



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

PRÁCTICAS DE CUIDADO TRADICIONAL Y ESPIRITUAL EN UNA
COMUNIDAD INDÍGENA NAHUA DE ZONGOLICA, VERACRUZ

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

PRESENTA:

EUNICE VICTORIA GARCÍA PIÑA

TUTOR PRINCIPAL:

DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

COTUTORA:

DRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 17 de marzo del 2015, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna EUNICE VICTORIA GARCÍA PIÑA con número de cuenta 40802600-4, con la tesis titulada:

"PRÁCTICAS DE CUIDADO TRADICIONAL Y ESPIRITUAL EN UNA
COMUNIDAD INDÍGENA NAHUA DE ZONGOLICA VERACRUZ".

bajo la dirección del(a) Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez

Presidente : Doctora Gandhi Ponce Gómez
Vocal : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
Secretario : Doctor Juan Pineda Olivera
Suplente : Maestra Rosa María Ostigüin Meléndez
Suplente : Doctora Virginia Reyes Audiffred

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
MÉXICO D. F. a 20 de abril del 2015.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

PROGRAMA DE
EN ENFERMERÍA

AGRADECIMIENTOS

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Programa de Maestría en Enfermería, UNAM.

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Comparación del impacto de la medicina tradicional entre dos comunidades de Veracruz México: Mata Clara, comunidad afroestiza y Tlaquilpa, comunidad indígena nahua. Proyecto DGAPA-PAPIIT (IN308611). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Mapa humano de la región de las Grandes Montañas: historia biológica, sociedad y cultura. Una aproximación a la antropología del centro de Veracruz. Proyecto DGAPA-PAPIIT (IN302313). Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.

AGRADECIMIENTOS

Al universo.

A los informantes de esta investigación, gracias a ustedes se logró esta investigación. Por compartir un poco de su gran sabiduría, por dejarme entrar a su hogar y a la intimidad de sus raíces aún en los momentos difíciles. Por defender desde el alma su forma de ver el mundo y confiar en que yo también lo hago.

Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez, por su generosidad para compartir su tiempo, motivación y conocimiento, por ser un ejemplo de perseverancia y confiar en que los enfermeros somos actores de cambio. Por su paciente guía, su excelencia como tutor, el mejor para mí.

Montserrat Zepahua Vásquez, por ser mi amiga, guía y compañera de trabajo de campo. Porque a pesar de las adversidades, del mal tiempo, del cansancio, estuviste ahí defendiendo la verdad, siempre con tu fe infinita. Gracias por enseñarme a recibir y dar sin juzgar.

Dra. Rosa María Ostiguín Meléndez, por proporcionarme una asesoría meticulosa y clara dirigida a rescatar un mejor cuidado.

Dr. Carlos Serrano Sánchez y su grupo de investigación, por todas las experiencias de aprendizaje compartidas. Por su tiempo, dedicación y esfuerzo para construir un mejor conocimiento.

Mtro. Ricardo Soto Ramírez, gracias por su paciencia y alegría para enseñar, por incitarme a seguir luchando por ese mundo subjetivo tan importante para la humanidad.

Dra. Gandhi Ponce Gómez por la invaluable vitalidad y alegría con la que dirige y apoya.

A todos mis maestros, por ser una guía en cada paso de mi vida profesional y personal.

DEDICATORIAS

A mis papás, quienes manifiestan su amor, compañía y apoyo en cada palabra, en cada caricia. Manifiesto mi infinita gratitud y respeto por cada enseñanza. Los amo.

A Diana, Mimi y Omar, quienes en todo momento me acompañan y porque cada uno me enseña algo especial de la vida, porque para eso nos elegimos: para aprender a aceptar y a amar.

A Jezito y Natis, quienes con su sonrisa e inocente sabiduría me recuerdan que lo más valioso es el ahora.

A toda mi familia, quienes son parte de mis raíces. Mamá Ita, gracias por enseñarme que el amor es la única fuerza capaz de hacernos mejores personas.

A la persona que me inspira todos los días a luchar un poco más y a quien admiro profundamente; Mario, agradezco tu compañía en esta vida, tu voluntad para compartirme tu luz, amor, alegría, paciencia, confianza. Encontrarme con tu hermosa alma siempre ha sido un gran placer. Ni mitz tlazohtla.

A Mary, Tania y Miriam por su amistad y apoyo. Bellas mujeres que inspiran mi camino.

A José, por tu compañía y confianza incondicional en el camino de la conciencia.

A Martha por compartir su sabiduría conmigo.

A todos los seres con quienes he coincidido en algún momento, quienes me acompañan en mi aprendizaje de vida.

A las comunidades indígenas del país, quienes sabiamente luchan por rescatar un mundo más real.

“Estés donde estés, estás en el centro del universo rodeado de infinitud por todos lados”

ÍNDICE

RESUMEN	1
DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Importancia del estudio	4
1.2 Preguntas de investigación	9
1.3 Objetivos.....	9
II. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE	10
2.1 Antecedentes internacionales	10
2.2 Antecedentes nacionales.....	12
III. MARCO CONCEPTUAL	16
3.1 Cuidado	16
3.2 Prácticas de cuidado	20
3.3 Cuidados culturales	23
3.4 Medicina tradicional	25
3.5 Espiritualidad	26
IV. METODOLOGÍA	31
4.1 Diseño.....	31
4.1.1 Método de investigación: fenomenología	31
4.2 Contexto	33
4.2.1 Veracruz.....	33
4.2.2 Sierra Zongolica	34
4.2.3 Tequila	35
4.2.4 Información complementaria sobre de Tequila.....	41
4.3 Inmersión al campo.....	42
4.4 Muestra.....	44
4.4.1 Informantes.....	45
4.5 Técnicas de recolección de datos	45
4.5.1 Entrevista a profundidad.....	45
4.4.2 Observación participante.....	46
4.4.3 Diario de campo	48
4.6 Análisis de datos	48

