes tradicionales, que se han visto condicionados por los valores y prácticas propias de la vida urbana. Según los informantes, la vida en los pueblos es más tradicional, natural y viven anclados a la tierra, de tal modo que lo rural actúa a modo de reservorio de los saberes tradicionales. En cambio, valores como la rapidez y el consumismo forman parte de la identidad urbana. Estas diferencias quedan reflejadas en la vida cotidiana de los informantes. Narran que en zonas rurales aún se recurren a prácticas familiares como la tila o la valeriana ante el insomnio ocasional mientras que en la ciudad se suele visitar el médico o urgencias.

“También en los pueblos somos diferentes, yo conozco a gente de la capital que por no poder dormir un par de noches van al médico a que le manden pastillas, yo por ejemplo me tomo mi tila o mi valeriana y ya está” FJ6.1M.

Recalcan que al instalarse la rapidez y el estrés en la vida urbana no solo se han dejado de utilizar los saberes tradicionales sino que ha influido en aspectos como en la alimentación. Una de las informantes refiere que ella, aún siendo joven, posee

animales como gallinas o se alimenta de forma más natural que sus amigas de ciudad, y eso es así porque forma parte de una familia rural comprometida con la conservación de estas prácticas.

“La vida ha cambiado, la capital no es lo mismo que la costa o lo rural, aquí se puede preservar algo más estas prácticas. Porque en las ciudades este estrés se multiplica” FG12.1M.

“Yo creo que más que estar perdiéndose, depende de qué familia te encuentres. Nosotros por ejemplo, somos una familia de pueblo, rural, y en el tema de cocina, hierbas pues sabemos más y somos más tradicionales. Mis amigas de ciudad no se les ocurren hacer una sopa casera estando la de sobre. Es cuestión de usos y de formas. Yo con mi edad tengo gallinas, vete a una familia de ciudad a ver qué gente con mi edad tiene gallinas” FG10.1M.

Uno de los informantes narra que la forma de vida rural ha quedado relegada a un segundo plano debido al consumismo que caracteriza a la vida en la ciudad. Señala que ha sido un error abandonar estas prácticas que han formado parte del pasado. Según el informante, antes las personas vivían mejor y más unidas a pesar de llevar una vida más austera.

“Ahora venga pastillas y venga botes, ahora la vida de campo, que son nuestras raíces, se ha dejado atrás. Yo creo que todo esto nos va a pasar factura, la gente de ahora está en otro mundo, antes se vivía mejor con menos cosas” FG9.3M.

7.3.4.2. Las familias han cambiado: Los roles y patrones familiares han ido cambiando a medida que la sociedad evoluciona. En las últimas décadas, el concepto de familia tradicional ha pasado a denominarse familia moderna, que se caracteriza por tener una estructura más independiente y flexible. En sus argumentos, los informantes comparan las familias de antes con las actuales. Destacan que los vínculos familiares del pasado se veían reforzados por el hecho de vivir y convivir todos los miembros

juntos. La confianza era un pilar en las relaciones familiares. Entre sus miembros, compartían los problemas e intentaban solucionarlos aún contando con menos recursos que en la actualidad. La familia actuaba a modo de confidente, alguien en quién buscar apoyo.

Admiten que en las familias actuales ha habido un cambio en la forma de comunicación entre los miembros. La oralidad y las relaciones intersubjetivas se están debilitando debido entre otras causas, a la incursión de la tecnología. Consideran que aunque en las familias actuales se esté haciendo más uso de la tecnología, esta no parece un canal apto para la comunicación y transmisión de los saberes familiares.

“También la manera que teníamos antes de contarnos todas nuestras cosas, entre unos y otros eso ya está perdido. Antes se compartían más las cosas en familia, y entre todos pues acabábamos dándole solución nos criábamos todos juntos y había menos medios y menos médicos pero ya vamos de culo en ese sentido” FJ6.3H.

“También las familias han cambiado, los padres no transmiten estas cosas, antes vivíamos todos juntos, hablábamos mucho compartíamos nuestras cosas con todos la vida ha cambiado mucho” FJ11.3H.

“Por ejemplo antes nos lo transmitían nuestras familias porque estábamos más cerca, vivíamos juntos era otra forma de vida. Ahora con redes sociales, el móvil es como si lo hubiese sustituido” FG12.2M.

“Yo creo que se transmiten, pero menos. El modo de vida ha cambiado. La gente se casa más tarde, cuando tienes niños la abuela ha muerto. Antes pasaban más tiempo en familia, ahora salimos pronto de casa. Tenemos la suerte de tener la tecnología pero no es lo mismo, no es lo mismo hablar por teléfono que estar sentadas las dos en el salón. Entonces obviamente se pierden por un cúmulo de muchas cosas, el tiempo lo dedicamos a otras cosas. La culpa por echársela a alguien, es de la sociedad que está muy medicalizada” FJ15.1M.

Otros de los aspectos que ha variado en las familias contemporáneas es el tamaño familiar. Según los informantes las familias están formadas por un número menor de hijos y además las parejas los tienen más tarde. Esto repercute en los lazos familiares, ya que en ocasiones, los nietos no llegan a conocer a los abuelos y se crea una brecha generacional que afecta no solo a la transmisión de conocimientos sino a la relación de cuidado. Además, puede ocurrir que las familias que tienen un solo hijo, tienden a sobreprotegerlo y ante el mínimo problema de salud prefieren acudir a un profesional sanitario o a urgencias antes que tratarlo en el hogar.

“Creo que la transmisión se pierde porque cada vez se tienen hijos más tarde y claro, los abuelos se pierden y ahí hay una brecha, no sé quizás esto pueda influir, porque las abuelas ayudan mucho en el cuidado”
FJ11.1M.

“Se está perdiendo, y creo que influyen las prisas y que las familias son más pequeñas. He observado, que ya suelen tener un solo hijo y se sobreprotegen y piensan que el médico es lo mejor y por nada ya están acudiendo urgencias o al médico” FG10.2M.

La sociedad ha cambiado y como consecuencia las familias. Para algunos informantes el estrés y las prisas que imperan en la actualidad hace que las personas sean más individualistas. Para ellos, las familias de antes trabajaban juntos, se cuidaban y respetaban los unos a los otros y desarrollaban la conciencia colectiva. Como consecuencia de lo anterior, los roles y las jerarquías familiares estaban perfectamente delimitadas, de tal forma que el respeto a los mayores formaba parte de la cotidianidad de una familia.

“La sociedad ha cambiado mucho también, antes estábamos más unidos, las familias eran diferentes. La libertad de una muchacha o muchacho de 18 años hace mucho, en ellos ya no se puede mandar ni se le puede decir nada, ¿yo a mi nieta le voy a decir que se tome tal o cual? No me va a hacer caso” FG13.3M.

“Las familias están cambiando, antes estábamos más unidos, más cariño con los padres con los abuelos. Ahora porque todo el mundo trabajo hay más estrés yo creo que todos van a su bola y antes se respetaban más, nos cuidábamos los unos a los otros” FJ15.2M.

Entre los roles familiares el que más se ha transformado según los informantes es el de la madre. En las familias de tiempos pasados la mujer estaba vinculada al espacio doméstico. En la actualidad, las madres no actúan únicamente en casa e incluso han perdido la hegemonía de este espacio. Esto afecta a la manera de resolver los problemas de salud, tendiéndose a recurrir a los servicios sanitarios o a la farmacia con preferencia.

“También ha influido la incorporación de la mujer a la vida laboral, entonces esto se ha perdido, las madres no son como eran antes, que era una vida más doméstica. Esos valores familiares, se están perdiendo por esto o influye” FG10.1M.

“Yo creo que algo se mantiene, sí que es cierto que ya las madres no actúan en casa es como si todo se hubiera derivado al médico. Conozco amigas que directamente van a la farmacia a que le vendan algo o al médico y por urgencias” FJ11.1M.

7.3.4.3. Digitalización del mundo cotidiano: El siglo XX ha estado marcado por profundos cambios sociales, económicos y políticos. La irrupción de las nuevas tecnologías en la vida cotidiana ha sido uno de los más reseñables. La tecnología ha supuesto el acceso a la información y también una nueva forma de comunicación que ha cambiado las relaciones personales. La sociedad actual vincula la tecnología y la farmacia con modernidad y esto es debido a un cambio de valores. Por un lado, el modo de transmisión ha variado. En las familias del pasado la oralidad era el principal medio por el que transmitir los saberes, mientras que en la actualidad se prefiere hacer uso de las redes sociales porque es más rápido y fácil obtener información. Así mismo, los informantes admiten que aunque la tecnología facilita la comunicación con sus familiares, la calidad de la misma no es comparable a un encuentro físico.

“Por ejemplo antes nos lo transmitían nuestras familias porque estábamos más cerca, vivíamos juntos era otra forma de vida. Ahora con redes sociales, el móvil es como si lo hubiese sustituido. Yo ahora a mi madre la llamo, ambas nos damos consejos, es diferente” FG12.2M.

“Yo creo que se transmiten, pero menos. El modo de vida ha cambiado. La gente se casa más tarde, cuando tienes niños la abuela ha muerto. Antes pasaban más tiempo en familia, ahora salimos pronto de casa. Tenemos la suerte de tener la tecnología pero no es lo mismo, no es lo mismo hablar por teléfono que estar sentadas las dos en el salón. Entonces obviamente se pierden por un cúmulo de muchas cosas, el tiempo lo dedicamos a otras cosas. La culpa por echársela a alguien, es de la sociedad que está muy medicalizada” FJ15.1M.

Por otro lado, los informantes describen cómo la falta de tiempo ha influido en el día a día de las familias. Admiten que actualmente, se prefiere consumir medicación antes que elaborar los remedios. Previamente, consultan en internet qué tienen que tomar y así se ahorran visitar a un familiar. Reconocen que lo hacen a sabiendas de desconocer lo que se está consumiendo.

“No se está transmitiendo, ya miramos el internet y es más fácil coger un bote de pastillas que está todo hecho y ya está. La rapidez ha influido en todos los aspectos de la vida, comemos cualquier cosa, la comida rápida muchas veces no sabemos ni lo que lleva. No nos comunicamos, las tecnologías nos han cambiado. No hablamos, no tenemos charlas, las familias están más distantes” FG13.2M.

Otro de los informantes admite que debido a la evolución de la tecnología y de los avances médicos, el uso de los remedios ha disminuido aunque se conozcan y se sepa que hacen efecto.

“Claro, la tecnología va avanzando más y los médicos sacan cosas nuevas y ya pues no se usa tanto aunque sepas de remedios y sepamos

que funciona. Ya sí que es verdad, que el día que mi abuela falte hay muchas cosas que yo no sé hacer, y supongo que se perderá” FJ3.1M.

Se hace referencia al modo de obtener información de las generaciones jóvenes, especialmente influidas por las nuevas tecnologías. Ante un problema de salud, recurren a las redes sociales o a la opinión del médico antes que a su familia. La informante señala que los criterios y la forma de actuar de los profesionales también se transmiten y los jóvenes confían más en ellos, ya que como se ha mencionado anteriormente, lo vinculan con la modernidad.

Según la informante, la influencia de la publicidad y la sobrecarga de información sobre medicamentos que se presentan a través de la televisión y de las redes sociales, genera dependencia, de tal forma que se consume aunque no se necesite.

“Yo pienso que sí, pero en menor medida. Pienso que la gente joven tiene otras fuentes de información, los medios de comunicación influyen mucho al igual que las redes sociales y entonces se dejan mucho llevar por esto y por la gente más profesional que ya tienen otra mentalidad y otros criterios que también lo van transmitiendo. También juegan un papel fundamental las farmacias, ya no hay persona que no tenga botiquín completo y para viajar lo primero que echas es la medicación, aunque no la necesites. Es curioso cómo nos hemos vuelto dependientes de las pastillas, y pienso que tiene mucho que ver con la publicidad, y la sobrecarga de información que nos mandan. Estás por ejemplo viendo la película y cada 10 anuncios 4 son de pastillas” FJ1.2M.

7.3.4.4. Brecha generacional: Los valores que enmarcan la sociedad contemporánea junto con el auge de las tecnologías, ha puesto de manifiesto la distancia que existe entre abuelos y nietos. Cada uno intenta transmitir ideales afines a su generación y entre ellos se encuentra el uso de los remedios familiares. Mientras que la generación joven vive aferrada al consumismo, la mayor, intenta que sus conocimientos pervivan al paso de las generaciones. Los informantes más jóvenes

reconocen que en su generación no solo existe una falta de interés generalizada hacia los remedios familiares, sino que esto les ha conducido al desconocimiento y hacia la falta de información sobre sus usos. Además, admiten que paradójicamente aunque sean la generación más informada y la que domina las tecnologías, en cuestión de salud, han delegado su cuidado al que consideran que es experto, que en este caso es el médico. Así mismo, reconocen que son conscientes de los efectos secundarios que a largo plazo tienen los medicamentos, pero les es más sencillo ir a una farmacia que elaborar ellos mismos los remedios.

“Nos hace daño el desconocimiento y nos han hecho torpes, entonces vamos a lo seguro, y lo seguro es el médico. Y si te paras a pensar, toda la vida se han hecho estas cosas y no solo en la salud, incluso para la limpieza como el vinagre para desinfectar” FJ11.1M.

“Yo creo que sí se transmiten, el problema es que la gente joven está acomodada, y no los hace, prefiere comprar. Por ejemplo, mi amiga tiene anemia y en vez de probar alimentos ricos en hierro prefiere comprarse la pastilla. Antiguamente antes se hacía más en casa, eso ya se ha perdido” FG14.1M.

“Ahora no se transmiten, mi abuela seguro que sabe mucho más que yo. Ahora no le prestamos tanta atención a estas cosas. Sobre todo en la juventud hay una falta de interés por este tipo de remedios y no le hacemos caso ni siquiera. Ya cuando vas al médico te dicen lo que tienes y te mandan algo pues piensas que para qué te vas a poner a hacerte alguna infusión” FJ2.1M.

“Es curioso porque aún estando en la era de la información, vivimos desinformados” FG10.1M.

Otra parte de los informantes achaca la pérdida de estos saberes a la forma de vida en el pasado. Afirman que sus generaciones anteriores no contaban con tantos medios como en el presente y que tenían que recurrir a los remedios por supervivencia.

Con el paso del tiempo y los avances en medicina, los más jóvenes han dejado de confiar en estas prácticas y por tanto, ya no hacen uso de las mismas.

“Yo creo que esto está pasando porque antes no había tantas medicinas, ni tanta costumbre de ir al médico, también la gente joven confía menos en estas cosas y eso se nota de mi madre a mí misma. Mi madre hace uso de estos remedios muy poco pero más que yo, seguro” FJ5.1M.

“Ya es que directamente vas a una farmacia y dices: “quiero un producto para esto y lo tienen y te lo dan”. Antiguamente te tenías tú que buscar la vida porque no quedaba otra” FJ2.1M.

Los informantes que pertenecen a las generaciones más mayores hacen una crítica a la forma de actuar de los más jóvenes y recurren a la comparación entre el pasado y el presente. Según ellos, frente a la rapidez con la que se visita urgencias antes primaba la paciencia y se le daba prioridad a elaborar los remedios que conocían. Afirman que el hecho de que actualmente se visiten más los servicios sanitarios tiene que ver con que en el pasado, acudir a los mismos no era gratis, por lo que solo lo hacían en casos de necesidad.

“Mi hija que ya es más moderna que yo, enseguida que se pone mala, va a la consulta, y eso tampoco es así” FJ2.3M.

“La gente joven, ya les hace menos caso, ahora con los médicos, lo que te mandan, ahora tenemos más medicinas, pero creo que no piensan en los remedios, ya directamente vamos al médico a que le manden la pastilla, que muchas veces no hacen tanto efecto como los remedios de antes” FJ4.2M.

“Pero se está perdiendo, la gente joven, no sé, el caso es que yo he seguido haciendo cositas, yo criaba manzanilla y se las hacía a mis hijas. No tienen tiempo de nada, las prioridades también han cambiado. Se tiene tiempo para lo que se quiere” FG13.3M.

“La gente joven de ahora, no se preocupan de nada, claro que saben menos. Hoy tenemos muchas facilidades, antes costaba el dinero ir al médico y el esfuerzo. Y ahora eso no pasa, cualquier puede ir cuando quiera. Hoy no hay remedios caseros, solo la gente mayor nos los creemos, la gente joven no se cree que esto funcione” FJ11.3H.

Opinan que no solo existe una falta de confianza hacia la efectividad de los remedios familiares sino hacia el criterio de las generaciones mayores. Afirman que cuanto más joven es la generación más difícil es la comunicación entre ellos. En ocasiones dicen no sentirse escuchados y son conscientes de que su experiencia y vivencias ya no se valoran como fuente de conocimiento y por tanto, dejan de ser útiles para las generaciones anteriores.

“La gente joven es muy egoísta también, antes vivíamos más unidos y hacíamos más caso a nuestros mayores. No se dan cuenta que la experiencia es una fuente de saber y que hay que valorarla” FG12.2M.

“En mi familia yo he intentado pues que mis nietas y mis hijas sepan de todo un poco, pero claro, hay cosas que si se las creen y otras pues que con esta vida que tenemos no hacen nada. Nadie cree a los viejos, y menos en las cosas de los médicos” FG9.3M.

“Yo a mi hija se lo he transmitido pero a mis nietas eso ya no le queda nada, no te hacen caso ni para las comidas, que les dije yo de que le hicieron papilla de harina tostada y me dijeron loca. Es que ya ni te escuchan. Tenemos a los médicos, y de momento vamos, y te soluciona todo a base de pastillas” FJ5.3M.

Por último, otra parte de los informantes afirma que la falta de interés de las generaciones jóvenes hacia los remedios familiares viene motivada por los nuevos valores, y por el consumismo. Según estos, en las familias ya no se aprenden remedios sino que se enseña a consumir.

“También creo que tiene mucho la culpa la farmacia, es que ante cualquier cosa ya no es ir a urgencias es también ir antes a la farmacia y preguntar qué tomarte. Y por esto también creo que la gente joven no conoce remedios y claro, tampoco está habiendo transferencia de padres a hijos y de abuelos a nietas ni nada. Ya quedan pocos casos”
FG9.2M.

“Mira yo creo que la juventud los ha perdido todos, porque son muy cómodos y es mejor ir al médico y la medicina, es mejor en la farmacia y no en las hierbas de antes” FG7.3M.

7.3.4.5. Saber es cosa del pasado: La credibilidad y la confianza en los remedios se han perdido, sobre todo en las generaciones más jóvenes. El saber ya no forma parte de su cotidianeidad sino que imbuidos por los valores de la nueva sociedad, se decantan por el consumo de fármacos o por visitar los servicios sanitarios. Los informantes reconocen que el conocimiento de las prácticas y saberes familiares ya no tiene cabida en el presente o ha quedado relegado a un segundo plano. Por un lado se encuentra el discurso de los informantes que pertenecen a las generaciones mayores. Admiten que los jóvenes han dejado de creer y confiar en la eficacia de los remedios como consecuencia de un nuevo estilo de vida asentado en valores como la rapidez y la comodidad. Manifiestan que los jóvenes prefieren consultar antes al médico que a sus padres, por lo que el saber que poseen las familias, sobre todo las generaciones mayores, ha sido sustituido la visita al médico o el consumo de fármacos.

“Las cosas ya han cambiado y somos muy cómodos. Ellas dicen que para eso está el médico y otras cosas más adelantadas que eso es muy antiguo. Todas estas cosas se pierden y se están perdiendo por eso. Y yo fíjate, yo si no es necesario ir a urgencias es que ni voy, porque no son a veces ni capaces de quitarte el dolor, sales a veces peor de lo que entras. A la gente le dices y a las hijas y no le dan importancia a estas cosas”
FJ5.2M.

“Los remedios ya no se transmiten, vamos yo no conozco a nadie que me diga que se ha tomado esta hierba y se le ha ido el dolor. Yo creo que ya la gente va al médico inmediatamente. La gente ya no confía en eso, se piensa que no es efectivo y prefieren ir al médico” FJ2.3M.

“Todos estos remedios antiguos, ya no se llevan, y es por falta de confianza más que otra cosa. La juventud no confía en estas cosas, prefieren contarle al médico lo que les pasa antes que a su padre o a su madre” FJ6.3H.

“Hoy no hay remedios caseros, solo la gente mayor nos los creemos, la gente joven no se cree que esto funcione” FJ11.3H.

“Yo pienso que hay mucha gente que estas cosas les gustan, yo creo que no se están perdiendo del todo. Mucha gente, mira hacia atrás. Se transmite de otra manera también, pasa a ser secundario. Ahora quizás vayan antes al médico. Estamos en otros tiempos, creemos más en la medicina que en los hierbajos. La ciencia va avanzando también, y eso claro, da lástima porque eso hace que desconfíe la gente de otras cosas” FG14.3M.

Estos informantes tienden a comparar la forma de vivir de antes con la presente. Para ellos, la vida ha mejorado pero son conscientes de que ha tenido un coste: la pérdida de los valores de antaño como apostar por lo natural o aprender a cuidarse. Como consecuencia de lo anterior, el acervo de conocimientos que las familias poseían se está perdiendo ya que estas prácticas no forman parte del presente.

“Todo se está perdiendo, la verdad es que lo de antes lo veo mejor que lo de ahora. Antes se remediaban las cosas de manera diferente, más natural y mejor. Ahora sí, hay más adelantos pero no es igual. La vida cada vez está más avanzada y claro, lo viejo se pierde. Lo de antes se queda atrás” FJ15.2M.

“Yo creo que la gente joven vive mejor, pero no sabéis todos los remedios que nosotros sabemos. Yo creo que la gente no acepta que estas cosas pueden funcionar o no se fían” FG10.3M

Por otro lado, los informantes más jóvenes se aferran a la confianza que depositan en los fármacos. Aseguran que ante síntomas graves como una infección solo serviría un medicamento mientras que otras fórmulas como los remedios tradicionales, solo podrían paliar los efectos de patologías más leves. Otro de los informantes afirma que solo confía en aquello que ha probado sea o no un remedio tradicional. Así mismo, reconoce que estas prácticas tienen que tener algún efecto positivo cuando sus generaciones anteriores han sobrevivido y se han curado con ellas.

“Te digo que si tienes una infección como no sea con tu medicamento dudo que se te quite con hierbas u otras cosas, creo yo. Pero quizás la garganta pues si que te puede suavizar, pero yo creo que como el medicamento no hay nada vaya” FG8.1M.

“Yo sinceramente al no hacer uso de ellos, no sé yo si son eficaces, sí que es cierto que la gente de antes cuando los tomaba y se curaban por algo sería ¿no? Yo te puedo decir, pues mira he tomado manzanilla y me ha aliviado bastante” FG8.2H.

Una de las informantes narra que la desconfianza en los remedios tradicionales está ocasionada por dos factores: la falta de conocimiento sobre los mismos, es decir, no se posee información o se ignoran los efectos y beneficios de los remedios, y además existe una ruptura en las transmisión de estas prácticas, por lo que es más difícil que el conocimiento llegue a otras generaciones.

“La gente tiene mucha confianza en la farmacología mucho más que en el poder de la naturaleza, tampoco conocen los beneficios que aportan estos remedios, entonces eso influye también. Creo que es por desconocimiento y que tampoco tienes a esa persona que te vaya transmitiendo lo que sabe” FJ15.1M.

7.3.4.6. La cultura de la inmediatez: La comodidad, rapidez y facilidad son tres de los componentes sociológicos y culturales que enmarcan a la sociedad contemporánea. Este cambio de valores ha provocado que las habilidades cuidadoras de las familias hayan sido sustituidas por un acelerado consumismo sanitario. Según los informantes, la vida cómoda así como la accesibilidad de la farmacia han influido en la pérdida de los remedios familiares. Afirman que el conocimiento de estas prácticas se sigue transmitiendo e incluso que recuerdan cómo sus antepasados hacían uso de las mismas pero actualmente, prefieren utilizar los servicios sanitarios o tomar medicación antes que elaborar los remedios. Admiten que esto ocurre porque la comodidad se ha instaurado en sus vidas y ante tener que elaborar ellos mismos los remedios eligen los fármacos para paliar antes el dolor y no esperar a que el remedio surta efecto.

“Muchas de las cosas que hacía mi madre conmigo yo ya no lo he hecho también por comodidad” FJ2.3M.

“Yo creo que estas cosas se pierden por el avance de la medicina y por la vida cómoda. Es más fácil ir a por un medicamento que ponerte a hacer tú cualquier cosa” FG8.2H.

“Creo que también ha sido la comodidad un factor importante, preferimos coger un fármaco o ir a urgencias antes que hacer una infusión. Es que por ejemplo para un resfriado pasa esto, preferimos hacer esto que esperar y paliarnos nosotros los síntomas” FG10.1M.

“Yo creo que si se transmite. Lo que no sé es si lo hacen o no, es decir, ellas lo conocen, pero puede ser que por comodidad no lo hagan” FG14.2M.

Reconocen que para curar o paliar los síntomas de las patologías leves que son las más comunes con los remedios familiares bastaría, ya que son efectivos. Sin embargo, actúan guiados por la rapidez y el tiempo ya no se invierte en la preparación del remedio sino en comprar el medicamento. Así mismo, son conscientes de que las generaciones de antes apostaban por lo natural y cultivaban más la paciencia y ante un

dolor de cabeza, por ejemplo, recurrían a la oscuridad y al silencio, actitudes impensables en la sociedad actual. Una de las informantes reconoce que prefiere que sus hijos conozcan estas prácticas antes que inculcarle el hábito de la sobremedicación.

“Realmente para la mayoría de enfermedades normales que son las que casi siempre tenemos pues con miel, con calentico y quedándote en casa con paños calientes seguramente que se curarían, pero como vamos a lo rápido que es: que me tomo un ibuprofeno y se me pasa el dolor nos ahorramos todo lo intermedio” FJ1.1M.

“Claro cocer ortigas y tal es más lento, pero es que es algo natural no es como un medicamento de rápido, esto pues funciona a base de tomártelo y no dejarlo hasta que te encuentres mejor. Claro cómo va a ser lo mismo comprar tres nolotil que cocer una olla de ortigas y hacer que se lo beban. Y claro, el nolotil en una hora está la fiebre fuera con esto pues quizás te tires medio día y ya no aguantamos” FG9.1M.

“Me duele la cabeza, a lo mejor antes pues se metían en una habitación a oscuras y en silencio, pero ahora es más fácil ir a urgencias y que te den una aspirina. Te duele la barriga pues igual, ya sea diarrea o dolor. Yo a mi hijo, le iré pasando lo poco que sé, porque prefiero que sepa de todo esto antes que utilice demasiadas pastillas” FJ6.1M.

Los informantes afirman que a la comodidad y a la rapidez se le suma la desinformación. Hoy día, se guían por la opinión de los profesionales sanitarios, la sociedad se ha desprendido de la responsabilidad de cuidar y se ha delegado únicamente en los profesionales. Incluso la informante afirma que las personas no son útiles para cuidar en este sistema. Lo anterior ha provocado que tradiciones ancestrales como escuchar al cuerpo, dar tiempo a que los síntomas se manifiesten y actuar en consonancia no tengan cabida, ya que se busca la inmediatez y la opinión experta.

“En las familias en general, la gente nos hemos vuelto muy dependientes de la información de los sanitarios, se quiere hacer todo perfecto, estamos guiadas por una cultura de lo rápido, de volvernos inútiles. La gente no espera a ver qué tenemos, vamos directamente al médico y a urgencias. Y esto va a en relación con el estrés de vida que llevamos. Ni siquiera pensamos que nos pasa, no escuchamos a nuestro cuerpo, no le damos tiempo. Nos queremos curar ya y ahora. Yo creo que esto es una costumbre ancestral, escuchar al cuerpo, saber qué síntomas tenemos y dar tiempo a nuestro cuerpo para que se manifieste. Esto ahora es impensable” FG12.1M.

Hacen hincapié en la relación de dependencia que la sociedad tiene con el sistema sanitario. Afirman que esa dependencia ha sido alimentada por el estrés y la comodidad y que ha provocado que las personas se alarmen más fácilmente ante una patología y acaben colapsando las urgencias o incluso renunciando a los remedios que forman parte de su acervo.

“Nos da cualquier tontería y estamos ya colapsando urgencias, no sabemos esperar, prepararnos cualquier cosa, o simplemente pedir cita para tu médico. Queremos atajar el problema el mismo día, buscamos rapidez. Somos también muy alarmistas, no sabemos, no conocemos lo que nos pasa y pues nos vamos a otro que sepa y en este caso, es el hospital. Nos movemos entre la comodidad y la desinformación, por ejemplo cuando tienes un niño, nadie te informa de nada, cuando le pasa cualquier cosa pues para el hospital. Tenemos miedo por no saber. No solo tenemos que saber primeros auxilios, tenemos que saber de todo para poder atajar problemas de siempre” FG14.1M.

“Sí que es cierto que mi madre conoce remedios pero no hace uso de la mayoría de ellos. En las familias en general, la gente nos hemos vuelto muy dependientes de la información de los sanitarios” FG12.1M.

Son conscientes de que el actual estilo de vida sustentado en los valores citados

anteriormente tiene un precio, pero lo asumen. Se refieren al servicio de urgencias como un lugar que les compensa ya que es el sitio donde sus problemas de salud serán resueltos. Aceptan el hecho de tener que esperar a que los profesionales les atiendan y lo anteponen a su propia autonomía, es decir, controlar por sí mismos los síntomas y darles una respuesta a través de los remedios.

Una de las informantes hace una comparación entre la forma de actuar de las diferentes generaciones. Constata que sus generaciones anteriores eran más autosuficientes entre otras cosas porque acceder a los servicios de salud era más complicado, mientras que las más jóvenes aunque los remedios los conozcan, delegan su cuidado en los profesionales sanitarios.

“Ir a urgencias es muy asequible, nos hemos vuelto muy cómodos en ese sentido porque lo máximo que te puede pasar es esperar en vez de media hora 5 horas. Vamos, ya te digo que eso en la época de mi madre no pasaba tanto, de hecho yo no tengo conciencia de que mi madre haya visitado urgencias y se ha puesto mala, con cólicos biliares pero ella controlaba sus síntomas con los remedios que sabía” FJ1.2M.

“¿Qué pasa? Antes o te apañabas tu o te morías, y es así. Ahora aunque conozcas prefieres ir a urgencias esperar y que te den cualquier cosa rápida” FG12.2M.

Llama la atención como informantes de distintas generaciones defienden la efectividad de los remedios frente a los efectos secundarios que causan los medicamentos. Una de las informantes hace responsable al médico ya que según ella, directamente dan la solución en forma de pastilla, pero no involucran al propio paciente en su cuidado, ni incentivan el uso de remedios familiares, por lo que alienta la comodidad.

“Los médicos tienen la culpa, nos han hecho más cómodos. Te ponen la solución para todo. Y los remedios están mejor, si es que siempre ha servido. Pero ¿Ahora? Venga pastillas, y como tengo el estómago pues hecho pedazos” FG8.3M.

Otro de los informantes afirma que en las generaciones jóvenes son más propensos a tomar medicación aún a sabiendas de los efectos que pueda causar. Según sus argumentos, actúan guiados por la rapidez, pero también por aquello que les inspira confianza. Solo hacen uso de aquellos remedios que conocen y para problemas más leves. Aún así, reconoce que es un error actuar siguiendo esta dinámica y que se debería fomentar el uso de productos naturales por su fiabilidad.

“Los remedios se están perdiendo, la gente de mi generación somos de utilizar medicamentos que en realidad es lo que nos está matando pero es mucho más fácil. La facilidad de tomarte una pastilla no es lo mismo que decir, venga voy a coger orégano y hacerme una infusión. Vamos, como mucho utilizamos la manzanilla para los ojos que algo más conocido, o para los gases pero poco más. Y yo creo que es un error, deberíamos tomar cosas más naturales, es más fiable” FG13.1M.

El consumo desmesurado de fármacos ha tenido consecuencias en la salud de las personas. Una informante describe como en un momento determinado la propia sociedad educaba hacia el consumo de antibióticos por la falsa creencia de su gran efectividad. Esto ha provocado no solo resistencia hacia estos medicamentos sino que los propios médicos han tenido que rectificar y dejar de recomendar el uso abusivo.

“Yo creo que se han perdido bastante, porque hubo un boom del medicamento, de todo el mundo tomando cosas desproporcionadamente, porque se lo decía su vecina. Todo el mundo se pensaba que con un antibiótico se te curaban todos los males y entonces eso ha sido contraproducente, mira la resistencia que hay ya hacia estos medicamentos. Incluso los mismos médicos están reculando y diciendo que cuidado” FG7.2M.

7.3.4.7. Es preferible consumir que saber: En la sociedad contemporánea la medicina se ha impuesto como autoridad. Las personas se han vuelto dependientes de este conocimiento y el médico es consultado como referente social. De tal forma, que este saber carismático, que encaja en el nuevo mundo ha sustituido a los saberes

populares que forman parte del pasado y por tanto, ya no proporcionan criterios válidos para entender la realidad.

Para los informantes la relación que un médico mantiene con el paciente no es de igual a igual, sino que el profesional se erige como autoridad. Cuando el paciente visita al médico asume que lo que le aconseja tiene que hacerlo e incluso, los informantes justifican que en ocasiones no utilizan remedios por temor a lo que el médico pueda opinar posteriormente en la consulta.

“Tiene mucha culpa los médicos de ahora, tenemos que estar a sus órdenes y lo que ellos digan siempre” FG9.3M.

“Mira, creo que tenemos miedo a lo que el médico nos pueda decir. Ahora tenemos un niño pequeño y no esperamos a darle el remedio para que luego el pediatra nos monte un pollo diciendo que porqué no lo hemos traído antes” FJ11.2M.

Los informantes son conscientes de la tensión práctica que existe entre los profesionales sanitarios y la industria farmacéutica con los remedios tradicionales. Según ellos, esta tensión se manifiesta con actitudes por parte de los profesionales como invalidar la eficacia de los remedios tradicionales o situarlos en el pasado y por tanto la modernidad la relacionan con el consumo de fármacos.

“Los médicos han dicho también muchas veces que no hagamos caso de estas cosas, que la gente antigua no tenemos razón en esto” FG12.3M.

“También las farmacia han influido, nos han hecho creer que lo de ellos es mejor, que lo que nosotras hacemos no vale para nada” FG13.3M.

“El médico no sabe de remedios antiguos y tampoco te va a decir que los uses teniendo pastillas. Ya se hace más caso a los médicos que a tu madre o a tu abuela” FJ1.3M.

El saber médico en ocasiones, incorpora de su propia tradición algunos remedios sustentados en compuestos naturales. Los informantes muestran su

extrañeza ante el hecho de que los médicos les prescriban remedios tradicionales como la tila o el agua con bicarbonato. Afirman que les hizo efecto, pero este saber lo sitúan fuera de los centros sanitarios e incluso reconocen que de haber sabido que el médico les iba a aconsejar hacer uso de estas prácticas, no hubieran necesitado acudir a consulta porque ellos mismos le habrían dado solución.

“Recuerdo que el médico una vez hace mucho tiempo me mandó una infusión de orégano, tomillo, miel y que hiciese gárgaras y la verdad es que me hizo muy buen efecto. Y yo supongo que la gente antigua haría cosas de estas. Porque no había tanta medicación” FG7.2M.

Es que fíjate incluso el médico el otro día, me dijo cuando fui a la consulta por revisión que me salía la tensión un poquito alta, que me tomase una tila. Una tila, fíjate. No me hubiese hecho falta ir al médico, eso ya lo sabía yo” FG7.3M.

“En otras ocasiones por ejemplo hasta a mí una vez me dio picor en mis partes y fue el médico quien me dijo que me echase agua templada y con bicarbonato te lavas y era médico el hombre” FG9.2M.

Los informantes muestran una actitud crítica ante el saber médico. Son conscientes de que está sustentado por un sistema que lo propaga y que es acorde con los nuevos valores que definen la sociedad actual. Desde políticos hasta el propio sistema sanitario ha ido creando la expectativa de que cualquier problema de salud tiene su posible solución en manos de los profesionales.

Como consecuencia, los informantes narran, que cada vez son más dependientes de este sistema porque no saben cómo manejar la desinformación, el miedo ante los síntomas o el cambio de criterio de los profesionales. Admiten que están perdiendo autonomía y que valores como la comodidad o la rapidez también han influido, pero desde el sistema no se les está educando con responsabilidad. Lo anterior pasa por darle voz a los pacientes y que sean capaces de tomar sus propias decisiones con respecto a su salud, así como educar en la accesibilidad, algo que, según

los informantes disminuiría el colapso en servicios como las urgencias.

“Las familias de ahora saben más pienso yo, lo que ocurre es que nuestra seguridad social nos ha hecho muy cómodos y dependientes. ¿Qué pasa? Antes o te apañabas tu o te morías, y es así. Ahora aunque conozcas prefieres ir a urgencias esperar y que te den cualquier cosa rápido. Creo que en esto tiene mucho que ver también los políticos que alardean de nuestro sistema público sin darse cuenta de que eso hace más dependiente a la gente, casi te están obligando. Tienen que tomárselo con responsabilidad y que la gente sepa cómo utilizar este sistema. También te digo que muchas veces y lo sé por experiencia es el propio 061 quien nos manda a urgencias” FG12.2M.

“Hoy tenemos muchas facilidades, antes costaba el dinero ir al médico y el esfuerzo. Y ahora eso no pasa, cualquier puede ir cuando quiera” FJ11.3H.

“El sistema sanitario también cambia, no hay como una opinión única, de repente un día te encuentras con un médico que te dice que es bueno que le demos manzanilla y al otro, un señor o señora te dice que no, que mejor pastilla. Entonces eso influye también, porque no sabes qué hacer” FG13.2M.

“No esperamos a ver qué nos pasa o si se nos pasa lo que tenemos, todos tenemos coche y de momento nos ponemos en urgencias. Vivimos también muy asustados, no sé si será por no saber, pero es que ya por cualquier cosa estamos en urgencias” FJ11.2M.

7.3.4.8. Reinención de lo natural: Actualmente está creciendo la demanda de terapias alternativas naturales como consecuencia de los efectos de la medicina alopática y de los fármacos. Estas terapias que utilizan los elementos de la naturaleza no proceden de la tradición familiar ni del conocimiento colectivo de las personas, sino que, aprovechando las circunstancias sociales, se comercializan y están en boga

durante un cierto periodo de tiempo.

En los argumentos de los informantes se muestra cierto alivio por retomar prácticas que se realizaban en el pasado, por una vuelta a lo natural. Para algunos, el hecho de utilizar compuestos más naturales lo ven como una compensación por el abuso de medicación.

“Yo pensaba que se estarían perdiendo pero últimamente veo mucho por RRSS que se están retomando estas prácticas. Incluso a mi madre el médico le mandó una infusión. Creo que sobre la época de los 80-90 la tendencia era medicina invasiva, medicamentos. Ahora parece que se está volviendo un poco al origen, a lo natural, a lo que han usado toda la vida. Creo que incluso se está recuperando poco a poco porque ha habido mucha pérdida” FG7.1M.