4.7 Validez del estudio.....	50
4.7.1 Triangulación.....	50
4.7.1.1 Triangulación de datos.....	50
4.7.1.2 Triangulación de técnicas.....	51
4.7.1.3 Triangulación de investigadores.....	51
4.8 Rigor metodológico.....	51
4.8.1 Credibilidad.....	51
4.8.2 Auditabilidad.....	52
4.8.3 Transferibilidad.....	52
4.9 Aspectos éticos.....	53
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	54
5.1 Tequila.....	54
5.1.1 Condiciones materiales de existencia en Tequila.....	54
5.1.2 Condiciones e ideología de la salud-enfermedad.....	59
5.2 Prácticas de cuidado tradicional.....	61
5.3 Prácticas de cuidado espiritual.....	70
5.3.1 Prácticas de cuidado espiritual del <i>tepatih</i> indígena nahua.....	70
5.3.2 Prácticas de cuidado espiritual de la ministra de iglesia católica.....	74
5.4 Elementos de las prácticas de cuidado.....	78
5.4.1 Acompañamiento en la enfermedad y en la muerte.....	78
5.4.2 Medios para ejercer la práctica: creencia en un ser superior.....	81
5.4.3 Beneficios para la dualidad de cuidado.....	81
VI. CONCLUSIONES.....	84
6.1 Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua.....	84
6.2 Beneficios del cuidado espiritual para la comunidad de estudio.....	85
6.3 Prácticas de cuidado en una comunidad indígena y su relación con la enfermería.....	86
6.4 Retroalimentación a la disciplina de enfermería.....	87
6.5 Cuidado espiritual en la enfermería mexicana.....	89
6.6 Recomendaciones para la disciplina de enfermería.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

RESUMEN

El objeto de estudio de la enfermería es el cuidado, el cual ha sido definido por varios autores. Sin embargo, al considerar dichas definiciones para la práctica de la enfermería mexicana, se descontextualiza o en su caso, se crean definiciones que pretenden estandarizar la práctica, atendiendo principalmente aspectos biológicos y soslayando aspectos sociales, culturales y/o espirituales que forman parte de la forma de vida de las personas. Por lo anterior y posterior a un acercamiento a la comunidad de estudio y en el que se detectaron diversas situaciones que responden a una visión particular de la salud y la enfermedad, se planteó como objetivos de investigación describir las prácticas de cuidado tradicional y espiritual de una comunidad indígena nahua de Zongolica, Veracruz para, con base en ello, retroalimentar a la disciplina.

Se utilizó una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico. Los participantes del estudio fueron tres *tepatih*s*, una ministra de iglesia católica, dos personas de la comunidad con un padecimiento y una enfermera clínica. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista a profundidad, observación participante y diario de campo.

En Tequila las prácticas tradicionales de cuidado tienen dos componentes esenciales y complementarios: el primero ofrecido por los *tepatih*s y apoyado en la fe para curar las enfermedades de la región; y el segundo ofrecido por la ministra de iglesia católica, a través de rituales religiosos, expresión de los cuidados espirituales. Es así que se manifiestan rasgos de la comunidad para afrontar situaciones de enfermedad desde su propio marco ideológico-cultural, que resultan importantes para retroalimentar los actuales marcos teóricos de la enfermería mexicana.

* *Tepatih*: en náhuatl, referido como “el que cura”.

DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO

La presente investigación se realizó en una comunidad indígena nahua de Zongolica, Veracruz con la finalidad de conocer de manera cercana la forma en la que las personas se cuidan en el día a día. Se rescatan elementos de carácter tradicional y espiritual que permiten a las personas afrontar procesos de salud-enfermedad. Lo anterior, tiene la finalidad de sensibilizar al profesional de enfermería en las sinergias que ambos elementos aportan al cuidado y de reconocer desde lo empírico, aquellos elementos que contribuyen a retroalimentar los marcos conceptuales del cuidado.

El primer capítulo describe el fenómeno de estudio desde un análisis disciplinar, con la finalidad de sustentar de manera objetiva la necesidad del mismo. Se explica por qué la enfermería requiere retomar a la persona como un ser íntegro en el aspecto biológico, social y espiritual. Esto debido a que la disciplina del cuidado ha limitado su ser y hacer en aspectos objetivos relacionados a la enfermedad, además de guiarse por modelos y teorías de enfermería de otros países, los cuales descontextualizan la práctica del cuidado en México.

El segundo capítulo retoma información referente a investigaciones realizadas en torno a la medicina tradicional y las prácticas de cuidado tradicional por ser elementos que se vinculan a esta investigación, con la finalidad de crear un marco de referencia nacional e internacional que contribuya a contextualizar la forma en que la enfermería, escasamente, y otras disciplinas perciben y estudian el fenómeno.

El tercer capítulo se enfoca en describir a partir de una revisión de la literatura, los conceptos principales que guían esta investigación, tales como cuidado, prácticas de cuidado, cuidados culturales, espiritualidad, medicina tradicional, todo ello con la finalidad de realizar una discusión

sobre cada uno de los conceptos a través del tiempo y de otras disciplinas para delimitar su importancia para el presente estudio y para la disciplina en general.

El cuarto capítulo hace referencia a la metodología de estudio, misma que tiene como finalidad esclarecer el uso de la fenomenología por ser el método que brinda la oportunidad de conocer la esencia de los fenómenos, brinda información respecto a la ubicación geográfica, clima, educación, lengua, número de habitantes, etc. del lugar de estudio con la finalidad de contextualizar al lector sobre las características propias de la comunidad, así como explicar de forma detallada la forma en la que se logró el acercamiento a la comunidad y la recolección de los datos con el uso de las técnicas de entrevista a profundidad, observación participante y diario de campo. En este capítulo también se retoma la ética de la investigación, la validez y el rigor metodológico de la investigación.

En el quinto capítulo se exponen los resultados de la investigación a la vez que se realiza una discusión sobre lo que de acuerdo a la revisión de la literatura exponen diversos autores, esto permite triangular la información al considerar lo que dice el informante, otros autores y el investigador a través de una interpretación del fenómeno.

Finalmente, el sexto capítulo brinda una serie de consideraciones que permiten identificar las aportaciones de los resultados del estudio a la disciplina de enfermería. Se emiten una serie de recomendaciones sobre elementos relevantes para el cuidado de las personas. Se exponen dos definiciones, la primera sobre prácticas de cuidado cultural y la segunda sobre prácticas de cuidado espiritual, mismas que contribuyen a retroalimentar los marcos conceptuales de la enfermería mexicana al retomarse elementos empíricos y de carácter subjetivo de la comunidad de estudio, pero que bien podrían ser adaptables en otros contextos de cuidado en el país.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Importancia del estudio

La enfermería es una disciplina que generalmente establece relaciones interpersonales muy cercanas, en tanto que su objeto de estudio es el cuidado, mismo que se brinda en alguna etapa o circunstancia de la vida (nacimiento, enfermedad, muerte, por mencionar algunos). Sin embargo, el cuidado no puede ser igual para todas las personas, pues éste debe responder a las necesidades particulares de las personas, ya que “la forma de pensar y sentir una enfermedad es una construcción socio-cultural”.¹ El cuidado debe estar en función de la connotación singular de salud-enfermedad prevaeciente en las personas, familias o comunidades, sujetos de su atención.

La enfermería ha preconizado para el cuidado, la técnica para la curación o prevención; aunque su campo disciplinario comprende otras funciones, éstas no han sido del todo explícitas, lo cual ha llevado a la práctica de la enfermería a estandarizarse atendiendo sólo lo tangible en el cuerpo, lo que ha generado una pobre o nula consideración a las creencias, costumbres y valores de la persona, por ser consideradas subjetividades.

“La práctica de la enfermería ha estado enraizada en la provisión de un cuidado físico bajo el control médico. El modelo biomédico ha formado la base del conocimiento y la práctica de enfermería y ha promovido la percepción del paciente como un cuerpo biológico el cual es atendido por la enfermera”.²

Por ejemplo, la espiritualidad, que se circunscribe en la cultura de cada persona, es un aspecto cualitativo e intangible, por lo cual, ha sido poco considerado en la práctica de cuidado de la disciplina.

Esto ha conducido a que los cuidados sean estandarizados. Y aunque la enfermería cuenta con recursos técnicos como las guías de práctica clínica o los PLACES (Planes de Cuidado Estandarizados), que han originado importantes avances para la disciplina al sistematizar las intervenciones, pero también han limitado el cuidado individualizado y con ello diferenciado.

“Afortunadamente en las últimas décadas la profesión de la enfermería ha experimentado un cambio revolucionario. Hay un reconocimiento de que la experiencia humana va más allá de lo cuantificable, observable y conocible”.²

Varios autores, adscritos a diferentes disciplinas, coinciden en la pertinencia de que el equipo de salud conozca el contexto socio-cultural y espiritual, mismo que encierra creencias y costumbres de las comunidades, familias y personas a las que se atiende.³⁻¹⁸, porque “lo que es enfermedad para una sociedad, puede no serlo para otra, y la consecuencia más importante de esta reflexión, es que un programa de salud eficiente para una sociedad, puede ser poco útil para otra diferente”.¹⁹

En el caso de la enfermería, ya han existido a lo largo de su historia y hasta la actualidad, posturas teóricas que pretenden considerar aspectos culturales, tal es el caso de la enfermería transcultural; que propone acciones y decisiones profesionales, que ayuden a la gente a preservar y/o a consolidar sus valores en torno a los cuidados para mantener el bienestar, recuperarse de la enfermedad o afrontar la discapacidad y/o la muerte desde su cultura.²⁰ En esta misma línea de pensamiento surge la ahora denominada enfermería cultural o cuidados culturales que sugiere que la enfermera debe considerar los valores, creencias y prácticas de individuos que tiene bajo su cuidado, y manifestar respeto.¹⁵

Además, la relevancia del cuidado cultural, está en que permite al profesional de enfermería realizar un análisis integral del individuo, teniendo en cuenta aspectos socioculturales y espirituales.²¹

Es decir, ya han existido intenciones de retomar aspectos no sólo biológicos de la persona. Sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes, al menos no para la enfermería mexicana, pues ésta se encuentra fuera del contexto en que se han creado estas teorías.

Por tanto, para lograr un cuidado eficaz, el supuesto es que el profesional de enfermería debe desarrollar la capacidad para identificar las creencias de la persona sobre la vida, la muerte, las crisis y la enfermedad¹, y cuidar con base en esas creencias, mismas que surgen en un “sentido de espiritualidad o de una afiliación cultural, por lo que la espiritualidad y la cultura pueden sobreponerse o ser difíciles de separar”.²²

Por tanto, la enfermería tendría que conocer más cercanamente los aspectos ideológico-culturales de las personas, familias o comunidades a las que cuida, incluidas las comunidades indígenas, puesto que de ahí depende que su ejercicio profesional sea aceptado o no. Sin embargo, este presupuesto, que si bien es lógico, también es muy complicado de concretar, entre otros aspectos porque “en México, se requiere una sensibilidad hacia la diversidad cultural, para lo cual hay que conocer, respetar y preservar los valores y significados en la atención de la salud”²³, así también la enfermería requiere retomar la dimensión espiritual y buscar significados y respuestas entre la rutina, el temor, la incertidumbre, el dolor, la limitación y la pérdida de las personas.²²

México es un país con una amplia diversidad cultural y poblacional. “Se estima que un 10.5% de la población total es indígena”.²⁴ En todos los estados de la República Mexicana hay

población indígena, excepto en cinco; Colima, Aguascalientes, Zacatecas, Nuevo León y Baja California Sur. Los estados con mayor población indígena son Chiapas, Oaxaca y Veracruz.