Así mismo, se encuentran testimonios que dudan de estas prácticas ya que reconocen que este tipo de terapias, también se están convirtiendo en un negocio que crea cada vez más adeptos. Además afirman que estas personas se están lucrando con un conocimiento que pertenece a todos.

“Pero mira, sí que es verdad que a través de la medicina no la normal sino la otra que están en herbolarios, esta gente ha tomado nota de todas estas cosas lo han ido recopilando todo y mira, que beneficio, algo normal nuestro lo están vendiendo” FG9.2M.

“Creo que estamos volviendo un poco para atrás en este sentido, que se están recuperando. También es cierto que puede ser que sea moda, ahora hay mucha gente que cree en medicinas alternativas y están saliendo a decirlo y a captar a gente también” FG7.2M.

El naturismo se adapta a la nueva sociedad, se comercializa pensando en la comodidad y en la rapidez y esto, los informantes lo aprecian hasta en la forma de presentación de los remedios, como los sobres de la manzanilla. Hacen la comparación de la forma de utilización del pasado con la actual y ponen en duda su eficacia por

venderse en sobres y no utilizar la flor al natural. Otra de las informantes pone el ejemplo del jengibre. Reconoce que al natural el sabor no es bueno, pero en los supermercados lo venden con otro formato y esto, capta a personas que buscan los efectos beneficiosos del remedio pero evitando el mal sabor. Reconoce que no sabe si hará efecto, pero prefiere consumir estas terapias antes que otro tipo de medicación.

“La vida ha cambiado mucho, es que nada es lo mismo, ni la manzanilla ni nada, antes era de verdad natural pero eso de venderlo en sobres si es que es pura comodidad. Hasta ahí se nota” FG9.2M.

“A lo mejor, pero yo pienso que no, lo que más se mantiene, lo sé por mi hijas y mis nietas, es la manzanilla y no mucho más y además mal hecha, porque antes era la flor, ahora encima te lo dan en sobres que no sé si eso servirá de algo” FJ1.3M.

“Y te digo otra cosa, todas estas cosas naturales están malas y eso también afecta. Yo el otro día a mi marido le cocí jengibre porque se encontraba regular de la garganta y tal, eso estaba malísimo, peor mira fui al mercadona a por unas galletas de jengibre naturales y oye la cosa cambia, no sé si serán igual de efectivas pero ya como que captas a gente así. El otro día fui a la alpujarra y venden caramelos para la garganta y cogí uno de antibiótico natural, pues eso está malísimo, pero es que prefiero eso antes que meterme un antibiótico que me sienta fatal” FG9.1M.

Al igual que ocurría con los fármacos el naturismo también genera incomodidad. Para los informantes estas terapias no deberían de ser vendidas como productos de lujo a precios desorbitados. Reconocen que la industria farmacéutica busca lucrarse con estas prácticas e incluso dudan de que realmente sean eficaces o de que tengan menos efectos secundarios que el resto de medicación.

“Por supuesto la industria farmacéutica lo que quiere es vender, por ejemplo lo natural en la farmacia es más caro que un medicamento,

cuando quizás debería ser al revés ¿no? Algo natural que no lleva tanto químico, debería costar menos, y ellos lo venden como algo de lujo. A ellos les da igual que tenga efectos secundarios al final es una empresa”

FG13.2M.

8. DISCUSIÓN, REFLEXIONES TEÓRICAS Y CONCLUSIONES

8.1. Lo doméstico como espacio de cuidados

Las fuentes primarias utilizadas para conocer la presencia en Jaén y Granada de prácticas cuidadoras de base cultural desde la época reformista, coincidiendo con la emergencia del interés de las élites intelectuales por lo popular, constituyen un pasaporte para comprender la pervivencia en nuestro tiempo de saberes tradicionales y habilidades cuidadoras en la familia, aunque estas hayan experimentado importantes transformaciones, adaptándose a la realidad social contemporánea.

Los testimonios de viajeros extranjeros y escritores costumbristas del siglo XIX y posteriores mencionan con asiduidad prácticas de salud entre la población, incluyendo una diversidad de opciones que van desde las institucionalizadas, como son el médico y el hospital, hasta las prácticas de tipo mágico-religioso, muy extendidas entre todos los ámbitos de la sociedad decimonónica. Pero también se refieren a prácticas de salud sustentadas en saberes empíricos culturalmente heredados, concentrando su interés en tres fenómenos: los que curan sin ser médicos, los recursos naturales como fuente de salud y los hábitos cotidianos. Todo ello enmarcado en un contexto cotidiano donde el espacio doméstico se erige en el centro de atención de la salud en una primera y a menudo única intención, lo que pone de manifiesto su alta capacidad resolutive. Lo doméstico no solo se refiere al hogar como espacio familiar, sino que puede ocurrir en espacios compartidos, como puede ser una venta o posada, o el escenario de una fiesta o romería.

Mientras la medicina alopática se debatía entre la incertidumbre de algunas de sus terapias y el acceso limitado de las mismas, el enfermo buscaba la solución en lo cotidiano, que en este caso pasaba por el hogar, los remedios caseros y los curanderos (Armus, 2016). Los remedios caseros eran la primera opción y a menudo la única para la mayoría de las personas que sufrían alguna dolencia. El hogar ofrecía al enfermo los primeros cuidados, tal era su importancia que, por ejemplo, en enfermedades como la tuberculosis, los propios médicos del siglo XIX recomendaban que el enfermo se quedara en casa, siempre que las condiciones higiénicas fuesen las adecuadas, pues allí contaba con mejores cuidados (Armus, 2016).

En la sociedad de la modernización seguimos recurriendo a lo cotidiano para tratar la enfermedad, lo que demuestra que todavía hoy hay signos de que el principal recurso para el cuidado es la familia y el entorno cercano. Esto se puede apreciar por ejemplo en las comadres o las amas de casa. La mujer ha estado vinculada a los hechos y a los elementos de la naturaleza como por ejemplo dar a luz, amamantar o la crianza y esto ha constituido una profunda experiencia de vida que le acerca a su afán de preservarla (Bello-Suazo, 2000). El saber entre las mujeres circulaba de forma natural, no solo entre la familia, sino que sus experiencias se extendían más allá del núcleo familiar, por lo que era normal, como se ha visto en algunos pasajes, que una mujer aplicase un remedio a otra persona que no era de su familia (Salgado et al., 2018). Como se verá más adelante, la precursora de estas prácticas hoy día sigue siendo la mujer, e incluso comparten lo que saben con un locus más extenso, puesto que las nuevas tecnologías han facilitado la transmisión de estas prácticas. Así mismo, las familias de hoy buscan lo que se denomina la “validez cotidiana” es decir, confían más en un remedio si este ha sido utilizado por algún miembro de su familia (Reif y Lerkin, 1994).

La habilidad de las personas, el aprovechamiento de los recursos obtenidos de la naturaleza y el arsenal de remedios que se incorporan al cotidiano de la gente, constituyen la base de los cuidados de la salud en el mundo doméstico de la sociedad decimonónica, cuyas implicaciones para la tesis describimos a continuación.

a) Los terapeutas populares. Las fuentes abren un espacio de indefinición entre los que curan sin ser profesionales sanitarios legalmente instituidos. Se describen una gama de personajes que va desde los cuasi-profesionales, como son los barberos sangradores, que durante el periodo de estudio pierden sus competencias sanitarias legalmente reconocidas, pasando por los curanderos con dedicación plena a su oficio, hasta personas que muestran determinados conocimientos sobre remedios que utilizan de forma ocasional, como puede ser una anciana ama de casa que arregla problemas de huesos (huesera).

Según algunos estudios, el auge de los curanderos en el siglo XIX también estaba asociado con la forma que tenían de relacionarse. Eran personas empáticas,

sociables, trataban a la persona enferma desde una perspectiva más holística, teniendo en cuenta sus emociones o la espiritualidad, y su lenguaje era el mismo que el del enfermo (Barbado-Alonso et al., 2005). Por esta razón se convirtieron en un recurso muy valioso para algunas personas. En la actualidad los curanderos, han perdido la vigencia con la que contaban, pero sigue siendo una alternativa más dentro del mercado. Además, en la mayoría de las ocasiones, el uso que se le da en la actualidad está también motivado por las limitaciones de la medicina alopática y por la búsqueda de una cara más amable de la enfermedad (Barbado-Alonso et al., 2005).

Lo que parece claro es que, como señala Riccò, no por el hecho de asociar estas prácticas con lo tradicional tienen que ser inamovibles (Riccò, 2014). Los curanderos, en ocasiones recurrían a remedios caseros para paliar algunos síntomas. En la actualidad, la leche de almendra que prescribían al viajero romántico, puede encontrarse en cualquier centro comercial. Gran parte de las competencias que antes tenían estas personas han sido engullidas por el mercado, han entrado en la rueda del consumo como parte de la nueva visión de la sociedad (Torres La Torre, 1999).

b) Los recursos naturales. Desde los orígenes se ha tomado de la naturaleza cuánto necesitábamos para vivir. Nos ha proporcionado plantas para utilizarlas como remedios caseros, frutos, raíces etc. Andalucía especialmente posee un valioso patrimonio natural que pasa por ser uno de los más importantes de Europa. Específicamente Granada y Jaén cuentan con una variabilidad y riqueza de sus paisajes que coincide con la diversidad de sus recursos naturales (Romero Valiente, coord. s/f) De ahí la importancia que las fuentes dan a los recursos como las plantas, el agua o las condiciones medioambientales.

Con respecto a las plantas medicinales, cabe destacar que la Cordillera Subética con sus macizos montañosos como Sierra Nevada, Sierra de Segura o Sierra Mágina constituye una verdadera despensa de plantas cuyo uso medicinal estaba muy extendido entre sus gentes. Los pueblos que se situaban alrededor de estas montañas gozaban de suelos de naturaleza caliza, de diversas alturas o de climas cambiantes que permitían el crecimiento de multitud de especies.

El uso de las plantas medicinales se remonta a la antigüedad, el hombre la usó inicialmente guiado por su instinto, en la Edad Media los árabes tuvieron un especial protagonismo, ya que perfeccionaron la técnica de la destilación de plantas y emergió la figura de los maestros alquimistas que vendían aceites esenciales a base de romero, tomillo o lavanda. El siglo XIX destaca por los avances en el análisis químico de esencias y otros componentes vegetales, nace lo que se conoce como fitoquímica (Cano Ortiz y Martínez Lombardo, 2009). Aunque el avance de la herbolaria no hubiese sido posible sin las familias que transmitían y utilizaban su saber al resto de las generaciones. No era extraño, de hecho en los resultados se aprecia, que entre la población de aquel siglo gran parte de las personas supiese de remedios basados en plantas, pues era habitual que trabajasen la tierra y utilizaran sus frutos para su propia supervivencia. Estos saberes por tanto, no hay que considerarlos como anecdóticos pues encontramos sus huellas en la medicina que hoy consumimos.

Con las aguas medicinales y los recursos medioambientales ocurre algo similar. En la provincia de Jaén, la tradición en el uso y aplicación de aguas minero-medicinales se remonta desde la época árabe hasta la mitad del siglo XX que es cuando entró en recesión. Entre los resultados se mencionan las aguas de Marmolejo, que fueron declaradas minero-medicinales en el año 1869, por lo que sus manantiales eran utilizados para calmar dolencias más que para uso recreativo. En Granada por su parte, destacan los balnearios de Lanjarón o las aguas del río Darro. Teniendo en cuenta que la llegada a la Granada decimonónica, en su ruta de la costa, se realizaba desde Málaga, para el viajero romántico era obligatoria la pernoctación en Alhama, una ciudad legendaria a cuyos atractivos paisajísticos se unía su famoso balneario de salutíferas aguas (López-Burgos, 1998: 17).

Mención aparte merecen los lavaderos públicos o los baños que eran utilizados con fines higiénicos. Estos eran imprescindibles para el desempeño de esta tarea doméstica. Generalmente estaban situados cerca de ríos, arroyos o fuentes naturales y se fueron estableciendo en la mayoría de ciudades españolas siguiendo los preceptos higienistas (Quesada Morales, 2018).

Los cuidados medioambientales aparecen representados por la ventilación de

las habitaciones o la importancia de fregar los suelos. Lo cierto, es que fue a partir de la mitad del siglo XIX donde los preceptos de la higiene llegaron a las familias, aunque gran parte de ellas no pudieron ponerlos en práctica. Sabían que tanto la iluminación como airear las habitaciones era beneficioso para la salud, pero las condiciones de habitabilidad de la vivienda no les dejaban llevar a cabo estos cuidados. Destacados fueron los manuales de Manuel Carreño, que invitaba a la ventilación de los aposentos para liberar “las exhalaciones de los cuerpos durante la noche”, ya que impregnaba el ambiente y por tanto era una acción esencial para el mantenimiento de la salud. Lo cierto es que aunque las gentes de ese siglo tuvieran conocimientos sobre los aspectos medioambientales, no era muy usual que las personas más humildes pudieran realizarlos.

La riqueza de recursos naturales permanece en el tiempo y en nuestros días todavía se sigue reconociendo, pero ¿hay similitudes en los usos y formas? El desarrollo de la industria farmacéutica a principios del siglo XX tuvo efectos en el uso de remedios basados en plantas y se produjo el abandono paulatino de los remedios naturales (Torres La Torre, 1999). Lo cierto es que en el presente encontramos signos de una vuelta a lo natural que está originada entre otras cosas por el escepticismo hacia la medicina alopática o la búsqueda de la belleza y otras alternativas sustentadas en la naturaleza. El uso de plantas como alternativa es hoy una opción más que encontramos en herbolarios (como los que se concentran en los alrededores de la catedral de Granada), farmacias, centros comerciales, etc. Ha vuelto el interés por estos recursos, eso sí, adaptados al contexto cultural de nuestros días. Las familias de la actualidad, sobre todo las generaciones más jóvenes, se han desligado en su mayor medida del conocimiento, es decir, depositan su confianza en otras personas como puede ser un vendedor, un amigo y en ocasiones otros miembros de la familia. Ha llegado hasta nuestros días el uso de las plantas, pero no ha permanecido inalterable. La inmediatez se ha instalado en todas las capas de la sociedad, por lo que evidentemente el rito de recogida, conservación y preparación de un remedio ha sido sustituido por una bolsita de infusión. Esto está en consonancia con la idea que se defendía anteriormente y es que lo popular no tiene que confundirse con lo inamovible,

sino que tiene la capacidad de readaptarse en base a los significados y utilidades que les otorgan las personas que hacen uso de ellas (Riccò, 2014).

Entre los resultados, llama la atención como los viajeros románticos destacan plantas como la manzanilla, genciana, espliego, lavanda, esparto o tomillo. Como se detalla en los resultados cualitativos, entre las familias entrevistadas, la manzanilla sigue siendo la planta más nombrada y estos datos coinciden con un estudio reciente de la flora medicinal de Sierra Mágina, donde se reseña que actualmente se hace más uso de la manzanilla, lavanda, esparto y tomillo (Romero Valiente, coord. s/f). Es decir, todavía hoy, dos siglos después encontramos que las plantas medicinales que recolectaban en el siglo XIX siguen siendo los ingredientes principales de remedios naturales del presente, aunque adapten otras formas.

El abandono de los balnearios o manantiales surgió a finales del siglo XIX, cuando la red de suministros de agua pasó al ámbito privado, con la creación de las primeras tuberías (Quesada Morales, 2018). El carácter medicinal con el que visitaban estas aguas, se ha visto sustituido por el lúdico. Algunos balnearios y manantiales siguen hoy activos para uso recreativo, aunque como apuntan algunos estudios, esto también forma parte del cuidado de sí, solo que con una visión más adaptada al tiempo presente (Baeza Rodríguez-Caro, 2002). En una sociedad guiada por la prisa, la inmediatez o el estrés, en estos establecimientos se busca la relajación. Estos balnearios, al igual que los remedios basados en las plantas, forman parte por tanto del sistema capitalista, ya que se accede a ellos como una nueva forma de consumo.

c) Los hábitos como remedio. En los resultados se puede apreciar cómo a los viajeros románticos le preocupaban los hábitos y costumbres de las gentes, especialmente las formas de alimentación o las prácticas manuales que realizaban para prevenir algunas dolencias. A diferencia de los remedios basados en plantas o las aguas medicinales, la alimentación depende de la práctica, puesto que por norma general, para consumir un alimento hace falta elaborarlo. El interés por la alimentación no es algo propio del siglo XIX, y es que tanto los alimentos como las prácticas que requieren de un aprendizaje previo, nos van a facilitar la comprensión de cómo el ser humano satisface sus necesidades (Martínez Rincón y Rodríguez Cisneros, 2002).

A parte de describir los usos culinarios de las gentes, los viajeros románticos describían aquellos alimentos o prácticas que gelatinizaban la salud, como el chocolate o los caldos para las mujeres embarazadas, pero también como causa de pérdida de la salud, como las bizcotelas que causaron indigestión en un niño o las intoxicaciones etílicas entre los adultos. Esto está relacionado con el contexto cultural en el que se enmarca la alimentación. No es habitual que una persona consuma como alimento todo lo que la tierra le ofrece, es decir, no es el poder nutritivo lo que convierte a un producto en alimento sino el uso cultural que se hace del mismo. Por esta razón a los viajeros les interesaban tanto los hábitos culinarios de otro país, porque cada cultura tiene una propia definición de lo que es comestible o no.

Las fuentes muestran transferencias entre pautas alimenticias de hace dos siglos y las actuales. Por ejemplo, el hecho de dar caldos para calmar una indigestión o después del parto es una práctica que se realiza en la actualidad o el modo de conservación del jamón no se distancia mucho de cómo se hacía en el pasado. La historia nos demuestra que estas prácticas ya existían antes. Si nos preguntamos ante una indigestión, por ejemplo, por qué tomamos caldo o dieta blanda, seguramente responderemos “porque es bueno”, pues bien, la justificación individual es muy rica en enseñanzas pues el gusto del que come ha sido formado por prácticas tradicionales que han llegado hasta nuestro tiempo.

En relación con las prácticas manuales, aparecen sobre todo las relacionadas con el periodo de embarazo y posparto. Y resulta llamativo como las que aparecen descritas por los viajeros permanecen en la actualidad, como que las embarazadas no hagan esfuerzos físicos para evitar abortos o evitar fajar a una parturienta. En este caso, como se ha mencionado anteriormente, en cuestiones relacionadas con el parto o el embarazo las mujeres eran las depositarias de este conocimiento, por lo que era habitual que circularan los saberes entre ellas, tal ha sido la influencia de estas mujeres que gran parte de las prácticas se mantienen en la actualidad.

8.2. La institucionalización de la demanda

Los servicios de urgencias son frecuentados de una manera similar en todas las generaciones estudiadas. El grupo de edad más joven los usa más asiduamente que las generaciones mayores, pero esta tendencia es poco significativa por lo que no existe una ruptura generacional en el patrón de visitas a este servicio. Estos datos están en consonancia con el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud que afirma que aunque el grupo de entre 0-4 años y los mayores de 90, son los que más visitan los servicios de urgencias, la frecuentación en los demás grupos de edades no varía significativamente (Ministerio de Sanidad, 2019). Las generaciones acuden de forma mayoritaria a este servicio por propia iniciativa, aunque se da el caso que en personas de generaciones mayores acuden guiadas por el criterio de sus hijos (consejo familiar) o por su médico de cabecera. En 1988, el Defensor del Pueblo en su informe anual ya advertía que del total de las visitas a urgencias (casi 24 millones), un 74 % eran por iniciativa del usuario ya que suponía una vía fácil de acceso al sistema (Peiró et al., 1999). Así mismo, se pone de manifiesto como la red social provee de retroalimentación cotidiana, en este caso, recomendando la visita a un servicio de salud ante la presencia de una enfermedad (Sluski, 1995). Bien sea por su propio criterio o por consejo de algún familiar, parece claro que visitar urgencias forma parte de la normalidad de estas personas y está justificado, como subrayan algunos artículos, desde el momento en el que la cartera de salud lo oferta a su población y universaliza los servicios. La población sabe que tiene a su disposición una estructura que vela por su salud, incluso en situaciones de urgencia, y ejerce su derecho a decidir cuándo acudir (Miró, 2009; Moreno Millán, 1995).

A lo anterior se suma que prácticamente la totalidad de los entrevistados acuden a urgencias por problemas considerados banales. Concretamente, son los más jóvenes los que hacen uso de las urgencias por problemas leves, entre ellos, resfriados, dolor de garganta o síntomas relacionadas con cuadros gastrointestinales. Estos datos coinciden con los resultados de diversos estudios que muestran que los grupos diagnósticos más frecuentes son las enfermedades respiratorias, signos y síntomas mal

definidos o problemas gastrointestinales (Oterino et al., 1999). Entre los que pertenecen a esta generación es normal acudir a urgencias acompañando a sus hijos, es decir, no van por patologías propias sino por las de sus primogénitos. Esto no quiere decir que el uso sea adecuado, de hecho, la fiebre moderada o los vómitos son los síntomas más consultados entre los padres jóvenes entrevistados. Lo anterior podría estar en relación con el uso inadecuado que hace de las urgencias la población pediátrica de España de entre 0 y 7 años (Oterino et al., 1999). En contraposición, la generación mayor acude a este servicio por problemas graves como la arritmia o el cólico nefrítico. Destacar que en el uso que hacen de urgencias las generaciones, se observa un cambio de tendencia, ya que, aunque la mayoría de las personas que pertenecen a la generación mayor utilizan adecuadamente estos servicios, se encuentran familias en las que las tres generaciones visitan urgencias por patologías banales, incluidas las personas mayores.

Lo que llama la atención de los datos es que, aunque toda la población independientemente de la edad visite las urgencias, existen diferencias de uso entre las generaciones. Además, es reseñable el hecho de que los mayores consuman este servicio cuando en el pasado daban respuesta a problemas de salud cotidianos con sus propios saberes y prácticas. El escenario anterior muestra el fenómeno conocido como “la masificación o sobreutilización de las urgencias” (Moreno Millán, 2008). Algunos estudios relacionan el incremento de visitas a urgencias con los cambios demográficos (población más envejecida), problemas en la accesibilidad del sistema o desorganización en atención primaria (Martín-Sánchez et al., 2010; Oterino et al., 1999). Para otros autores, los componentes sociológicos y culturales no pueden pasar desapercibidos por el sistema sanitario y atribuyen el problema de las urgencias a lo que denominan “la cultura de la inmediatez” (Espinosa, 2014; Moreno Millán, 1995; Pasarín et al., 2006).

Si nos centramos en las generaciones mayores estudiadas, la mayoría hacen un uso correcto de los servicios de urgencias. Tal y como muestran algunas investigaciones, la proporción de uso inadecuado es significativamente mayor en los pacientes más jóvenes (Miró, 2009; Oterino et al., 1999). La población mayor suele acudir por

problemas derivados de su edad o de patologías crónicas. Pero en esta generación se han encontrado personas que visitan este servicio por problemas banales, ¿por qué ese cambio de tendencia? En los jóvenes quizás se vea de forma más nítida. Entre los resultados de esta investigación destaca que ningún joven ha consultado urgencias por problemas graves. De estas personas, solo dos son mayores de 40 años. Estamos frente a la generación *millennial*, que se caracteriza precisamente por la inmediatez y este rasgo se manifiesta también en el consumo de servicios sanitarios. Esta generación ha sido engullida por la cultura de la prisa y esto ha convertido la urgencia personal en urgencia médica (Elsevier Connect, 2020; Hernansanz Iglesias, 2015). Nos encontramos en una sociedad que paradójicamente, aunque haya mayor esperanza de vida, la salud percibida es menor, o lo que es lo mismo, en una “sociedad del bienestar donde no es bien tolerado sentirse mal” (Darriba Rodríguez et al., 2003). Se ha desmantelado la paciencia y la tolerancia a situaciones frustrantes, no se espera a una cita médica, ni siquiera evalúan qué les ocurre de forma sosegada. El significado de salud y enfermedad ya no es el mismo que hace unos años porque la sociedad cambia constantemente (Márquez et al., 2003). Cuando se percibe que la salud no es la adecuada se busca atención inmediata y el cuidar de sí mismos es sinónimo de solicitar atención médica.

Evidentemente, la inmediatez tiene un precio, y es lo que se puede apreciar en el uso que los mayores hacen de los servicios sanitarios. En su “Modernidad Líquida”, Bauman afirma que en la sociedad actual el “corto plazo” ha reemplazado al “largo plazo” y ha convertido la rapidez en ideal último (Bauman, 2004). Si retrocedemos 50 años, estas generaciones resolvían dolencias cotidianas en el seno del hogar mientras que en la actualidad nos encontramos que de forma paulatina, cada vez más, prefieren resolverlas en un servicio de urgencias. Se ha pasado de la utilización de remedios tradicionales y de la frecuentación de los servicios sanitarios de forma racional, a invisibilizar prácticas ancestrales de nuestra cotidianeidad con la consecuencia de la progresiva demanda de atención urgente (Darriba Rodríguez et al., 2003). Se podría decir que los valores que conforman nuestra sociedad actual no dejan espacio para hábitos aprendidos para enfrentar la vida.

De la lectura de los resultados sobre el uso de las urgencias se vislumbra que estamos frente a un periodo de transformación social donde el factor tiempo juega un papel determinante. Para los más jóvenes esperar a ver los síntomas no es una opción y las generaciones mayores están viendo como inevitablemente las formas ancestrales de cuidado se están debilitando. Por lo que nos enfrentamos a una juventud que no concibe otra forma de paliar sus dolencias que acudiendo a los servicios médicos, y las generaciones mayores que, a pesar de poseer conocimientos de cuidados, se ven abocadas a consultar al médico por la falta de encaje en una sociedad impaciente. Además, como algunos estudios defienden, el papel paternalista de la medicina tiende a agravar aún más la situación, ya que devalúa las formas no médicas de curar, invalidando el papel del paciente en su propio cuidado, y esto convierte en necesidad la puesta en manos de profesionales sanitarios (Márquez et al., 2003). Es cierto que la ciencia moderna ha mejorado las expectativas de vida, pero al estar construida bajo los preceptos de la modernidad ha dejado de lado los saberes tradicionales (Vázquez González et al., 2015). Por tanto, esta nueva sociedad actúa bajo el convencimiento de que la medicina moderna podrá resolver todas sus dolencias, hasta las más cotidianas, y ante esto los sistemas sanitarios necesitarán cada vez más recursos para dar respuesta a la demanda que van induciendo. Como señala Juárez, estamos ante personas que más que acudir al médico a curarse acuden a ser curados (Juárez Jiménez et al., 2014).

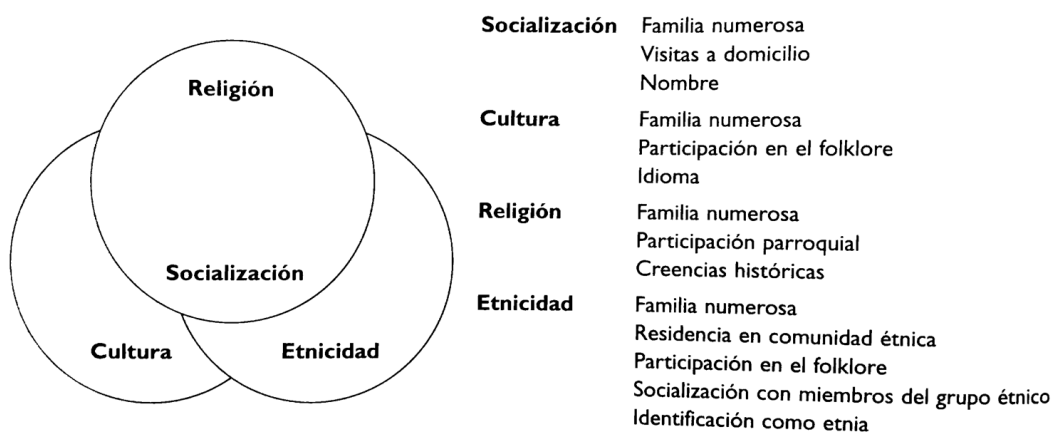
8.3. Mestizaje de saberes y habilidades cuidadoras

Prácticamente la totalidad de los entrevistados es capaz de describir algún tipo de remedio para el problema de salud consultado en el servicio de urgencias. El resto, aunque no sepa algún remedio para esa dolencia en específico, narra alguna terapia para paliar los síntomas que esta conlleva. Llama la atención que entre el catálogo de saberes que emergió de las entrevistas, no solo destaca el uso que hacen de remedios derivados de plantas o alimentos sino también cómo recurren a productos comerciales y medicamentos que no precisan prescripción. Esto sugiere un espacio de mestizaje entre viejos y nuevos saberes, entre habilidades derivadas de la tradición y las

asociadas al consumo de productos de nuestro tiempo. Entre las generaciones jóvenes el remedio más citado ha sido la manzanilla y, curiosamente, es la generación mayor la que en más ocasiones ha nombrado el paracetamol para paliar sus dolencias, seguido del eucalipto y los cataplasmas. Entre los datos anteriores se vislumbra cómo conviven elementos de la medicina popular y la alopática y la influencia de la cultura actual en la herencia tradicional o lo que Estes y Zitzow denominaron “consistencia hereditaria”, que describe hasta qué grado el estilo de vida de una persona refleja su cultura tradicional (Estes y Zitzow, 1980; citados por Spector y Muñoz, 2003: 5-6). Para Spector, entre los valores que determinan la consistencia hereditaria se encuentran la socialización, cultura, religión y etnicidad (ver imagen 11).

Imagen 11

Modelo de consistencia Hereditaria



Nota. Adaptado de *Las culturas de la SALUD* (p.6), por Spector Rachel., Muñoz M.J, 2003, *Pearson Educación*.

Estos valores se modifican constantemente, de tal forma que una misma persona puede poseer características de una herencia consistente (tradicional) o inconsistente (culturizada) (Spector y Muñoz, 2003: 6). En este caso la automedicación, las plantas y los alimentos son las categorías más nombradas por los informantes entrevistados, incluso en la generación mayor. Esto muestra que los saberes y prácticas

heredadas de generaciones anteriores no han desaparecido, pero cada vez con más frecuencia se están imponiendo nuevos saberes más acordes con los valores de la sociedad actual, como el uso de productos comerciales o medicamentos. Se podría decir que la consistencia hereditaria en las generaciones mayores continúa siendo mayor que en los jóvenes, puesto que el acervo de conocimientos sobre remedios tradicionales es más vasto. Sin embargo, debido a los valores y aspectos derivados de la cultura actual como la rapidez o la comodidad, se están asentando en todas las generaciones otras prácticas más afines a este nuevo panorama.

La cultura actual ha abierto el paso a otras prácticas y además ha transformado los remedios que desde nuestros ancestros se vienen elaborando. Esto se aprecia en las nuevas formas de consumo y preparación que narran los informantes. En las generaciones mayores entrevistadas es llamativo la comparativa que establecen entre cómo se utilizaban en el pasado los remedios y cómo se usan en la actualidad. De tal forma que asumen que aunque los remedios se han seguido transmitiendo entre generaciones, estos no han permanecido inalterables. Ponen como ejemplo la manzanilla: su uso más frecuente es para la gastroenteritis y conjuntivitis y además especifican que, generalmente, la infusionan y se la beben o la utilizan como colirio. Pero hacen hincapié en lo que les parece más reseñable: el formato que adopta el remedio. El rito que generalmente compartían con sus madres que consistía en desplazarse al campo para hallar la planta en cuestión y posteriormente infusionarla, se ha sustituido por una bolsita que puede encontrarse en cualquier supermercado. Como la manzanilla, en los discursos de los informantes hallamos múltiples remedios que han sufrido estas modificaciones, como el vapor de eucalipto, que ha adoptado la forma comercial conocida como VapoRub. El interrogante que surge de estos discursos es si los remedios expuestos por los informantes pueden considerarse como lo que usualmente se entiende por medicina popular.

Eduardo Menéndez parte de la base de que no se puede analizar la medicina popular separándola del contexto cultural de la población que hace uso de estas prácticas. Considera que desde las teorías de la Modernización se han elaborado juicios que no están en consonancia con estas prácticas. Afirma que no es acertado definir a la

medicina popular como antagónica a la medicina alopática, así como considerarla resistente al cambio, inalterable al paso del tiempo (Menéndez, 1996). En los datos obtenidos en esta investigación se aprecia que en la dinámica social de las personas acuden a uno u otro saber o incluso conviven sin entrar en estas contradicciones o por lo menos, no de forma tan acusada como podría pensarse. El hecho de que las personas se muevan desde la pluralidad de sistemas es algo natural. Como defienden algunos estudios, ni siquiera la posición dominante de la medicina alopática en muchas sociedades avanzadas tecnológicamente y científicamente, ha erradicado otras prácticas existentes, aunque sí ha contribuido a modificaciones o subalternidad (Bejarano, 2004; Paredes Villegas, 2015; Portugal Ramírez, 2016). Por esta razón, Riccò afirma que la medicina popular no debe considerarse como un hecho o como algo que pertenece al pasado sino que es un continuum dinámico, inscrito en un contexto determinado (Riccò, 2019). Estas prácticas están en proceso de readaptación y de resignificación en un mundo medicalizado e influido por una nueva cultura que sienta sus bases en los preceptos de la modernidad (Riccò, 2018). Una realidad que Weber denominó “el desencantamiento del mundo” (citado por Resico, 1998).

Lo que parece claro es que la medicina popular ha demostrado su capacidad de renovarse y adaptarse a los cambios de una sociedad dominada por la rapidez y la comodidad (Amezcuá, 2001). De ahí que la manzanilla haya encontrado un mejor formato de presentación en una bolsita comercial. Por lo que quizás, para darle relevancia en la actualidad a un remedio, no sea necesario emplearlo exactamente igual que nuestros ancestros. La tradición se reinventa desde el presente, con la mirada puesta en el pasado y rescatando aquello que se considere útil (Serra Erice, 2019:10). Y esto implica que un remedio adopte nuevas interpretaciones o incluso que se combine con otras prácticas más actuales sin perder su sentido e importancia.

Por último, subrayar que el concepto clásico de medicina popular carece de sentido y significado en la sociedad actual, por lo que los saberes cambian y se adaptan según los nuevos valores (Espinosa Cortés y Ysunza-Ogazón, 2009). Por ello, en esta tesis, se optó por utilizar el término “saberes y habilidades cuidadoras en la familia” que, aunque no acota lo que tradicionalmente se viene entendiendo por medicina popular,

sí se hace permeable a expresiones del sanar con independencia de la época o el contexto cultural.

Quizás, como señaló Weber, el reto estaría en admitir que las tradiciones vivas son las que evolucionan y cambian. La medicina popular o en este caso, los saberes familiares, aunque paradójicamente estén anclados a la sociedad actual, pueden representar una estrategia para volver a “reencantar al mundo” (citado por Resico, 1998).

8.4. Un escenario expandido de aprendizaje

La observación, la práctica y la experiencia son las tres estrategias que utilizan las generaciones entrevistadas para adquirir los saberes y habilidades cuidadoras en la familia. El concepto de observación tiene diferentes connotaciones según la generación que lo utilice. Por ejemplo, cuando a las generaciones mayores se les preguntó por su proceso de aprendizaje, la mayoría recurrieron a observaciones pasadas, es decir, evocaron recuerdos sobre cómo generaciones anteriores realizaban los remedios. A través del recuerdo son capaces de reproducir un remedio concreto. En los jóvenes esto no ocurre, sino que ellos adoptan el papel de espectadores. Han aprendido observando cómo otros miembros de la familia realizan un remedio.

En el discurso de las generaciones mayores se percibe la importancia que otorgan a los conocimientos de sus antepasados, de hecho, los sitúan como fuente de sabiduría. Además, hacen hincapié en que su aprendizaje era fundamentalmente artesano, ellos aprendían elaborando el remedio con la familia. Lo anterior pone de manifiesto lo que se denomina “brecha generacional” o las diferencias existentes entre generaciones. Cada generación es un mundo diferente, vive sus tiempos de auge y también de declive, y esto se ve reflejado en el proceso de aprendizaje (Klein, 2020). Cada persona aprende según su identidad generacional, es decir, aprende según lo que le define y en función de los valores que enmarcan a la sociedad con la que se siente identificada (Juárez, 2017). En este caso, la observación sigue siendo un instrumento principal para obtener conocimientos, pero cada generación observa desde un prisma diferente. Para los más mayores el pasado otorga “validez cotidiana”, como sugieren

Reif y Lerkin (Reif y Lerkin, 1994). Para ellos, las prácticas que observaron de sus antepasados son fiables y válidas, entre otros motivos por la referencia vivencial que poseen (Ibáñez Utrera, 2013). La identidad de los jóvenes es casi instantánea, las innovaciones sociales aparecen y desaparecen a una velocidad de vértigo y para ellos su referencia es el presente y no el pasado ni la tradición. Se podría decir que, para los jóvenes, la observación de la historia familiar no es el medio más adecuado para su aprendizaje (Rodríguez Salón, 2010).

Otra de las estrategias de aprendizaje utilizadas por los informantes es la práctica o aprender haciendo. Describen dos escenarios: la práctica del remedio con personas de otra generación que conocen cómo elaborarlo y la práctica individual. Los informantes elaboran el remedio para un uso personal o bien para otras personas que, generalmente, suelen ser sus progenitores. Cuando los informantes aplican el remedio en sus hijos, de alguna manera están adquiriendo nuevos conocimientos y experiencias de aprendizaje para cuidar de la salud de los demás (Hernández Tezoquipa et al., 2001).

Una vez que los informantes aprenden y practican con el remedio, adquieren la seguridad y confianza para adaptar el conocimiento que le han brindado sus antecesores a las circunstancias culturales actuales. Los informantes de esta investigación admiten que siguen utilizando algunos remedios que aprendieron de generaciones anteriores, pero afirman que, en ocasiones, los mezclan con otros ingredientes o que incluso los combinan con productos farmacéuticos. Es decir, es a través de la experiencia donde se vislumbra que el conocimiento familiar también es dependiente de situaciones socioculturales y se renegocia continuamente (Castellanos, 2011; Cruz Parrado, 2020). Es lo que Freire denominó el “saber genuino”, aquel que emerge de la experiencia vivencial, un conocimiento que no está dado sino en continua construcción. A diferencia del saber médico que es un saber prescrito, el popular o cotidiano se enmarca en un entorno dinámico de aprendizaje o lo que algunos autores llaman aprendizaje interactivo (citado por Castellanos, 2011). En los discursos de los informantes se puede apreciar la importancia de la interacción social en el aprendizaje de los saberes. Evidentemente, al referirnos a prácticas y saberes familiares, la familia es el agente de socialización más relevante, pero también entran en juego los servicios

de salud, farmacia, medios de comunicación etc. Esta interacción entre ciencia, tecnología y cultura es lo que se denomina apropiación social del conocimiento. La persona hace acopio de los conocimientos que considera útiles para su cotidianeidad, se convierten en bienes públicos y con ellos practica, experimenta y finalmente los transmite (Agudelo Martín, 2012; Castellano, 2011). Por ejemplo, algunos informantes narran que en su vida diaria suelen combinar remedios transmitidos por generaciones anteriores, como la media cebolla con un jarabe antitusivo. Por tanto, el universo de saberes de una persona emerge a través de la observación, de la práctica y de la experiencia individual y colectiva (Hernández Tezoquipa et al., 2001).