En México 6 695 228 personas de 5 años y más hablan alguna lengua indígena, de las cuales 1 544 968 hablan náhuatl, representando así a la lengua más hablada del país.²⁵

Las comunidades indígenas nahuas se distribuyen en los estados de Puebla, Veracruz, Hidalgo, San Luis Potosí, Guerrero, Estado de México, Distrito Federal, Tlaxcala, Morelos, Oaxaca, Tabasco, Tamaulipas, Michoacán, Jalisco, Durango, Nayarit.²⁴

Específicamente Veracruz, es el estado de la República que reúne al 10% de la población indígena del país²⁶, de este porcentaje, los nahuas representan el grupo más numeroso, con un total de 355 785 personas, seguidos de los totonacas, huastecos y popolucas.²⁵

La Sierra Zongolica pertenece a la región de las Grandes Montañas donde se concentra el mayor número de municipios de Veracruz, y también el mayor porcentaje de hablantes de náhuatl del estado.²⁷

La comunidad de estudio se ubica en la Sierra Zongolica, Veracruz como parte de un megaproyecto PAPIIT[†] dirigido al estudio de la medicina tradicional.

Las comunidades indígenas de Zongolica, conservan aún prácticas tradicionales, vinculadas con fenómenos espirituales, que les permiten cuidar la enfermedad, vivir y evolucionar como grupo social. Estas prácticas, se sustentan en creencias de los acontecimientos naturales y fuerzas superiores, además de un conjunto de concepciones ideológicas de diferentes épocas, creencias mítico-religiosas persistentes en la conciencia de la gente, y por supuesto

[†] Comparación del impacto de la medicina tradicional entre dos comunidades de Veracruz México: Mata Clara, comunidad afroestiza y Tlaquilpa, comunidad indígena nahua. Clave DGAPA-PAPIIT (IN308611).

conocimientos empíricos.¹⁹ Por lo mismo, involucran a la espiritualidad al tener el propósito de que la persona recupere su estado natural de armonía; esto se logra ayudándolo a que se reconcilie con Dios, con su familia y con la naturaleza.²⁸

En consecuencia, para que las prácticas de cuidado de enfermería tengan éxito en estas comunidades, es importante conceptualizarlas desde la configuración tradicional y espiritual de éstas, pues son reflejo de su cultura y su forma de persistir, que entre otras razones se debe a que “entre los grupos étnicos de México los conceptos de salud-enfermedad expresan alguna relación con aspectos de la vida social y con diversos fenómenos naturales que, dentro del pensamiento indígena, dan forma a una visión particular del mundo”.²⁹

Nuestro presupuesto entonces es, que una forma de sensibilizar a la disciplina es ofrecerle evidencia empírica sobre las prácticas de cuidado tradicional y espiritual, mediante información recabada a través del método fenomenológico, es decir, información sobre las prácticas de cuidado tal como las experimentan, viven y perciben las personas³⁰ de una comunidad indígena nahua de Tequila, municipio de Zongolica, Veracruz México.

Con este conocimiento se pretende complementar los datos conceptuales del cuidado con datos empíricos de las prácticas de una comunidad, con la finalidad de retroalimentar los marcos teóricos de la enfermería. Y con ello, favorecer el avance de la práctica del cuidado, al propiciar que las enfermeras brinden un cuidado contextualizado, a partir del escenario social, cultural y espiritual. Es decir, la pretensión es coadyuvar a que la enfermera cuente con información sobre los valores, las creencias y las necesidades de las personas con el fin de conceptualizar, planear e intervenir con base en ese conocimiento. Finalmente el principal beneficio, se espera dirigirlo hacia los sujetos de cuidado, quienes recibirán una atención acorde a sus necesidades culturales y espirituales.

1.2 Preguntas de investigación

1.2.1 ¿Cuáles son las prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua de Zongolica, Veracruz?

1.2.2 ¿Qué información es relevante para retroalimentar a la disciplina enfermera en el cuidado, con base en la cultura de la persona enferma?

1.3 Objetivos

1.3.1 Describir las prácticas de cuidado tradicional de una comunidad indígena nahua de Zongolica, Veracruz.

1.3.2 Describir las prácticas de cuidado espiritual de una comunidad indígena nahua de Zongolica, Veracruz.

1.3.3 Retroalimentar a la disciplina de enfermería con las prácticas de cuidado de una comunidad indígena nahua de Zongolica, Veracruz.

II. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

La salud y la enfermedad son definiciones creadas a partir de la perspectiva particular de cada persona¹, sin embargo, existen modelos médicos que las identifican de manera similar para todos. Tal es el caso del modelo médico hegemónico[‡], mismo que ha sido aceptado hasta el día de hoy por un gran número de personas, mientras que otros, no lo aceptan. Por ejemplo, las comunidades indígenas visualizan la salud y la enfermedad de una forma muy particular, que generalmente no empata con el modelo médico hegemónico, ya que éste último evade aspectos históricos, sociales, culturales y espirituales de vital significado para éstas comunidades.

“La ciencia médica occidental está plagada de prejuicios, supuestos, y directivas ideológicas etnocéntricas.”¹⁹ Esto ha generado ciertos cuestionamientos entre algunos autores de diversos países, quienes han realizado estudios con la intención de lograr una tolerancia entre las diversas formas de visualizar la salud y la enfermedad y con ello el establecimiento de tratamiento.^{7, 8}

2.1 Antecedentes internacionales

En América Latina y el Caribe se realizó un estudio cualitativo para caracterizar el estado actual de la regulación de la medicina tradicional, considerando que ésta representa una opción importante de repuesta ante las necesidades de atención a la salud, teniendo como finalidad “el diseño e implementación de políticas que permitan adecuar la oferta de servicios de medicina tradicional con las necesidades de las poblaciones que más hacen uso de ella.”⁷ Como una

[‡]Conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

respuesta a esta situación se ha utilizado la fenomenología y la etnografía para estudiar los escenarios étnicos en transformación, respecto de las relaciones sociales, económicas y culturales establecidas con la medicina occidental, “encontrando que existe una necesidad de un diálogo horizontal entre medicinas, es decir, una interculturalidad en salud.”⁸

De ahí la importancia de acercarse a las comunidades y conocer sus prácticas, creencias y valores. “Las variables étnico-culturales y el respeto a la complejidad cultural en el mundo de la salud es una parte esencial a tener en cuenta en las nuevas estrategias internacionales de la salud pública”.¹⁰