Cabe señalar el papel de la familia en el proceso de aprendizaje. Como se observa en los datos, la familia es el lugar de acogida donde se concretan los modos cotidianos de vida y el lugar donde padres e hijos aprenden conjuntamente. Como se ha señalado anteriormente, cada generación aprende según su identidad, y esto puede hacer difícil que se compartan espacios de diálogo entre las generaciones. Se torna complicado que la educación o el aprendizaje entre generaciones se base en las experiencias vividas cuando la vida de los hijos es muy diferente a la de los padres. Algunos autores proponen que para que la narración de una experiencia se convierta en aprendizaje no solo se ha de compartir la experiencia vital, cómo se actuaba en el pasado o qué hacían los antecesores, sino que esa experiencia se ha de convertir en presente, en tangible, y esto pasa por narrar cómo se resuelven actualmente los problemas y qué herramientas se utilizan (Ortega Ruiz y Mínguez Vallejos, 2003). De esta forma, la experiencia individual se convierte en colectiva y se acepta como nuestra.

Paradójicamente, en una sociedad hipercomunicada, el aprendizaje a través del diálogo es una necesidad urgente y la familia, aún en la sociedad posmoderna, se vuelve indispensable para hacer propicio ese espacio de encuentro. La familia hace posible la interpretación del pasado, sirve como ancla al presente y a través de ella se expresan nuevas formas de enfrentar la vida.

En cuanto a la forma de transmisión, la oralidad es la forma de transmisión más común que utilizan los informantes para compartir los saberes familiares. A la hora de transmitir, se han reconocido dos intencionalidades: utilitaria y espontánea.

La transmisión utilitaria se activa cuando aparece una dolencia, dirigiéndose a la solución de problemas observables y objetivables. Generalmente, es la generación mayor la que aconseja a la más joven. En este tipo de transmisión tiene un papel fundamental la madre, sobre todo en generaciones jóvenes. Entre los informantes, destaca el consejo que les brinda la madre, aunque reconocen que no siempre lo siguen. Asimismo, la transmisión también puede ser horizontal, es decir, entre personas de una misma generación, como es el caso de los hermanos. Este tipo de transmisión, que busca solucionar un problema que afecta a algún miembro de la familia, es algo intrínseco al ser humano. De forma natural, se busca esa relación de ayuda mutua, de tal forma que, como algunas investigaciones afirman, en el proceso de transmisión se demuestra el rol y el estatus que desempeña cada miembro de la familia (Acevedo Rodríguez y Moya Padilla, 2013).

Por otro lado, se encuentra la transmisión espontánea, que se activa sin que necesariamente haya presencia de dolencia, por lo que tiene una clara y exclusiva intención pedagógica. Ocurre cuando un miembro de la familia en el marco de su cotidianeidad, le narra un remedio a otra persona. Entre las generaciones jóvenes entrevistadas llama la atención cómo este tipo de transmisión la realizan fundamentalmente sus abuelas. Ocurre que, aunque el conocimiento sea transferido y las generaciones jóvenes lo recuerden, generalmente no hacen uso del mismo. En este caso, la generación mayor se identifica como impulsor de la transmisión de su herencia cultural. El ser humano, como ser social, posee la necesidad de compartir aquello en lo que cree. Los saberes familiares no solo se transmiten en momentos de necesidad, sino que emergen y se transfieren en el “rumiar cotidiano”: están incorporados en la práctica diaria (Palumbo, 2020). Por tanto, la transmisión de saberes familiares no solo es un acto de apoyo y ayuda, como se aprecia en la transmisión utilitaria, sino también de generosidad y confianza en el otro (Acevedo Rodríguez y Moya Padillo, 2013).

Ya sea utilitaria o espontánea, lo que está claro es que la oralidad sigue siendo el sistema de expresión comunicativa y de transmisión más importante entre los informantes. Como algunos autores afirman, la oralidad como hecho social permite que una persona adquiera y transfiera experiencias, costumbres y hábitos,

configurando sociedades humanas (Gil Terán, 2011; Sarria Viáfara, 2019). En este sentido, Durkheim enunciaba que la oralidad lleva implícita una acción coercitiva, ya que modela la forma de pensar y por tanto de actuar. Aunque en el caso de las generaciones jóvenes, como en este estudio, se manifieste en la no utilización del remedio transmitido por generaciones anteriores (citado por Vázquez Gutiérrez, 2012).

En el cotidiano de las familias no solo se transmiten historias, experiencias o formas de enfrentar la realidad, sino que, como afirma Korol, también aquello que les ha permitido vivir de forma más satisfactoria (Korol, 2008). En este caso se manifiesta a través de hábitos saludables en la alimentación, como desayunar un zumo de naranja. Este hábito ha sido transmitido de generación en generación desde el abuelo a la nieta.

De los datos se extrae que la transmisión familiar permanece, pero no es inalterable. Como algunos estudios indican, la dimensión está variando (Comboni Salinas y Juárez Núñez, 2013; Gil Terán, 2011; Villa, 2018). Esto se puede apreciar en la transmisión que se produce entre hermanos. Ya no solamente se habla de transmisión vertical, de padres a hijos, o de abuelos a nietos como ocurría en las familias de tiempos pasados, sino que esa continuidad se está rompiendo. Además, la transmisión familiar se está volviendo más problemática y a la vez más interactiva. Los hijos y nietos ya no son meros receptores del conocimiento, sino que lo interpretan y por lo tanto reaccionan ante él (Donati, 1999; Pérez Herrero et al., 2006). De ahí que algunos informantes no hagan uso del remedio o práctica que le transmite su madre o abuela. Pero, ¿qué ha ocurrido para que la transmisión familiar ya no sea la misma que hace unos años? Algunos autores lo achacan a la posmodernización familiar o, dicho de otro modo, la flexibilización de la familia (Ayuso Sánchez, 2015). La relación y la reciprocidad intergeneracional ya no está limitada al interior de una familia, sino que se ha convertido en un complejo de relaciones: hay coexistencia con otras formas de relaciones intergeneracionales (Pérez Herrero et al., 2006). Lo anterior, una vez más, está íntimamente ligado a la transformación de la sociedad, específicamente al avance de las comunicaciones modernas: internet, teléfonos móviles, redes sociales, etc.

Si analizamos el discurso de los informantes, refieren que otra forma de transmitir los saberes familiares es a través de los soportes digitales. Utilizan los

teléfonos móviles no solo para comunicarse con la familia, sino que crean espacios de interacción y transmisión de prácticas entre los diferentes miembros de una familia. En este caso, destacan además de la búsqueda a través de internet, la aplicación Whatshapp. El informante narra que participan todos los miembros de su familia y que a través de la misma, comparten sus dolencias y las formas de paliarla.

Estamos frente a una nueva cultura en el seno de la familia. Habitualmente, en la familia nuclear antigua, la socialización se llevaba a cabo en un círculo familiar muy cerrado (Ayuso Sánchez, 2015). Sin embargo, con la entrada de las tecnologías en la cotidianeidad de la familia, el locus próximo se expande y se abre un nuevo escenario de participación con múltiples agentes. Los saberes familiares salen de la esfera privada, de ese núcleo cerrado en el que solo interactuaba una parte reducida de la familia, para expandirse y abrirse a otros miembros de la familia y del entorno cercano. Por ejemplo, algunos informantes narran que a través de su círculo de amistad también se obtiene y se transmite información relacionada con los cuidados. Hace más de 20 años Granovetter, con su teoría de los lazos débiles, reivindicaba el papel crucial que las amistades jugarían en el mantenimiento del sistema social y cómo las tecnologías fortalecerían estos lazos con la consecuencia del debilitamiento familiar (Granovetter, 1973). Frente a esta idea de individualidad, Castells mantiene que flexibilizar los lazos familiares no supone un debilitamiento de la familia, sino que se puede ver como una oportunidad de generar nuevas formas de comunicarse sin destruir las existentes (citado por Ayuso Sánchez, 2015).

Lo que está claro es que, ya sea a través de soportes digitales o de boca en boca, es a través de la oralidad como se difunden los saberes familiares. La tradición oral evoluciona porque así lo hacen también las familias. Para Walter, la transmisión a través de soportes digitales sería una prolongación de la oralidad y acuñó el término “oralidad secundaria” ya que, según el autor, el lenguaje hablado en teléfonos, radio o televisión mantenía la esencia del lenguaje oral, solo que dependía de la escritura para su existencia (citado por Ong, 1996). Esto lo reafirman los informantes de generaciones jóvenes. Para ellos el poder que en la transmisión de saberes tiene la publicidad y las redes sociales se asemeja al que puede tener el hablar con un familiar o incluso lo

supera, ya que lo asocian con los valores de la modernidad.

En esta investigación se vislumbra que la función de transmitir y preservar los saberes familiares evoluciona según los cambios sociales, pero que a la vez permanece en su esencia, a través del tiempo e independientemente de que surjan nuevos soportes y estructuras. El hecho de que en las familias actuales se hayan incorporado otras formas de entender la oralidad favorece que la cultura de nuestros ancestros siga perviviendo.

Según los informantes, la persona que comparte su saber se ubica en la familia, es fundamentalmente mujer y además pertenece a generaciones anteriores. Independientemente de la generación a la que pertenezcan, cuando a los informantes se les preguntó quién les había transmitido los saberes y prácticas familiares, identificaron por un lado a la madre y por otro a la abuela. También nombraron, aunque con menos frecuencia, a otros miembros de la familia como la tía o la hermana.

Se pone de manifiesto que es en la familia donde el aprendizaje se inaugura, se transmite y es el primer espacio de cuidados. La familia se ha considerado desde tiempos inmemorables como la mayor prestadora de salud (Costa et al., 2013; Vaquiro Rodríguez y Stiepovich Bertoni, 2010). Gracias a ella se garantiza la herencia cultural y sobrevive el ser humano, ya que no podemos subsistir sin un grupo. Según Collière, el cuidado es todo lo que ayuda a vivir y permite existir, por lo que en la red familiar no solo se transmiten remedios o prácticas sino también hábitos y formas de enfrentar dolencias (citado por Benjumea de la Cuesta, 2007). Por ejemplo en una de las familias entrevistadas, todos los miembros coincidían en que desde generaciones anteriores se ha ido transmitiendo una actitud poco alarmista frente a una dolencia y que esta ha llegado hasta las generaciones más jóvenes. Así mismo, el hecho de compartir saberes o prácticas, se ve favorecido si el que comparte y el receptor, habitan en la misma casa, ya que según los informantes se acaba imitando lo que otras generaciones hacen, como por ejemplo, cocinar de una determinada forma.

La promotora de estas prácticas sigue siendo la mujer. Entre los discursos de los informantes se aprecia como el saber circula de forma natural entre las mujeres,

generalmente entre madres e hijas. Entre las generaciones mayores llama la atención como hacen una distinción entre los roles de la mujer y del hombre. Según su experiencia, las mujeres se encargaban de preparar y transmitir estos saberes ya que eran las que se encontraban en el hogar. Por otro lado, los hombres eran los responsables de suministrar los ingredientes necesarios para la elaboración de los remedios. Reconocen que en la práctica estos roles no estaban tan definidos. Las mujeres también suministraban ingredientes para elaborar los remedios y el hecho de que los hombres se dedicasen en la mayoría de las ocasiones a dotar de materia prima, no quiere decir que nos conociesen remedios. De hecho, como los informantes afirman, los elaboraban para su propio consumo. Además, narran que aunque en este caso sus padres no se lo transmitieran de forma oral, aprendían de ellos a través de la imitación. Por otra parte, las generaciones más jóvenes hacen referencia a la importancia del cuidado. Afirman que a través del mismo sus madres manifestaron su conocimiento y que gracias a esta experiencia familiar, han incorporado estas prácticas a su cotidianidad. Además, señalan que las hijas desarrollan un vínculo especial que les une a las madres y que esto se expresa a través del cuidado. Lo que llama la atención es que tanto las generaciones más mayores como las jóvenes asignan como transmisora y referente de estas prácticas a la mujer. Y es llamativo porque los cambios sociales que han acontecido también han modificado la vida de la mujer, por ejemplo, la entrada al mercado laboral o la participación, aunque en menor medida, de otros agentes en el cuidado, como puede ser el hombre u otros miembros de la familia (Martín Palomo, 2008). Esto nos invita a una reflexión y es que el valor del saber que emana del espacio doméstico o del hogar permanece, al igual que sobrevive el rol de la mujer como fuente de sabiduría popular. Es cierto que en la sociedad posmoderna se tiende a invisibilizar o incluso a tacharlo de carente de importancia pero ¿por qué desvalorizar aquello que nos ha permitido existir?

El conocimiento se genera, se modifica y se practica en un determinado espacio. En el caso de los saberes y prácticas familiares emanan del entorno doméstico, del hogar, y se practica en la cotidianidad, y esto ha sido posible gracias a las mujeres (Salgado Medina et al., 2018). Cuando se menciona el entorno doméstico u hogar, en

ocasiones se tiende a tacharlo de forma peyorativa, como un espacio de opresión, del que no puede nacer nada genuino y que, por supuesto, habría que desvincularlo del rol de la mujer actual. Lo cierto es que el saber popular, como se observa en el discurso de los informantes, se ha perpetuado en la memoria de las mujeres. Y esto es en gran medida a que, a pesar de que se ha transformado, ha sabido adaptarse y permanecer durante generaciones. Hoy día el entorno doméstico no puede ser entendido como un espacio inerte, cerrado y agónico (Pino de Casanova, 2000). Al contrario, está tejido por una red de relaciones complejas, que van más allá del núcleo familiar (Vergara-Buitrago, 2018). Los informantes hacen referencia a otros miembros de la familia e incluso amigos y esto es así porque el saber que se practica en el hogar tiene intención de expandirse para modificar prácticas y actitudes. Cuando las mujeres transmiten una práctica no solo lo hacen con intención de ayuda mutua, sino que también se lo enseñan a generaciones más jóvenes, y sobre todo a otras mujeres. Es decir, permiten la circulación del conocimiento más allá de la familia (Vergara-Buitrago, 2018).

Al preguntar a los informantes por la importancia que tienen en su familia estos saberes, tanto jóvenes como mayores fueron conscientes del vacío que dejaría en la dinámica familiar la pérdida de estas prácticas, ya que, gracias a la transmisión de estos saberes, se mantiene la salud en el ámbito doméstico. Evidentemente, debido a los cambios sociales y culturales, la transmisión de los saberes familiares ha variado: en el pasado, como defienden algunas investigaciones, constituía la única vía de acceso de las clases populares a la medicina, actualmente entran en juego otras prácticas que pertenecen a la medicina alopática u otras prácticas alternativas (Cuadrada, 2014). Precisamente por la comparación con otras prácticas, específicamente con la medicina alopática, se tiende a menospreciar el valor del saber familiar. El discurso de la modernidad nos ha hecho creer que el conocimiento considerado científico es universal y por tanto es el único legítimo. Esto es un signo de violencia cultural y una expresión de relación de poder (Salgado Medina et al., 2018). Si se traslada a la actualidad, se puede entender por qué no se visibiliza el saber doméstico. Uno de los aspectos relevantes por el cual se discrimina el saber familiar es por su modo de transmisión. La oralidad frente a mecanismos institucionalizados. Esta forma de

comunicación entre mujeres ha sobrevivido a multitud de culturas y contextos y como algunos estudios indican, a las mujeres les ha proporcionado un perfil de género altamente cualificado (Cuadrada, 2014; Jorand, 2008). Además es mediante la oralidad, que se consigue que el saber doméstico sea un saber compartido y no cerrado como en el caso del conocimiento de poder. El término “conocimiento de poder” hace referencia al sistema de saberes predominante en el mundo occidental. Un saber que se reserva al interior del marco institucional, y solo se aprende dentro del paradigma universitario (Cuadrada, 2014).

Por tanto, frente al conocimiento de poder se encuentra la autoridad. Coral afirma que valorar el saber de las mujeres pasa por hacer una distinción entre el conocimiento de poder y la autoridad (Cuadrada, 2014). Mientras que el primero es un saber al que solo se puede acceder mediante mecanismos institucionalizados, la autoridad, tiende a compartir lo que sabe con el objetivo de ayudar a los semejantes (Cuadrada, 2014). Un saber hermético frente a otro en continua expansión. Es normal que en la cotidianeidad ambos saberes convivan e incluso que en este caso, una médica acabe reconociendo el papel de los saberes familiares. Los informantes ponen como ejemplo a una pediatra que se mostró tolerante con el uso de la media cebolla, e incluso la recomendó, frente a la utilización del humidificador, de tal forma que acabó legitimando estas prácticas.

El reto pasaría por reconocer y valorar el saber doméstico, que supone un “lugar de resistencia” frente a las prácticas de Occidente (Riccò, 2019; Giove, 1998). Un saber transmitido por las mujeres que afirman su presencia relacionándose fuera de lo que se considera normal en la sociedad posmoderna. El saber que nace del hogar ha sabido inspirar a otras mujeres, sirvió para el avance de la Medicina y la herbolaria, y lo más importante es que gracias a esta transmisión nuestra identidad cultural se potencia y encuentra su sitio en una sociedad medicalizada.

Entre los discursos de los informantes, se hace hincapié en que cada vez es más frecuente que las transmisoras utilicen las nuevas tecnologías para compartir lo que saben. El hecho de expandir su ámbito de actuación puede llegar a ser algo positivo. Una investigación afirma que el hecho de que una persona comparta su saber a través

de estas redes, incrementa el potencial transformador de estas prácticas y además hace posible el rescate de algunos saberes familiares (Gómez Mont, 2007).

Destacar que ni incluso los cambios sociales y culturales han despojado de su importancia el saber que emana del espacio doméstico. Aunque actualmente este espacio se ha expandido, y participan otros miembros de la familia y del círculo cercano, la mujer se sigue erigiendo como autoridad. Es crucial visibilizar y reconocer este conocimiento, darles voz a las mujeres que uniendo experiencia, estrategia y creatividad son capaces de preservar la identidad de una comunidad.

¿Qué es lo que estimula a los informantes a compartir su conocimiento?

Según los discursos de los mismo: vivir en un entorno tradicional, la confianza en el remedio, la cohesión familiar, la autosuficiencia y las limitaciones de la Medicina alopática.

Cuando los informantes evocan las características del entorno tradicional, ya sea el mundo rural o vivir en un barrio con fuertes arraigos culturales, en su discurso idealizan estos lugares. Proyectan, a su modo de ver, las carencias de la vida urbana y, para ellos, habitar en entornos tradicionales supone un reencuentro con la verdadera esencia del ser humano. Lo cierto es que vivir en el mundo rural no es lo mismo en la actualidad que hace 50 o 60 años y estas diferencias las recogen las generaciones más mayores. Una afirmación que se repite entre los informantes es que las relaciones entre el núcleo familiar y la vecindad han cambiado. En el pasado, la solidaridad y la ayuda mutua era el hilo umbilical de las mismas, ahora está empezando a emerger el individualismo, algo más propio de la identidad urbana. Evidentemente, no se puede negar que el mundo rural y el urbano tienen su propia idiosincrasia, pero en los últimos tiempos estamos asistiendo al fenómeno de la urbanización como modo de vida (Baigorri, 1995). La transformación cultural y social de los últimos 50 años ha influido inevitablemente en el mundo rural, de tal forma que lo urbano ya no está únicamente en las ciudades (Baigorri, 1995; Carpio Martín, 2000). Para Wirth el desarrollo en las comunicaciones y en la tecnología fueron los detonantes para que el modo de vida urbano fuera desplazado también más allá de la ciudad (citado por Baigorri, 1995).

Como los propios informantes afirman, las relaciones sociales han cambiado y aunque el locus próximo se ha expandido, haciendo posible que haya una comunicación más fluida y extensa, en los pueblos ha supuesto una ruptura sin precedentes: se han priorizado las relaciones basadas en el utilitarismo (Wirth, 1962). Durkheim se adelantó a su tiempo acuñando en 1893 el término “anomia” para designar ese vacío social que puede producir la sociedad tecnológica (citado por Wirth, 1962).

Se podría decir que las diferencias entre el mundo urbano y el rural se están estrechando. De hecho, sobre todo en los pueblos limítrofes, se aprecian los nexos de unión y de intercambio con la ciudad (Castro Ríos, 2012). En las nuevas generaciones se puede observar cómo dotan de un nuevo significado a la ruralidad. Entre lo más significativo está el valor de la naturaleza, no ligada ya estrechamente a la agricultura, como podría pasar en generaciones más mayores, sino unida a valores como el ecologismo y la defensa de la tierra. Entonces ¿por qué vivir en un entorno tradicional favorece la pervivencia de los saberes familiares?

Al principio de la era tecnológica o con la industrialización, cuando las diferencias entre ciudad y pueblo eran más acentuadas, según algunos autores, lo rural se descalificaba como arcaico, lejos de la riqueza cultural o del poder (Alonso Roca et al., 2000; Beltrán Henríquez, 2016). Desde hace unos años esa distancia se está estrechando y la mirada se dirige hacia los atractivos del vivir cotidiano de las gentes de clases populares (Fernández de Rota, 1999). Esto puede explicarse por el valor patrimonial de los saberes familiares, en este caso, y por lo que representa la herencia cultural. Ante la homogeneización de formas y costumbres de la ciudad se busca reafirmar la identidad cultural, y esto pasa por otorgar valor a las formas de vida de nuestros ancestros (Fernández de Rota, 1999). Esta herencia no se mantiene estática sino que a las prácticas de generaciones anteriores se le pueden sumar otras más acordes con la cultura actual o incluso se pueden modificar para que el proceso de adaptación sea más sencillo (Schönherr Barría, 2009).

Los informantes se sienten sensibilizados e identificados con la forma de vida que llevaron sus antepasados e intentan mantenerla aún a expensas de los cambios culturales. Ellos mismos reconocen que es un error abandonar las prácticas

tradicionales y que este conocimiento quede relegado por la forma de vida imperante basada en el estrés y la rapidez. Por esta razón, el entorno tradicional actúa como reservorio de saberes, ya que les proporciona un marco propicio aunque en proceso de urbanización, y sobre todo les dota de una identidad cultural anclada a sus raíces.

El entorno tradicional y la confianza como motivaciones están muy relacionadas, pues ambas reafirman la herencia cultural. En la categoría de aprendizaje ya se mencionaba la importancia para los informantes de que los saberes y prácticas hayan tenido un efecto positivo en la familia, ya que esto les otorga “validez cotidiana” (Reif y Lerkin, 1994). La confianza les hace reforzar la identidad cultural y el sentimiento de pertenencia a la familia (Ibáñez Utrera, 2013). Por esta razón actúa como motivación para la utilización y el mantenimiento de los saberes familiares.

Por otro lado, los informantes afirman que la cohesión familiar es fundamental para que los saberes familiares permanezcan en el tiempo. Es llamativo como cada generación entiende este concepto en función de la realidad que ha vivido. Para las generaciones mayores el estar unidos se asocia al afecto y al vivir juntos, mientras que para las generaciones jóvenes se asocia a estar comunicados. Como se ha argumentado, la realidad familiar se está transformando y esto implica resignificar conceptos. La familia ya no puede entenderse como un lugar o como simplemente estar juntos, sino que se basa en una relación simbólica-estructural (Vicente de Castro y Cabanillas Diestro, 2010). Algunos autores argumentan que es innegable que las relaciones intersubjetivas de la familia han cambiado porque ese espacio común compartido con todos los miembros ya no existe, sin embargo, los lazos y los vínculos intersubjetivos están más fuertes que nunca, entre otras causas por la comunicación (Cruz-Garcete et al., 2014; Vicente de Castro y Cabanillas Diestro, 2010).

Para Donati, es primordial cambiar el planteamiento de familia, remodelar el pensamiento tradicional que se tiene de la misma, ya que no permanece inmóvil a lo largo del tiempo (citado por Vicente de Castro y Cabanillas Diestro, 2010). Esa familia tradicional que desarrollaba su vida en torno al hogar, hoy es difícil de concebir. El locus próximo de una familia se ha expandido. Cuando la generación joven se independiza y forma su propio grupo, a un solo golpe de clic, consigue comunicarse con su familia.

Esto ha sido gracias a la progresiva industrialización y a las nuevas tecnologías, que han creado un espacio común de relaciones complejas (Soto, 2018). Por esta razón, la cohesión familiar actualmente está asociada a la hipercomunicación. La tecnología ha logrado descentralizar el conocimiento, extraerlo de sus dos ámbitos sagrados: la escuela y el hogar, logrando diseminarlo. El conocimiento es compartido (Fernández Rodríguez y Anguita Martínez, 2015).

Lo anterior no significa que la forma de entender la cohesión familiar del pasado no sea válida o que las tecnologías solo brinden ventajas. Es primordial, como defienden algunos autores, tejer puentes entre estas formas de relacionarse (Torrecillas-Lacave et al., 2017). En esta investigación, una de las informantes da la clave: la coexistencia de los encuentros cara a cara y la mediación tecnológica. En este caso, afirma que la tecnología le brinda la oportunidad de compartir experiencias con su familia de forma inmediata pero que, para ella, también es importante el lenguaje simbólico que solo le aportan los encuentros cara a cara.

Evidentemente, la comunicación reside en el propio cuerpo, y para que sea grata hace falta presencialidad, proximidad física y un espacio compartido (Chichet Villalba, 2016). En una sociedad posmoderna la cohesión familiar pasaría por estar más unidos que juntos, por lo que hibridar los encuentros cara a cara con la comunicación tecnológica parece el medio más eficaz para conseguirlo. Este escenario está más presente que nunca. Con la pandemia de la Covid-19 se han modificado hábitos y rutinas cotidianas en la familia, así como los modos de interacción y sociabilidad. El proceso que algunos autores denominan “pantallización” se ha llevado al extremo, hasta el punto de que actualmente para muchas personas, es el único medio de estar en contacto con su entorno familiar (Arana Arrieta et al., 2020; Díaz García et al., 2020). Las pantallas, ya sea a través del teléfono móvil o el ordenador se han convertido en un parte central de la identidad de las persona, facilitando la interacción social (Díaz García et al., 2020). Lo cierto es que la dinámica familiar ha demostrado que se adapta a circunstancias adversas, y frente a las limitaciones que supone relacionarse de la manera tradicional se potencian las más novedosas. De esta manera, nos encontramos con que todas las generaciones de una misma familia han aprendido a utilizar

aplicaciones móviles o el ordenador para poder estar más cerca de sus seres queridos. La pandemia ha forzado la tecnologización del mundo cotidiano, convirtiéndolo en un escenario de experimentación. La tecnología ha mostrado su mejor cara, acercándonos lo lejano, en este caso la familia o el círculo de amistades, pero también, ha hecho presente la necesidad de los encuentros presenciales (Arana Arrieta et al., 2020). Lo que parece claro es que las nuevas tecnologías han llegado para quedarse y con la crisis sanitaria lo han demostrado. Tener un teléfono móvil no es una opción más sino un requisito para poder comunicarse en el mundo actual (Arana Arrieta et al., 2020). Este modelo que hibrida los encuentros físicos con la mediación tecnológica, ha cobrado importancia y en un futuro no muy lejano podría consolidarse y llegar a sustituir al modelo tradicional de comunicación basado en el “estar juntos”.

La autonomía y las limitaciones de la Medicina alopática son dos motivaciones que se encuentran imbricadas.

Las generaciones mayores entrevistadas narran que hoy día siguen haciendo uso de los remedios familiares porque les proporciona autosuficiencia. Además, afirman que gracias a ese conocimiento, en el pasado pudieron identificar sus dolencias y darles una solución. Reconocen que el contexto de antaño no era el mismo que el actual. La autonomía se desarrollaba en un escenario en el que la Medicina constituía un bien al alcance de pocos, por lo que ser autosuficientes era una imposición. La autonomía estaba ligada a la supervivencia: o sabías elaborar remedios o literalmente morías.

Actualmente, en un espacio de mestizaje, en el que los saberes familiares conviven con prácticas de salud actuales o incluso se han transformado, la autonomía encuentra su forma de expresión en el consumo (Yate Arévalo, 2016). Es llamativo como las generaciones jóvenes anhelan la autosuficiencia de generaciones anteriores: saber elaborar el remedio, identificar sus dolencias y darles solución. La autonomía en las generaciones jóvenes se ha convertido en un deseo.

En su momento, Lipovetsky se preguntó: ¿en una “era del vacío” qué significa ser autónomo? (citado por Quadrelli, 2015). El concepto de autonomía no se ha

mantenido estático, sino que ha variado en función de los cambios sociales lo que está íntimamente ligado a lo que llamamos “medicalización de la vida” (Cerecedo Pérez et al., 2013). Esa autonomía que desarrollaron las generaciones mayores era la respuesta a la escasez de medios y de acceso a la Medicina alopática, por esta razón era vista como una autosuficiencia de choque. En la actualidad, la Medicina constituye un reflejo de la cultura de la inmediatez: todo aquí y ahora (Cerecedo Pérez et al., 2013). El avance tecnológico y médico ha generado en ocasiones expectativas irreales, llegándose a la idea de que la ciencia encontrará solución a todas las enfermedades y rechazando la muerte como parte inevitable de la vida (Quadrelli, 2015). Los informantes reconocen que actualmente y en consonancia con los valores de la sociedad, el médico se erige como autoridad. Afirman que esto les genera gran dependencia y que en ocasiones han renunciado incluso a las prácticas familiares, por el miedo a no ser aceptados por el profesional. Esto es lo que Foucault llamó el control social de la Medicina. La medicalización expropia la salud e incapacita a las personas para actuar por sí mismas (Foucault, 1977). Por esta razón, las generaciones jóvenes anhelan la autosuficiencia de los mayores. Porque como respuesta al desamparo que produce el efecto adverso de un fármaco o el uso reiterado de antibióticos, está seguir consumiendo medicación o visitar los servicios sanitarios. Pero ¿es esto autonomía?

Varios autores coinciden en que el concepto de autonomía actual es narcisista e individualista, ya que se fundamenta en el uso de productos médicos y farmacológicos y rituales de cuidados basados en chequeos, masajes y mantenimiento del cuerpo (Quadrelli, 2015). Lo que parece claro es que las limitaciones de la medicina, ya sea por falta de accesibilidad o por la medicalización de la vida, ha hecho variar el concepto de autosuficiencia. En una sociedad como la actual, en la que la tradición se ha reinventado o convive con otras prácticas, la autonomía no solo pasa por saber hacer uso de los remedios familiares sino por aprender a consumir fármacos o saber cuándo visitar los servicios sanitarios.

8.5. La incorporación de lo *bio* y lo *eco*

Como recalcan los informantes, se está asistiendo al auge de las denominadas terapias naturales. Esta corriente de consumo, para ellos es consecuencia de los efectos no deseados de la Medicina alopática, tales como la medicalización de la vida cotidiana o el consumo desmesurado de fármacos. Entre sus discursos encontramos posiciones opuestas. Por un lado están los que defienden que estén emergiendo estas nuevas formas de cuidado, ya que suponen una compensación por el exceso de medicación o terapias invasivas. Para estas personas la vuelta a lo natural es también un síntoma de una sociedad que no ha olvidado y de alguna manera, evoca de dónde viene, sus raíces y cómo se cuidaban sus ancestros. Por otro lado están los que afirman que estas terapias poco tienen que ver con la tradición o con el conocimiento colectivo de las personas y que más que estar recuperando lo que se ha perdido, se está haciendo negocio con ello. Según varios autores, estas terapias se encuentran en apogeo por diversos motivos: son prácticas que tratan a la persona de forma holística, cuerpo y mente están interconectados y en el proceso de salud-enfermedad se tiene en cuenta a la persona completa (Saavedra y Berenzón, 2010). La siguiente razón es que, a diferencia de la medicina convencional, estas prácticas se suelen calificar como naturales, libres de químicos y los que las utilizan esto lo equiparan con seguridad (Vargas, 2017). La última razón es porque, como ya se reseñó anteriormente, sobre todo en las ciudades, las personas tienden a buscar lo diferente para no formar parte de esa identidad homogénea y entre lo distinto se encuentran estas terapias (Saavedra y Berenzón, 2010). Para entender las razones que han hecho que estas prácticas cobren fuerza se debe de poner en perspectiva esa sociedad imbuida en la cultura de la inmediatez. Como en varias ocasiones se ha expuesto, estamos frente a la cultura de la prisa, de lo fácil, pero sobretodo de la comodidad. Bajo estos valores se ha construido la modernidad, donde el conocimiento biomédico se ha erigido como universal. Para Judith Fadlon el auge de las terapias naturales encarna un verdadero giro contracultural. El hecho de que la población manifieste su insatisfacción contra la hegemonía biomédica representa un rechazo a los valores de la modernidad (citado por Bordes, 2018). El apogeo de estas prácticas no solo tiene que ver con problemas de

salud o con las limitaciones de la medicina convencional sino con la búsqueda del confort, de la seguridad, del entretenimiento, de lo espiritual o de lo natural. Las terapias naturales son un refugio de la prisa impuesta, lo incierto de la vida contemporánea, del incremento de la percepción del riesgo y de la pérdida de autonomía en el propio cuidado.

Lo paradójico es que, aunque estas prácticas se vislumbren como la alternativa a los valores posmodernos, tales como la rapidez, inmediatez, o la comodidad, están regidas por la lógica de mercado. Para algunos autores ha surgido una nueva medicalización, ya no de la salud, sino del estilo de vida, y es que aunque estas prácticas incluyan saberes que provienen del acervo familiar de las personas o de la tradición, la industria del consumo las modifica para que se integren en la cultura predominante (Bordes, 2018). De esta forma ha surgido el fenómeno denominado *healthism* que remite a la vida libre, no solo de enfermedad, sino de cualquier síntoma y está fuertemente unida al consumismo. Hemos pasado de la relación médico-paciente a la de proveedor-consumidor (Bordes, 2018; Saavedra y Berenzón, 2010). Esta persona que consume bienes de salud o, como denominó Lipovetsky, el *Homo Sanitas*, se muestra concienciado con la salud y posee unas altas expectativas para conseguirla (citado por Corral-Chagolla, 2016). De esta manera, bajo el argumento de saludable, la alimentación, el cuidado personal, etc., adquieren tintes sanitarios. Por esta razón, encontramos entre los informantes el consumo de productos naturales con el objetivo exclusivo de mejorar la piel o el cabello. La salud ha conquistado espacios como la belleza, la juventud o la felicidad y esto es consecuencia del individualismo de la sociedad de consumo o también denominado “cultura somática”. El cuerpo se ha vuelto el principal centro de atención de las personas, pero hacia su sentido más estético. Hoy, detrás del cartel de cuidado está toda una industria de producción como las farmacéuticas, suplementos alimenticios, terapias de autoayuda, equipos de deporte, etc. (Corral-Chagolla, 2016). Conseguir un cuerpo que se ajuste a los cánones actuales de la sociedad es lo que lleva a las personas a conseguir la salud y les proporciona felicidad. Por esta razón, en el siglo XXI, la población siente más frustración, miedo o incertidumbre (Vargas, 2017). La forma de canalizar ese

descontento hoy día es consumiendo otro tipo de terapias, a diferencia de hace medio siglo que se hacía elaborando remedios que provenían del acervo familiar.

De esa mercantilización del estilo de vida son conscientes los informantes y muestran la incomodidad que en ocasiones les genera consumir estas terapias. Ponen el ejemplo de la manzanilla, no entienden por qué se vende en sobres y no al natural al igual que el jengibre, que se comercializa en galletas. Para ellos, estas terapias también entran en el juego del consumo y buscan camuflar el mal sabor, o la comodidad en una bolsa de manzanilla. Esto es lo que Sloterdijk denomina la creación de las atmósferas de consumo o *point of sales* (citado por Saavedra y Berenzón, 2010). Para que el consumidor se sienta identificado con lo que significan estas terapias, el proveedor crea la atmosfera adecuada, que puede ir desde modificar el olor, el color, la forma de los productos o en consonancia con la sociedad de consumo, venderlos en centros comerciales (citado por Saavedra y Berenzón, 2010).

Lo que está claro es que las terapias naturales están en consonancia con valores como el individualismo, el materialismo o la inmediatez. Esto lo ilustran muy bien los informantes cuando afirman que no tiene sentido que un producto que dice ser natural se venda incluso más caro que un medicamento al uso. Estas contradicciones generan insatisfacción y angustia ya que, para conseguir la tan ansiada salud, es necesario en ocasiones grandes cantidades de dinero o, lo que es lo mismo, entrar en la círculo del consumo.

Frente a este escenario un tanto desolador, Boff apuesta por aprender a consumir desde la ética del cuidado. En sus investigaciones, hace un ejercicio de realidad admitiendo que en una sociedad de hiperconsumo se presupone difícil dejar de hacerlo, pero que se puede aprender a cuidarnos pensando en lo que nos rodea, ya sea la Tierra, el medio ambiente, el otro o incluso uno mismo. Para Boff, el consumismo ha surgido porque el hombre se ha olvidado de su esencia, que es el cuidado, y se ha centrado en las apariencias. Por esta razón, para este autor, un nuevo paradigma es posible si volvemos la vista hacia lo esencial (Boff, 2002).

El regreso de las terapias naturales ha dejado al descubierto el malestar de los

ciudadanos ante los valores de la modernidad. Pero, paradójicamente, lo que se suponía como la alternativa no lo es tanto. Como observa Serra, aunque la ciudadanía muestre su disgusto ante los resultados de la civilización moderna, lo cierto es que muy pocos se atreven a prescindir de sus ventajas (Serra Erice, 2019: 10). Quizás lo rompedor podría pasar por dotar de relevancia las formas ancestrales de cuidado. Traducido al siglo XXI se manifiesta en volver a reencontrar un uso práctico a los elementos que permitieron que generaciones anteriores sobreviviesen, volver a rescatarlas, reaprender a cuidarlas y, siendo realistas, volverlas aptas para el ecosistema del supermercado. En consonancia con Boff, escapar de las apariencias solo es posible haciendo una revisión profunda de los hábitos de consumo (Boff, 2002).