La enfermería, ya ha cuestionado esta postura desde la perspectiva de que “no es posible homogeneizar el cuidado y pensar que los cuidados de una cultura sean válidos para las demás”.¹¹ En Colombia, se realizó un estudio cualitativo que tuvo como finalidad crear modelos de cuidado en gestantes indígenas basados en las prácticas culturales de esa comunidad al considerar relevante que el profesional de enfermería conozca y comprenda las creencias y costumbres de las comunidades indígenas.¹¹

Una forma de lograr este acercamiento ha sido con los modelos de enfermería propuestos por algunas teóricas de enfermería. En Cuba, por ejemplo, han utilizado el modelo del “Sol naciente” de Leininger para identificar aspectos culturales de una comunidad e introducir modelos profesionales de salud que contribuyan a la aceptación por parte de las personas.¹²

Esto, porque cada cultura define sus tradiciones y costumbres visualizándolas desde su perspectiva de vida y varía de una comunidad a otra. “La cultura de un pueblo determina el significado y visión de la vida, la salud, la enfermedad, la muerte y las prácticas de cuidado.”¹⁴

En todas las etapas de la vida, las personas manifestarán necesidades de cuidado que estarán permeadas de formas de ver la vida en los aspectos sociales, espirituales y culturales.¹³

Por ejemplo, la gestación, la maternidad y el nacimiento no están exentos de las construcciones culturales, valores y creencias en torno a este proceso¹⁴, es así que, “el cuidado de enfermería que se brinda a estas mujeres debe ser coherente con su cultura”.¹³

Todos los seres humanos necesitarán ser cuidados en algún momento de su vida, en cualquier lugar del mundo, por lo tanto, la enfermera tendría que estar preparada y adaptarse a cada necesidad, de ahí que se considere, como una premisa fundamental para este estudio, que “el cuidado de enfermería es un desafío permanente, pues debe considerar los valores, creencias, prácticas de individuos que tiene bajo su cuidado, así como manifestar el respeto por la diferencia cuando ofrece dicho cuidado”.¹⁵

2.2 Antecedentes nacionales

Como parte de la historia, es importante mencionar que en la época de la Colonia “los grupos indígenas que poblaban México tenían sus propios conceptos sobre las enfermedades, estrechamente ligados con su cosmovisión y religión. Nahuas, mayas, huastecos, mixes, pames y demás grupos existentes en México, antes de la llegada de los españoles se encontraban en interacción, y uno de sus bienes de intercambio eran los conocimientos que se conformaron en torno a la medicina indígena prehispánica. Existen escritos, tanto de autores indígenas como europeos, que dan cuenta de ese acervo”.¹⁶

Hoy en día, la medicina moderna y la medicina tradicional se contraponen ideológicamente, pues existe un desconocimiento de los elementos que se configuran en la medicina tradicional, el cual origina un desequilibrio que puede derivar en la falta de respeto.¹⁶ El modelo médico

hegemónico, caracterizado por tener un enfoque biologicista y objetivo, es contrario a las concepciones de los pueblos indígenas en donde la salud y la enfermedad se configuran con elementos naturales, sociales y emocionales que en ocasiones no se pueden evidenciar objetivamente y que además tiene una historia de desprestigio. “Los españoles, como grupo dominante, veían como un peligro para sus intereses, el otorgar valor y aceptar las respuestas de la medicina indígena, quedando como opción el desvirtuar y considerar las prácticas médicas indígenas como inferiores.”¹⁶

Como ejemplo actual está la Medicina Basada en Evidencias (MBE), que deriva del modelo médico hegemónico, y “descarta la intuición, la experiencia clínica no sistematizada, y exige todo tipo de evidencias”^{17,31}

Algunas disciplinas como la antropología, por ejemplo, se han dedicado a desenmarañar esa dominación recurrente, mediante estudios de corte cualitativo en diferentes regiones del país. Tal es el caso del proyecto PAPIIT en el que se inserta esta tesis de maestría, en donde los resultados de la misma contribuyen a generar conocimiento que pueda considerarse en la evaluación de políticas de salud y en la toma de decisiones para responder a las demandas de salud del estado.³²

Ya que “la medicina tradicional en los pueblos indígenas ha sido siempre desconcertante para el pensamiento y el mundo occidental. Regularmente se establecen relaciones entre una y otra medicina, pero desde perspectivas distintas que llevan a diferencias en la forma de atender y explicar la enfermedad.”¹⁶

Es así que, tanto la medicina moderna como la tradicional requieren ser aceptadas y respetadas de acuerdo al contexto en el que surgen, evitando las generalizaciones respecto al uso de una u otra. “La medicina tradicional no debe ser ajustada a criterios sistemáticos, ya que ésta es

una concepción holística que ubica al individuo en su relación con otros hombres, con la naturaleza y con el universo”.¹⁷ Pero además, algunos autores consideran que podría aportar algún complemento importante a la medicina occidental, precisamente por considerar al ser humano como un todo y no como un conjunto de partes separadas.³³ “En México existe una riqueza de conocimientos y prácticas terapéuticas que es importante documentar, investigar e incorporar a los modelos actuales de salud”.³⁴

Sin embargo, el desconocimiento de estos elementos tradicionales de las comunidades ha llevado a los sistemas de salud a lograr pocos resultados al utilizar con los tratamientos estandarizados, pues y no considera a todos los grupos sociales. Como ejemplo, Ixhuatlancillo Veracruz, comunidad indígena nahua, en donde la implementación de estrategias de salud para el control de la diabetes eran ineficaces. Entonces, se realizó una investigación cualitativa en la que se descubrió que la obesidad era considerada como prototipo sexual y como requisito primordial para el matrimonio entre los ixhuatecos, lo que la convertía en una condición antagónica para el tratamiento médico del control de los niveles de glucosa en sangre.¹⁸ Esto muestra la respuesta a la nula aceptación de los programas implementados para el control de la diabetes, que estaban basados en un cambio en los hábitos alimenticios que propiciaban la disminución de peso y por ende la pérdida de la oportunidad de formar una familia.

Es decir, la manera de enfrentar la enfermedad no es un fenómeno aislado, es parte de la ideología que tienen las personas de una comunidad en conjunto. Como resultado de dicha investigación se observó que “la mayoría de las ixhuatecas enfermas de diabetes están empeñados en continuar con sus antiguos hábitos alimenticios, aún a costa de lacerar su salud ya que la alimentación es parte importante de mantener a las mujeres con una complexión robusta, lo que para ellos es belleza y garantía de matrimonio y preservación de la especie”.¹⁸

Estos estudios de enfoque antropológico han centrado su interés en la salud de la población mexicana, lo que contribuye al conocimiento cultural nacional y es una herramienta que brinda conocimiento de salud a la enfermería.

En torno a la complejidad y exigencias del ser humano, es cada vez más importante realizar cuidados significativos para la persona que los recibe, sólo así se logrará establecer una relación de confianza y beneficio hacia el sujeto de cuidado. De lo contrario ejercemos una práctica alejada de la realidad social.

México es un país con gran diversidad cultural y aunque se han realizado muchas investigaciones de estos grupos indígenas, por parte de antropólogos, sociólogos y psicólogos, la materia de estudio y su relación con el cuidado requiere de una constante reflexión por parte de las enfermeras, situación que se reflejará en un mayor conocimiento y sensibilización hacia estas prácticas.

Conocer al sujeto de cuidado en su totalidad, permite ejercer un cuidado acorde a las necesidades de las personas, familias o comunidades. Cada individuo interioriza y aplica su cuidado según sus costumbres, creencias, y de alguna manera les han servido para sobrevivir y mantenerse en el tiempo.²¹

III. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Cuidado

Existe una amplia gama de definiciones referentes al cuidado; mismas que obedecen a cuestiones teóricas de su desarrollo y función. Conforme algunos autores, el cuidado ha existido desde la primera vida humana en el mundo, pero la preocupación por una definición surge más adelante, con la enfermería como profesión. Sin embargo, el contexto histórico y social en que se desenvuelva el cuidado, determinará la generación de conocimientos y el quehacer de la disciplina.

Las definiciones de cuidado están en función de lo que cada teórica de enfermería ha visualizado de acuerdo a las corrientes de pensamiento de su época, así como a las necesidades del grupo social al que cuidaba cuando la propuso.

Como ejemplo de ello, se puede mencionar a Madeleine Leininger, quien “durante su trabajo en el área de psiquiatría infantil observó que el personal sanitario no comprendía los factores culturales que influían en el comportamiento de los niños y las diferencias en las necesidades de atención; lo cual llevó a ella y a sus compañeras de trabajo a hacerse muchas preguntas sobre cómo cuidarlos mejor”.³⁵

De acuerdo a Tomassini, “al no encontrar respuestas en la enfermería comenzaron a recurrir a otras disciplinas, y fue durante estos años que Leininger conoce a la famosa antropóloga Margaret Mead, cuya influencia será decisiva para explorar las posibles relaciones entre la antropología y la enfermería. Leininger fue la primera enfermera en obtener un título y un doctorado en antropología, estudiando en profundidad a por lo menos seis culturas”.³⁵

Derivado de aquel contexto hospitalario y de los estudios etnográficos que realizó, Leininger, define cuidado: “ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidado personalizado, dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales”.³⁶ Las situaciones que llevaron a Leininger a enfocarse en el aspecto cultural son significativas para la enfermería de hoy en día, sin embargo, también lo son aquellos que proponen otras teóricas desde su particular visión del mundo.

Tal es el caso de Jean Watson, quien como profesora, es inspirada por sus alumnos y plantea una teoría del cuidado humanizado, con la finalidad de brindar a la disciplina un marco epistemológico y ontológico capaz de utilizarse en la docencia.

“Se apoya en la filosofía de la alteridad de Emanuel Levinás y Knud Logstrud, en la búsqueda de un modelo de ciencia que reintegre la metafísica con el dominio material y así reencuentre la trascendencia del ser en el mundo y con los otros”.³⁷ Además, sienta las bases de su teoría en el existencialismo, la fenomenología y la psicología.

La definición que propone de cuidado es: “cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante a la que la otra persona los experimenta”.³⁸ Además como parte de sus supuestos teóricos, hace alusión a la importancia de “la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, puesto que son vivencias que han estado presentes a lo largo de toda la historia y de la narrativa que da cuenta de la convivencia de la especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos”.¹⁹

Watson, al igual que Leininger definen cuidado desde un enfoque particular, importante de conocer y considerar si empata con las necesidades del sujeto de cuidado.

A lo largo de la historia de la enfermería las diferentes definiciones de cuidado han guiado la práctica de las enfermeras. Sin embargo, también han limitado su quehacer alrededor de definiciones creadas en torno a un grupo de personas, época o perspectiva.

Como ejemplo de ello, la falta de una definición de cuidado desarrollada en el contexto mexicano, puede haber descontextualizado la práctica e identidad enfermera, puesto que la teoría de enfermería que daría sustento y cohesión a sus intervenciones y perspectivas, no existe hasta la fecha.

En el proyecto de la Norma Oficial Mexicana (PROY-NOM-019-SSA3-2012), se declaró aceptada la propuesta de la siguiente definición de cuidado: “todas aquellas acciones que realiza la enfermera con la intención de que los individuos desarrollen al máximo sus potencialidades con el propósito de mantener, conservar la vida y permitir que ésta se continúe, considerando sus derechos y sentimientos”.³⁹

En septiembre de 2013 se publicó la Norma Oficial Mexicana (NOM-019-SSA3-2013), para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, misma que ha definido de manera oficial al cuidado como: “la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar”.⁴⁰

Se observan diferencias en la definición de cuidado que se declara en el PROY-NOM-019-SSA3-2012 y la que se dio a conocer en la NOM-019-SSA3-2013. Por lo anterior se realiza un breve análisis de la misma.