8.6 Intercambiando saberes híbridos en familia

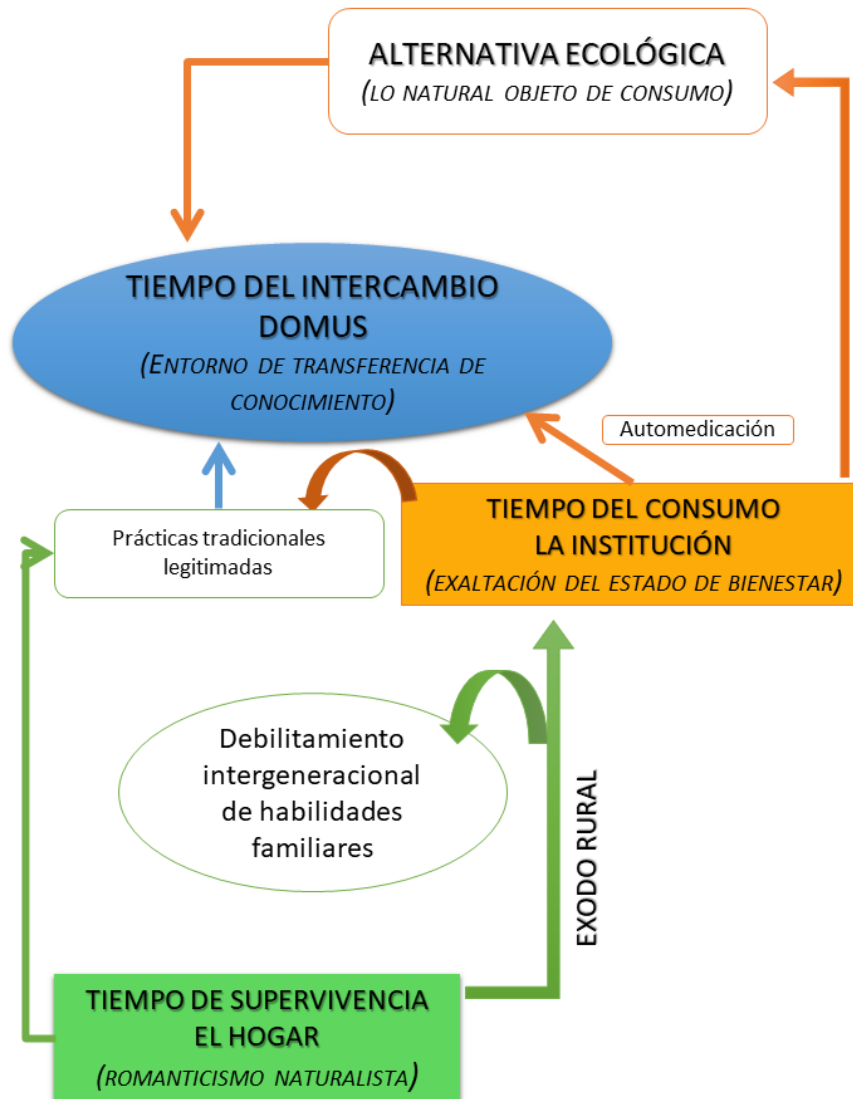
A lo largo de la investigación se han evidenciado las características de una sociedad en continuo cambio: el presentismo que enmarca la vida cotidiana, los nuevos valores universales como la facilidad, la inmediatez o el consumismo como modo de vida. En una sociedad con estas características ¿dónde han quedado los saberes y habilidades cuidadoras en la familia?

La evolución de las prácticas familiares puede explicarse a través de relaciones temporo-espaciales. De un *tiempo de supervivencia*, donde el hogar se erigía en espacio preeminente de cuidados, hacia un *tiempo del consumo* representado en la exaltación del estado de bienestar ligado a la tutela del Estado y sus instituciones, para desembocar en un tiempo presente, aún innominado, donde aparentemente todo tiene cabida. Pero ¿es posible caracterizar este nuevo tiempo en el cuidado familiar, fruto del profundo cambio que se ha experimentado con la irrupción de la que llamamos sociedad de la información? En esta tesis se propone una respuesta sustentada en el análisis de los valores y prácticas observables en las familias del presente. Se utiliza el concepto de *Domus*, resignificado para designar la transformación que se está produciendo en las formas de aprender y de aplicar los conocimientos en la familia. Un nuevo tiempo caracterizado por relaciones de intercambio de saberes y un nuevo espacio erigido en entorno de transferencia de los

mismos (ver gráfico 5).

Gráfico 5

Esquema del modelo explicativo Domus.



Cuando las generaciones mayores han hablado de la familia, se referían a ella como una institución que tenía un lugar central y privilegiado en la sociedad. Algo que se ve reforzado en las fuentes históricas. Los que vivieron a principios del siglo XX narran como la casa era el espacio de encuentro, donde el aprendizaje se materializaba y la cohesión familiar se traducía en vivir juntos o habitar el mismo espacio. La familia

era el lugar de encuentro con las experiencias de los antepasados y con la tradición. También era más rígida, los roles estaban predeterminados. Generalmente era la madre la que se encargaba del cuidado del hogar y de los que lo habitaban, mientras que el padre proveía el sustento económico. Esta fórmula, que estaba basada en la división de roles por género, garantizaba el autoabastecimiento y les hacía autosuficientes. Vivían en una profunda conexión con la naturaleza, pues gran parte de los remedios que aplicaban o recolectaban procedían de la tierra. Por esta razón, tanto en las fuentes históricas como en las entrevistas con los informantes, una de las categorías que se ve más reforzada es la utilización de las plantas medicinales, ya que la naturaleza constituía importante botica y este conocimiento ha sido legado hasta las generaciones más actuales. Esto no quiere decir que la única opción de cuidados fuese el núcleo familiar, pero sí la principal. Ante la enfermedad, la familia buscaba la solución en su mundo cotidiano, que podía pasar por el hogar, los remedios caseros o los curanderos. La Medicina existía, pero tenía un acceso limitado para la gente no privilegiada, por lo que, en la mayoría de las ocasiones, las familias buscaban la solución a la dolencia a través de sus propios medios (Armus, 2016). Una medicina casera adaptada a sus necesidades y sus recursos necesaria para sobrevivir.

En el *tiempo de la supervivencia*, el hogar se erigía como primer espacio de cuidados, la autonomía pasaba por subsistir y en estas familias el conocimiento procedía de la naturaleza y del aprendizaje basado en la experiencia. Cuando una madre aplicaba un remedio a sus hijos o a sí misma se establecía una especie de ritual. Desde la aparición de la dolencia, pasando por la recolección de la planta (en el caso que hiciese falta) y su preparación y posterior aplicación. Pero esto no quedaba aquí, el remedio, que generalmente había sido transmitido por las mujeres de generaciones anteriores, tenía que ser legado. Se establecía entonces una transmisión longitudinal: la persona que poseía la experiencia y los conocimientos los donaba a la siguiente generación con el fin de preservar la identidad y cohesión familiar (Gil Terán, 2011; Hernández Tezoquipa et al., 2001). La transmisión era oral y el aprendizaje estaba basado en la observación y la práctica, por esta razón era habitual que en el proceso de preparación del remedio estuviesen presentes la madre y sus hijos. Las relaciones

familiares, por tanto, estaban sustentadas en el estar juntos, ya que así se aseguraba la cohesión de una familia (Ayuso Sánchez, 2015). Una madre no solo enseñaba un remedio a su hija para que aprendiera a cuidarse, sino para asegurarse de que, en un futuro, iba a tener los conocimientos suficientes para lograr mantener a su propia familia. Es decir, aseguraba la pervivencia del modelo familiar.

Las familias no solo cuidaban de su núcleo familiar, sino que las relaciones de solidaridad se expandían a su *locus* próximo. Por esta razón eran tan importantes las relaciones vecinales. En el transcurrir cotidiano, cuando aparecía alguna dolencia, se compartía también con este entorno y, entre todas, acababan dándole solución: el remedio se expandía entre la comunidad, convirtiéndose en un bien común y, a veces, en la única forma de cuidado. De una forma o de otra, las familias, sobre todo en el mundo rural, sabían dar respuesta a gran parte de las necesidades de salud y el médico solo estaba reservado para cuestiones donde la vida corría un peligro objetivable.

Desde la segunda mitad del siglo XX los cambios manifiestos que marcaron un antes y un después en la sociedad fueron la tecnologización del mundo cotidiano y la progresiva urbanización, íntimamente ligada a la irrupción del capitalismo. En este periodo los valores y prácticas tradicionales entraron en crisis y comenzó un proceso de creciente cambio y transformación. La idea de progreso estaba fuertemente anclada a la ciudad y a esos nuevos grupos sociales que se dedicaban a otras tareas más allá del trabajo de la tierra. El desarrollo de las ciudades estuvo ligado al establecimiento de un poder que organizó y controló redes de asentamiento de población más o menos grandes. Las tradiciones y los valores de la sociedad antecesora quedaron como excedentes (Cañedo Andalia y Karella Marí, 2004) o, dicho de otro modo, eran necesarios, pero no suficientes para la construcción de ese nuevo mundo. El proceso de urbanización configuró un nuevo modo de vida y expresiones culturales específicas. Surgió lo que conocemos como la sociedad de consumo, cuyos pilares son: el capital, la producción y el bienestar. Como consecuencia, la estructura familiar se tambalea y quiebra el mundo rural tal y como se conocía, dando lugar al éxodo hacia la gran ciudad ante la llamada del progreso (Silvestre Rodríguez, 2002).

En el *tiempo del consumo*, el avance de la ciencia y de la tecnología ha traído

consigo la metamorfosis del tiempo. La mayoría de las acciones que realizamos cotidianamente esperan un resultado inmediato: la información, la comunicación o el consumo. En el ámbito sanitario, esto también ha cambiado. Los servicios de salud han ampliado enormemente su cobertura, llegando a prácticamente toda la población (Espinosa, 2014). Estamos frente a lo que se denomina “cultura de la inmediatez”. El bienestar (welfarismo) en esta sociedad se basa en la acumulación de bienes y en la gratificación instantánea (Pannunzio, 2016).

La inmediatez ha tenido un precio, tal y como se muestra en la investigación. El uso que están haciendo los más mayores de las urgencias y la masificación de las mismas es un fenómeno que puede ser explicado por las implicaciones que ha tenido en la sociedad la cultura de la prisa o de lo inmediato. No se tolera sentirse mal y se busca una solución rápida, que, en este caso, pasa por utilizar los servicios sanitarios (Darriba Rodríguez et al., 2003). A esto se le suma el papel paternalista de la Medicina: no se aceptan nuevas formas de curar, el conocimiento biomédico se ha erigido como universal y se ha hecho creer que la ciencia puede responder a cualquier problema, incluso a lo inevitable. Esto ha generado una gran dependencia y falsas expectativas (Márquez et al., 2003).

8.6.1. *Domus*, un espacio complejo de transferencia

En la civilización romana, la *domus* aludía a un tipo de vivienda unifamiliar que estaba regida por el *dominus* o cabeza de familia, pero el término se remonta a una etimología indoeuropea que designaba a la familia de tres generaciones (Haudry, 1992). En esta tesis recuperamos el término para enunciar un modelo explicativo que dé respuesta a la cuestión ¿cómo es el cuidado en las familias contemporáneas?, ¿hay espacio para los saberes y prácticas heredados de generaciones anteriores?

Con la nueva acepción del *Domus* que adoptamos en esta tesis aludimos a un nuevo entorno familiar de transferencia de conocimiento en red, sustentado en la reciprocidad, que integra e intercambia saberes provenientes de la herencia generacional y del aprendizaje derivado de la práctica de consumir bienes y servicios. Se trata de un aprendizaje cooperativo, sustentado en relaciones afectivas amplias

(familia extensa, círculos de amistad y comunidades digitales), que se apoya en las oportunidades de interconexión que ofrecen las nuevas tecnologías de información y comunicación para construir saberes híbridos y complementarios, donde se reviven o se emulan remedios familiares heredados, a la vez que cultiva la automedicación en confluencia con una nueva industria de lo neo-natural y prácticas de salud alternativas.

Para explicarlo, comenzaremos destacando el cambio que ha habido en la vida familiar. En el *tiempo del consumo* tener un hijo supone un gasto, ya que hay que producir más para poder sustentar a esa familia, a diferencia de las familias del *tiempo de supervivencia*, en las que el hijo contribuía a la economía familiar, pues participaba en el mantenimiento del núcleo familiar (el tener hijos se entendía como una inversión desde lo doméstico). La familia de hoy ya no se ubica en un hogar nuclear, sino que las diferentes generaciones se independizan y forman sus propias familias nucleares en espacios diferenciados.

Aparentemente, poco tiene que ver esta forma de entender la familia con la de otro tiempo, pero, paradójicamente, en una sociedad que ha tendido a la homogeneización, el individuo busca su propio sino echando la vista hacia el pasado y reencontrándose en la familia. En el *domus* o nuevo espacio familiar de transferencia, ante una dolencia, la persona tiene múltiples opciones. Las provenientes del saber heredado y las sustentadas en el consumo, ya sea asistir a un servicio sanitario o acudir a una farmacia u otros establecimientos. Cuando se decide a compartir una dolencia con la familia, se activa el aprendizaje y la transmisión de saberes y habilidades. En este caso, hay una diferencia primordial con la transmisión de tiempos pasados. Ya no es longitudinal sino que también es horizontal, y esto es así por la irrupción de la tecnología en la vida cotidiana. La transmisión en las familias actuales es más interactiva, más Las generaciones más jóvenes ya no actúan como receptores, sino que también cuestionan y deciden qué elegir en un mundo de opciones dinámica (Pérez Herrero et al., 2006). El aprendizaje también ha variado, entra en juego el factor tiempo: para que un remedio sea útil en la actualidad hay que darle valor presente, volverlo tangible (Ortega Ruiz y Mínguez Vallejos, 2003). En el *domus*, ese saber también es compartido con una comunidad más amplia, gracias a la red de redes

(Gómez Mont, 2007). No solo se aprende de la familia, aunque siga siendo el espacio de aprendizaje por excelencia, sino que resurgen conocimientos del círculo de amistades o incluso de la interacción de la medicina alopática, que ha flexibilizado su saber carismático, introduciendo la función divulgativa (educación sanitaria) como una estrategia de autolegitimación. En el *domus*, el ritual para conseguir el remedio también se ha transformado, lejos queda cultivarlo o prepararlo entre los fogones de la cocina, ahora encuentra su lugar en los formatos comerciales.

Este regreso hacia el cuidado de sí que el *domus* ha favorecido, se sustenta en una nueva forma de entender lo natural, ya no vinculado al trabajo de la tierra sino a la ecología, a lo neo-natural. La conexión con la naturaleza es entendida bajo los preceptos de la sociedad de consumo. Surge así la alternativa ecológica, que se caracteriza por la emulación del saber que fue abandonado. Esta alternativa mantiene los mismos valores que en el tiempo de consumo, pues el espacio donde se enmarca sigue siendo las instituciones, esta vez, bajo formas diferentes, como puede ser un herbolario o una parafarmacia, pero con la misma facilidad para conseguir darle solución a un problema de salud (Saavedra y Berenzón, 2010).

Lo particular de los cuidados de las familias en el *domus* es que no siguen una lógica excluyente, sino que tienden a dar solución a sus dolencias desde la mirada de la complementariedad de opciones. El *domus* ha hecho emerger un *tiempo de intercambio*, en el que el saber cuidador integra la herencia generacional y la práctica de consumir. Un espacio de conocimientos en el que se legitima, por ejemplo, la utilización de la manzanilla envasada, que es saber heredado, pero en formato *take away*, a la vez que se acude al centro de salud. En el *domus*, las familias aprenden no solo de su núcleo más cercano, sino que es un aprendizaje interactivo que está sustentado en relaciones afectivas más amplias: la familia en toda su extensión, pasando por el círculo de amistad e incluso por comunidades virtuales. El saber se expande más allá de los límites del espacio físico (Pannunzio, 2016). La transmisión, como antes la oral, sigue prefiriendo los canales informales, apoyada en la red y sustentada en la reciprocidad: cuando un miembro de la familia comparte por un grupo de *WhatsApp* su dolencia, no solo él aprende cómo solucionarla, sino que todo el

grupo está conectado y por tanto se retroalimentan entre ellos.

Quizás, como afirma Maffessoli, el *domus* sugiere la germinación del romanticismo posmoderno. Una respuesta al utilitarismo, a la exclusividad médica y a la urbanización como única forma de existencia. Se puede apreciar cómo está emergiendo un sentimiento de lo local, del consumo de productos naturales, el apego a la tierra y, en definitiva, un eco lejano ya del espíritu romántico del siglo XIX (Maffessoli, 2009).

En el *domus*, la transformación de los saberes y habilidades cuidadoras en la familia pone de manifiesto el dinamismo de la sociedad y una evolución de la misma ya no de forma lineal y progresiva, sino en espiral, donde lo antiguo, lo de otro tiempo, regresa de una forma renovada, según los ideales de la sociedad actual. Y se complementa con los valores de una sociedad que no renuncia a las ventajas del consumo, pero tampoco a la esencia de aquellos saberes que tanto bien hicieron a generaciones pasadas.

8.7. Conclusiones

En esta tesis se constata el progresivo debilitamiento de los saberes y habilidades cuidadoras en las familias. Los problemas leves de salud que las generaciones del pasado trataban en el hogar y solucionaban con los recursos de su entorno cotidiano (remedios caseros, sus propias habilidades o los recursos naturales), han pasado en buena parte a ser atendidos en los servicios de urgencias. Este desplazamiento en la búsqueda de soluciones está asociado a los profundos cambios que ha sufrido la sociedad a partir de la segunda mitad del siglo XX: la tecnologización del mundo cotidiano, la urbanización progresiva y la instauración del capitalismo. La nueva sociedad del consumo impone sus valores: la inmediatez, la facilidad y el presentismo.

En las familias, la autonomía ya no está basada en la subsistencia, es decir, en consumir lo necesario para sobrevivir, sino en el bienestar: consumir para sentirse bien. Ante un problema de salud se busca una solución rápida. Por este cambio de valores, las habilidades cuidadoras de las familias están siendo sustituidas por un modelo que

sigue los preceptos de la sociedad de consumo: acceso rápido a los servicios de salud y a una atención profesionalizada, así como obtener productos comercializados que antes se elaboraban artesanalmente.

Especialmente en las nuevas generaciones, la habilidad para cuidar de sí no solo se corresponde con el mantenimiento de los saberes familiares, sino con saber consumir para obtener el mayor bienestar (gratificación instantánea). Para satisfacer las necesidades de salud se cuenta con múltiples opciones en las que se incluyen no solo los servicios sanitarios (públicos y privados), sino también un arsenal de productos que se dispensan en centros comerciales, farmacias, parafarmacias, supermercados, herbolarios, etc. Todas ellas implican una menor inversión de esfuerzo, siempre que se adopte un modelo renovado de estilo de vida, de corte urbano y dependiente de tecnologías digitales.

Más que de pérdida, hay que hablar de transformación de saberes y habilidades cuidadoras en la familia. Tras una generación que estableció una ruptura con el pasado (solo lo nuevo es útil), lo peculiar de las generaciones que están emergiendo es que no siguen una lógica excluyente, sino que tienden a cuidar desde la complementariedad: hacen uso de prácticas familiares heredadas y consumen las diversas opciones que la sociedad ofrece. En un mundo tecnologizado, el aprendizaje y la transmisión de las prácticas familiares se están adaptando al contexto. El aprendizaje es cooperativo, ya no se aprende únicamente de la familia, sino de redes afectivas más amplias. La transmisión sigue siendo principalmente oral, pero apoyada en las nuevas tecnológicas. Se aprecia así un espacio renovado de intercambio y de transferencia de conocimiento (*Domus*).

Aun así, se hace preciso fortalecer los saberes heredados para que no sean sustituidos de manera total por las nuevas habilidades asociadas al consumo. Problemas como la masificación de los servicios de urgencias podrían aliviarse si se les otorga mayor autonomía a las familias, y eso pasa por revalorizar las habilidades y saberes que emergen del hogar. La estrategia de educación sanitaria con lemas como “no se automedique, acuda a su médico” o “acuda a urgencias al primer síntoma”, a menudo fomentan la dependencia y sobreutilización de los servicios sanitarios. Saber

cuidarse, no es únicamente aprender a consumir servicios, sino recuperar y darle uso a una parte de los saberes familiares relacionados con la salud, que en las familias del pasado fueron tan efectivos.

La revitalización de saberes familiares puede ser una estrategia que alimente la llamada “ciencia ciudadana”, con la que se reclama una mayor participación de las personas en los procesos de generación de conocimiento científico. Una fórmula posible es la utilización de metodologías participativas, donde ciudadanos e investigadores cooperen para seleccionar y validar científicamente los conocimientos obtenidos de la tradición oral. Pero, además, ofrece una oportunidad para poner en valor unos saberes familiares en forma de remedios caseros que aún están siendo utilizados en entornos fuertemente vinculados a estilos de vida tradicionales. Pasados por el tamiz de la ciencia, es posible darles un uso práctico que sea útil en la sociedad del presente, como constituir un botiquín vegetal o el uso de los cosméticos de elaboración casera, que se han convertido en una nueva forma de cuidado. Además, revalorizar los saberes familiares pasa obligatoriamente por reivindicar y valorar el papel de la mujer como la principal depositaria y transmisora de estos conocimientos. Es crucial dejar de invisibilizar aquello que ha favorecido la existencia.

8.8. Utilidad práctica

Cómo devolver relevancia a los saberes familiares de tipo tradicional en el siglo XXI? Esta tesis muestra un itinerario que se materializará en futuras líneas de investigación. Se ha constatado que los saberes familiares no permanecen inalterables, se transforman, pero para que formen parte del imaginario cultural se deben considerar las nuevas formas que adopta. Lo idóneo para hacerlo es la utilización de modelos de intervención socio-educativa que impliquen una participación efectiva de los actores involucrados en el proceso. Consecuencia de esta tesis ha sido diseñado un proyecto de investigación que ha sido presentado a la Diputación de Granada, y cuya implementación ha quedado en suspenso hasta tanto se recupere la normalidad tras la pandemia (ver anexo 6). Se trata de un diseño de Investigación-Acción Participativa que involucra a sujetos de diferentes generaciones, que cooperarán entre sí para recuperar

y revitalizar saberes familiares en desuso, con la colaboración de investigadores del ámbito de la salud, que aportan su conocimiento para seleccionar los remedios de base empírica que puedan ser transformados en material pedagógico.

Con ello trazamos la dimensión pragmática de esta tesis, que plantea una ruptura con la visión y las formas de acercarse a lo rural, pero también a las familias contemporáneas. La vida en los pueblos y en los barrios va más allá de los estereotipos arcaizantes que han sido contruidos por la modernidad, que se alejan de la imagen idílica que se tiene de ella. El mundo rural, es el depositario de la memoria y de las raíces. La ciudad y el pueblo se retroalimentan, y esto ha quedado reflejado en el modelo explicativo surgido de esta tesis: un *Domus* que incorpora las alternativas ecológicas y también los saberes heredados.

Por otro lado, las familias de la modernidad han demostrado su capacidad de adaptación a la sociedad de cambio. No son peores ni mejores que las de otro tiempo, son el resultado de sus circunstancias socio-culturales. Las familias del presente utilizan su saber para cuidarse, y este proviene también de la herencia cultural, aprenden y expanden su conocimiento más allá de los límites físicos. Por lo que para poner en valor los saberes familiares y recuperarlos, es necesario adoptar esta mirada. Así mismo, la revitalización pasa, como se ha señalado, por darles un uso práctico que sea útil para la sociedad del presente: plantas medicinales para usos cosméticos, botiquines vegetales, creación de huertos urbanos, compartir los conocimientos de generaciones mayores a través de las redes, etc.

En definitiva, volver a recuperar los vínculos con valores y costumbres inherentes a la familia, actualizando los modos de cuidar que se han ido transmitiendo de generación en generación.

9. FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

9.1. Fuentes primarias

Afán de Ribera, Antonio J. (1885). Fiestas populares de Granada. Granada: Imp. De La Lealtad (consultada la ed. facsímil, presentación de Marino Antequera. Granada: ed. Albaida, 1987).

Afán de Ribera, Antonio J. (1889). Cosas de Granada. Leyendas y cuadros de antiguas y modernas costumbres granadinas. Granada: Imp. De La Lealtad (consultada la ed. facsímil en Granada: ed. Albaida, 1992).

Andersen, Hans Christian (1864). In Spanien. Leipzig: L. Wiebemann (consultada la versión traducida del texto seleccionado en Valladares Reguero, 2002: 594-596).

Ateneo científico, literario y artístico de Madrid. Información promovida por la sección de Ciencias Morales y Políticas en el curso de 1901 á 1902 sobre costumbres del nacimiento, matrimonio y muerte. Museo Nacional de Antropología (edición de Limón Delgado, 1981).

Barrera Lanzas, Pedro M^a (1885). La Patti. Desconciertos caseros. En El arco Iris, cuentos y artículos. Madrid: Tipografía de Francisco Pacheco y Latorre (consultada la versión del texto seleccionado en Pérez Ortega, 2009: 377-466).

Brenan, Gerald (1950). The face of Spain, London: Turnstile Press (consultada la versión traducida del texto seleccionado en Valladares Reguero, 2002: 731-733).

Brenan, Gerald (1984, ed.). Al sur de Granada. Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A. (edición en español de Eduardo Chamorro y Jesús Villa, del original "South from Granada". London: Hamish Hamilton, 1957).

Carr, John (1811). Descriptive Travels in the Southern and Eastern parts of Spain and the Balearic Isles in the year 1809. London: Printed for Sherwood, Neely, and Jones, Faulder and Rodwell, J.M. Richardson (consultada la versión traducida del texto seleccionado en López Burgos, 1994: 11-30).

Clark, William George (1996, ed.). Gazpacho o meses de verano en España. Granada. Edición de Fernando Miranda. Comares-Aljarife (trad. del original "Gazpacho:

or, summer months in Spain". London: Parker, John W., 1850).

Cuatrecasas, Josep (1929). Estudios sobre la flora y la vegetación del macizo de Mágina. Barcelona: Juntas de Ciencias Naturales.

Davillier, Jean Charles; Doré, Gustave (1984 ed.). Viaje por España. Madrid: Adalia (trad. del original "L'Espagne". París: Librería Hachette, 1874).

De Roda, Nicolás (1845) Artículos de costumbres de literatura y de teatro. Granada: Imprenta de Benavides. (Consultada la edición de La General en Granada, 1991).

Demolder, Eugène (1906). L'Espagne en auto. París Société du Mercure de France (consultada la versión traducida del texto seleccionado en Valladares Reguero, 2002: 733-741).

Ford, Richard (1955). Granada. Granada: Blass.

Ford, Richard (1981 ed.). Manual para viajeros por Andalucía y lectores en casa. Madrid: Ediciones Turner (ed. española de Jesús Pardo de la original "A hand-book for travellers in Spain, and readers at home". London: John Murray, 1845).

Helm, MacKiley (1952). Spring in Spain. New York: Harcourt, Brace and Company. (consultada la versión traducida del texto seleccionado en Valladares Reguero, 2002: 746-756).

Inglis, Henry David (1831). Spain in 1830. London: Whittaker, Treacher and Co. (consultada la versión traducida del texto seleccionado en López Burgos, 1994:71-103).

Quillinan, Dora (1847). Journal of a Few Months Residence in Portugal, and Glimpses of the South of Spain. London: E. Moxon (consultada la versión traducida del texto seleccionado en López Burgos, 1998: 69-98).

Romer, Isabella Frances (1843). The Rhone, the Darro and the Guadalquivir; A summer ramble in 1842. London: Bentley, Richard (consultada la versión traducida del texto seleccionado en López Burgos, 1994:157-181).

Scott, Charles Rochfort (1838). Excursions in the Mountains of Ronda and

Granada. London: Henry Colburn (consultada la versión traducida del texto seleccionado en López Burgos, 1994: 121-152).

Slater, Ernest (1912). *The Guadalquivir. Its Personality, its People and its Associations*. London: Constable & Company (consultada la versión traducida del texto seleccionado en Valladares Reguero, 2002: 766).

Spahni, Jean-Christian (1983, ed.). *La Alpujarra. La Andalucía secreta*. Edición de Javier y Horacio Roldán Barbero. Granada: Diputación provincial. (edición española del original "L'alpujarra: Secrète Andalousie". Boudry, Neuchâtel: Editions de la Baconniere, 1959).

Widdrington, Samuel Edward (1844). *Spain and the spaniards in 1843*. London: T&W Boone. Vol 2. (consultada la versión traducida del texto seleccionado en López Burgos, 1994:183-214).

Wiliams, Leonard (1990 ed.). *Granada. Recuerdos, aventuras, estudios e impresiones*. Granada: Diputación Provincial (edición española de Fernando García Izquierdo del original "Granada: memories, adventures, studies and impressions". Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1906).

9.2. Bibliografía crítica

Acevedo Rodríguez, Cynthia; Moya Padilla, Nereyda (2013). Las redes sociales de la familia Devesa Herrera en la comunidad marinera Castillo-Perché. Estudio de caso. *Ciencia y sociedad*, 38 (1): 27-46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/870/87026374003.pdf> [acceso: 01/02/2021].

Agudelo Martín, Sebastián Alejandro (2012). Apropiación social del conocimiento: una nueva dimensión de los archivos. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 35(1): 55-62. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1790/179024991005.pdf> [acceso: 27/01/2021].

Aguilar Criado, Encarnación (1989). Los primeros estudios sobre la cultura popular en Andalucía. *Revista de Estudios Andaluces*, (13): 21-44. Disponible en:

<https://revistascientificas.us.es/index.php/REA/article/view/5632> [acceso: 21/04/2021].

Aguilar, Paula Lucía (2018). Hogar, Familia y Ciencia Social: Huellas de Frédéric Le Play en la Argentina de entre siglos. *Trabajo y sociedad*, (30): 371-390. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712018000100019&lng=es&tlng=es [acceso: 10/12/2018].

Ahumada Lara, Ignacio (1986). Sobre el «Vocabulario andaluz» de Alcalá Venceslada. *Thesaurus: boletín del Instituto Caro y Cuervo*, 41 (1-3): 135-154. Disponible en: http://bibliotecadigital.caroycuervo.gov.co/657/1/TH_41_123_184_0.pdf [acceso: 10/05/2021].

Alonso Roca, R.; Bertral López, C.; Galán Sánchez, B.; Burriel García, L.; Fajardo Alcántara, A.; Martín-Carrillo Domínguez, P.; Grupo de Trabajo de Medicina Rural de la semFYC (2000). El medio rural: una visión mirando al futuro. *Aten Primaria.*, 26, 101-107. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Rafael_Alonso3/publication/304335569_El_medio_rural_Una_vision_mirando_al_futuro_I_y_II/links/59400dc0aca272371224cc4e/El-medio-rural-Una-vision-mirando-al-futuro-I-y-II.pdf [acceso: 20/02/2021].

Amezcuca, Manuel (1991). Las memorias secretas de las Jornadas de Mágina. Ocho años de investigación sobre la comarca jiennense. *Diario Jaén (Lecturas desde la Logia)*, 20.10.91:32-33.

Amezcuca, Manuel (1992). Prácticas y creencias de los santos y curanderos en la Sierra Sur (Jaén). *Gazeta de Antropología*, 9:99-109. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G09_12Manuel_Amezcuca_Martinez.html [acceso: 12/05/2021].

Amezcuca, Manuel (1993). *La Ruta de los Milagros*. Jaén: Ed. Entreolivos.

Amezcuca, Manuel (1997). Barberos y Sangradores Flebotomianos en Granada: norma y sociedad en los siglos XVII y XVIII. *Cultura de los Cuidados*, I (1): 31-36. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/1997-n1-barberos-y-sangradores-flebotomianos-en-granada-norma-y-sociedad-en-los-siglos-xvii-y-xviii>[acceso: 19/05/2021].

Amezcuca, Manuel (2001). Medicina Popular y Curanderismo. En: Rodríguez Becerra, Salvador (Ed.). *Proyecto Andalucía: Antropología*. Vol. 6: Religión. Sevilla: Publicaciones Comunitarias; pp.: 349-384.

Amezcuca, Manuel (2002a). El parto tradicional en Andalucía, según la encuesta del Ateneo de Madrid de 1901. *Index de Enfermería*; 38:47-50.

Amezcuca, Manuel (2002b). Memorias de una partera tradicional. Francisca Santos Olmo, "Paca la Cachorra". *Index de Enfermería*; 38: 40-44. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/50646/2002-ie-cachorra.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [acceso: 12/05/2021].

Amezcuca, Manuel (2005). *Lo que cambian los tiempos*. Granada: Fundación Index.

Amezcuca, Manuel (Coord.). (1995). *La Cultura tradicional en Jaén*. Demófilo (Fundación Machado), 14.

Amezcuca, Manuel; Gálvez Toro, Alberto (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5): 423-436. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005 [acceso: 19/05/2021].

Amezcuca, Manuel; López Galán, Juan Salvador (1999). Los Archivos Históricos como fuente etnográfica: la Religiosidad Popular giennense a través de la documentación eclesiástica. *Sumuntán*; 11:215-330.

Andolz, Rafael (1987). De pilmadores, curanderos y sanadores en el alto Aragón. Zaragoza: Mira editores.

Andrade, Jesús Alberto (2010). Reseña de " La sociedad red: una visión global" de Manuel Castells (Ed.). Enl@ce: Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento, 7(1): 139-141. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/823/82312576009.pdf> [acceso: 27/03/2021].

Arana Arrieta, Edorta; Mimenza Castillo, Libe; Narbaiza Amillategi, Beatriz (2020). Pandemia, consumo audiovisual y tendencias de futuro en comunicación. Revista de Comunicación y Salud: RCyS, 10(2): 149-183. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7697394> [acceso: 18/02/2021].

Armus, Diego (2016). Medicina casera, remedios y curanderos en los inicios de la medicalización de la ciudad moderna. Buenos Aires, 1870-1940. Tempos históricos, 20(1): 47-80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6806630> [acceso: 24/05/2021].

Arriaga Martínez, Rafael (2009). Michel Maffesoli, Apocalypse. Estudios fronterizos, 10: 155-162. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612009000200006 [acceso: 24/03/2021].

Ayuso Sánchez, Luis (2015). El impacto de las TIC en el cambio familiar en España. RES. Revista Española de Sociología, (23): 73-93. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4968856> [acceso: 01/02/2021].

Baer, RD.; Weller, SC.; González Faraco, JC.; Feria Martín, J. (2006). Las enfermedades populares en la cultura española actual. Revista de Dialectología y Tradiciones Populares, LXI(1): 139-156. Disponible en: <http://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/5> [acceso: 15/05/2021].

Baeza Rodríguez-Caro, Juana (2002). Situación de las aguas minero-medicinales y termales de la provincia de Jaén. En: López-Geta JA, Rubio JC (Eds.). Presente y futuro

de las aguas subterráneas en la provincia de Jaén. Madrid: IGME: 73-81. Disponible en: http://aguas.igme.es/igme/publica/lib108/pdf/lib108/in_n4b.pdf [acceso: 24-05-2021].

Baigorri, Artemio (1995). De lo rural a lo urbano. Congreso Español de Sociología, Horizontes desde la incertidumbre. Simposio efectuado en el V Congreso Español de Sociología, Granada, España. Disponible en: <http://sistemamid.com/panel/uploads/biblioteca/7097/7128/7129/83387.pdf> [acceso: 20/02/2021].

Balaguer, E.; Ballester, R.; Bernabéu, J.; Perdiguero, E. (1991). Influencias ideológicas y científica en los inicios del movimiento folklorista español en sus aspectos médicos. En Actas de IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina; pp. 117-125).Universidad de Zaragoza.

Barajas Martínez, Juan Carlos (2020). El cambio social. Sociología divertida. Disponible en: <http://sociologiadivertida.blogspot.com/2016/02/el-cambio-social.html#:~:text=En%20este%20contexto%20el%20cambio,la%20sociedad%20y%20su%20entorno> [acceso: 24/03/2021].

Barbado-Alonso, JA.; Aizpiri-Diaz, JJ.; Cañones-Garzon, PJ.; Fernández-Camacho, A.; Goncalvez-Estella, F.; Rodríguez, J. J. (2005). Aspectos históricos antropológicos de la relación médico-paciente. Habilidades en salud mental, 70: 31-6. Disponible en: http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/revista_70/pdf/31_36.pdf [acceso: 24/05/2021].

Bauman, Zygmunt (2004). Espacio/tiempo. En: Bauman, Zygmunt (Ed.). Modernidad Líquida; pp. 99-138. Buenos Aires, Argentina: Editorial Fondo de Cultura Económica. Disponible en: <https://sociologiac.net/2009/12/21/descarga-del-dia-modernidad-liquida-zygmunt-bauman/> [acceso: 10/01/2021].

Bejarano, Ignacio (2004). Lo culto y lo popular. Medicina letrada/medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales-Universidad Nacional de Jujuy, (24):

13-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/185/18502402.pdf> [acceso: 21/01/2021].

Bello-Suazo, G. (2000). Prácticas mágico-religiosas en una sociedad del siglo XXI. *Theorethikos* (1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/116/11630118.pdf> [acceso: 24/05/2021].

Beltrán Henríquez, Patricia Andrea (2016). La medicina tradicional indígena como patrimonio cultural inmaterial. *Cuadernos Fronterizos*, (29). <http://erevistas31.uacj.mx/ojs/index.php/cuadfront/article/view/1827/1608> [acceso: 20/02/2021].

Benjumea de la Cuesta, Carmen (2007). El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades *Investigación y Educación en Enfermería*, 20 (1): 106-112. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215404012.pdf> [acceso: 14/02/2021].

Bestard Camps, Joan (1980). La historia de la familia en el contexto de las ciencias sociales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, (2): 154-162. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/95108/144152> [acceso: 06/02/19].

Black, William George (1982). *Medicina popular: un capítulo en la historia de la cultura*. Trad. Machado y Álvarez, A, Barcelona: Altafulla.

Blanco, Juan Francisco (1987). *Medicina y veterinaria populares en la provincia de Salamanca*. Salamanca: Diputación.

Boff, Leonardo (2002). *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra*. Madrid: Trotta. Disponible en: <https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/07/El-Cuidado-Esencial-Boff.pdf> [acceso: 25/02/2021].

Bordes, Mariana (2018). El debate medicalización- desmedicalización en el campo de estudios de las medicinas “alternativas y complementarias”. En Ipar, Ezequiel; Tonkonoff, Sergio (Eds.). *Teoría, política y sociedad: reflexiones críticas*

desde América Latina; pp. 623-640. Buenos Aires, Argentina: CLACSO. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/j.ctvn5tzzd.37?seq=1#metadata_info_tab_contents [acceso: 27/02/2021].

Cadenas, Hugo (2015). La familia como sistema social: Conyugalidad y parentalidad. Revista Mad, (33): 29-41. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3112/311241654004.pdf> [acceso: 06/02/19].

Callejo, Javier (2000). Reseña de "La sociología de Émile Durkheim. Patología social, tiempo, religión" de Ramón Ramos Torre. Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, (89): 344-349. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99717889017> [acceso: 10/12/2018].

Cano Ortiz, Ana; Martínez Lombardo, M^a Carmen (2009). Algunas plantas medicinales de la comarca de Andújar: usos, aplicaciones, ecología y cultivo. Boletín del Instituto de Estudios Giennenses, (200): 289-322. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3177119.pdf> [acceso: 24/05/2021].

Cañedo Andalia, Rubén; Karell Marí, Caridad (2004). Apuntes para una historia universal. ACIMED, 12(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000100003 [acceso: 24/05/2021].

Cara Zurita, M^a Esther (2003). Parir a principios del siglo XX. La historia de Piedad. Index de Enfermería; 43:59-62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=798264> [acceso: 15/05/2021].

Caro Baroja, Julio (1993). De etnología andaluza. Edición y prólogo de Antonio Carreira. Málaga: Diputación Provincial.

Carpio Martín, José (2000). Desarrollo local para un nuevo desarrollo rural. Anales de geografía de la Universidad Complutense, 20, 85-100. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/AGUC/article/download/AGUC0000110085A/31291> [acceso: 23/03/2021].

Carril Ramos, Ángel (1991). *Etnomedicina popular*. Valladolid: Ediciones Castilla.

Carvajal Contreras, Miguel Ángel (2020). El interés por la cultura popular en la antropología española durante la segunda mitad del siglo XX. De los estudios de comunidad a la perspectiva patrimonial. *Revista Murciana de Antropología*, 27: 73-96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7692102> [acceso: 18/05/2021].

Castellanos, Ana M^a (2011). El saber popular femenino interactúa con la ciencia y la técnica. Experiencias de apropiación social del conocimiento. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 16(37): 55-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855416> [acceso: 27/01/2021].

Castells, Manuel (2001). Internet y la sociedad red. *La factoría*, 14(15): 1-13. Disponible en: http://commons.cc/antropi/wp-content/uploads/2013/02/castells_intro.pdf [acceso: 27/03/2021].

Castilla Vázquez, Carmen (2008). Religiosidad y curación en Andalucía: el modelo de la promesa y el exvoto. *Actas XXI Jornadas de Patrimonio de la Comarca de La Sierra*, 447-462.

Castilla Vázquez, Carmen (2011). Rezar para Sanar. el recurso mágico-religioso en la búsqueda de la salud. *Revista de Humanidades*, 18: 109 – 124. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/267843035_Rezar_para_sanar_el_recurso_magico-religioso_en_la_búsqueda_de_la_salud [acceso: 15/05/2021].

Castro Ríos, Ana (2012). Familias rurales y sus procesos de transformación: Estudio de casos en un escenario de ruralidad en tensión. *Psicoperspectivas*, 11(1): 180-203. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-69242012000100009&script=sci_arttext&tlng=p [acceso: 19/02/2021].

Cerdá Pugnaire, Julio Arturo (2012). Arturo Cerdá y Rico, maestro de la fotografía artística. *Contraluz: Revista de la Asociación Cultural Arturo Cerdá y Rico*,

(9): 320-325. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6541146> [acceso: 28/04/2021].

Cerdá Pugnaire, Julio A; Lara Martín-Portugués, Isidoro; Pérez Ortega, Manuel U. (2001). Del tiempo detenido. Fotografía etnográfica giennense del Dr. Cerdá y Rico. Jaén: Diputación Provincial.

Cerecedo Pérez, M^a Jesús; Tovar Bobo, Margarita; Rozadilla Arias, Aurora (2013). Medicalización de la vida. «Etiquetas de enfermedad: todo un negocio.». Atención Primaria, 45(8): 434-438. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713001844> [acceso: 20/02/2021].

Centro de Documentación Musical de Andalucía (1990). III Congreso de Folclore Andaluz. Almería: Junta de Andalucía.

Chichet Villalba, Laura (2016). Vínculos familiares y su relación con la transmisión generacional (tesis de grado). Facultad de Psicología. Universidad de la República, Uruguay. Disponible en: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_laura_chichet_27.10.16.pdf [acceso: 18/02/2021].

Cid Rodríguez, María del Carmen; Montes de Oca Ramos, Rebeca; Hernandez Díaz, Ofelia (2014). La familia en el cuidado de la salud. Revista Médica Electrónica, 36(4): 462-472. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008&lng=es&tlng=pt [acceso: 08/02/2019].

Clavijo Portieles, Alberto (2002). Crisis, familia y psicoterapia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Crisisfamiliapsicoterapia.pdf [acceso: 16/02/2019].

Cobos Ruíz de Adana, José; Luque-Romero Albornoz, Francisco (1990). Exvotos de Córdoba. Córdoba: Diputación Provincial y Fundación Machado.

Comboni Salinas, Sonia; Juárez Núñez, José Manuel (2013). Las interculturalidad-es, identidad-es y el diálogo de saberes. *Reencuentro. Análisis De Problemas Universitarios*, (66): 10-23. Disponible en: <https://reencuentro.xoc.uam.mx/index.php/reencuentro/article/view/821> [acceso: 01/02/2021].

Corral-Chagolla, Miguel Ángel (2016). Atrapados en las apariencias. Análisis filosófico del homo consumens en la sociedad de consumo. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (Jalisco). Disponible en: <https://rei.iteso.mx/handle/11117/4054> [acceso: 25/02/2021].

Coronel, Mariela Elizabeth (2004). Reseña de "Familia, parentesco y redes sociales" de Cristina del Carmen López (Comp.) *Andes*, (15). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12701512> [acceso: 12/12/2018].

Costa, EM.; Nogueira, F.; Rafael, ET.; Rigotti, T. R.; Moura, SE. (2013). Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. *Texto & Contexto Enfermagem* 21 (2): 363-370 Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-8318> [acceso: 14/02/2021].

Cruz-Garcete, Lorena; Martins de Abreu-Ballester, Graciella; Randi-Bruna, Lía Stella (2014). La relación intersubjetiva en la construcción del conocimiento. *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 7(14): 85-98. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/32350> [acceso: 18/02/2021].

Cruz Parrado, Fidel Eduardo (2020). La influencia del cuidado al interior de hogar en el mantenimiento de las condiciones de salud del núcleo familiar. *Repositorio Institucional Universidad el Bosque*. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/4437> [acceso: 24/01/2021].

Cuadrada, Coral (2014). Cuidado, curación, salud: saberes de mujeres. *História Questões & Debates*, 229-253. Disponible en: https://www.academia.edu/download/40675464/cuidado_Brasil.pdf [acceso: 12/02/2021].

Cuvardic García, Dorde (2010). Las relaciones de los escritores costumbristas y modernistas con las empresas periodísticas. *Reflexiones*, 89(2): 85-97. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/729/72918027008.pdf> [acceso: 10/05/2021].

Darriba Rodríguez P.; Méndez Gómez Á. (2003). Medicina tradicional versus medicina oficial: ¿complicidad o poder? *Cultura de los cuidados*, 13: 40-45 Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4816> [acceso: 10/01/2021].

Daza Bernal, Miguel Ángel (2020). Transformaciones en la identidad cultural en el ámbito universitario, desde una perspectiva de la migración campo ciudad. *Revista Investigación y Negocios*, 13(21), 132-140. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2521-27372020000100012&script=sci_abstract&lng=en [acceso: 23/03/2021].

De Arribas y Sánchez, Cipriano (1900). A través de las Islas Canarias. Santa Cruz de Tenerife: A. D. Yumar (Ed.) Disponible en: <https://mdc.ulpgc.es/cdm/ref/collection/MDC/id/153348> [acceso: 30-04-2021].

De Jaime, Jose M^a (2011). Etnomedicina, medicina popular. *Libérica*, (2) [online]. Disponible en: <http://www.xiloca.org/espacio/liberica/liberica-n%C2%BA-02/folkmedicina> [acceso: 30/04/2021].

De Larrea Palacín, Arcadio (1958). El folklore y la escuela. Ensayo de una didáctica folklórica. Madrid: CSIC.

De la Ossa Martínez, Marco Antonio (2018). Federico García Lorca, la investigación musical y las Canciones Populares Españolas. *Quadrivium*, (9), 5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6836540> [acceso: 21/04/2021].

De Sousa Santos, Boaventura (2010). Para descolonizar Occidente: más allá del pensamiento abismal. Buenos Aires: CLACSO, Prometeo Libros. Disponible en: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/44177/1/Para%20Descolonizar%20Occidente%20-%20M%C3%A1s%20all%C3%A1%20del%20Pensamiento%20Abismal.pdf> [acceso: 23/03/2021].

De Sousa Santos, Boaventura (2014). Más allá del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de saberes. Epistemologías del sur (perspectivas), 21-66. Disponible en: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/44154/1/M%C3%A1s%20all%C3%A1%20del%20pensamiento%20abismal.pdf> [acceso: 01/04/2021].

De Viera y Clavijo, José (1868). Diccionario de Historia Natural de las Islas Canarias o índice alfabético descriptivo de sus tres reinos, animal, vegetal y mineral. La Palma de Gran Canaria: Imprenta de la Verdad. Disponible en: <https://mdc.ulpgc.es/cdm/ref/collection/MDC/id/40266> [acceso: 30-04-2021].

Del Campo, Salustiano (2000). Presentación: William F. Ogburn y la evolución social. *Reis*, (92): 191-195. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/40184299> [acceso: 24/03/2021].

Díaz-Criado, Enrique (2004). Manuel Castells: la era de la información individualismo y comunalismo en el origen de la violencia del siglo XXI. *Cuadernos de estrategia*, (124): 147-172. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2203829.pdf> [acceso: 27/03/2021].

Díaz García, Rubel; Belli, Simone; Márquez, Israel (2020). La COVID-19, pantallas y reflexividad social: Cómo el brote de un patógeno está afectando nuestra cotidianidad. *RES. Revista Española de Sociología*, 29(3): 759-768. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7540816> [acceso: 18/02/2021].

Díaz Larios, L. F. (2016). La visión romántica de los viajeros románticos. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcmg46q6> [acceso: 10/05/2021].

Donati, Pierpaolo (1999). Familias y generaciones. *Desacatos*, (2): 27-49. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n2/n2a3.pdf> [acceso: 01/02/2021].

Duvert, Michel (2014). José Miguel de Barandiaran y la investigación antropológica en el País Vasco (1936 a 1953). *Cuadernos de etnología y etnografía de Navarra*, 46(89): 179-201. Disponible en: http://www.culturana Navarra.es/uploads/files/12%20Duvert%20CEEN_89.pdf [acceso: 30/04/2021].

Editorial (1996). Un fruto maduro: La licenciatura en antropología social y cultural. *Gazeta de Antropología*, 12. Disponible en: https://www.ugr.es/~pwlac/G12_00Editorial.html [acceso: 04/05/2021]

Elsevier Connect (2020). Paciente y usuario de salud millennial: qué quiere, dónde lo busca y cómo conectar con él. Elsevier. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/ehealth/paciente-y-usuario-de-salud-millennial> [acceso: 12/01/2021].

Enciclopedia Británica (2009). La familia: concepto, tipos y evolución. Disponible en: <https://docplayer.es/14388833-La-familia-concepto-tipos-y-evolucion.html> [acceso: 08/02/2019].

Entrena Durán, Francisco (2018). Modernidad, globalización y cambio social. En: Iglesias de Uset, Julio; Trinidad Requena, Antonio; Soriano Miras, Rosa M^a (Coord.). *La sociedad desde la sociología*. Madrid: Tecnos; (2^a edición); pp. 155-182.

Erkoreka, Antón (1985). *Análisis de la medicina popular vasca*. Bilbao: Instituto Labayru.

Erkoreka, Antón (1990). Medicina popular. Folk-medicine. *Munibe (antropología-arkeología)*, (42): 433-440. Disponible en: <https://www.ehu.eus/documents/1970815/2421082/Erkoreka%2C+A.+Medicina+Pop>

ular++Folkmedicine.pdf/cfca24e4-6f17-41fe-906b-2126c70ad6a3?t=1403101284000
[acceso: 30/04/2021].

Espinos Cortés, Luz M^a., Ysunza-Ogazón, Alberto (2009). Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Ciencia ergo-sum*, 16(3): 293-301 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035081> [acceso: 21/01/2021].

Espinosa, Ana (2014). La cultura de la inmediatez y la atención del paciente. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 24(1). Disponible en: <https://www.ambb.org.ar/ojs/index.php/RCAMBB/article/view/49> [acceso: 12/01/2021].

Fernández, Eliseo (1999). Usuarios de curanderos en el área hospitalaria norte de Granada. En González Alcantud, José Antonio y Rodríguez Becerra, Salvador. *Crear y curar: la medicina popular*; pp. 337-360. Granada: Diputación Provincial.

Fernández de Rota y Monter, José (1999). Herencia familiar y cultural en la ruralía. *Antropología de la transmisión hereditaria*, 73-84. Servicio de Publicacións. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=608028> [acceso: 19/02/2021].

Fernández Rodríguez, Eduardo; Anguita Martínez, Rocío (2015). Aprendizajes invisibles en contextos de educación expandida. Retos y oportunidades en la sociedad hiperconectada. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 19(2): 1-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/567/56741181001.pdf> [acceso: 18/02/2021].

Foster, George M. (1953). Relationships between Spanish and Spanish-American Folk Medicine. *The Journal of American Folklore*, 66 (261): 201-217. Disponible en: <https://people.ucsc.edu/~brogoff/Scanned-articles/537230.pdf> [acceso: 30/04/2021].

Foucault, Michael (1977). Historia de la Medicalización. Educación Médica y Salud, 11 (1): 3-25. Disponible en: <https://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%F3n.pdf> [acceso: 18/02/2021].

García Canclini, Néstor (1988). ¿Reconstruir lo popular? Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, 13: 201-219. Disponible en: <https://revistas.inapl.gob.ar/index.php/cuadernos/article/view/450> [acceso: 10/05/2021].

Galván Tudela, José Alberto (2017). El poder y los usos simbólicos de las plantas en el pensamiento canario de los siglos XVIII-XX: una lectura antropológica. En XXII Coloquio de Historia Canario-Americana: Las ciudades del mundo Atlántico: pasado, presente y futuro; pp. 140. Cabildo Insular de Gran Canaria. Disponible en: <https://mdc.ulpgc.es/utills/getfile/collection/coloquios/id/2431/filename/2456.pdf> [acceso: 30/04/2021].

Gálvez García, Cristina (2015). Saberes locales en el mundo global: huertas, agua y conocimiento agroecológico en la Alpujarra Alta Occidental (Doctoral dissertation, Universidad Pablo de Olavide). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=96942> [acceso: 01/04/2021].

Garayo Urruela, Jesús M. ^a (2001). La recuperación de Frédéric Le Play. Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, (93): 27-59. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99717884002> [acceso: 09/12/2018].

Garcés, Ana Lucía (2020). Revitalización de saberes ancestrales y diseño participativo. Co-diseño de un juego comunitario. Estudios sobre Arte Actual, (8): 209-219. Disponible en: <http://www.pdc2020.org/wp-content/uploads/2020/06/Revitalizacio%CC%81n-de-saberes-ancestrales-y-disen%CC%83o-participativo.-Co-disen%CC%83o-de-un-juego-comunitario.pdf> [acceso: 03/04/2021].

Garmendia Larrañaga, Juan (1990). Rito y fórmula en la medicina popular vasca. La salud por las plantas medicinales. San Sebastián: Txertoa.

Gazo Robles, Jossarys Massiel (2017). Medicina popular y sus agentes tradicionales: sobadores, parteros y curanderos en zonas urbanas. Raíces: Revista Nicaragüense de Antropología, 49-63. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/raices/article/view/3588> [acceso: 30/04/2021].

Gil I Barberà, Joan; Enric Martí I Mora (1997). Medicina valenciana mágica y popular. Valencia: Carena.

Gil Terán, Ana. Virginia (2011). Tradiciones orales: fuente viva del saber popular. Revista Cifra Nueva, (24): 75-84. Disponible en: <http://bdigital.ula.ve/storage/pdf/cifra/n24/art08.pdf> [acceso: 01/02/2021].

Giove, Rosa (1998). Warmi kuraini: La Mujer Medicina, la Espiritualidad y el Espíritu de las Plantas. Memorias del II Foro Interamericano sobre Espiritualidad Indígena Ética, Mal y Transgresión. Disponible en: https://www.takiwasi.com/docs/arti_esp/warmi-kuraini-mujer-medicina.pdf [acceso: 12/02/2021].

Girola, Lidia (1993). Modernidad y reencantamiento del mundo. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 38 (154): 37-50. Disponible en: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/60325> [acceso: 24/03/2021].

Glaser, B. G.; Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Hawthorne, N.Y: Aldine de Gruyter.

Gómez, Francisco Vicente (1983). El concepto de 'dialoguismo' en Bajtin: la otra forma del diálogo renacentista. Anuario de la Sociedad Española de Literatura General y Comparada, 5: 47-54. Disponible en: <https://www.academia.edu/download/56535368/el-concepto-de-dialoguismo-en-bajtn-la-otra-forma-del-dilogo-renacentista-0.pdf> [acceso: 10/05/2021].

Gómez García, Pedro (2000). Un siglo de cultura popular en Andalucía. En Demófilo: Revista de Cultura Tradicional, (33): 11-30.

Gómez García, Pedro (1997). El curanderismo ¿es una superchería? En Gómez García, Pedro (Coord.). El curanderismo entre nosotros; pp.13-71. Granada: Universidad.

Gómez García, Pedro (Coord.). (1997). El curanderismo entre nosotros. Granada: Universidad.

Gómez Mont, Carmen (2007). Redes y saberes: el papel de la mujer indígena ante la creación de sitios web. Redes, 13(26): 215-233. Universidad Nacional de Quilmes, Argentina. Disponible en: <https://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/536> [acceso: 12/02/2021].

Gómez Oliva, Eduardo; Guardiola Villa; Judith Vera (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris, 10(1): 11-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5995439> [acceso: 15/02/2019].

González Acosta, Melvis (2015). La emergencia de lo ancestral: una mirada sociológica. Espacio abierto, 24(3): 5-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/122/12242627001.pdf> [acceso: 03/04/2021].

González Alcantud, José Antonio (1992). La antropología social en Andalucía oriental: paseo incidental. Anales de la Fundación Joaquín Costa (9): 101-108. Fundación Joaquín Costa. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/105090.pdf> [acceso: 21/04/2021].

González Alcantud, José Antonio; Rodríguez Becerra, Salvador. (Eds.) (1996). Creer y curar: la medicina popular. Granada: Diputación Provincial.

González García, Francisco (1992). Los muros de la vida privada y la familiar: casa y tamaño familiar en Zacatecas. Primeras décadas del siglo XIX. Estudios demográficos y urbanos, 7 (1): 35-52. Disponible en:

https://www.jstor.org/stable/40314665?seq=1#page_scan_tab_contents [acceso: 05/02/2019].

González, Noé (2007). Bauman, identidad y comunidad. Espiral (Guadalajara), 14 (40): 179-198. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-05652007000100007 [acceso: 27/03/2021].

González Solano, I. J. (2019). Las parteras tradicionales. Archivos De La Memoria, 8(3). Disponible en: <http://ciberindex.com/c/am/e7024> [acceso: 30/04/2021].

Gordillo Acosta, Ana (2010) Las viajeras románticas en Cádiz. La voz de Cádiz. Disponible en: <https://www.lavozdigital.es/cadiz/20100723/opinion/viajeras-romanticas-cadiz-20100723.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F> [acceso: 10/05/2021].

Granovetter, Mark S. (1973). "The strength of weak ties", en American Journal of Sociology, 78, (6) :1360-1380. Disponible en: https://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_MGranovetter_LAfuerzaDE.pdf [acceso: 01/02/2021].

Grondona, Ana Lucia (2010). La sociología de Emile Durkheim: ¿una definición comunitarista de lo social? Papeles del CEIC, International Journal on Collective Identity Research, (1), 5. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/43097052_La_sociologia_de_Emile_Durkheim_una_definicion_comunitarista_de_lo_social [acceso: 09/02/2019].

Guichot y Sierra, Alejandro (s/f). Supersticiones populares recogidas en Andalucía y comparadas con las portuguesas. Biblioteca de las Tradiciones Populares Españolas, I: 201-300.

Guichot y Sierra, Alejandro (1882-1883). Supersticiones populares andaluzas. El Folk-Lore Andaluz. Serial de capítulos.

Haudry, Jean (1992 ed.) Les indo-européens, Paris: PUF, Que sais-je n°1965.

Hernández Tezoquipa, Isabel; Arenas Monreal, M^a de la Luz; Valde Santiago, Rosario (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. Revista de Saúde Pública, 35(5): 443-450. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000500006&script=sci_arttext&tIng=es [acceso: 30/01/2021].

Hernansanz Iglesias, Francisco (2015). Los cambios en el paciente desde el punto de vista médico. Medicina General y de Familia, 4(3): 94-99. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889543315000377> [acceso: 12/01/2021].

Herrera Justicia, Sonia; Amezcua, Manuel (2018). Influencia generacional en el proceso de pérdida de las habilidades cuidadoras en la familia ante urgencias leves. Estudio piloto. Cultura de los Cuidados, 22(52). Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85353/1/CultCuid_52-119-128.pdf [acceso: 23/03/2021].

Herrera Santí, Patricia María (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 13(6): 591-595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&tIng=es [acceso: 08/02/2019].

Hodgson, Geoffrey M. (2011). ¿Qué son las instituciones? Revista CS, (8): 17-53. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4968382> [acceso: 13/12/2018].

Ibáñez Utrera, Emiliano (2013). Revalorización del saber popular hacia la sostenibilidad. Repositorio Universidad de Almería. Disponible en: http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2173/Iba%C3%B1ez_Utrera.pdf?sequence=1 [acceso: 27/01/2021].

Inda, Graciela (2009). La sociología política de Émile Durkheim entre 1892 y 1897: el Estado como apéndice de la morfología social y la futilidad de la acción política. *Trabajo y sociedad*, 11 (12). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1514-68712009000100007&script=sci_arttext&tlng=en [acceso: 09/12/2018].

Jaén Otero, José (1990). *Manual de medicina popular canaria. Secretos de nuestros viejos yerberos*. Santa Cruz de Tenerife: Centro de la Cultura Popular Canaria.

Jelin, Elizabeth (2005). La familia en la Argentina: modernidad, crisis económica y acción política. Disponible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=21180> [acceso: 06/02/2019].

Jerez Justicia, Diego (2005). José Cuatrecasas y Arumi, un sabio olvidado. *Contraluz*, 2: 49-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3099876> [acceso: 19/05/2021].

Jorand, Benoit (2008). Formas de transformación del conocimiento de la medicina tradicional en los pueblos nahuas del municipio de Hueyapan, Sierra Norte de Puebla. *Cuicuilco*, 15(44): 181-196. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592008000300009 [acceso: 12/02/2021].

Juárez, M^a Paula (2017). A dinâmica do conhecimento popular em saúde: suas manifestações no nível de atenção primária. O caso particular da pediatria. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(1): 66-85. Disponible en: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/1906 [acceso: 24/01/2021].

Juárez Jiménez MV.; Baena Bravo AJ. (2014). El paradigma de las patologías banales y las urgencias. Carta al director. *Medicina de familia Andalucía*, 15(2): 70-71. Disponible en: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v15n2.pdf> [acceso: 10/01/2021].

Klein, Alejandro (2020). Un emergente de los cambios familiares: la nueva versión de la relación abuelos-nietos. *GénEr♀♂ s*, 27(27): 307-332. Disponible en: <http://revistasacademicas.uco.mx/index.php/generos/article/view/1700> [acceso: 24/01/2021].

Korol, Claudia (2008). La subversión del sentido común y los saberes de la resistencia. De los saberes de la emancipación y de la dominación. Buenos Aires: CLACSO, 177-191. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20160224043218/10korol.pdf> [acceso: 01/02/2021].

Kuschick, Ingrid (1995). *Medicina popular en España*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Letelier, Valentín (1967). *Génesis del derecho*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Jurídica de Chile. Disponible en: <https://n9.cl/bb0os>

Lévi-Strauss, C.; Spiro, M.E; Gough, K. (1956). *Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la Familia*. Barcelona: Anagrama. Disponible en: https://www.academia.edu/11858322/Pol%C3%A9mica_sobre_el_origen_y_universalidad_de_la_familia [acceso: 15/02/2019].

Limón Delgado, Antonio (1981). *Costumbres populares andaluzas de nacimiento, matrimonio y muerte*. Sevilla: Diputación provincial.

Linares Abad, Manuel (2008). *Las matronas en el Jaén del siglo XX. El caso de la comarca de Sierra Mágina*. Jaén: Instituto de Estudios Giennenses.

Lleo Cañal, Vicente (1984). *España y los viajeros románticos*. Estudios turísticos, (83): 45-53. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5323895> [acceso: 21/04/2021].

López Burgos, M^a Antonia (1994). *Viajeros ingleses en Andalucía*. Granada (1800-1843). Vol. 1. Granada: Némesis SL.

López Burgos, M^a Antonia (1998). Por los caminos del poniente granadino. Relatos de viajeros ingleses durante el siglo XIX. Granada: Consorcio para el desarrollo rural del Poniente Granadino-Proyecto Sur de Ediciones.

López Burgos, M^a Antonia (2000). Granada. Relatos de viajeros ingleses (1830-1843). Melbourne: Australis Publisher.

López Burgos, M^a Antonia (2001). Viajeros ingleses en la Granada de 1850. Melbourne: Australis Publisher.

Lorandi, Ana M^a; Del Río, Mercedes (1992). La etnohistoria: etnogénesis y transformaciones sociales andinas (69). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Lozano Peña, M^a del Carmen; Amezcua Martínez, Manuel (2013). Vida Cotidiana y Cuidados en el siglo XX: acercamiento pedagógico a través de La Historia Oral. En: Nuevos retos en Investigación, Docencia y Clínica en Ciencias de la Salud. Libro de Comunicaciones de las III Jornadas Internacionales y V Nacionales en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Granada: Universidad de Granada, 439-442.

Maffesoli, Michel (2002). El reencantamiento del mundo. *Sociológica*, 17(48): 213-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305026561009> [acceso: 24/03/2021].

Marchant Rivera, Alicia (2008). Escritura femenina y viajera: visiones de Lady E. Grosvenor, Louise MA Tenison, MC Jackson y Olive Patch sobre el cementerio inglés de Málaga. In *Estudios sobre el patrimonio literario andaluz*; pp. 141-158. AEDILE. Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/4595> [acceso: 10/05/2021].

Martín Palomo, M^a Teresa (2008). Los cuidados y las mujeres en las familias. *Política y Sociedad*, 45 (2): 29-47. Disponible en: <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/14612> [acceso: 12/02/2021].

Martín-Sánchez, F.J.; Fernández Alonso, C.; Merino, C. (2010). El paciente geriátrico en urgencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1): 163-172.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200017&script=sci_arttext&tlng=en [acceso: 10/01/2021].

Martín, Sebastian (2019). Occidente: entre el desencantamiento del mundo y el embrujo de la razón. Reflexiones a propósito de Weber y Heidegger. Anuario de la Facultad de Ciencias Humanas, 15(15): 1-16. Disponible en: <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/anuario/article/view/3542> [acceso: 24/03/2021].

Martínez Marín, Carlos (1976). La etnohistoria: un intento de explicación. En Anales de Antropología, 13 (1): 161-184. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/324/306> [acceso: 05/02/2019].

Martínez Rincón, Carmen; Rodríguez Cisneros, Ángel (2002). Influencia de la alimentación en el comportamiento humano a través de la historia. Offarm: farmacia y sociedad, 21(7): 80-88. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5325633> [acceso: 24/05/2021].

Márquez S, Meneu R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y sanitaria, 5(2):47-53. Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.org/4Lamedicalizacion.pdf> [acceso: 10/01/2021].

Matos Jaqui, Ena G (2014). Problemática jurídica en torno a la pérdida del conocimiento tradicional. Foro, Revista de Derecho, (21): 97-114. Disponible en: <http://167.172.193.213/index.php/foro/article/view/434> [acceso: 01/04/2021].

McLane, Merrill F. (1980). Curanderos en Andalucía Oriental. En: Kenny, M. y De Miguel, J (Comps.). La antropología médica en España; pp.167-181. Barcelona: Editorial Anagrama.

Medina Cano, Federico (2020). La Posmodernidad: Una Nueva Sensibilidad. Escritos 18 (41):492-540. Disponible en:

<https://revistas.upb.edu.co/index.php/escritos/article/view/6749> [acceso: 13/04/2021].

Medina López, Javier (2010). José Pérez Vidal y América. Boletín de filología, 45(2): 287-315. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-93032010000200011 [acceso: 30/04/2021].

Menéndez Eduardo L. (1996). El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular. En González Alcantud, Jose Antonio., Rodríguez Becerra, Salvador (Eds.), Creer y curar: la Medicina Popular; pp: 31-61. Diputación Provincial de Granada.

Menéndez, Eduardo L. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas, (51): 17-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316> [acceso: 27/03/2021].

Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social (2019). Actividad y calidad de los Servicios Sanitarios. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm> [acceso: 05/01/2021].

Ministerio de Trabajo y economía social (2020). Servicio público de empleo estatal. Disponible en: <https://www.sepe.es/HomeSepe/> [acceso: 05/02/2020].

Miró, Oscar (2009). El usuario y su uso de las urgencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 32(3): 311-316. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000500001 [acceso: 05/01/2021].

Morales Navarro, Julián; Abad Márquez, Luis V (2008). El cambio social en Introducción a la sociología; (3ª edición); pp. 177-184. Madrid: Tecnos.

Moreno Millán, Emilio (1995). Atención sanitaria urgente y demanda social: reflexiones sobre la elección de un modelo de respuesta. *Emergencias*, 7(3): 108-115. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/atencion-sanitaria-urgente-y-demanda-social-reflexiones-sobre-la-eleccion-de-un-modelo-de-respuesta/force_download/ [acceso: 05/01/2021].

Moreno Millán, Emilio (2008) ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 20(4): 276-284. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2668334> [acceso: 05/01/2021].

Moreno Preciado (2018). *Enfermería cultural: una mirada antropológica del cuidado*. Madrid: Ibergaceta Publicaciones S.L.

Múgica Martinena, Fernando (2005). Émile Durkheim: la constitución moral de la sociedad (III). Los elementos de la moralidad y la configuración social de la vida ética, Pamplona, España: Cuadernos de Anuario de Filosofía. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10171/6980> [acceso: 15/02/2019].

Noda Gómez, Talio (1984). *Medicina Popular en la isla de La Palma*. Santa Cruz de Tenerife: Caja General de Ahorros.

Oliver Reche, M^a Isabel (2000). Plantas y remedios usados tradicionalmente en la asistencia al parto. *Matronas profesión*, 1:32-42.

Oliver Reche, M^a Isabel (2006). *Venir al mundo en la comarca de los Vélez. Una etnografía de la maternidad*. Almería: Instituto de Estudios Almerienses.

Ong, Walter J. (1996). *Oralidad y escritura. Tecnología de la palabra*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. Disponible en: <https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/ong-w-j-1982-oralidad-y-escritura.pdf> [acceso: 01/02/2021].

Ortega Cantero, Nicolas (2002). Los viajeros románticos extranjeros y el descubrimiento del paisaje de España. *Disparidades. Revista de Antropología*, 57(2): 225-244. Disponible en: <http://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/181> [acceso: 10-05-2021].

Ortega Ruiz, Pedro; Mínguez Vallejos, Ramón (2003). Familia y transmisión de valores. *Teoría de la educación. Revista Interuniversitaria (USAL)*, 15: 33-56. Disponible en: <https://revistas.usal.es//index.php/1130-3743/article/view/3022> [acceso: 27/01/2021].

Oterino, D., Peiró, S.; Calvo, R.; Sutil, P.; Fernández, O.; Pérez, G.; Sempere, T. (1999). Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta sanitaria*, 13(5): 361-370. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911199713877> [acceso: 10/01/2021].

Páez-Martínez, Ruth Milena (2017). Tendencias de investigaciones sobre la familia en Colombia. Una perspectiva educativa. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15 (2): 823-837. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v15n2/v15n2a04.pdf> [acceso: 15/02/2019].

Palumbo, María Mercedes (2020). Conocimientos y saberes en dispositivos pedagógicos. La formación política en movimientos populares. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(47): 69-87. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-55382020000200069&script=sci_arttext [acceso: 01/02/2021].

Pannunzio, M^a Florencia (2016). “Ser” y “estar juntos” en tiempos de inmediatez. *Nexus comunicación*, 36-51. Disponible en: <https://nexus.univalle.edu.co/index.php/nexus/article/view/1833> [acceso: 24/05/2021].

Pardo López, M^a Angustias; Guervós Madrid, M^a del Carmen (1957). La Alhambra. Granada (1884-1885 y 1898-1924). Índices. Granada: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Granada.

Paredes Villegas, Gustavo Adolfo (2015). Los sistemas de atención a la salud. Una aproximación desde las ciencias sociales. *Revista Academia*, 15(35): 31-105. Disponible en: <http://bdigital.ula.ve/storage/pdf/academia/v15n35/art09.pdf> [acceso: 21/01/2021].

Pasarín, M Isabel; Fernández de Sanmamed, M José; Calafell, Joana; Borrell, Carme; Rodríguez, Dolors; Campasol, Salvador; Torné, Elvira; Torras, M Glòria; Guarga, Alex; Plasència, Antoni (2006). Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios: La población opina. *Gaceta Sanitaria*, 20(2): 91-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000200002 [acceso: 12/01/2021].

Pedrosa, José Manuel (2015). La guerra de médicos y saludadores: ciencia, magia y cultura popular en España (siglos XVIII-XX). *Revista de Folklore*, (402): 4-31. Disponible en: cervantesvirtual.com/obra/la-guerra-de-medicos-y-saludadores-ciencia-magia-y-cultura-popular-en-espana-siglos-xviii-xx-784228/ [acceso: 30/04/2021].

Peiró, Salvador; Sempere Selva, Teresa; Oterino de la Fuente, David (1999). Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. *Revisando la literatura*, 10: 1-16. Disponible en: <https://n9.cl/9pjn6> [acceso: 05/01/2021].

Perea Carpio, Carmen (1983). La frontera concejo de Jaén – Reino de Granada en 1476. *Cuadernos de Estudios Medievales y Ciencias y Técnicas Historiográficas*, 10-11: 231-238. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/30245> [acceso: 05/02/2019].

Pérez de Paz, Pedro L.; Medina, Medina, Inmaculada (1988). *Catálogo de las plantas medicinales de la flora canaria: aplicaciones populares*. La Laguna: Instituto de estudios canarios.

Pérez Herrero, M^a del Henar; Martínez González, Raquel-Amaya (2006). Educación familiar y tecnologías de la información y la comunicación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1): 567-576. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832312048.pdf> [acceso: 01/02/2021].

Pérez Ortega, Manuel Urbano; Cerdá Pugnaire, Julio Arturo; Lara Martín-Portugués, Isidoro (2002). Registro de Memorias. La obra fotográfica del Dr. Cerdá y Rico. Jaén: Diputación Provincial.

Pérez Ortega, Manuel Urbano (2009). *Costumbristas giennenses. Estudio y Antología*. Jaén: Instituto de Estudios Giennenses.

Pérez Vidal, José (1945). Contribuciones al estudio de la medicina popular canaria. Santa Cruz de Tenerife: Ediciones idea. Disponible en: <https://n9.cl/xgjk> [acceso: 30/04/2021].

Pino de Casanova, Malin (2000). La Medicina Popular en Venezuela como Alternativa al Sistema de Salud de una Modernidad en Crisis. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 10 (29): 491-511. Universidad de los Andes, Mérida, Venezuel. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70511228011> [acceso: 12/02/2021].

Pitt-Rivers, Julian (1989). *Un pueblo de la sierra: Grazalema*. Madrid: Alianza Universidad.

Pizarro, Alonso (1988). *Plantas medicinales en Extremadura*. Autoedición. Mérida. Imprime Artes Gráficas Boysu.

Placeres Hernández, José Fernando; de León Rosales, Lázaro; Delgado Hernández, Inés (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4): 472-483. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es&tlng=es [acceso: 06/02/2019].

Plaza-Orellana, Rocío (2012). Un nuevo destino. Un viaje posible que ensanchó el Grand Tour. *Andalucía en la historia*, (37): 8-15. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/99459> [acceso: 21/04/2021].

Portugal Ramírez, M.S. (2016). Medicina popular urbana y la zona gris: interculturalidad en salud y las hierbas medicinales de los mercados de Quito (Master's thesis, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Ecuador-FLACSO). Disponible en: <http://8.242.217.84:8080/jspui/handle/123456789/3991> [acceso: 21/01/2021].

Quadrelli, Silvia (2015). La medicalización de la vida: entre el anhelo y la quimera. *Revista americana de medicina respiratoria*, 15(1): 2-10. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3821/382138401002.pdf> [acceso: 19/02/2021].

Quesada Morales, Daniel J. (2018). Lavaderos públicos en la Granada de los siglos XIX y XX: Agua, sociedad y género. Recuperación de un patrimonio. *Revista del Centro de Estudios Históricos de Granada y su Reino*, (30): 137-173. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6483242> [acceso: 24/05/2021].

Ramírez, Carlos (2007). Etnobotánica y la Pérdida de Conocimiento Tradicional en el Siglo 21. *Ethnobotany Research and Applications*, 5: 241-244. Disponible en: <http://ethnobotanyjournal.org/index.php/era/article/viewFile/133/118> [acceso: 01/04/2021].

Reif, Frederick; Larkin, Jill H. (1994). El conocimiento científico y el cotidiano: comparación e implicaciones para el aprendizaje. *Comunicación, lenguaje y educación*, 6(1): 3-30. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021470394321513834> [acceso: 27/01/2021].

Resico, Marcelo (1998). El capitalismo como desencantamiento del mundo. Un estudio de la filosofía de la economía de Max Weber. *Revista Valores en la Sociedad Industrial*. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/257305961_El_capitalismo_como_desenca

ntamiento_del_mundo_Un_estudio_de_la_filosofia_de_la_economia_de_Max_Weber [acceso: 21/01/2021].

Reviriego Almohalla, Concepción (1995). Medicina popular y espiritismo: (un estudio, el Valle del Vinalopó). Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil-Albert.

Reviriego Almohalla, Concepción (2001). Medicina popular y espiritismo en el valle del Vinalopó: una aproximación psicosocial. Madrid: Universidad Complutense, Vicerrectorado de Extensión Universitaria.

Revista Arxiu d' Etnografia de Catalunya (1982). Primeras Jornadas sobre Antropología de la Medicina, (1): 193. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/329727869_Primeras_jornadas_sobre_Antropologia_de_la_Medicina [acceso: 30/04/2021].

Ribert, Kjell (1999). En González Alcantud, José Antonio y Rodríguez Becerra, Salvador (Eds.). Creer y curar: la medicina popular; pp. 483-496. Granada: Diputación Provincial.

Riccò, Isabella (2014). ¿Medicina popular o prácticas new age? Un estudio de caso sobre el curanderismo en la Cataluña de hoy. En Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores (Coords.). El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Tarragona; pp. 4768-4781. Disponible en: <https://n9.cl/vuio> [acceso: 24/05/2021].

Riccò, Isabella (2018) Medicina popular, medicinas alternativas y new age: hacia un «nuevo mundo mágico». Arxiu d' Etnografia de Catalunya, (18): 73-94. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/AEC/article/view/347346> [acceso: 21/01/2021].

Riccò, Isabella (2019). Historia de la medicina popular: del modelo clásico al glo-local. Disparidades. Revista de Antropología 74(2): e022. DOI: <https://doi.org/10.3989/dra.2019.02.022> [acceso: 21/01/2021].