Entre las ventajas que brinda la definición de cuidado, está “la enseñanza a lo desconocido para el cuidado de la salud”.⁴⁰ Añadiendo a esto, que la educación en enfermería debe extenderse a las necesidades de la persona y de la familia, siendo ésta última el entorno inmediato donde se gestan costumbres, tradiciones y formas particulares de cuidado que la enfermera debe considerar para brindar cuidados personalizados efectivos.

Se considera como aspecto positivo la “expresión de sentimientos”⁴⁰ por parte de la persona que recibe el cuidado, pues son estos el punto de partida para el diseño de las intervenciones de enfermería y la creación de un cuidado empático e individualizado.

Como parte de las desventajas, la definición de cuidado hace alusión a un entorno de enfermedad. Resulta despersonalizante el uso del término “enfermo” para referirse al sujeto de cuidado que antes de otra cosa es una persona. Además no considera aspectos sociales, culturales ni espirituales para el cuidado.

Con este breve análisis se observa que crear una definición universal de cuidado es poco funcional, ya que como evidencian algunos estudios previos sobre el tema, la experiencia del cuidado de la salud y la enfermedad depende fuertemente del contexto en que se vive.

Sería más útil establecer lineamientos que sirvan de guía para estandarizar la creación de definiciones, que bajo ninguna circunstancia pasen por alto la pertinencia de explorar las necesidades de cada persona. Como menciona Watson: “la enfermería ha perdido su alma por servir ya sea a la medicina, la tecnología y la práctica basada en la evidencia, las que por cierto

se necesitan; pero sin la dimensión humana esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas”.⁴¹ Esto puede ser el resultado de que algunas definiciones de cuidado se han ocupado de incluir algunos aspectos de tipo biológico principalmente, pero han dejado del lado aspectos de tipo espiritual, cultural y social. No obstante que algunas autoras los mencionan desde sus respectivos abordajes teóricos, se han tomado poco en cuenta por ser de carácter subjetivo y no proponen la forma de abordarlo y adaptarlo a diferentes grupos poblacionales.

La amplia gama de definiciones de cuidado existentes han permitido una disposición para utilizarse una u otra en diferentes épocas y lugares. Pero, así como esto puede ser una ventaja, también ha llegado a limitar la cohesión en el quehacer de la profesión, reflejándose en la falta de identidad y desconocimiento del propio objeto de estudio.

3.2 Prácticas de cuidado

El constructo prácticas de cuidado, es con frecuencia referido en la literatura de las ciencias de la salud, sin embargo al realizar la búsqueda del constructo en bases como CINAHL, Redalyc y Cultura de los cuidados en el periodo 1970 al 2013 con el descriptor *prácticas de cuidado* se identificaron solo cinco artículos en español que aluden al concepto, aún con límites de búsqueda muy amplios.

Llama la atención que en las bases de datos Cochrane y Pubmed no se encontró el descriptor prácticas de cuidado, lo que sugiere que es un concepto por trabajar en el campo de las ciencias de la salud.

Por lo cual se considera conveniente realizar un debate conceptual de este constructo, y de manera explícita se muestra el siguiente cuadro no. 1, donde se presentan las definiciones de los artículos revisados:

Tabla No. 1: Definiciones de prácticas de cuidado

Autor	Definición
Alarcón GE.	<p>Las prácticas de salud están relacionadas con las creencias populares y a las necesidades de supervivencia de un pueblo.</p> <p>Aquellas actividades relativas al sostenimiento y cuidado de cada uno de los miembros de una comunidad así como las prácticas relacionadas con el reemplazo generacional. Implican el cuidado de los miembros infantiles de la comunidad y de aquellos individuos incapaces de cuidar de sí mismos (temporal o permanentemente) por razones de edad y/o enfermedad.⁴²</p>
Figueroa P.J.	<p>Serie de prácticas que se realizan para satisfacer las necesidades (de carácter físico o emocional) de otras personas.⁴³</p>
Melguizo HE, Alzate PM.	<p>Actividad realizada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad, o mejor aún, detectarla en una etapa más sintomática.</p> <p>Más que una colección de comportamientos discretos es una actividad coherente y socialmente organizada que tiene una noción del bien (de lo bueno) y una variedad de significados comunes implícitamente o explícitamente articulados.</p> <p>Conducta de protección de la salud.</p> <p>Cualquier conducta realizada por una persona para proteger, promover o mantener la salud, sin tener en cuanto a su percepción de su estado de salud actual o si tal conducta es objetivamente eficaz para este fin.⁴⁴</p>
Arevalo SE.	<p>Actividades que realizan con ellas mismas las gestantes en el periodo prenatal con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, atender sus necesidades y conservar su bienestar y el de su hijo por nacer. Comprende lo que las gestantes hacen para cuidarse y como lo hacen.⁴⁵</p>
Franco MA. y cols.	<p>Son cualquier comportamiento o actividad que forma parte de la vida cotidiana de una persona e influyen sobre su estado de salud. Las prácticas generalmente no son individuales sino que provienen de los grupos sociales de los que hacen parte las personas.⁴⁶</p>

Frente al análisis del constructo de prácticas de cuidados, se encuentran algunas coincidencias en torno a la **función**; por ejemplo: 1.-mantenimiento de la salud, bienestar y vida, 2. satisfacción de necesidades físicas, emocionales y espirituales.

Desde el punto de vista del **desarrollo** de las prácticas de cuidado es evidente que ocurren necesariamente dentro del grupo social.

Y finalmente un aspecto que menciona sólo uno de los autores, pero que no deja de ser importante, es que las prácticas de cuidado tienen una relación significativa con las costumbres de las personas, aspecto que será de vital importancia rescatar para el presente estudio.