Rodríguez Aguado, Orestes (2001). Un acercamiento a la medicina popular en Ubrique (1996-1997). *Cultura de los cuidados*, (10): 46-62. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2001-n10-un-acercamiento-a-la-medicina-popular-en-ubrique-1996-1997> [acceso: 13/04/2021].

Rodríguez Becerra, Salvador; Vázquez Soto, José María (1980). *Exvotos de Andalucía. Milagros y promesas en la religiosidad popular*. Sevilla: Editorial Argantonio.

Rodríguez Becerra, Salvador (1999). El folklore ciencia del saber popular. Historia y estado actual en Andalucía. *Revista de folklore*, (225): 75-80. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/el-folklore-ciencia-del-saber-popular-historia-y-estado-actual-en-andalucia/> [acceso: 13/04/2021].

Rodríguez Becerra, Salvador; Marcos Arévalo, Javier (1997). La encuesta del Ateneo de Madrid en Andalucía y Extremadura. Metodología y perfil sociológico de los informantes. En *Actas del III Congreso de historia de la antropología y antropología aplicada*; pp. 165-180. Instituto de Estudios Gallegos "Padre Sarmiento". Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/309908045_LA_ENCUESTA_DEL_ATENEO_DE_MADRID_EN_ANDALUCIA_Y_EXTREMADURA_Metodologia_y_perfil_sociologico_de_los_informantes [acceso: 30-04-2021].

Rodríguez Fernández, Nadia Esther (2012). Un acercamiento a la familia desde una perspectiva sociológica. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ccss/20/nerf.html> [acceso: 06/02/2019].

Rodríguez Lorenzo, Miguel Ángel (2000). Etnohistoria: ¿La ciencia de la diversidad cultural? (Exploración acerca de la constitución del término y del desarrollo de su teoría y método). *Boletín Antropológico*, (50): 5-28. Disponible en: http://www.saber.ula.edu.ve/bitstream/handle/123456789/18418/miguel_rodriguez.pdf?sequence=2&isAllowed=y [acceso: 10-05-2021].

Rodríguez Pascual, Ivan; Menéndez Álvarez-Dardet, Susana (2003). El reto de las nuevas realidades familiares. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10272/165> [acceso: 07/02/2019].

Rodríguez Rojas, Pedro (2008). Saber y poder popular. Teré: revista de filosofía y socio-política de la educación, (8): 61-80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2785461.pdf> [acceso: 23-03-2021].

Rodríguez Salón, Romás (2010). Identidad, modernidad y familia. Anuario electrónico de estudios en Comunicación Social "Disertaciones", 3(1): 80-109. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones/> [acceso: 30/01/2021].

Romero Reche, Alejandro (2008). El Humor en la teoría sociológica postmoderna (tesis de doctorado). Universidad de Granada, España. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/17548779.pdf> [acceso: 13/04/2021].

Romero Valiente, Carlos (Coord.). (s/f). Estudio de identificación, caracterización y tipificación de los recursos naturales de temporada en las comarcas del grupo de cooperación Natures. Sierra Mágina. S/L: Grupo de Cooperación Natures. Disponible en: https://www.jandalitoral.org/images/proyectos/proyecto-redes/07_Sierra_Mgina.pdf [acceso: 24/05/2021].

Ruiz Caballero, Carlos (1996). La familia en el pensamiento conservador. Revista de Filosofía, (47-48): 89-104. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2378943> [acceso: 09/12/2018].

Saavedra, Nayelhi; Berenzon, Shoshana (2010). La comercialización de las medicinas alternativas. Consumo de espacios de inmunidad. El caso de la Ciudad de México. Gazeta de Antropología, 26(2). Disponible en: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1799> [acceso: 25/02/2021].

Saco Álvarez, Alberto (2006). Sociología aplicada al cambio social. Santiago de Compostela: Andavira editora. Disponible en: <https://ctinobar.webs.ull.es/1docencia/DESIGUALDAD%20SOCIAL/SACO.pdf> [acceso: 27/03/2021].

Salas Iglesias, Manuel Jesús (2004). Los cuidados de nacimiento en Andalucía: Gestores del parto, técnicas, procedimientos y fundamentos teórico-metodológicos a través de la encuesta del Ateneo de Madrid de 1901-1902. *Index de Enfermería*, 13(44-45): 62-66. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100014&script=sci_abstract&tlng=pt [acceso: 13/04/2021].

Salgado Medina, Rosa María; Keyser Ohrt, Ulrike; Ruiz de La Torre, Gabriela (2018). Conocimientos y saberes locales en tres propuestas curriculares para educación indígena. *Sinéctica*, (50). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2018000100003 [acceso: 12/02/2021].

Samper Prunera, Emili (2016). Recuperant i reivindicant Cels Gomis i Mestre, cent anys després. *Revista d'etnologia de Catalunya*, (41): 117-122. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/RevistaEtnologia/article/download/306721/396717> [acceso: 30/04/2021].

Sarria Viáfara, Karol Amelia (2019). Análisis de la comunicación para el cambio social en la transmisión de saberes intergeneracionales en el oficio de la partería en el pacífico colombiano (periodo 2000 a 2010). Caso biográfico: Ana Polonia González, Puerto Tejada–Cauca. Disponible en: <https://repository.unicatolica.edu.co/handle/20.500.12237/1708> [acceso: 01/02/2021].

Schönherr Barría, Vanesa Andrea (2009). Motivaciones del uso de un Sistema Médico Popular en un barrio de la Isla Teja, Valdivia-Chile (Doctoral dissertation, Universidad Austral de Chile). Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fms371m/doc/fms371m.pdf> [acceso: 19/02/2021].

Segalen, Martine (1992). *Antropología histórica de la familia*. Madrid: Taurus.

Serra Erice, Ana (2019). *El libro de las plantas olvidadas*. Barcelona: Ariel.

Silvestre Rodríguez, Javier (2002). Las emigraciones interiores en España durante los siglos XIX y XX: una revisión bibliográfica. *Ager. Revista de Estudios sobre despoblación y desarrollo rural*, (2): 227-248. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/296/29600208.pdf> [acceso: 24/05/2021].

Sluski, Carlos (1995). De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social. En. Davas Elina y Dense Najmanovich (Comps.). *Redes: el lenguaje de los vínculos*; pp. 114-123. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Disponible en: https://www.terceridad.net/SP3/Biblio%20SPIII_2011_I%20manolo/Sluski%2C%20C.%20De%20c%C3%B3mo%20la%20red%20social%20afecta%20la%20salud%20del%20individuo.pdf [acceso: 10/01/2021].

Smith, Harold. E (1962). El concepto de " institución ": usos y tendencias. *Revista de estudios políticos*, (125): 93-104. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2046692> [acceso: 16/12/2018].

Soto, Óscar (2018). Diálogo de saberes, traducción y lucha por el territorio. *Aportes para un debate epistemológico. Cardinalis*, (11): 65-83. Disponible en: <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/cardiac/article/view/22929> [acceso: 19/02/2021].

Spector, Rachel E.; Muñoz Reig, M^a José (2003). *Las culturas de la salud*. Madrid: Pearson Educación.

Taylor, S. J.; Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Torrecillas-Lacave, Teresa; Vázquez-Barrio, Tamara; Monteagudo-Barandalla, Laura (2017). Percepción de los padres sobre el empoderamiento digital de las familias en hogares hiperconectados. *El profesional de la información (EPI)*, 26(1): 97-104. Disponible en: <http://www.elprofesionaldelainformacion.com/contenidos/2017/ene/10.html> [acceso: 18/02/2021].

Torres La Torre, Bárbara (1999). Plantas, curanderos y prospección biológica. *Ciencias*, (55). Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/cns/article/viewFile/11683/11008> [acceso: 24/05/2021].

Triana Ramírez, Alba Nidia; Álvarez Soler, Jaime Antonio (2017). Educación médica, modelo hegemónico y atención primaria de salud. *Praxis & Saber*, 8(18): 217-298. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477254674013> [acceso: 27/03/2021].

Tuirán, Rodolfo (1993). Vivir en familia: hogares y estructura familiar en México, 1976-1987. *Comercio exterior*, 43(7): 662-676. Disponible en: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/248/8/RCE8.pdf> [acceso: 02/02/2019].

Vaamonde García, Pablo; Alonso Deibe, Elena (2010). Os curandeiros. *Cadernos de atención primaria*, 17(2): 144-149. Disponible en: http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL17/vol_2/med_galicia_vol17_n2.pdf [acceso: 30/04/2021].

Valladares González, Anay Marta (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *Medisur*, 6(1): 4-13. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/3197> [acceso: 12/12/2018].

Valladares Reguero, Aurelio (2002). La provincia de Jaén en los libros de viajes. Jaén: Ayuntamiento, Universidad.

Vaquiro Rodríguez, Sandra; Stieповich Bertoni, Jasna (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2): 17-24. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95532010000200002&script=sci_arttext [acceso: 14/02/2021].

Varela, Julia (1999). Mater familias versus pater familias. Modelos clásicos de sociología del género: F. Engels y E. Durkheim. *Política y Sociedad*, 32. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO9999330173A/24704> [acceso: 16/12/2018].

Vargas Pérez, Mirta Ala (2017). El cuerpo humano y éste su mundo. *Daimon Revista Internacional De Filosofía*: 563-569. Disponible en: <https://revistas.um.es/daimon/article/view/270141> [acceso: 27/02/2021].

Vásquez Rocca, Adolfo (2008). Zygmunt Bauman: modernidad líquida y fragilidad humana. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 19(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/181/18101917.pdf> [acceso: 24/03/2021].

Vázquez González, Natalia; Pérez Damián, Araceli; Díaz Pérez, Guillermina (2015). La mirada no hegemónica en la recuperación de los saberes tradicionales. En: *Temas de Historia y Discontinuidad Sociocultural en México*; pp: 67-86. Ciudad de México, México: Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/57986> [acceso: 10/01/2021].

Vázquez Gutiérrez, Juan Pablo (2012). La concepción de hecho social en Durkheim: De la realidad material al mundo de las representaciones colectivas. *Política y Sociedad*, 49 (2), 331-351. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/37625> [acceso: 01/02/2021].

Velasco Maílló, Honorio M. (1990). El folklore y sus paradojas. *Reis*, 49: 123-144. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/40183432?seq=1> [acceso: 13/04/2021].

Velasco Maílló, Honorio M. (2014-2015). Las aportaciones de Julio Caro Baroja en tiempos de una antropología no institucionalizada en España. *Cuadernos de Etnología y Etnografía de Navarra*, XLVI-XLVII (89): 151-176. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5338815> [acceso: 04/05/2021].

Vergara-Buitrago, Paulina Alejandra (2018). Los saberes campesinos como estrategia de desarrollo rural en la Serranía de los Yariguíes (Santander, Colombia). *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, 38 (2): 461-476. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/AGUC/article/download/62488/4564456548710> [acceso: 12/02/2021].

Vicente de Castro, Florencio; Cabanillas Diestro, M^a Teresa del Carmen (2010). La familia. Una realidad histórica y cultural. *Revista galego-portuguesa de Psicoloxía e educación*, 18 (2): 31-40. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/61903168.pdf> [acceso: 18/02/2021].

Villa, Alicia Inés (2018). La formación universitaria en Humanidades y Ciencias Sociales: saberes populares y prácticas emergentes. *Trayectorias Universitarias*, 4(7): 67-74. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/TrayectoriasUniversitarias/article/view/6371> [acceso: 01/02/2021].

Villar Pérez, Luís; Palacín Latorre, José M^a; Calvo Eito, Constanca; Gómez García, Daniel; Montserrat-Martí, Gabril (1987). Plantas medicinales del Pirineo Aragonés y demás tierras oscenses. Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/101858> [acceso: 30/04/2021].

Viñes, Cristina (1982). *Granada en los libros de viaje*. Granada: Miguel Sánchez.

Wirth, Louis (2005). El urbanismo como modo de vida. *Bifurcaciones*; 2. Disponible en: <http://sistemamid.com/panel/uploads/biblioteca/7097/7128/7129/83421.pdf> [acceso: 19/02/2021].

Wolf, Eric R. (1980). Relaciones de parentesco, de amistad y de patronazgo en las sociedades complejas. *Antropología social de las sociedades complejas*: 19-39. Disponible en:

https://www.ciesas.edu.mx/publicaciones/clasicos/00_CCA/Articulos_CCA/CCA_PDF/020_WOLF_Relacionesdeparentesco.pdf [acceso: 07/02/2019].

Yate Arévalo, Abdénago (2016). La libertad, la autonomía y el consumo de bienes cotidianos en los jóvenes bogotanos *Revista Colombiana de Bioética*, 11(1): 7-22. Bogotá: Universidad El Bosque. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189246655001.pdf> [acceso: 18/02/2021].

Zulaga-Duque, Jonh Fredy (2017). Relación entre conocimientos, saberes y valores: un afán por legitimar los saberes más allá de las ciencias. *Revista de investigación, desarrollo e innovación*, 8(1): 61-76. Disponible en: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/investigacion_duitama/article/view/5973 [acceso: 23/03/2021].

Zurita Álava, Susana Patricia; Murillo Calderón, Félix Mauricio; Defaz Gallardo, Yolanda Paola (2017). Los saberes culturales en la crianza de los hijos. *Revista Boletín Redipe*, 6(6): 97-106. Disponible en: <http://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/246> [acceso: 03/04/2021].

10. ANEXOS

Anexo 1

Fuentes bibliográficas para el análisis etnohistórico de los saberes populares en Jaén y Granada

F01 Alemparte, Julio (1961). Andanzas por la Vieja España. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello			
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Al hablar de sus andanzas en el Albaicín, el autor incluye una mención a obras de <i>García Lorca</i> en las que describe a una vieja prostituta del barrio, mencionando que en su indumentaria llevaba “una bolsa colgada al cuello, que sería algún amuleto infernal”.	463	Amuletos	C3
Más adelante, al referirse a las artes de estas “mujeres espantosas de pesadilla”: “y por ellas las madres ignorantes y supersticiosas cuelgan a sus crías cuernos dorados y estampas benditas para librarlas del mal de ojo”. Cita a: <i>Federico García Lorca</i> . Obras completas. Recopilación y notas de Arturo del Hoyo, Aguilar. Madrid, 1955, págs. 1478-9.	463	Mal de ojo	C2

F02 López Burgos, M^a Antonia (1994). Viajeros ingleses en Andalucía. Granada (1800-1843). Vol. 1. Granada: Némesis SL.			
*Se señala en gris algunos contenidos porque el mismo texto aparece reproducido de manera literal, en lugar de narrado por la investigadora, en otras fuentes de la misma autora, por lo que es preferible utilizar estos.			
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
<i>Sir John Carr</i> (1809): ensalza lo bien surtido del mercado de Granada y lo bien guisadas de sus comidas.	22	Alimentos	B2
Idem afirma que “en Granada se puede beber el agua más pura que se pueda imaginar”.	22-23	Alimentos	B2
Idem: las neverías se frecuentan mucho.	23	Alimentos	B2
Idem: hablando de las mulas de Iznalloz, “se trataba de San Antonio, una vez al año realizan la ceremonia de echarles aceite o agua bendita sobre las cabezas”.	26	Rituales protectores	D1
<i>William Jacob</i> (1809-1810): hablando de Alhama, el aire es tan puro que protege a sus habitantes de las frecuentes epidemias.	36	Medio ambiente	B4
Idem: id, sus baños medicinales.	36-37	Aguas medicinales	B5
<i>Henry David Inglis</i> (1830): en su visita a la residencia del arzobispo de Granada, que estaba enfermo, describe el desayuno que le prepararon al mismo.	89	Alimentos	B2
Idem: describe los hábitos culinarios de los granadinos.	92	Alimentos	B2
Idem: plantas de la sierra.	96	Plantas	B1
Idem: desayuno en Diezma.	97	Alimentos	B2
Idem: alimentación en Guadix.	98	Alimentos	B2
<i>Charles Rochfort Scott</i> (1833): Aguas termales de Alhama*	127	Aguas medicinales	B5
Idem: un cura le recomienda que se tomara una pinta de buen vino para recuperarse de un terrible golpe que se dio con la cabeza con la verja de hierro de la capilla Real y que le tuvo inconsciente tumbado a los pies del altar.	140	Alimentos	B2
Idem: habla de la ermita de San Antón, a las afueras de la ciudad, que tiene el poder de curar a los caballos el cólico.	141	Rituales	D1
Idem: cena en el cortijo de Arenales.	149	Alimentos	B2
Idem: noticias del cólera de Málaga*.	151	Enfermedades	O1
<i>Isabella Frances Romer</i> (1842): describe la posada de Loja y las pésimas condiciones higiénicas de su comida. La sopa de ajo. *	166	Alimentos	B2
Idem: describe la curación que una vieja hace a un mulero que se	166	Accidentes	O2

había torcido un tobillo*		Curanderos Remedios manuales	B0 B3
<i>Samuel Edward Widdrington</i> (1843): baños de Alhama.	190- 193	Aguas medicinales	B5
Idem: clima saludable de Alhama, malária.	193	Medio ambiente Enfermedades	B4 01

F03	López Burgos, M^a Antonia (1996). Siete viajeras inglesas en Granada (1802-1872). Granada: Editorial Alixares.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
<i>Isabella Frances Romer</i> (1842)*: condiciones y comida en la posada de Loja.	44- 45	Alimentos	B2
Idem: Pésimas condiciones higiénicas de la venta en la carretera y su comida. La sopa de ajo.	46- 48	Alimentos	B4 B2
Idem: describe la curación que una vieja hace a un mulero que se había torcido un tobillo.	47	Accidentes Curanderos Remedios manuales	02 B0 B3

F04	López Burgos, M^a Antonia (1998). Por los caminos del poniente granadino. Relatos de viajeros ingleses durante el siglo XIX. Granada: Consorcio para el desarrollo rural del Poniente Granadino-Proyecto Sur de Ediciones.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
<i>Robert Semple</i> (1809): Poderes milagrosos de las aguas termales de Alhama.	32- 33	Aguas medicinales	B5
<i>Charles Rochfort Scott</i> * (1822-1830): Aguas termales de Alhama.	51- 52	Aguas medicinales	B5
Idem: noticias del cólera de Málaga	56	Enfermedades	01
<i>Arthur de Capell Brooke</i> (¿1826?): "un hermoso fuego y una copa de aguardiente nos hicieron rápidamente olvidar nuestras fatigas..."	64	Alimentos	B2
<i>Henry David Inglis</i> (1830): cena en una venta entre Málaga y Granada.	81- 82	Alimentos	B2
<i>Richard Ford</i> (1830-1833): Baños minerales de Alhama.	101	Aguas medicinales	B5
<i>Martin Haverty</i> (1843): la falta de higiene en el desayuno en la posada de Loja.	143- 144	Alimentos	B2
<i>Dora Quillinan</i> (161): sobre la pasión por fumar.	167	Hábitos	03
<i>Mrs. W.A. Tollemache</i> (1869): el mayoral toma rebanadas de ajo para aliviar sus achaques corporals.	242	Remedios	B2

F05	Afán de Ribera, Antonio J. (1889). Cosas de Granada. Leyendas y cuadros de antiguas y modernas costumbres granadinas. Granada: Imp. De La Lealtad. (ed. Facsímil, Granada: ed. Albaida, 1992).		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Un borracho afirma haber tomado una copa de aguardiente de hierbas para los dolores de estómago.	11- 12	Alimentos Remedios	B2
Matanza del cerdo, cólico.	19- 26	Alimentos Achaques	B2 01
Enfermedad de calenturas.	33	Enfermedades	01
Enfermedad del sueño, síncope, exorcismo.	36	Enfermedades Rituales	01
Barbero sacamuelas.	41	Terapeutas	B0
Estampa de San Sebastián.	41	Creencias	D2

Efectos del vino.	63	Alimentos	B2
“Estómago satisfecho no quiere guerra”.	65	Dichos y refranes	04
Borrachera y borrachos, resacas, efectos del vino *(y 67,73, 77, 79, 82, 85, 87, 89, 92, 93, 97,114).	66*	Intoxicaciones	03
Lesiones por una paliza de la mujer al marido por borracho, Verdugones.	92	Achaques	01
Agua de la salud de la fuente del Avellano.	95	Alimentos	B5
Recetas contra el flato.	96	Remedios	B4
Venta de agua en Puerta Real.	97	Alimentos	B2
Tabardillo, microbios, contagio.	98	Enfermedades	01
Polvo remedio y sanalotodo.	99	Remedios	B4
Baños.	98-103	Hábitos	03
Histeria.	104	Enfermedades	01
Compra de comestibles para la Nochebuena.	104-107	Alimentos	B2
Una copita de vino de pulsos para ayudar la digestion.	108	Alimentos	B2
Mistela.	114	Alimentos	B2

F06	Clark, William George (1996). Gazpacho o meses de verano en España. Granada: Comares-Aljarife. <i>[Viajó por España los meses de verano de 1849]</i>		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Cae enfermo de una enfermedad reinante en los meses de verano y es atendido por un sangrador.	123-124	Enfermedades Terapeutas	B0
Un mendigo recoge las migajas de una cena.	136	Alimentación	B2

F07	Ford, Richard (1981). Manual para viajeros por Andalucía y lectores en casa. Madrid: Ediciones Turner.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Amuletos del Santo Rostro en Jaén.	28	Amuletos	D2
Descripción de los baños medicinales de Alhama.	92	Aguas medicinales	B5
Noticias históricas sobre el mal de ojo.	112	Mal de ojo	C2
Un ciego recobra la vista frotándose con un pañuelo de la Virgen.	151	Milagros	D3

F08	Doré, Gustavo; Davillier, Charles (1984 ed.). Viaje por España. Madrid: Adalia. Vol. 1.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Higiene en Diezma (ver ilustración en la pág. 179).	183	Hábitos	03
Aire de Granada.	189	Medio ambiente	B4
Hechicera.	190	Curanderos	C4
Encantamientos y sortilegios, mal de ojo.	202	Mal de ojo	C2
Mal de ojo.	250	Mal de ojo	C2
Familias del Sacromonte.	253	Hábitos	03
Propiedades curativas del Darro.	253	Aguas medicinales	B5
Baños públicos.	266	Higiene	03
Viviendas del Sacromonte.	268	Medio ambiente	B4
Mal de ojo.	270	Mal de ojo	C2
Vieja bruja en el Sacromonte.	271	Creencias	C4
Buenaventura (ver ilustración).	274	Rituales protectores	D1
Alimentación.	278	Alimentación	B2
Escapulario del Santo Rostro.	290	Escapularios	D2
Idem. Vol. 2			

Minas de Almadén (mercurio).	53	Medio ambiente	B4
------------------------------	----	----------------	----

F09 Wilianms, Leonard. Granada. Recuerdos, aventuras, estudios e impresiones (1990 ed.). Granada: Diputación Provincial.			
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Reliquias y curaciones milagrosas en el Sacromonte.	45-46	Creencias	D3
Manzanilla en Sierra Nevada.	78	Plantas medicinales	B1
Pastilla de aceite de cacao para la cara cortada.	79	Remedios	B4
Si hay salud es porque no hay medico.	84	Dichos y refranes	04
Variedad de plantas medicinales en Sierra Nevada.	89	Plantas medicinales	B1
Herida accidental.	106	Remedios	02 B4
Frase piadosa al estornudar.	109	Rituales protectores	D1
Cortar la leche de cabra.	109	Alimentos	B2
Usos de profesionales sanitarios.	140	Terapeutas	A1

F10 Valladares Reguero, Aurelio (2002). La provincia de Jaén en los libros de viajes. Jaén: Ayuntamiento, Universidad.			
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Andersen: reviviendo con el chocolate.	595	Alimentos	B2
Blayne: altar doméstico.	602	Rituales protectores	D2
Blaze: accidente de Carretera.	617	Accidentes	02
Gautier: vendedores de pomade.	692	Terapeutas	B0
Potokci: indigestion.	716	Enfermedades	01
Widdrington: plantas de regaliz.	730	Plantas medicinales	B1
Brenan: retamas "novia de los pastores" y otras.	731 732	Plantas medicinales	B1
Brenan: desnutrición.	733	Enfermedades	01
Demolder: collares de ámbar para la piel agrietada de los niños.	737	Amuletos	C3
Demolder: cena, vino medicinal.	739	Alimentos	B2
Helm: terremotos.	749	Accidentes	02
Helm: úlceras y diversas enfermedades.	753	Enfermedades	01
Lee: mordedura de perro.	757	Accidentes	02
Slater: manantiales sulfúreos del Saladillo.	766	Aguas medicinales	B5

F11 Brenan, Gerald (1984). Al sur de Granada. Madrid: Siglo XXI (9ª ed.).			
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Bruja y hechicera como sirvienta.	26	Curanderos	C4
Bruja de aldea.	60	Creencias	C4
Hechizos.	62	Creencias	C1
Agua bendita para alejar los malos espíritus.	72	Rituales protectores	D1
Sobre hechiceras.	116	Creencias	C4
Supersticiones: la gracia.	118	Creencias	C4
El mal de ojo.	119	Mal de ojo	C2
Ritos de la noche de San Juan.	125	Creencias	D1
Recolección de plantas medicinales.	126	Plantas medicinales	B1
Exorcismo.	128	Rituales protectores	D1
Votos por la recuperación de los enfermos.	133	Creencias	D1
Alimentación.	152	Alimentos	B2

Periodo de la mujer.	154	Creencias	C1
Platos vegetarianos.	154	Alimentos	B2
Curanderas.	180	Curanderos	C4
Peonía andaluza.	190	Plantas medicinales	B1

F12	Ford, Richard (1955). Granada. Granada: Blass.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Lavarse la cara en la noche de San Juan.	92	Rituales protectores	D1
Frutas saludables e insalubres.	93	Alimentos	B2
Baños y aguas en Granada.	104	Aguas medicinales	B5
Fuente medicinal para enfermedades de la piel.	114	Aguas medicinales	B5
Víboras medicinales en Sierra Nevada.	119	Remedios	B2
Menciones a la epidemia de cólera.	149- 150	Enfermedades	01

F13	Surroca y Grau, José (1912). Granada y sus costumbres 1911. Granada: El Pueblo (ed. Facsímil, Granada: Comares, 2015)		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Piedra milagrosa de las solteras.	20	Rituales propiciatorios	D1
Viático para enfermos impedidos.	38	Creencias	D1

F14	Villa-Real, Ricardo (1990). Homenaje a Granada. Selección de textos poéticos y literarios. Granada: Michel Sánchez.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Saludable agua de Granada.	161	Aguas medicinales	B5

F15	De Roda, Nicolás (1991). Artículos de costumbres. Granada: La General.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Picadura de tarantula.	22	Accidentes	02
Pobreza, enfermedad de los románticos.	23	Enfermedades	01
El romanticismo es una debilidad de estómago.	24	Achaques	01
Tomando un veneno.	24	Remedios	B4
Tabardillo.	44	Enfermedades	01
Tabardillo.	47	Enfermedades	01
Enderezar entuertos.	104	Remedios	B4
Ictericia.	131	Enfermedades	01
Respeto a los mayores.	136	Saberes	04

F16	Viñes, Cristina (1982). Granada en los libros de viaje. Granada: Miguel Sánchez.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Hierbas medicinales.	41	Plantas medicinales	B1
Plantas medicinales en la sierra.	62	Plantas medicinales	B1
Sopa boba.	137	Alimentos	B2
Aguadores, neveros y comadres.	167	Terapeutas	B0

F17	Varios autores. Libro de Granada, 1899. Granada: Viuda e Hijos de P.V. Sabatel (Ed. Facsímil de Comares, 1987).		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.

Yerbas medicinales.	173	Plantas medicinales	B2
---------------------	-----	---------------------	----

F18	Lafuente Alcántara, Miguel. El libro del viajero en Granada. Madrid: Imp. De D. Luis García, 1849. (ed. Facsímil por Ed. Donquijote, 1986).		
------------	--	--	--

Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Aguas medicinales de Sierra Elvira.	84	Aguas medicinales	B5

F19	Afán de Ribera, Antonio J. (1885). Fiestas populares de Granada. Granada: Imp. De La Lealtad. (ed. Facsímil, Granada: ed. Albalda, 1987).		
------------	--	--	--

Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Siete vueltas en honor de San Antón para librarse de las enfermedades.	49	Rituales propiciatorios	D1
Higiene del local para el día de la cruz.	76	Higiene	B4
La muerte todo lo cura.	177	Literatura popular	04
Santo de los milagros en el Albaicín.	187	Creencias	D3
Excesos en la bebida *(y 87,142,156,174,177).	56	Intoxicaciones	01

F20	Almagro San Martín, Melchor (2013). Biografía del 1900. Granada: Universidad de Granada.		
------------	---	--	--

Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Achaques de salud de Melchor Almagro y familia.	154	Enfermedades	01
Casos de gripe.	228	Enfermedades	01

F21	Alarcón, Pedro Antonio (1874). La Alpujarra. Sesenta leguas a caballo, precedidas de seis en diligencia. Madrid: Miguel Guijarro, ed. (Ed. Facsímil de Editoriales Andaluzas Unidas, 1983).		
------------	--	--	--

Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Un enfermo viaja a Granada a ser visitado por médicos.	133	Achaques	01
El autor resalta las higueras de Turón y sus célebres higos.	355	Alimentos	B2

F22	Alcalá Venceslada, Antonio (1980). Vocabulario Andaluz. Madrid: Gredos.		
------------	--	--	--

Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Muerte, almorranas.	420	Enfermedades	01
Quebrancía: rito del granado y ensalmo.	515	Ritos mágicos	C1

F23	Spahni Jean-Christian (1959). La Alpujarra. La Andalucía secreta. Granada: Diputación provincial (1983).		
------------	---	--	--

Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Los curanderos de las aldeas que no poseen médico.	73	Curanderos	B0
Practicante, farmacéutico y veterinario de la Alpujarra: "El practicante es un fiel auxiliar del médico, pone inyecciones, asiste a enfermos e incluso realiza pequeñas intervenciones quirúrgicas", "Las farmacias se multiplican en la Alpujarra(...) no es de extrañar que este hombre administre remedios", "El veterinario se hizo importante desde la revisión de los animales de carnicería".	73	Terapeutas	A1
Cuartetos de Soportújar: "De comer pámpanos verdes y yerbas por las orillas".	85	Plantas medicinales	04
Conservación de los jamones de Trevez: "los habitantes los conservan en las nieves o en tierra especial".	100	Alimentación	B2
Elaboración de jabones artesanales: "La grasa de cerdo de mala calidad y el aceite rancio toman parte en la composición	101	Hábitos de higiene	B4

de jabones fabricados para casa”.			
Recetario: Gachas, gazpacho y sopillos.	104/105	Alimentación	B2
Fanatismo religioso y paganismo (Cristos y vírgenes).	125	Creencias	D2
Virgen del Martirio: patrona de toda la Alpujarra.	127/128	Creencias	D2
San Roque: venerado en Alforfón. Imagen milagrosa.	130	Creencias	D2
Hechiceros y brujas de Trevélez.	137	Creencias	C4
Mal de ojo .	137	Mal de ojo	C2
“Cuando los cultivos han sido salvados del peligro de hielo granizo, los habitantes de la comunidad hacen una promesa. Adquieren un marrano pequeño al que conceden el gran cuidado”.	137	Rituales protectores	C1
Lavado de cara con el agua de una fuente o acequia la mañana de San Juan.	138	Rituales protectores	D1

F24 Limón Delgado, Antonio (1981). Costumbres populares andaluzas de nacimiento, matrimonio y muerte. Sevilla: Diputación provincial.			
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
NACIMIENTO			
(Granada): Tomar baños de cualquier clase y variar de aguas para beber para conseguir fecundación.	22	Aguas medicinales	B5
(Arjona): Promesas y ofertas religiosas para que la mujer conciba.	22	Rituales propiciatorios	D1
(Arjonilla): Yacer en las faldas del Santuario de la Virgen de la Cabeza mejora la posibilidad de concepción. Que la mujer pasee después de la copula.	22	Rituales propiciatorios	D1
(Arjonilla): Curar el mal de madre: Licor hecho con aguardiente, azúcar y yerbas aromáticas.	22	Remedios	B4
(Marmolejo): Para conseguir la concepción: la mujer se pone bizmas en los riñones y toma baños de mar.	24	Remedios y aguas medicinales	B5
(Arjona): A los estériles: Bizmas en los riñones y baños fríos sulfurosos. Además de ofrendas religiosas y promesas a los santos de devoción.	24	Remedios, aguas medicinales, ritos propiciatorios	B4 B5 D1
(Santafé) Concepción: Promesas a San Ramón.	27	Rituales	D1
(Cazorla): Acuden a misa mayor el sábado todas las embarazadas, porque creen que el parto durará lo que la misa.	27	Rituales	D1
(Marmolejo): La embarazada en el noveno mes escucha una misa de pie porque tiene la creencia de que si aguanta el parto durará lo que la misa.	27	Rituales	D1
(Arjona): La embarazada pasea a menudo durante la gestación. Hace ofrendas religiosas.	28	Rituales	D1
(Arjonilla): La embarazada acude con su marido a la iglesia a orar y hacer votos para tener un feliz alumbramiento.	28	Rituales	D1
(Marmolejo): Paseos largos y extremos durante la gestación.	30	Cuidados	B3
(Arjona): No comer sustancias indigestas ni realizar actos de fuerza.	30	Alimentación y prácticas manuales	B2 B3
(Santafé): Vaticinar el sexo del hijo: Colocar a la mujer delante de una escalera, si echa primero el pie derecho es varón, si es el izquierdo es hembra.	37	Rituales mágicos	C1
(Marmolejo): “Si nace en creciente (cuarto de luna) el que siga será diferente (en sexo) y si es menguante, semejante..	38	Supersticiones o creencias	C1
(Arjona): Si la embarazada retiene la orina, el bebé será hembra. Si a la embarazada le salen machas en la cara, será hembra la que nazca.	38	Creencias	C1
(Arjonilla): Si el embarazo produce perturbaciones gástricas se trata de un varón	39	Creencias	C1

(Santafé): En el alumbramiento se lleva a la cama de la enferma todas las reliquias y una rosa de Jericó, que al abrirse cuentan, nace el bebé.	46,50	Creencias	C1 D1
(Cazorla, Marmolejo, Arjona y Arjonilla): Pare frente a la imagen de San Ramón Nonato.	47	Imágenes	D2
(Santafé): Le ponen un rosario a la parturienta en el cuello.	50	Rosarios	D2
(Arjona): Para facilitar el alumbramiento es necesario conocimiento de yerbas.	50	Hierbas medicinales	B1
(Santafé, Marmolejo,): Si el feto nace de pie, será afortunado.	52	Creencias	C1
(Arjona): Si el feto llora en el vientre de su madre, tendrá una gracia.	52	Creencias	C1
(Arjonilla): Si es el quinto de una familia, ha de ser dotado de virtud.	52	Creencias	C1
(Santafé): Para el mal de ojo se le cuelga al niño un cuernecito de hueso u otra materia.	58	Mal de ojo	C2
(Marmolejo): Para la prevención del mal de ojo le cuelgan al niño una higa, que es de azabache y entre la faja de ceñir una corteza de pan. Para comprobar si tiene mal de ojo le pesan a torovizco, y si la planta se marchita es que está maldito.	58	Mal de ojo	C2
(Arjona): Para librarse del mal de ojo: se le da tres golpes a las mujeres que no tienen menstruación o las mala sombra pues se cree que ellas son quienes lo hacen. También se le hace llorar al niño para librarlo. Cuando un niño muere se le imputa que tiene mal de ojo y le cuelgan relicarios, medallas y en la muñeca una higa.	58	Mal de ojo	C2
(Arjonilla): El mal de ojo lo hacen las brujas. Prevención: Colocar al niño una cruz de plata u oro, la higa de un color oscuro.	59	Mal de ojo Brujería	C2
(Granada): Puerperio: Caldos de puchero con gallino y jamón, después se introduce la leche y hacen comidas sanas suprimiendo la verdura. Las mujeres pobres, la mujer se levanta a los tres días y es costumbre visitar a la virgen de las Angustias en misa de doce y en las clases más ricas la cuarentena dura 8 días.	62	Alimentación	B2
(Martos): La parturienta no se faja.	62	Cuidados	B3
(Marmolejo): No se le da alimento que contenga megras de rosca y sustancia de arroz hasta que tiene la venida de leche. Para evitar la calentura, no le dan caldo si no ha tenido una comida.	63	Alimentación	B2
(Arjona) Los primeros días la madre solo está comiendo con cocimientos y caldos. Después manjares de fácil digestión, reposo absoluto y silencio. Más tarde se le da ajonjolí a pasto que es una receta milagrosa.		Alimentación	B2
MATRIMONIO			
(Granada, Marmolejo, Arjona): Las jóvenes que no logran conseguir novio rezan a San Antonio	101	Rituales propiciatorios	D1
MUERTE			
(Granada): Ante el agonizante se presenta un crucifijo y rezan para el buen morir.	285	Rituales protectores	D1
(Arjona): Para el agonizante: colocan escapularios e imágenes y le leen oraciones. Iniciada la agonía: se le coloca la mano derecha en un crucifijo y en la izquierda una vela bendita.	285	Imágenes religiosas	D2
(Arjona): En la parroquia del agonizante, después de morir se dan tres campanadas si es varón y dos si es hembra.	288	Rituales	D1

(Marmolejo): Una vez muerto, el cura le cierra los ojos y todos rezan un credo de rodillas.	290	Rituales	D1
(Arjona): Se comprueba la muerte con el pulso, las palpitations, la variación de color, aspecto de vista, respiración y mayor o menor rigidez.	290	Enfermedad, muerte	01
(Arjona): A la muerte, se reza un credo, se cierran los ojos y boca y se comprueba la muerte por pulso.	290	Enfermedad, muerte	01
(Arjonilla): Se comprueba la muerte por la descomposición cadavérica.	290	Enfermedad, muerte	01
(Santafé): Se amortaja con las ropas de mejor uso en hombres mientras que en mujeres se amortaja con hábitos de monjas. La familia costea 4 cirios para alumbrar la estancia.	295	Ritos	D1
(Granada): Una vez muerto, le cierran la boca con un pacho atado a la cabeza, le cierran los ojos y se le amortaja. El cadáver queda en su misma habitación solo si hay buena ventilación.	295	Cuidados ambientales y del cuerpo	B4
(Arjona): Se amortaja con ropa negra. Y se deja con la postura de una mano en la cintura y la otra a lo largo del cuerpo. No cruzan las manos por la creencia de que no entra el alma en el cielo. Otra superstición es que manteniendo al cadáver en el mismo lecho de muerte su alma estaba padeciendo y que era necesario colocar el cuerpo en el suelo.	296	Creencias	D1
(Arjonilla): Tan pronto muere, se lava y se amortaja en la misma cama.	296	Cuidados	B4
(Arjona): En el velatorio se da aguardiente, chocolate o dulces a los asistentes	301	Alimentación	B2
(Granada): En el velatorio es costumbre rezar un rosario por el alma del difunto y pasar la noche hablando de sus virtudes.	305	Rezo	D1
(Arjona): Cuando el féretro es menor o sacerdote se lleva dentro escapulario o cruces.	315	Escapulario	D2
(Arjonilla): Todos los cadáveres van cubiertos.	315	Creencias	D1
(Granada) Antes del sepelio: se reza un responso y se rocía la caja con agua bendita, mientras todos rezan.	336	Rezos	D1
(Marmolejo): "Angelicos a la Gloria y chocolate a la barriga" .	370	Dichos	04
(Arjonilla): Creencia de que si un perro aúlla se morirá alguien enfermo. Si los gatos maúllan o se ponen inquietos se cree igual.	370	Creencias	C1

F25	Cuatrecasas, José (1929). Estudios sobre la flora y la vegetación del macizo de Mágina. Barcelona: Juntas de Ciencias Naturales.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Las hojas de la hierba de la salud es utilizada para calmar cólicos.	496	Plantas medicinales	B1
Hierba de las golondrinas. Se supone la existencia de esta hierba que dicen cura la ceguera.	496	Plantas medicinales	B1
Lenguaza, es legítima y se utiliza la raíz para curar heridas.	497	Plantas medicinales	B1
Pinillos: se emplea su infusión como excelente colirio.	498	Plantas medicinales	B1
Salamunda o Saladeja: Es utilizada como purgante, en Sierra Mágina los pastores la trituran (las hojas) y la mezclan con sal.	498	Plantas medicinales	B1

F26	González López, Luis (1939). La Jaenera. Madrid: Sindicato Exportador del Libro Español.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
Limpia al niño llorón de cursos y diarreas.	43	Higiene	03
Vicio del alcohol.	50	Estilo de vida	03
Ensalmos y exvotos.	54	Creencias	D2

	Bizmas y lilimentos al enfermo.	116	Remedios caseros	B4
	Cocimiento de yerbas para el enfermo.	123	Plantas medicinales	B1
F27	López-Burgos, M^a Antonia (1996). Siete viajeras inglesas en Granada (1802-1872). Granada: Axares.			
	Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
	<i>Romer</i> (1842): Cena y desayuno en una venta.	44-45	Alimentación	B2
	<i>Romer</i> (1842): Comida en una venta.	46	Alimentación	B2
	<i>Romer</i> (1842): cura de un tobillo.	47	Remedios	B4
	<i>Romer</i> (1842): baños de la Alhambra.	65	Aguas medicinales	B5
	<i>Quillinan</i> (1845): desayuno en una posada granadina.	78	Alimentación	B2
	<i>Quillinan</i> (1845): frutas y verduras.	89	Alimentación	B2
	<i>Tenison</i> (1850-53): Cruces en los caminos.	109	Rituales protectores	C1
	<i>Tenison</i> (1850-53): baños de Alhama.	110	Aguas medicinales	B5
	<i>Tenison</i> (1850-53): talismán para el mal de ojo y brujería.	129	Mal de ojo	C2
	<i>Tenison</i> (1850-53): aguas, manantiales y aguadores.	178-181	Aguas medicinales	B5
	<i>Tenison</i> (1850-53): preparación del gazpacho	186	Alimentación	B2
	<i>Tenison</i> (1850-53): peonía.	190	Plantas medicinales	B1
	<i>Tenison</i> (1850-53): Manzanilla real de Sierra Nevada.	193	Plantas medicinales	B1
	<i>Tenison</i> (1850-53): Violeta de genciana.	198	Plantas medicinales	B1
	<i>Tenison</i> (1850-53): Aguas y baños de Lanjarón.	204	Aguas medicinales	B5
	<i>Tenison</i> (1850-53): Buscadores de manzanilla.	218	Plantas medicinales	B1
	<i>Herbert</i> (1866): Un fraile que obra Milagros.	244	Terapeutas	C4
	<i>Herbert</i> (1866): Pobreza de las comidas.	312	Alimentación	B2
	<i>Herbert</i> (1866): Un niño muriendo de hambre..	313	Alimentación	B2
	<i>Herbert</i> (1866): Miseria de una familia	314	Estilo de vida	03

F28	Urbano Pérez Ortega, Manuel (2009). Costumbristas giennenses. Estudio y antología. Jaén: Diputación provincial.			
	Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
	<i>José Augusto de Ochoa y Montiel</i> : Ahuyentar diablos en un velatorio.	46	Rituales protectores	D1
	<i>José Augusto de Ochoa y Montiel</i> : Accidente de un borracho.	51	Accidente	02
	<i>José Augusto de Ochoa y Montiel</i> : Día de San Sebastián, protector de las epidemias.	58	Milagros	D3
	<i>Antonio García Negrete y Mariscal</i> : Milagros en la Romería de Andújar.	71	Milagros	D3
	<i>José Giménez-Serrano</i> : Higiene de la mujer.	158	Hábitos de higiene	03
	<i>José Giménez-Serrano</i> : Dolores reumáticos, dislocación de muñeca, sangre por la nariz, aborto.	161	Enfermedad	01
	<i>José Giménez-Serrano</i> : Remedios caseros: yerba betónica, retoño de olivos.	163-164	Remedios	B1
	<i>Manuel Muñoz Garnica</i> : Reliquias: pan bendito.	291	Reliquias	D2
	<i>Pedro M^a Barrera Lanzas</i> : Cólico por café arcilloso.	426	Accidente	02

<i>Pedro M^a Barrera Lanzas: Aguas de Marmolejo para los cálculos.</i>	430	Aguas medicinales	B5
<i>Pedro M^a Barrera Lanzas: Plantas medicinales en Sierra Morena.</i>	435	Plantas medicinales	B1
<i>Pedro M^a Barrera Lanzas: Estar constipado.</i>	441	Dolencia	01
<i>Pedro M^a Barrera Lanzas: Visitar a enfermos.</i>	445	Hábitos	03
<i>Pedro M^a Barrera Lanzas: Altares domésticos.</i>	454	Reliquias, altares	D2
<i>Pedro M^a Barrera Lanzas: Catarro, sabañones o grietas en las manos.</i>	457	Dolencias	01
<i>Pedro M^a Barrera Lanzas: Comidas de familias proletarias (Rábano, naranjas, granada, uvas, pimientos en vinagre, aceitunas, pan con aceite y sal).</i>	460	Alimentación	B2
<i>Pedro M^a Barrera Lanzas: Dolor de muelas, constipado.</i>	462	Dolencia	01
<i>Patrocinio de Biedma y Lamonedá: Mujer enferma.</i>	497	Dolencia	01
<i>Patrocinio de Biedma y Lamonedá: Enfermera.</i>	497	Terapeutas	A1
<i>Patrocinio de Biedma y Lamonedá: Mal de ojo.</i>	500	Mal de ojo	C2
<i>M^a del Pilar Contreras y Alba: Sífilis, ahuyenta brujas, curanderos, predicción de epidemias.</i>	582	Curanderismo	C4
<i>M^a del Pilar Contreras y Alba: Promesa por una indigestión.</i>	591	Rituales protectores	C1
<i>M^a del Pilar Contreras y Alba: Cuidados domésticos en la mujer.</i>	594	Hábitos	03

F29	López-Burgos, M^a Antonia (2001). Viajeros ingleses en la Granada de 1850. Melbourne: Australis Publishers.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
<i>Hoskins, Esq (1850). Alimentación ante trastornos biliares.</i>	35	Alimentación	B2
<i>Hoskins, Esq (1850). Muerte por cólico biliar.</i>	36	Enfermedad	01
<i>Hoskins, Esq (1850). Cólico la enfermedad del país.</i>	84	Enfermedad	01
<i>John Caley (1852). Lavar la herida del moro.</i>	124	Cuidados	B4
<i>Lady Emmeline Stuart (1856). Picadura de araña.</i>	137	Accidentes	02
<i>Lady Emmeline Stuart (1856). Pastillas y remedios para dolores biliares.</i>	150	Remedios	B4
<i>Lady Emmeline Stuart (1856). Rituales en la noche de San Juan.</i>	169	Rituales	C1
<i>Richard Roberts (1859). Rito de mirar a San Cristóbal.</i>	211	Milagros	D3
<i>Richard Roberts (1859). Apartar el mal de ojo.</i>	227	Mal de ojo	C2
<i>Richard Roberts (1859). Apuñalamiento en la Alhambra.</i>	235	Accidentes	02
<i>Richard Roberts (1859). Perejil, remedio contra el olor.</i>	239	Plantas medicinales	B2
<i>Richard Roberts (1859). El peligro de beber agua abundante.</i>	244	Accidentes	02

F30	López-Burgos, M^a Antonia (200). Relatos de viajeros ingleses (1830-1843). Melbourne: Australis Publishers.		
Contenido	Pág.	Temáticas	COD.
<i>Anónimo (1836). Nauseabundos olores en Granada. Cólera. Crecida del Darro.</i>	105	Medioambiente Enfermedad Accidentes	B4 01 02
<i>Anónimo (1836). Peligros de beber agua muy fría. Beber <i>orgeat</i> para el dolor de garganta</i>	106	Accidente Remedio casero	02 B4
<i>Anónimo (1836). Borrachos y mosquitos</i>	107	Accidente	02
<i>Elizabeth Mary Grosvenor (1840-1841). Alimentación para un viaje (provisiones)</i>	111	Alimentación	B2
<i>Elizabeth Mary Grosvenor (1840-1841). Clima</i>	119	Medioambiente	B4

Anexo 2

Características sociodemográficas de los informantes.

Identificador	Sexo	Edad	Formación	Ocupación		Situación Familiar	Cohabitación	Lugar de nacimiento	Lugar de residencia
FJ1.1M	MUJER	33	Superior	Asalariados	Profesora de primaria	Casada	3	Jaén	Jaén
FJ2.1M	MUJER	22	Secundaria	Desempleo	Ama de casa	Soltera	4	Jaén	Jaén
FJ3.1M	MUJER	19	Secundaria	Desempleo	Ama de casa	Casada	4	Jaén	Jaén
FJ4.1H	HOMBRE	24	Secundaria	Desempleo	Ama de casa	Casado	3	Jaén	Jaén
FJ5.1M	MUJER	28	Superior	Autónomos	Peluquera	Casada	3	Jaén	Jaén
FJ6.1M	MUJER	23	Secundaria	Autónomos	Modista	Pareja de hecho	3	Huelma (Jaén)	Huelma (Jaén)
FG7.1M	MUJER	36	Superior	Asalariados	Comunicación Audiovisual	Divorciada	3	Granada	Granada
FG8.1M	MUJER	34	Secundaria	Autónomos	Limpiadora	Pareja de hecho	4	Las Gabias (Granada)	Armillá (Granada)
FG9.1M	MUJER	43	Secundaria	Asalariados	Asistente de hogar	Casada	4	Cogollos Vega (Granada)	Alfacar (Granada)
FG10.1M	MUJER	32	Superior	Asalariados	Maestra	Pareja de hecho	3	Padul (Granada)	Cúllar Vega (Granada)
FJ11.1M	MUJER	31	Superior	Asalariados	Maestra	Casada	3	Úbeda (Jaén)	Úbeda (Jaén)
FG12.1M	MUJER	39	Superior	Asalariados	Recepcionista	Pareja de hecho	4	Granada	Calahonda (Granada)
FG13.1M	MUJER	27	Superior	Asalariados	Trabajadora de una empresa	Soltera	5	Granada	Alfacar (Granada)
FG14.1M	MUJER	32	Secundaria	Autónomos	Peluquera	Casada	3	Ogijares (Granada)	Las Gabias (Granada)
FJ15.1M	MUJER	31	Superior	Autónomos	Empresaria	Casada	4	Torredonjimeno (Jaén)	Torredonjimeno (Jaén)
FJ1.2M	MUJER	63	Superior	Jubilados	Profesora de primaria	Casada	2	Jaén	Jaén
FJ2.2H	HOMBRE	48	Superior	Asalariados	Abogado	Casada	4	Mengibar (Jaén)	Jaén
FJ3.2M	MUJER	43	Superior	Asalariados	Administrativa	Casada	2	Mengibar (Jaén)	Jaén
FJ4.2M	MUJER	53	Secundaria	Desempleo	Ama de casa	Casada	2	Valdepeñas de Jaén	Jaén
FJ5.2M	MUJER	66	Primaria	Desempleo	Ama de casa	Casada	2	Jaén	Jaén
FJ6.2M	MUJER	48	Primaria	Autónomos	Modista	Pareja de hecho	2	Huelma (Jaén)	Huelma (Jaén)
FG7.2M	MUJER	63	Superior	Asalariados	Profesora de primaria	Divorciada	3	Santander	Granada
FG8.2H	HOMBRE	60	Primaria	Asalariados	Limpiadora	Casado	2	Armillá (Granada)	Armillá (Granada)
FG9.2M	MUJER	60	Secundaria	Asalariados	Asistente de hogar	Divorciada	1	Cogollos Vega (Granada)	Alfacar (Granada)
FG10.2M	MUJER	52	Superior	Asalariados	Administrativa	Casada	5	Padul (Granada)	Almería
FJ11.2M	MUJER	59	Secundaria	Autónomos	Modista	Casada	2	Úbeda (Jaén)	Úbeda (Jaén)
FG12.2M	MUJER	63	Superior	Asalariados	Administrativa	Viuda	2	Cogollos Vega (Granada)	Albolote (Granada)
FG13.2M	MUJER	51	Secundaria	Autónomos	Esteticista	Casada	5	Granada	Alfacar (Granada)
FG14.2M	MUJER	53	Secundaria	Asalariados	Limpiadora	Casada	4	Granada	Ogijares (Granada)
FJ15.2M	MUJER	57	Secundaria	Desempleo	Ama de casa	Casada	3	Montejicar (Granada)	Torredonjimeno (Jaén)
FJ1.3M	MUJER	93	Primaria	Pensionistas	Ama de casa	Viuda	1	Jaén	Jaén
FJ2.3M	MUJER	75	Primaria	Desempleo	Ama de casa	Casada	2	Mengibar (Jaén)	Jaén
FJ3.3M	MUJER	60	Primaria	Desempleo	Ama de casa	Casada	2	Mengibar (Jaén)	Jaén
FJ4.3M	MUJER	83	Primaria	Desempleo	Ama de casa	Casada	2	Valdepeñas de Jaén	Jaén
FJ5.3M	MUJER	85	Primaria	Pensionistas	Ama de casa	Viuda	1	Jaén	Jaén
FJ6.3H	HOMBRE	81	Sin formación	Jubilados	Agricultor	Viuda	1	Huelma (Jaén)	Huelma (Jaén)
FG7.3M	MUJER	90	Superior	Pensionistas	Ama de casa	Viuda	1	Santander	Santander
FG8.3M	MUJER	86	Sin formación	Desempleo	Ama de casa	Casada	2	Pinos Puente (Granada)	Armillá (Granada)
FG9.3M	MUJER	84	Sin	Pensionistas	Ama de casa	Viuda	5	Cogollos Vega	Cogollos Vega

FG10.3M	MUJER	74	Sin formación	Pensionistas	Ama de casa	Viuda	5	(Granada) Padul (Granada)	(Granada) Almeria
FJ11.3H	HOMBRE	91	Sin formación	Desempleo	Ama de casa	Casado	2	Úbeda (Jaén)	Úbeda (Jaén)
FG12.3M	MUJER	87	Sin formación	Desempleo	Ama de casa	Casada	2	Moreda (Granada)	Cogollos Vega (Granada)
FG13.3M	MUJER	75	Sin formación	Desempleo	Ama de casa	Casada	2	Alfacar (Granada)	Alfacar (Granada)
FG14.3M	MUJER	75	Primaria	Jubilados	Limpiadora	Viuda	1	Granada	Ogijares (Granada)
FJ15.3M	MUJER	88	Sin formación	Pensionistas	Ama de casa	Viuda	3	Montejicar (Granada)	Torredonjimeno (Jaén)

Anexo 3

Características sociodemográficas de las secuencias familiares

Identificador	Tipología	Volumen de miembros	Tipo de convivencia familiar	Lugar de residencia
FJ-1	SIMPLE	6	INDEPENDIENTES	PRÓXIMO
FJ-2	MIXTA	6	COHABITACION	PRÓXIMO
FJ-3	SIMPLE	8	INDEPENDIENTES	PRÓXIMO
FJ-4	MIXTA	7	INDEPENDIENTES	PRÓXIMO
FJ-5	SIMPLE	6	INDEPENDIENTES	PRÓXIMO
FJ-6	MIXTA	6	INDEPENDIENTES	PRÓXIMO
FG-7	SIMPLE	4	COHABITACIÓN	DISPERSO
FG-8	MIXTA	8	INDEPENDIENTES	PRÓXIMO
FG-9	SIMPLE	10	INDEPENDIENTES	DISPERSO
FG-10	SIMPLE	8	COHABITACIÓN	DISPERSO
FJ-11	MIXTA	7	INDEPENDIENTES	PRÓXIMO
FG-12	SIMPLE	8	INDEPENDIENTES	DISPERSO
FG-13	SIMPLE	7	COHABITACIÓN	PRÓXIMO
FG-14	SIMPLE	8	INDEPENDIENTES	DISPERSO
FJ-15	SIMPLE	7	COHABITACIÓN	PRÓXIMO

Anexo 4

Saberes y habilidades cuidadoras de las familias ante dolencias urgentes

Remedio	Ingredientes	Preparación	Aplicación	Elementos y propiedades	
1. Prácticas manuales y cuidados del cuerpo					
Masaje en la sien para dolor de cabeza			Manual		"Cuando me da a poco la sien"
Masaje para dolor de pierna	Masaje con crema acompañado de analgésico		Manual		"Para el dolor, comprada, dám (FJ15.2M).
Masaje en la espalda	Masaje con untura		Manual		"Para el dolor de una untura" (F.
Masaje para la mano rota	Masaje con agua fría y caliente y sal	Mezclar	Manual	Agua Caliente Frio	"Para la mano tratando dándole caliente y fría, capaz de hacer
Reposo para el pie inflamado	Reposo acompañado de hielo		Aplicación local	Agua Frio	"Lo que me sé p hielo, reposo, n
Reposo por un golpe	Reposo acompañado de manta eléctrica o bolsa caliente y analgésico		Aplicación local	Caliente	"Para el golpe, bolsa caliente paracetamol" (
Control de la respiración y relajación para la ansiedad	Control de la respiración y relajación acompañados de valeriana		Ejercicio		"Para la ansiedad valeriana, aun verdad. Intento (FJ6.1M).
2. Automedicación					
VapoRub para la mucosidad			Inhalación	Aire Húmedo	"Ya de más ma olor, por Vapo y le pongo unos (FG9.1M).
Parches Virginia para el resfriado			Manual	Caliente	"Cuando nos re parches Virgini

					<i>riñones para de</i>
Apiretal para la tos			Ingerir		<i>"Para mi nene un jarabe de m"</i>
Pastillas Valeriana para la ansiedad	Control de la respiración y relajación acompañados de valeriana		Ejercicio		<i>"Para la ansiedad valeriana las pa (FJ6.1M).</i>
Suero oral para la gastroenteritis	Producto farmacológico acompañado de dieta astringente	Disolver en agua	Ingerir	Agua	<i>"A mí me viene poco. Esperar r (FJ11.1M). "Yo lo que con fuerte" (FG8.1M)</i>
Bicarbonato para dolor de estómago		Disolver en agua	Ingerir	Agua	<i>"Mi abuela sien que es como bi gaseosa y es m (FG12.1M).</i>
Sobres de Eno para los gases estomacales	Producto farmacológico (bicarbonato sódico)	Disolver en agua	Ingerir	Agua	<i>"Para el dolor a son como el bic gases" (FG12.2</i>
Polaramine para las alergias alimentarias			Ingerir		<i>"Para las alerg Polaramine así algo mal recur"</i>
Paracetamol para el dolor de cabeza			Ingerir		<i>"Para el dolor a ir a urgencias, r"</i>
Paracetamol para el dolor de un golpe	Reposo acompañado de manta eléctrica o bolsa caliente y analgésico		Aplicación local	Caliente	<i>"Para el golpe, bolsa calentica Paracetamol" (</i>
Paracetamol para el dolor de cintura			Ingerir		<i>"Tenía un dolor me compré par (FG14.3M).</i>

Aspirina para el dolor de cabeza			Ingerir		"Para el dolor de cabeza (FG10.3M).
Nolotil para el dolor de pierna	Masaje con crema acompañado de analgésico		Ingerir		"Para el dolor, comprada, dándome (FJ15.2M).
Nolotil y Tramadol para el dolor de hernia de disco	Analgésicos acompañados de hielo y calor		Ingerir	Agua Frío Caliente	"Antes de ir al médico (Nolotil y Tramadol), nada, así que yo..."
Crema hidratante y amoníaco para picaduras		Mezclar	Untura		"Fue hace 2 años. Al día siguiente acudir me eché (FJ11.2M).
Pasta de dientes para picaduras			Untura		"A una prima me eché con la pasta de dientes..."
Lágrimas artificiales para conjuntivitis			Colirio	Húmedo	"También fui yo me eché las lágrimas..."
3. Alimentos					
Leche caliente y miel para suavizar la garganta		Calentar	Ingerir	Fuego Caliente	"Para un resfriado suavizar la garganta. Mi madre utilizaba leche caliente con miel. Para la garganta la miel con leche he utilizado" (FJ11.2M).
Arándanos para la cistitis			Ingerir		"Para la cistitis la farmacia me dio la farmacia de arándanos (FG7.1M).
Dieta blanda para la gastroenteritis	Suero oral acompañado de dieta blanda	Disolver en agua	Ingerir	Agua	"Yo lo que comí fuerte" (FG8.1M).
Dieta sin gas para los gases estomacales			Ingerir		"Dieta sin gases..."

Cebolla para la tos		Partir por la mitad	Inhalación	Aire Húmedo	<p>“Yo a mis hijos luego debajo de poner con un p que era muy ef metía por dent</p> <p>“Utilizo mucho pediatra nos di porque no serv</p> <p>“Media cebolla básico” (FG9.3M)</p>
Yogur natural para la cistitis			Untura	Frío	“Con yogur nat rebaja” (FJ2.1M)
Aceite de oliva para las quemaduras		Empapar en una gasa	Aplicación local	Frío	“En las quemad de oliva con un (FJ4.3M).
Infusión de jengibre, miel, limón y naranja para el dolor de garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	“Para el dolor de agua un poco de miel, limón y na
Infusión de tomillo, romero y miel para suavizar la garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	“Para la garga mucha miel pa
Infusión de paloduz con miel para el resfriado		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	“Antes cuando paloduz, y nos
Harinilla para el resfriado		Tostar	Aplicación local	Fuego Caliente	“Antes para el es tostar harin pecho, para qu (FG9.3M).
4. Plantas					
Hojas de eucalipto para el dolor de muelas		Cocer en agua	Masticar	Agua Fuego Caliente	“Para el dolor de eucalipto las cu que con eso se
Vapor de eucalipto		Cocer en agua	Inhalación	Agua	“Antes para el

para la mucosidad				Aire Fuego Húmedo	<i>eucalipto y ese mocos” (FG9.3M)</i> <i>“Para los moco todo” (FJ5.3M)</i>
Manzanilla para los ojos pegados		Cocer en agua	Colirio	Agua Fuego Húmedo	<i>“Mi madre pon cuando mis her (FJ1.2M).</i> <i>“Lavado de ojo lágrimas artific siempre de den</i>
Manzanilla para la gastroenteritis		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>“Si es tipo gast infusiones, cala pasar unas hor (FG12.1M).</i> <i>“A veces prueb complicada pa</i>
Manzanilla con anís para el dolor de estómago y gases		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>“Para el dolor d que también pr “También huba porque me dab me sé remedio, me lo hacía mi</i>
Anís estrellado para los gases estomacales		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>“Para los gases menta en infus</i>
Poleo menta para los gases estomacales		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	
Paloduz con miel para el resfriado		Cocer en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>“Cuando nos re nos lo daba con</i>
Infusión de escaramujo para la cistitis		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>“Conozco las in la infusión de e bastante moles</i>

					(FG7.1M).
Infusión de tomillo, romero y miel para suavizar la garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	"Para la garganta mucha miel para"
Aloe vera para las hemorroides		Congelar	Supositorio	Frío	"Para las almohadillas hacía supositorio eso era medicina"
5. Manejo de las condiciones medioambientales					
Oscuridad y silencio para el dolor de cabeza	Oscuridad y silencio acompañado de paños húmedos	Empapar agua	Aplicación local	Agua Húmedo	"Yo sé de antigüedad húmedos, apaga (FJ4.2M).
6. Elementos					
Masaje para la mano rota	Masaje con agua fría y caliente y sal	Mezclar	Manual	Agua Caliente Frio	"Para la mano tratando dándole caliente y fría, y capaz de hacer"
Paños con agua caliente para la lumbalgia		Empapar	Aplicación local	Agua Fuego Caliente	"Yo tengo lumbalgia ponía mis paños"
Baño con agua caliente para la gastroenteritis		Calentar	Baño	Agua Fuego Caliente	"Estaba comiendo vomité de una vez fuerzas. Al principio (FG12.1M).
Nolotil y Tramadol para el dolor de hernia de disco	Analgésicos acompañados de hielo y calor		Ingerir	Agua Frío Caliente	"Antes de ir al hospital (Nolotil y Tramadol) nada, así que y"
Botella congelada para la fascitis plantas		Congelar	Aplicación local	Agua Frío	"Mi madre alguna botella congelada los pies y el frío"
Reposo para el pie inflamado	Reposo acompañado de hielo		Aplicación local	Agua Frío	"Lo que me sé para el hielo, reposo, nada"
Oscuridad y silencio	Oscuridad y		Aplicación local	Agua	"Yo sé de antigüedad"

para el dolor de cabeza	silencio acompañado de paños húmedos			Húmedo	<i>húmedos, apaga</i> (FJ4.2M).
Manzanilla para los ojos pegados		Cocer en agua	Colirio	Agua Fuego Húmedo	<i>"Mi madre pon</i> <i>cuando mis her</i> (FJ1.2M). <i>"Lavado de ojo</i> <i>lágrimas artificia</i> <i>siempre de den</i>
Manzanilla para la gastroenteritis		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Si es tipo gast</i> <i>infusiones, cala</i> <i>pasar unas hor</i> (FG12.1M). <i>"A veces prueb</i> <i>complicada pa</i>
Manzanilla con anís para el dolor de estómago y gases		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para el dolor d</i> <i>que también pr</i> <i>"También huba</i> <i>porque me dab</i> <i>me sé remedio,</i> <i>me lo hacía mi</i>
Anís estrellado para los gases estomacales		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para los gases</i> <i>menta en infus</i>
Poleo menta para los gases estomacales		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	
Infusión de escaramujo para la cistitis		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Conozco las in</i> <i>la infusión de e</i> <i>bastante moles</i> (FG7.1M).
Hojas de eucalipto para el dolor de muelas		Cocer en agua	Masticar	Agua Fuego Caliente	<i>"Para el dolor d</i> <i>eucalipto las cu</i> <i>que con eso se</i>

Vapor de eucalipto para la mucosidad		Cocer en agua	Inhalación	Aire Agua Fuego Húmedo	<i>"Antes para el vapor de eucalipto y ese para los mocos" (FG9.3M)</i> <i>"Para los mocos todo" (FJ5.3M)</i>
Infusión de tomillo, romero y miel para suavizar la garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para la garganta mucha miel para" (FJ11.1M)</i>
Infusión de jengibre, miel, limón y naranja para el dolor de garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para el dolor de garganta agua un poco de miel, limón y naranja" (FJ11.1M)</i>
Paloduz con miel para el resfriado		Cocer en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Cuando nos resfriamos nos lo daba con" (FJ11.1M)</i>
Suero oral para la gastroenteritis	Producto farmacológico acompañado de dieta astringente	Disolver en agua	Ingerir	Agua	<i>"A mí me viene un poco. Esperar un poco" (FJ11.1M).</i> <i>"Yo lo que con el fuerte" (FG8.1M)</i>
Bicarbonato para dolor de estómago		Disolver en agua	Ingerir	Agua	<i>"Mi abuela siempre que es como bicarbonato gaseosa y es muy fuerte" (FG12.1M).</i>
Sobres de Eno para los gases estomacales	Producto farmacológico (bicarbonato sódico)	Disolver en agua	Ingerir	Agua	<i>"Para el dolor de estómago son como el bicarbonato gases" (FG12.2M)</i>
Untura de barro para las quemaduras		Mezclar agua y tierra	Untura	Tierra Agua Húmedo	<i>"Antiguamente también aceite de mi madre" (FJ4.1M)</i>
Untura de barro para las picaduras		Mezclar agua y tierra	Untura	Tierra Agua Húmedo	<i>"Antes también para el picadura claro, ¿cómo va" (FJ4.1M)</i>

Cataplasma para la mucosidad	Papel de estraza con aceite de oliva y cenizas	Mezclar	Aplicación local	Tierra Fuego Caliente	"Mi madre ponía estraza y al pedo echaba todo. Le (FJ5.3M).
Cebolla para la tos		Partir por la mitad	Inhalación	Aire Húmedo	"Yo a mis hijos luego debajo de poner con un p que era muy ef metía por dent" "Utilizo mucho pediatra nos di porque no serv." "Media cebolla básico" (FG9.3M)
VapoRub para la mucosidad		Mezclar	Inhalación	Aire Húmedo	"Ya de más ma olor, por VapoR y le pongo unos (FG9.1M).
Harinilla para el resfriado		Tostar	Aplicación local	Fuego Caliente	"Antes para el es tostar harinilla pecho, para qu (FG9.3M).
Leche caliente y miel para suavizar la garganta		Calentar Mezclar	Ingerir	Fuego Caliente	"Para un resfriado suavizar la garg" "Mi madre utilizaba caliente con mi" "Para la garganta la miel con leche he utilizado" (F
Infusión de jengibre, miel, limón y naranja para el dolor de garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	"Para el dolor de agua un poco de miel, limón y n

Anexo 5

Saberes y habilidades cuidadoras de las familias ante dolencias no urgentes

Remedio	Ingredientes	Preparación	Aplicación	Elementos y propiedades	
1. Prácticas manuales y cuidados del cuerpo					
Masaje en la barriga con aceite y vinagre para el dolor de estómago	Masaje con aceite y vinagre		Untura		"Cuando el niño preparaba aceite unturica, también mi madre, para..."
Reposo y paños de agua fría en las articulaciones para la fiebre	Reposo acompañado de paños de agua fría		Aplicación local	Agua Frio	"Para la fiebre (FJ1.2M). "Para la fiebre reposo" (FJ1.3M) "Para la fiebre: bajarla" (FG10.)
Ventosas para la mucosidad			Manual		"Dolor de pecho con ceniza y te es más antiguo" "Recuerdo anti cataplasmas, e se lo ponía y a iba el catarro"
Darle la vuelta al bebé para la diarrea	Movimiento acompañado de agua		Manual	Agua	"Cuando los niños agua, y le doy u"
Masaje con aceite de oliva para los cólicos			Manual		"Otra cosa es, que se le ponía hacia círculos e dolor" (FJ6.1M)
Movimiento con un geranio para el estreñimiento			Manual		"Yo a mis hijos, vamos, se le iba"
Masaje para esguince	Masaje con agua fría y caliente y sal	Mezclar	Manual	Agua Caliente	"Mis hijos cuan con agua con s"

				Frio	(FG9.1M).
Atravesar una verruga con un hilo			Aplicación local		"O atravesar un (FJ11.3H).
Subir las piernas para los cólicos del lactante	Subir las piernas acompañado de masaje en la barriga		Manual		"Cuando le dab las piernas en la ayudaba a soltar masajes en sen
2. Automedicación					
VapoRub para la mucosidad			Inhalación	Aire Húmedo	"He utilizado ta las niñas cuando una cucharada "Calor en el pec hija, y me lo en "También yo he respirar mejor" "Me acuerdo cu en el pecho par "Masajes con V le quedan los m (FG13.1M).
Aguarrás para la mucosidad			Untura		"Incluso he vist aguarrás en el p (FJ1.3M).
Sal hervida en agua para la conjuntivitis		Hervir	Colirio	Agua Húmedo	"Antes usábam gorda" (FJ1.3M)
Aguardiente con agua para el dolor de barriga		Mezclar	Ingerir	Agua	"Cuando te dab aguardiente me
Polvos de talco para el sarampión			Aplicación local	Seco	"Sarampión, le médico me felic
Polvos de talco para los eccemas			Aplicación local	Seco	"Para los eccem (FG12.3M).
Alcohol de romero		Hervir	Untura	Agua	"Para los dolor

para el dolor de huesos					<i>madre le dolían el romero hervido (romero) y fijate en el antiguo” (FJ1.3)</i>
Jarabe antitusivo para la carraspera y dolor de garganta	Jarabe acompañado de media cebolla e infusión de menta		Ingerir		<i>“También es ve resfriado, mi m más cosas, com “A mi hijo le do mano” (FJ11.1N)</i>
Lejía para las quemaduras			Aplicación local		<i>“Para las quem yo me acuerdo dicen que quem sido comprobada</i>
Paños de alcohol para la fiebre			Aplicación local		<i>“Cuando tenían sudar” (FJ6.3H)</i>
Aguarrás con azúcar para el resfriado			Ingerir		<i>“Y me acuerdo azúcar con un g mi madre” (FG “El terrón de az enseñó también</i>
Pastillas Valeriana para dormir			Ingerir		<i>“Para dormir ta antiguamente r</i>
Suero oral para la gastroenteritis	Producto farmacológico acompañado de dieta astringente	Disolver en agua	Ingerir	Agua	<i>“Para la diarrea cortado la com curado yo millo ni nada. Mi mu pues un día a s pollo y así hasta “Diarrea: arroz pues quizás ya</i>
Ginebra para el dolor menstrual			Ingerir		<i>“Cuando me ba fui a la bodega tomaba aquella</i>

Sal de frutas para los gases estomacales	Producto farmacológico (bicarbonato sódico)	Disolver en agua	Ingerir	Agua	"Para el dolor de cabeza es más natural"
Bicarbonato para los ardores de estómago		Disolver en agua	Ingerir	Agua	"Quizás el bicarbonato alivia el picor en mis partes y me siento mejor"
Lavado con bicarbonato para la infección de orina		Mezclar con agua	Lavado	Agua Caliente	"También he tratado con agua y bicarbonato mi abuela y me ha ayudado" "En otras ocasiones he usado agua templada en mis partes y me ha ayudado a un hombre" (FG9.2M)
Frenadol para el resfriado			Ingerir		"Pues un resfriado lo tomo" (FG9.2M)
Ibuprofeno y paracetamol para un resfriado			Ingerir		"Yo me tomé mis medicamentos que están en casa. Me ayudaron en las urgencias" (FG9.2M)
Apiretal para la fiebre			Ingerir		"Mi hija esta navidad, le salió fiebre unas días y yo le di la receta de la navidad (apiretal) y se le bajó la fiebre"
Aspirina para el dolor de cabeza			Ingerir		"Una aspirina cuando me duele la cabeza antes, mi madre me enseñó"
Crema de árnica para los golpes	Crema de árnica acompañada de hielo		Aplicación local	Frío Agua	"Primero hielo y luego crema antiinflamatoria"
Myolastan para dolores menstruales	Myolastan acompañado de bolsas de agua caliente		Ingerir		"Para los dolores menstruales. Aunque también me ayuda el calor"
Pasta de dientes para quemaduras			Untura		"Para las quemaduras de primer grado"

picaduras					<i>dientes te lo res</i>
Paño con semillas para la sinusitis		Calentar	Aplicación local	Caliente	<i>"Yo también soy un niño que veo que estoy en cosas calientes, tienen semillas lo pongo en la j mejor" (FG9.1M).</i>
Humidificador con esencia de eucalipto para la mucosidad			Inhalar	Húmedo	<i>"Y para la niña esencia que me (FG10.1M).</i>
Bucometasana para el dolor de garganta			Ingerir		<i>"Es cierto que t (FJ11.2M).</i>
Crema de aloe vera para el dolor de cintura			Aplicación local		<i>"Para el dolor de estar hechas de</i>
3. Alimentos					
Leche caliente y miel para suavizar la garganta		Calentar	Ingerir	Fuego Caliente	<i>"Para la tos: limon naranja con miel garganta" (FJ1.1M). "Antes se utilizaba o bien con zumo" "Por ejemplo con leche calentica mandaba y se h" "He utilizado tanto las niñas cuando una cucharada" "Para el resfriado (FG8.3M). "Me voy a tomar me voy apañando</i>
Masaje en la barriga con aceite y vinagre para el dolor de	Masaje con aceite y vinagre		Untura		<i>"Cuando el niño preparaba aceite unturica, también</i>

estómago					<i>mi madre, para</i>
Leche materna para el dolor de oído		Extraer	Aplicación local	Caliente	<i>"Para el dolor de oído de la que estaba recién sacada y eso se aliviaba" (FJ1.3M).</i> <i>"Yo a mis hijas una mujer recién sacada temperatura y"</i> <i>"Antes se decía leche de una madre echabas su leche"</i>
Pimiento molido para las heridas			Aplicación local		<i>"Yo me acuerdo echaba pimiento" (FJ3.2M).</i>
Aceite para poros taponados			Untura		<i>"Cuando se te tapan los poros con leche yo me acuerdo con aceite de oliva"</i>
Aceite en ayunas para el estreñimiento			Ingerir		<i>"Me suena de niño tomaba una cucharada de aceite también me lo recomendaban para el estreñimiento, pero poco"</i>
Azúcar para las cicatrices			Aplicación local		<i>"Mira otra cosa que me funcionó" (FJ1.3M)</i> <i>operaron y para las cicatrices me funcionó" (FJ1.3M)</i>
Untura de aceite y agua para la piel irritada		Mezclar	Untura	Agua Húmedo	<i>"Para el culillo de la oliva con agua me funcionaba" (FJ1.3M)</i> <i>"Cuando le salió el médico, mi madre me dio el culillo, y le funcionó"</i> <i>"Cuando estaba con esas cosas, me estoy"</i>

					es pues que se untaba aceite c "Cuando se esc es mezclarlo co
Untura de aceite en un bastoncillo para el estreñimiento			Manual	Húmedo	"Por ejemplo m estreñido y pue cerilla en aceite pudiera hacer c
Untura de aceite en un geranio para el estreñimiento			Manual	Húmedo	"Mi madre y m no es ni más ni metías la puntí ganas de hacer
Agua caliente y naranja para el estreñimiento	Naranja y agua caliente ingeridas en ayunas	Mezclar	Ingerir	Agua Caliente	"Que estábama un vaso de agu
Calostros para las defensas bajas			Ingerir		"Los calostros q primera leche q el dolor de barr defensas muy b
Patata para las quemaduras		Pelar la patata	Aplicación local	Húmedo Frío	"Para las quem la quemadura"
Cebolla para la tos		Partir por la mitad	Inhalación	Aire Húmedo	"Para la tos yo mesita de noch "Para el resfrío (FJ1.3M). "Pues si te duel respirar mejor, "Para mi hija us pongo en su me "La media cebo siempre está pu "Media cebolla lerla me reduc
Media cebolla para la	Media cebolla		Inhalar	Caliente	"Cuando mis hi

mucosidad	acompañada de paños calientes y VapoRub			Húmedo	su pañuelico ca siempre la ceb (FG9.2M)
Agua hervida con azúcar para la tos		Hervir	Ingerir	Agua Caliente	"Para la tos tar (FJ1.2M).
Zumo de naranja o limón con miel para la tos		Baño maría	Ingerir		"El zumo de na también lo uso "Para la tos: lin naranja con mi garganta" (FJ1. "Antes se utiliz o bien con zum "Cuando te por presente, con h con el limón" (F
Arroz cocido para la gastroenteritis			Ingerir		"Recuerdo muc para cuando te para urgencias
Arroz blanco y yogur para la gastroenteritis			Ingerir		"Me acuerdo ta cuando estabas (FG7.1M). "Mi madre recu y me daba el ar
Infusión de jengibre, miel, limón y naranja para el dolor de garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	"Se hace una in de romero. Se c hervir y el calda pones naranja, (FJ2.2H).
Miel y paños calientes para el resfriado	Miel acompañada de paños de agua caliente		Ingerir	Caliente Agua	"Mi abuela me agarrado, con n caliente en el p
Limón para el dolor de vientre			Ingerir		"El limón he he vientre me tom (FG7.3M).

					<i>"El limón con a... (FG12.2M).</i>
Gárgaras de limón para el dolor de garganta		Mezclar	Ingerir	Agua	<i>"Cuando me du... (FG7.3M).</i>
Azúcar tostada con leche materna para el dolor de garganta		Tostar	Ingerir	Fuego Caliente	<i>"Yo para un pón... ejemplo si te du... azúcar tostada... hecho a mi hija...</i>
Caldo de alpiste y ajos para la cirrosis		Cocción	Ingerir	Fuego Caliente	<i>"Él [su padre] t... que se tomaba... quitaba la cirro... (FG8.3M).</i>
Galletas de jengibre para el dolor de garganta			Ingerir		<i>"Yo el otro día... encontraba reg... malísimo, peor... de jengibre nat...</i>
Untura de yogur para la infección de orina			Untura	Húmedo	<i>Ella me decía: '... date con yogur...</i>
Harina (molluelo) para la mucosidad		Tostar	Aplicación local	Caliente Fuego	<i>"Fíjate que tam... pusieron malos... una mollerillas... pecho calentica... los mocos y mu... madre" (FG9.1)</i> <i>"Pero mi madre... cuando se poní... del molluelo" (F...</i>
Vinagre para el sangrado de nariz	Vinagre acompañado de movimiento de cabeza		Aplicación local		<i>"Cuando te san... vinagre" (FG9.1)</i>
Rodaja de tomate para fístulas			Aplicación local	Húmedo	<i>"Mira ahora le... abriendo coloco...</i>

					<i>pues ayer empe... cosas lógicas, e... colocas en una... tomate lo chup...</i>
Vinagre para los piojos			Aplicación local		<i>"Cuando mis hij... liarle la cabeza,</i>
Infusión de pelos de panocha para la infección de orina		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Mi madre para... panocha y se b...</i>
Alimentos no picantes para las almorranas			Ingerir		<i>"También se de... lo evitábamos a... cuando salían p... (FG9.3M).</i>
Leche de burra para las defensas bajas			Ingerir		<i>"A mi hermano... defensas y mira... leche de burra a... porque claro, a... leche materna, días mejoró" (F...</i>
Zumo de limón y miel para el resfriado	Zumo de limón y miel acompañado de caldo de pollo y ducha caliente		Ingerir	Agua Caliente	<i>"En mi casa nu... estado resfriado... ducho con agua...</i>
Zumo de limón o naranja y miel para la tos	Zumo de limón o naranja y miel acompañado de mantequilla		Ingerir	Agua Caliente	<i>"Para la tos: zu... cucharilla de m... lo enseñó una a...</i>
Chocolate puro para el dolor de estómago			Ingerir		<i>"A mí me va bie... sé porqué pero...</i>
Limón para el resfriado	Agua caliente con unas gotas de limón	Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Agua con limón... tomando poco... "Agua con limón...</i>
Jarabe de manzana		Cocción en agua	Ingerir	Agua	<i>"Tengo también...</i>

para el empacho				Fuego Caliente	<i>hacia mi padre, empachados. E (FJ11.2M).</i>
Cáscara de limón o naranja para las picaduras			Aplicación local	Húmedo Frío	<i>"Cuando nos picó cascara de limón madre" (FJ11.3)</i>
Ajo para las verrugas			Aplicación local		<i>"Verrugas: Res"</i>
Leche de cabra para el apéndice		Inyección	Inyectar		<i>"A mí me han p Mi tío sacaba la apéndice" (FG1)</i>
Infusión de cáscara de naranja para la celiaquía		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Yo soy celiaca hierva cascara"</i>
Infusión de cáscara de granada para los cólicos		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para los cólicos y se bebe el agu"</i>
4. Plantas					
Hojas y corteza de eucalipto para el dolor de muelas		Cocer en agua	Masticar	Agua Fuego Caliente	<i>"Las hojas y tar y te lo vas meti calma" (FJ3.2M)</i> <i>"Para el dolor a y a mí me gusta cocerla" (FJ3.3M)</i>
Infusión de jazmín para la conjuntivitis		Cocer en agua	Colirio	Agua Fuego Caliente	<i>"Yo a mis hijas, que es otro rem bien, mejor que dos días, ese re"</i>
Polen de abeja para las defensas bajas			Ingerir		<i>"Para las defen de abeja y te p"</i>
Alcohol de romero para el dolor de huesos		Hervir	Untura	Agua	<i>"Para los dolor madre le dolían romero hervido romero) y fijate"</i>

					<i>antiguo” (FJ1.3M).</i>
Vapor de eucalipto para la mucosidad		Cocer en agua	Inhalación	Agua Aire Fuego Húmedo	<i>“Mi madre me ponía en las cenizas tomando el vapor” (FJ1.3M).</i> <i>“Cogían el eucalipto y aspirábamos” (FJ1.3M).</i> <i>“Mi hermano, cuando estaba resfriado” (FJ4.1M).</i> <i>“El eucalipto en las montañas, cuando tomas es bueno para la nariz, nunca las niñas lo usan, yo le dije dicho yo mucho” (FJ4.1M).</i> <i>“Con mis hijas y con mis hijos me lo enseñó mucho” (FJ4.1M).</i> <i>“El eucalipto para las hijas” (FG7.3M).</i>
Manzanilla para los ojos pegados		Cocer en agua	Colirio	Agua Fuego Húmedo	<i>“Antes usábamos manzanilla para la gorda” (FJ1.3M).</i> <i>“También alguna vez yo he usado manzanilla para la agusal” (FJ6.1M).</i> <i>“Recuerdo también que usaban manzanilla que era para los ojos” (FJ6.1M).</i> <i>“Mi madre cuando yo estaba con el ojo” (FG9.1M).</i> <i>“Yo a mi hija que cuando ella me cocía mi manzanilla para los médicos nos enseñaron” (FG9.1M).</i> <i>“Lavado de ojos con manzanilla para cada ojo. Yo le enseñé a las niñas pequeñas. Si veías a una niña con los ojos pegados y sino llamaban a los médicos” (FG9.1M).</i>

					<p>"Lavado de ojos con la hoja de manzanilla" (FJ11.1)</p> <p>"He utilizado la manzanilla desde que nacida tenía prisa de manzanilla"</p>
Manzanilla para la gastroenteritis		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<p>"Para el dolor de estómago es más natural"</p> <p>"Para los dolores de estómago tomaba esa infusión"</p> <p>"Cuando te duele el estómago pero la natural, no sirve para nada encuentro la serena"</p> <p>"Mi madre utilizaba la manzanilla para los gases"</p> <p>"Me suena tanto a casa de mi mundo, pues por eso la utilizo"</p> <p>"Para los dolores de estómago"</p> <p>"Conozco también a mi madre la he tomado a mi madre me la da cuando vomitaba aque"</p> <p>"Mi madre, me enseñó a utilizar la manzanilla tenía el estómago quejoso"</p> <p>"Manzanilla para los gases"</p> <p>"Conozco para los gases"</p> <p>"Mi abuela recetaba la manzanilla, y es bueno para la digestión"</p> <p>"Yo en mi día a día la utilizo muy buena para los gases"</p>
Infusión de hierbaluisa para el dolor de		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego	<p>"Mi madre utilizaba la hierbaluisa para los gases"</p>

estómago				Caliente	
Infusión de clavo para el dolor de boca		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Mi madre tam boca" (FJ3.2M).</i>
Infusión de orégano, miel y limón para la tos y el dolor de garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Cuando tengo tomo agua con con un limón es (FG9.1M).</i>
Manzanilla con anís para el dolor de estómago y gases		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"La manzanilla madre, que yo en mi casa, por hijo" (FJ4.2M). "Para digestión para los gases"</i>
Infusión de tila para dormir		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Sí que es cierto para dormir" (F</i>
Infusión de anís con matalahúva para el dolor de estómago		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Cuando nos da matalahúva" (F</i>
Infusión de tila acompañada de valeriana, relajación y buena alimentación para la ansiedad		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Yo para la ans valeriana, tran (FJ6.2M).</i>
Infusión de romero, miel y limón para el dolor de garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para el dolor a limón hacías ga doctora" (FG8.3</i>
Hojas de olivo para reducir el colesterol		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Recuerdo que (FG8.3M).</i>
Infusión de hierbaluisa, manzanilla		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego	<i>"Por los riñones marialuisa y la</i>

y cola de caballo para los riñones				Caliente	
Infusión de manzanilla y eucalipto para el dolor de estómago		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	"Para la barriga"
Paloduz para el resfriado			Ingerir		"Una cosa que remedio muy buena raíz muy buena"
Vinagrera para las hemorroides		Secar	Aplicación local	Aire	"Yo de pequeña me enseñó la herba, la secaban en la mano de santo"
Infusión de tomillo, romero y miel para suavizar la garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	"Si está peor, yo compro en farmacia (FG7.1M). "Para la garganta con limón" (FG13.1)
Infusión de menta con ginebra para los dolores menstruales		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Caliente	"Para la regla con ginebra" (FJ2.2) "Cuando a las niñas le daba (aún siennas) menta" (FJ2.3M)
Hierba "Saratón" para el acné			Aplicación local	Húmedo	"Y ya porque no se usan una hojas que no se tenido siempre abuela me explicó había que quitar el granillo y tal. Y abierto entero"
Infusión de ortigas para la fiebre		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	"El otro día estaba mis hijos les co..."
Infusión de ortigas para la caída del pelo		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego	"Antes se cocía..."

				Caliente	
Zahareña y Crujía para las heridas		Cocción	Aplicación local	Agua Fuego Caliente	<p><i>"Mi padre también curaba con zahareña y la cruja para los animales también funcionaba"</i> (Florencia)</p> <p><i>"Mi padre también usaba zahareña y la cruja para las heridas. Antes hacían cualquier cosa"</i> (Florencia)</p>
Infusión de hojas de olivo para la tensión		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<p><i>"Mi abuela vivía con esas cosas, mi abuela usaba para la tensión"</i> (Florencia)</p> <p><i>"Hojas de olivo para la infusión y te ayuda"</i> (Florencia)</p>
Alcohol de romero para la pesadez de piernas			Aplicación local	Frío	<p><i>"Recuerdo cómo se usaba para las piernas, y se lo usaba con el romero. Yo sigo utilizando, pero en la farmacia, no lo uso"</i> (Florencia)</p>
Aloe vera para las quemaduras			Aplicación local	Frío Húmedo	<p><i>"Para quemaduras"</i> (Florencia)</p>
Aloe vera para el enrojecimiento de la piel			Aplicación local	Frío Húmedo	<p><i>"Rojeces en la piel"</i> (Florencia)</p>
Infusión de manzanilla y miel para el resfriado	Manzanilla acompañada de miel	Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<p><i>"Si estoy resfriado me la tomo para suavizar la voz"</i> (Florencia)</p>
Flores cordiales para el resfriado		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<p><i>"Mi abuela cuando estaba enferma tenía se criaba con flores cordiales y eso le ayudaba que tenía mi abuela que sentaba muy bien"</i> (Florencia)</p>

Infusión de laurel y limón para el resfriado		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Cuando mis hijas se lo b...</i>
Follón de lobo para las heridas			Aplicación local		<i>"Mi abuelo tam... de lobo, y esa h... echarse en la h...</i>
Aloe vera para la cicatrización de las heridas			Aplicación local	Agua Húmedo	<i>"El aloe vera y... última vez que... raspó la cara, p... quedase marca... compro cremas...</i>
Infusión de cola de caballo para el cólico		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para el cólico,</i>
5. Manejo de las condiciones medioambientales					
Oscuridad y silencio para el dolor de cabeza					<i>"Cuando nos do... (FJ6.2M). "Cuando a mi n... pañó fuerte en... encerrada lo qu...</i>
6. Elementos					
Agua caliente para el estreñimiento			Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"He sido siemp... mejor me agua... luego con el tie... caliente" (FJ6.3)</i>
Agua caliente para las almorranas			Baño	Agua Fuego Caliente	<i>"Yo he tenido a... con agua calen... aquello no le d...</i>
Sal hervida en agua para la conjuntivitis		Hervir	Colirio	Agua Húmedo	<i>"Antes usábam... gorda" (FJ1.3M)</i>
Paños de agua fría en las articulaciones y reposo para la fiebre	Paños húmedos acompañados de reposo		Aplicación local	Agua Frio	<i>"Para la fiebre... (FJ1.2M). "Para la fiebre... reposo" (FJ1.3M)</i>

					<i>"Para la fiebre: bajarla" (FG10.</i>
Bocanada de agua para la diarrea del bebé	Bocanada de agua acompañada de movimiento		Manual	Agua	<i>"Cuando los niños agua, y le doy u</i>
Masaje con agua a diferentes temperaturas para el esguince	Masaje con agua fría y caliente y sal	Mezclar	Manual	Agua Caliente Frio	<i>"Mis hijos cuan con agua con s (FG9.1M).</i>
Aguardiente con agua para el dolor de barriga		Mezclar	Ingerir	Agua	<i>"Cuando te dab aguardiente me</i>
Polvos de talco para el sarampión			Aplicación local	Seco	<i>"Sarampión, le médico me felic</i>
Polvos de talco para los eccemas			Aplicación local	Seco	<i>"Para los eccem (FG12.3M).</i>
Alcohol de romero para el dolor de huesos		Hervir	Untura	Agua	<i>"Para los dolores madre le dolían romero hervido romero) y fijate antiguo" (FJ1.3</i>
Sal de frutas para los gases estomacales	Producto farmacológico (bicarbonato sódico)	Disolver en agua	Ingerir	Agua	<i>"Para el dolor a es más natural</i>
Humidificador con esencia de eucalipto para la mucosidad			Inhalar	Húmedo	<i>"Y para la niña esencia que me (FG10.1M).</i>
Agua caliente y naranja para el estreñimiento	Naranja y agua caliente ingeridas en ayunas	Mezclar	Ingerir	Agua Caliente	<i>"Que estábama un vaso de agu</i>
Patata para las quemaduras		Pelar la patata	Aplicación local	Húmedo Frío	<i>"Para las quem la quemadura"</i>
Paños de agua fría en			Aplicación local	Agua	<i>"Para la fiebre</i>

la frente para la fiebre				Frío	<p>“Cuando tienes j...</p> <p>ponía en las co...</p> <p>“Intento no dar...</p> <p>procuro siempr...</p> <p>típico que te en...</p> <p>“Cuando tenía j...</p> <p>frente y me dab...</p>
Agua con sal para la conjuntivitis		Mezclar	Colirio	Agua Húmedo	“También algun...
Agua caliente y naranja para el estreñimiento	Naranja y agua caliente ingeridas en ayunas	Mezclar	Ingerir	Agua Fuego Caliente	“Que estábama...
Miel y paños calientes para el resfriado	Miel acompañada de paños de agua caliente		Aplicación local	Caliente Fuego Agua	“Mi abuela me...
Agua para la cistitis			Ingerir	Agua	“Para la cistitis...
Calentar anillo para los orzuelos	Anillo y lana	Frotar	Aplicación local	Fuego Caliente	“Yo recuerdo ta...
Dejar secar los eccemas				Seco	“Para lo de los...
Infusión de anís con matalahúva para el dolor de estómago		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	“Cuando nos da...
Friegas de agua caliente para el dolor de cuello		Calentar	Aplicación local	Agua Fuego Caliente	“Para el dolor a...
Infusión de cáscara de naranja para la celiaquía		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	“Yo soy celiaca...

Infusión de cáscara de granada para los cólicos		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para los cólicos y se bebe el agua"</i>
Infusión de tila acompañada de valeriana, relajación y buena alimentación para la ansiedad		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Yo para la ansiedad valeriana, tran valeriana, tran (FJ6.2M).</i>
Infusión de hierbaluisa para el dolor de estómago		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Mi madre utiliz para los gases"</i>
Infusión de hierbaluisa, manzanilla y cola de caballo para los riñones		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Por los riñones marialuisa y la"</i>
Infusión de clavo para el dolor de boca		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Mi madre tam boca" (FJ3.2M)</i>
Infusión de orégano, miel y limón para la tos y el dolor de garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Cuando tengo tomo agua con con un limón es (FG9.1M).</i>
Infusión de tila para dormir		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Sí que es cierto para dormir" (F</i>
Infusión de manzanilla y eucalipto para el dolor de estómago		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para la barriga"</i>
Infusión de romero, miel y limón para el dolor de garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para el dolor de limón hacías g doctora" (FG8.3</i>
Hojas de olivo para reducir el colesterol		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Recuerdo que (FG8.3M).</i>

					<i>había que quitar el granillo y tal. Y el abierto entero’</i>
Infusión de ortigas para la fiebre		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>“El otro día esto mis hijos les co</i>
Infusión de ortigas para la caída del pelo		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>“Antes se cocía</i>
Infusión de manzanilla y miel para el resfriado	Manzanilla acompañada de miel	Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>“Si estoy resfriado suavizar la voz”</i>
Flores cordiales para el resfriado		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>“Mi abuela clara tenían se criaban cordiales y eso que tenía mi ab sentaba muy bi</i>
Infusión de laurel y limón para el resfriado		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>“Cuando mis hij mis hijas se lo b</i>
Cenizas para los piojos			Aplicación local	Tierra Fuego	<i>“Cuando tenía después pues a</i>
Cataplasma para el resfriado	Papel de estraza, ceniza y manteca	Mezclar	Aplicación local	Tierra Fuego Caliente	<i>“Me acuerdo q de estraza con (FJ11.2M).</i>
Media cebolla para la mucosidad	Media cebolla acompañada de paños calientes y VapoRub		Inhalar	Caliente Húmedo	<i>“Cuando mis hij su pañuelico ca siempre la cebolla (FG9.2M).</i>
Untura de aceite en un bastoncillo para el estreñimiento			Manual	Húmedo	<i>“Por ejemplo m estreñido y pue cerilla en aceite pudiera hacer c</i>
Untura de aceite en un			Manual	Húmedo	<i>“Mi madre y m</i>

geranio para el estreñimiento					<i>no es ni más ni metías la puntita ganas de hacer</i>
Agua hervida con azúcar para la tos		Hervir	Ingerir	Agua Caliente	<i>"Para la tos tar (FJ1.2M).</i>
Infusión de jengibre, miel, limón y naranja para el dolor de garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Se hace una in de romero. Se a hervir y el caldo pones naranja, (FJ2.2H).</i>
Miel y paños calientes para el resfriado	Miel acompañada de paños de agua caliente		Ingerir	Caliente Agua	<i>"Mi abuela me agarrado, con n caliente en el p</i>
Gárgaras de limón para el dolor de garganta		Mezclar	Ingerir	Agua	<i>"Cuando me du (FG7.3M).</i>
Azúcar tostada con leche materna para el dolor de garganta		Tostar	Ingerir	Fuego Caliente	<i>"Yo para un pó ejemplo si te du azúcar tostada hecho a mi hija</i>
Caldo de alpiste y ajos para la cirrosis		Cocción	Ingerir	Fuego Caliente	<i>"Él [su padre] t que se tomaba quitaba la cirro (FG8.3M).</i>
Untura de yogur para la infección de orina			Untura	Húmedo	<i>Ella me decía: ' date con yogur</i>
Rodaja de tomate para fístulas			Aplicación local	Húmedo	<i>"Mira ahora le abriendo coloca pues ayer empe cosas lógicas, e colocas en una tomate lo chup</i>
Infusión de pelos de panocha para la		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego	<i>"Mi madre para panocha y se b</i>

infección de orina				Caliente	
Zumo de limón y miel para el resfriado	Zumo de limón y miel acompañado de caldo de pollo y ducha caliente		Ingerir	Agua Caliente	<i>"En mi casa nunca me enfermaba en estado resfriado, me duchaba con agua caliente."</i>
Zumo de limón o naranja y miel para la tos	Zumo de limón o naranja y miel acompañado de mantequilla		Ingerir	Agua Caliente	<i>"Para la tos: zumo de limón o naranja y miel acompañado de mantequilla."</i>
Jarabe de manzana para el empacho		Cocción en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Tengo también un jarabe de manzana para el empacho, lo hacía mi padre, me ayudaba mucho cuando me empachaba. Es muy bueno. (FJ11.2M)."</i>
Cáscara de limón o naranja para las picaduras			Aplicación local	Húmedo Frío	<i>"Cuando nos picamos con las picaduras de los insectos, usamos la cascara de limón o naranja para calmarlo. (FJ11.3M)."</i>
Hojas y corteza de eucalipto para el dolor de muelas		Cocer en agua	Masticar	Agua Fuego Caliente	<i>"Las hojas y corteza de eucalipto para el dolor de muelas y te lo vas metiendo en la boca y te calma" (FJ3.2M). "Para el dolor de muelas, cocerla" (FJ3.3M).</i>
Infusión de jazmín para la conjuntivitis		Cocer en agua	Colirio	Agua Fuego Caliente	<i>"Yo a mis hijas, cuando me dan conjuntivitis, que es otro remedio que me funciona muy bien, mejor que los medicamentos, en dos días, ese remedio me funciona."</i>
Infusión de cola de caballo para el cólico		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para el cólico, cocerla."</i>
Harina (molluelo) para la mucosidad		Tostar	Aplicación local	Caliente Fuego	<i>"Fíjate que cuando me pusieron malos los mocos, me pusieron una mollerilla, me calentaba el pecho calentaba los mocos y me ayudaba."</i>

					<p>madre" (FG9.1M).</p> <p>"Pero mi madre cuando se ponía del molluelo" (FJ1.3M).</p>
Untura de aceite y agua para la piel irritada		Mezclar	Untura	Agua Húmedo	<p>"Para el culillo de la oliva con agua funcionaba" (FJ1.3M).</p> <p>"Cuando le salió el médico, mi madre me puso el culillo, y le funcionó."</p> <p>"Cuando estaba con esas cosas, me estoy acordando es pues que se me untaba aceite de oliva."</p> <p>"Cuando se escaldaba es mezclarlo con agua."</p>
Leche materna para el dolor de oído		Extraer	Aplicación local	Caliente	<p>"Para el dolor de oído de la que estaba recién sacada y eso se aliviaba" (FJ1.3M).</p> <p>"Yo a mis hijas a una mujer recién sacada temperatura y eso se aliviaba."</p> <p>"Antes se decía que la leche de una madre echabas su leche."</p>
Leche caliente y miel para suavizar la garganta		Calentar Mezclar	Ingerir	Fuego Caliente	<p>"Para la tos: limón y naranja con miel para la garganta" (FJ1.3M).</p> <p>"Antes se utilizaba la leche o bien con zumo de naranja."</p> <p>"Por ejemplo cuando se calienta la leche calienta."</p>

					<p>mandaba y se h</p> <p>"He utilizado ta</p> <p>las niñas cuana</p> <p>una cucharada</p> <p>"Para el resfria</p> <p>(FG8.3M).</p> <p>"Me voy a tome</p> <p>me voy apañan</p>
Cebolla para la tos		Partir por la mitad	Inhalación	Aire Húmedo	<p>"Para la tos yo</p> <p>mesita de noche</p> <p>"Para el resfria</p> <p>(FJ1.3M).</p> <p>"Pues si te duele</p> <p>respirar mejor,</p> <p>"Para mi hija us</p> <p>pongo en su me</p> <p>"La media cebo</p> <p>siempre está pu</p> <p>"Media cebolla</p> <p>olerla me reduc</p>
Cataplasma para la mucosidad	Papel de estraza con aceite de oliva y cenizas	Mezclar	Aplicación local	Tierra Fuego Caliente	<p>"Dolor de pecho con ceniza y te es más antiguo</p> <p>"Con los mocos y eucalipto y te</p> <p>"Yo de mi abue de los refriados ceniza y aceite dolor, y toda la quitaba" (FJ3.2</p> <p>"Pues si te duele mi abuela fíjate</p> <p>"Recuerdo anti cataplasmas, e</p>

					<p>se lo ponía y a...</p> <p>iba el catarro”</p> <p>“Mira, cuando...</p> <p>con papel de es...</p> <p>(FG8.2H).</p> <p>“Nos refriábam...</p> <p>aceite y ceniza,</p>
Zahareña y Crujía para las heridas		Cocción	Aplicación local	Agua Fuego Caliente	<p>“Mi padre tamb...</p> <p>curaba con zah...</p> <p>monte, y con es...</p> <p>animales tamb...</p> <p>funcionaba” (F...</p> <p>“Mi padre tamb...</p> <p>zahareña y la c...</p> <p>las heridas. Ant...</p> <p>hacían cualquie...</p>
Infusión de menta con ginebra para los dolores menstruales		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Caliente	<p>“Para la regla r...</p> <p>ginebra” (FJ2.2...</p> <p>“Cuando a las r...</p> <p>daba (aún siena...</p> <p>menta” (FJ2.3M...</p>
Infusión de tomillo, romero y miel para suavizar la garganta		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<p>“Si está peor, p...</p> <p>compro en farm...</p> <p>(FG7.1M).</p> <p>“Para la gargar...</p> <p>limón” (FG13.1...</p>
Lavado con bicarbonato para la infección de orina		Mezclar con agua	Lavado	Agua Caliente	<p>“También he te...</p> <p>con agua y bica...</p> <p>abuela y me ha...</p> <p>“En otras ocasi...</p> <p>en mis partes y...</p> <p>agua templada...</p> <p>hombre” (FG9.2...</p>
Bicarbonato para los		Disolver en agua	Ingerir	Agua	“Quizás el bicar...

ardores de estómago					<i>picor en mis pa dos y me sienta</i>
Suero oral para la gastroenteritis	Producto farmacológico acompañado de dieta astringente	Disolver en agua	Ingerir	Agua	<i>"Para la diarrea cortado la com curado yo millo ni nada. Mi mu pues un día a s pollo y así hasta "Diarrea: arroz pues quizás ya</i>
Infusión de hojas de olivo para la tensión		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Mi abuela viví cosas, mi abuel para la tensión "Hojas de olivo la infusión y te</i>
Manzanilla con anís para el dolor de estómago y gases		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"La manzanilla madre, que yo en mi casa, por hijo" (FJ4.2M). "Para digestión para los gases"</i>
Manzanilla para la gastroenteritis		Infusionar en agua	Ingerir	Agua Fuego Caliente	<i>"Para el dolor a es más natural "Para los dolor tomaba esa inf "Cuando te due pero la natural, no sirve para n encuentro la se "Mi madre utili para los gases" "Me suena tam mundo, pues p "Para los dolor</i>

					<p>"Conozco también la he tomado a mi madre me la da vomiteras aque"</p> <p>"Mi madre, me tenías el estóm"</p> <p>"Manzanilla pa"</p> <p>"Conozco para"</p> <p>"Mi abuela recu manzanilla, y e bueno para la b"</p> <p>"Yo en mi día a muy buena par"</p>
Manzanilla para los ojos pegados		Cocer en agua	Colirio	Agua Fuego Húmedo	<p>"Antes usábam gorda" (FJ1.3M)</p> <p>"También algun he usado manz aguasal" (FJ6.1)</p> <p>"Recuerdo tam manzanilla que"</p> <p>"Mi madre cua y al ojo" (FG9.1)</p> <p>"Yo a mi hija qu cocía mi manza los médicos nos"</p> <p>"Lavado de ojo para cada ojo. pequeñas. Si ve días y sino llam"</p> <p>"Lavado de ojo era con la hoja lo hago" (FJ11.)</p> <p>"He utilizado la nacida tenía pr"</p>

VapoRub para la mucosidad			Inhalación	Aire Húmedo	<i>de manzanilla”</i> <i>“He utilizado ta</i> <i>las niñas cuana</i> <i>una cucharada</i> <i>“Calor en el pe</i> <i>hija, y me lo en</i> <i>“También yo he</i> <i>respirar mejor”</i> <i>“Me acuerdo cu</i> <i>en el pecho par</i> <i>“Resfriado: Vap</i> <i>usado conmigo</i> <i>usando cuando</i> <i>“Masajes con V</i> <i>le quedan los m</i> <i>(FG13.1M).</i>
---------------------------	--	--	------------	----------------	---

Anexo 6

Proyecto de Investigación derivado de la tesis doctoral

Título: *DonaSaber. Mayores como agentes de salud en la familia*

Resumen del Proyecto.

Con el objetivo de recuperar y revitalizar los saberes y habilidades para el cuidado de la salud, en este proyecto se pretende trabajar desde una metodología participativa en la que se plantea un entorno de colaboración entre instituciones, personas mayores (mujeres principalmente) y generaciones más jóvenes que accedan a intercambiar lo que saben y ser partícipes en la generación de un nuevo conocimiento. El proyecto estará dividido en tres etapas: Una primera de recuperación de saberes, en la que personas mayores principalmente mujeres colaborarán en la recopilación de remedios y habilidades para el cuidado de la salud de tipo familiar. Se accederá a los participantes a través de los centros de participación activa y asociaciones de mujeres del Ayuntamiento y espacios comunitarios de la Diputación de Granada. En una segunda etapa contaremos con expertos procedentes de la Universidad y entidades investigadoras para que asesoren sobre aquellos saberes que cuentan con mayor fundamentación científica. Por último, el conocimiento resultante se implementará en una tercera etapa en forma de talleres de aprendizaje de saberes familiares, que se realizarán en entornos institucionales. Otro de los resultados de este proyecto será la generación de un entorno web (donasaber.com) que incorpore todo el acervo de saberes recuperados y se difundan las experiencias de transferencia que se lleven a cabo a lo largo del proyecto, lo cual contribuirá a su sostenimiento a lo largo del tiempo. Lo llamativo de este proyecto es que pone en valor el papel activo de unas generaciones de mujeres injustamente valoradas por haber desarrollado su vida en el entorno doméstico, cuando en realidad son portadoras de conocimientos muy efectivos sobre el cuidado de la vida, que fueron heredados y transmitidos a través de las generaciones. Consideramos que estas mujeres mayores aún están en condiciones de poder transferir lo que saben a las generaciones más jóvenes para así transformar su sabiduría en conocimiento práctico y útil. Si se otorga valor a los saberes en salud de los que son portadoras las generaciones mayores, se estará contribuyendo a la protección del patrimonio familiar, al fortalecimiento de las redes de transmisión familiares y a la recuperación (revitalización) de las habilidades cuidadoras en la familia, que podrá ser un factor clave, por ejemplo, en un uso más racional de los servicios sanitarios (urgencias) ante problemas leves de salud.

Metodología

En la fase de recuperación de saberes se accederá a los grupos de mayores a través de:

- Centros de participación activa del Ayto. de Granada. Actualmente hay 15 centros distribuidos por toda la ciudad.
- Asociaciones de mujeres instituidas en el Ayto. de Granada.
- Espacios Comunitarios y Centros de Día de la Diputación de Granada.

En la fase de revitalización de saberes se accederá a la población joven por las siguientes vías:

- Programas y actividades de Diputación y Ayto. que se encuentren activos con independencia de la temática.
- Los mayores podrán identificar a personas que puedan formar parte del proyecto (descendientes y/o círculos vecinales).
- Mediante la difusión de las actividades del proyecto se pretende recibir a personas que voluntariamente participen en el mismo.

La propia metodología del proyecto garantiza la participación en todas las etapas que lo componen. Una vez que se identifiquen a personas con aptitudes de liderazgo comprometido, que serán fundamentalmente mujeres que posean conocimiento sobre remedios y habilidades cuidadoras, se reforzarán sus competencias con el objetivo de empoderarlas y que de esta manera participen de una forma activa en todas las etapas del proyecto. Esta participación podrá ser a nivel de ejecución, organización y rediseño de las actividades, puesto que al ser un proyecto basado en la participación ciudadana esperamos que se nutra de la misma. Así mismo estas personas podrán participar en la captación de posibles integrantes del grupo intergeneracional y tendrán un papel activo en la fase de validación científica aportando información complementaria que los expertos puedan necesitar.

Una vez finalizado el proyecto las personas con aptitudes de liderazgo comprometido podrán continuar aportando información en la página web del proyecto contribuyendo a su retroalimentación y a la sostenibilidad del proyecto en el tiempo.

Nos coordinaremos con los Centros de Participación Activa y Asociaciones de Mujeres del Ayuntamiento de Granada (AGr), Centros de día y espacios comunitarios de la Diputación de Granada (DGr) y centro intergeneracional de la Cátedra Macrosad de Estudios Intergeneracionales (CMEI-UGR).

A través del Departamento de Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada, CMEI-UGR y Delegación provincial de la Consejería de Salud y Familias (DPCSF) se identificarán expertos para la validación científica de los remedios recuperados.

A través de la DPCSF se coordinará la organización de la Jornada de sensibilización al finalizar el proyecto y difusión de la misma.

Tanto la DGr a través de la Delegación de Bienestar Social, el AGr a través de la Concejalía de Derechos Sociales, Educación y Accesibilidad, la DPCSF y UGR a través del Departamento de Historia de la Ciencia han manifestado su apoyo al proyecto firmando el aval correspondiente.

Beneficios del Proyecto

El hecho de ubicar este proyecto en espacios comunitarios activos e instituidos (Centros de Día, Centros de Participación activa, asociaciones de mujeres y espacios comunitarios) a través de Diputación, Ayto. de Granada y Universidad de Granada, garantiza el impacto de sus intervenciones en la población beneficiaria y su sostenibilidad en el futuro. Además, las actividades previstas en el proyecto enriquecerán la dinámica de estos centros introduciendo contenidos innovadores.

Con la colaboración de las instituciones que avalan el proyecto, se promueve un escenario favorable donde participarán ciudadanos voluntarios, adscritos a las actividades de estos centros y espacios comunitarios y profesionales de diferentes ámbitos de la sociedad (salud y servicios sociales), contando con la infraestructura física y logística para desarrollar las actividades. La implicación de todas las organizaciones que tienen relación con la temática del proyecto contribuye a su viabilidad tanto como a su legitimidad ante la sociedad.

Objetivos del Proyecto

- Otorgar valor a los saberes en salud de los que son portadores los mayores.
- Empoderar a los mayores para que sean conscientes de que aún están en condiciones de transferir lo que saben a otras generaciones.
- Visibilizar el papel de unas generaciones de mujeres infravaloradas por el hecho de haber desarrollado su vida en los límites del entorno doméstico, difundiendo la idea de que son portadoras de conocimientos efectivos sobre el cuidado de la vida.
- Concienciar a la ciudadanía del acervo de remedios y habilidades cuidadoras que hoy día siguen presentes.
- Concienciar a los profesionales de la salud de la importancia que tiene la revitalización de los remedios y habilidades cuidadoras cuando tienen una fundamentación científica.
- Concienciar a la ciudadanía (especialmente a las generaciones más jóvenes) de la importancia de las redes de apoyo familiar, ya que su debilitamiento provoca la pérdida del patrimonio familiar y una mayor dependencia de los servicios sanitarios.

Actividades e intervenciones, resultados esperados tras la consecución de los objetivos

Se generará una página web del proyecto con todos los recursos, logros alcanzados y los procesos metodológicos. Se crearán perfiles en redes sociales del proyecto, para llegar expresamente a las personas más jóvenes, y también a los agentes de salud. Nos proponemos generar corriente de opinión socializando el proyecto desde su inicio en los medios de comunicación, generando notas de prensa, realizando reportajes, ofreciendo entrevistas a los agentes del proyecto y sus beneficiarios. Al finalizar el proyecto se realizará una Jornada en la Delegación Provincial de Salud de Granada para socializar los resultados entre profesionales de la salud. El público objetivo abarcaría a todas las generaciones, especialmente parejas jóvenes, mujeres cuidadoras y profesionales de salud. El mensaje enfatizará la idea de que el conocimiento cultural cultivado especialmente por las mujeres es valioso y útil para la salud de las familias y que es compatible con los avances científicos de la sociedad actual

Intervenciones según los objetivos:

Realización de 12 Círculos de recuperación de saberes familiares, en entornos comunitarios donde se reúnen personas mayores y programas dirigidos a mujeres (centros de participación activa del Ayuntamiento de Granada, Centros de Día de Diputación de Granada y asociaciones de mujeres).

a) Sensibilización sobre efectividad de estos remedios y la necesidad de revitalización transfiriéndolos a las nuevas generaciones,

b) Compilación metódica de remedios a partir de los testimonios de los participantes.

Posteriormente: sistematización de la información y elaboración del catálogo de remedios

Validación por expertos de los saberes recopilados. Un grupo de 10 investigadores de diferentes áreas de conocimiento en la comunidad universitaria realizarán un análisis metódico de los remedios y habilidades recopiladas, para emitir su parecer sobre cuáles cuentan con una base empírica médica para ser recomendado su uso, descartándose el resto.

Constitución del Equipo Intergeneracional. Actividad transversal consistente en la composición de un grupo conductor con personas comprometidas con el desarrollo del proyecto, del que formarán parte mujeres mayores poseedoras de saberes culturales y mujeres y hombres de nuevas generaciones que van a coordinar los talleres de revitalización de saberes y habilidades cuidadoras en la familia.

Talleres de revitalización de saberes familiares. Actividad nuclear del proyecto en la que se va a producir la transferencia de conocimiento entre generaciones. Mujeres

mayores y otros componentes del grupo intergeneracional compartirán con mujeres y hombres de generaciones jóvenes que tienen familia constituida los materiales culturales recuperados, en un escenario participativo de cocreación donde se intercambia conocimiento a la vez que se reactivan competencias para el cuidado familiar.

Portal DonaSaber. Actividad transversal consistente en una plataforma web divulgativa del proyecto, con información general del proyecto; el catálogo de remedios y habilidades cuidadoras médicamente validadas; videoclips testimoniales con narrativas de mujeres mayores defendiendo el valor de su conocimiento; y una sección informativa dando cuenta de todas las actividades desarrolladas durante el proyecto en los diferentes centros y localidades participantes. Idem foro, blog y demás recursos 2.0