En las definiciones encontradas se reconoce que no hay mucho consenso, pero se habla de prácticas de cuidado en términos de actividad, comportamiento y conducta; lo que sugiere la limitada claridad el mejor atributo del constructo, en tanto que actividad implica “conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad”⁴⁷; comportamiento conlleva “la manera de comportarse”⁴⁸, “la forma de proceder que tienen las personas u organismos ante los diferentes estímulos que reciben y en relación al entorno en el cual se desenvuelven.”⁴⁹ y conducta lleva implícito la “manera con que los hombres se comportan en su vida y acciones”.⁴⁷

Por la relación con el entorno en el que se desenvuelven las personas (aspecto social y cultural) se considera el término comportamiento como el más idóneo para expresar las prácticas que se realizan en la comunidad con la que se trabaja. En la comunidad de estudio se ha observado que los fenómenos de enfermedad son atendidos mediante los conocimientos transmitidos de generación en generación de manera verbal, mismos que obedecen a necesidades propias del contexto.

Por lo expuesto anteriormente y para efectos de la presente investigación, se entenderá por prácticas de cuidado a los ***comportamientos que son configurados por la cultura y que son promovidos por los miembros de una sociedad. Su finalidad es satisfacer las necesidades de supervivencia y bienestar físico, emocional y espiritual, de cada uno de los miembros de esa sociedad.***[§]

3.3 Cuidados culturales

La cultura se refiere a la inclusión de valores, conocimientos, arte, moralidad, leyes, costumbres, lenguaje y creencias que adquieren los miembros de una sociedad.^{50, 22} “Las creencias pueden surgir de un sentido de espiritualidad o de una afiliación cultural y, por tanto, la espiritualidad y la cultura pueden sobreponerse o ser difíciles de separar.”²²

Es así que todos y cada uno de estos aspectos culturales, determinan la forma de pensar y actuar de una persona.

La enfermería es la disciplina que se encarga del cuidado de las personas, con quienes establece una relación cercana en todas las etapas de la vida. En esta relación de cuidado se involucran aspectos humanos (físicos, emocionales, culturales, espirituales, entre otros). Al hablar de cuidado a la persona se concibe a ésta en su totalidad, y entonces, habría que cuidar cada parte y necesidad de su cuerpo, mente y espíritu.

Sin embargo, poco se exploran las necesidades específicas de las personas, y es entonces, cuando se otorga un cuidado alejado de las expectativas de las mismas.

En 1950, Madeleine Leininger, funda la llamada enfermería transcultural. “La autora identificó varias áreas comunes del saber y de intereses en la investigación teórica entre la enfermería y

[§] Definición construida por Cardoso MA, García PE. En asesoría de tesis. Agosto 2013.

la antropología, formulando conceptos de enfermería transcultural, teoría, principios y prácticas”.⁵¹

Posteriormente y hasta la actualidad se integró en algunos países la denominada enfermería cultural o cuidados culturales que retoma los supuestos de Leininger para brindar cuidados acordes a las creencias y valores de las personas.

Pese a que estas teorías de enfermería se han desarrollado en otros contextos, se retoman como antecedentes de los esfuerzos que la disciplina ha estado realizando por cambiar el ejercicio de la profesión.

En México, ha habido poca exploración de las necesidades de cuidado de sus poblaciones pese a ser un país con amplia diversidad poblacional. Como ejemplo, las comunidades indígenas del país han establecido sus propias formas de cuidado acorde a un contexto histórico y cultural. Además, “las personas responden de forma distinta ante la enfermedad, atendiendo a variables como puede ser la estructura social a la que pertenecen, las relaciones que establecen con las personas que interactúan y su medio, su sistema de valores y, por supuesto su cultura.”¹

A partir de estos supuestos se considera que existe la necesidad de acercarse más a las realidades sociales de las personas. El conocimiento de los aspectos ideológicos-culturales brinda a la enfermería las herramientas para conceptualizar, planear e intervenir mejor.

Tales aspectos son los que retoma la corriente de los cuidados culturales, basados en la “cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”.⁵²

Los beneficios que ofrecen los cuidados culturales se enfocan al sujeto que tiene una necesidad de ayuda en algún momento de la vida. El profesional de la disciplina realiza un análisis integral

del individuo, tiene en cuenta el padecimiento y los aspectos socioculturales y religiosos del paciente.²¹ Lo cual, también beneficia a la enfermera, al sentirse capaz de brindar cuidados más significativos.

3.4 Medicina tradicional

La Real Academia de la Lengua considera que el calificativo tradicional es lo perteneciente o relativo a la tradición, y en algunas de sus acepciones esta última es la transmisión de doctrinas, ritos y costumbres del pasado.

La medicina tradicional ha sido definida de diferentes maneras, no existe un consenso general. La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que ésta es “todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales.”⁵³

Entonces, la medicina tradicional surge a partir de una serie de experiencias y conocimientos empíricos transmitidos de generación en generación de manera oral o escrita. Mismos que brindan a algunos grupos sociales, las herramientas para vivir y tratar la enfermedad, cuidar la salud y la vida.

Los conocimientos curativos ancestrales se han difundido mediante el aprendizaje teórico y práctico por medio de la observación y la experimentación a partir de la repetición exacta de los principios, hábitos y costumbres, así como de las innovaciones que algunos individuos introducen gracias a su propia experiencia.^{33,54}

La medicina tradicional se encuentra acompañada de una serie de creencias en los acontecimientos naturales y fuerzas superiores. “La religión y la religiosidad de los pueblos mesoamericanos tiene dos etapas: en la más antigua se destaca su relación con la agricultura, como por ejemplo los númenes de la lluvia, los elementos divinizados como el fuego, agua, viento y la adoración al sol y la luna, resaltan en la génesis del rito, tanto por su magnificencia en el cielo y sus efectos en la tierra; en una segunda etapa, la sociedad perfecciona su concepción del mundo, sus orígenes y destinos, se presenta una teogonía más elaborada, una filosofía profunda que percibe con claridad la unidad universal y el monoteísmo, sobre todo entre su elite intelectual, mientras que en el vulgo esa deidad única y absoluta se diluye y hasta se pierde en múltiples deidades totémicas de los elementos, y de las manifestaciones de los fenómenos sociales.”¹⁹

Es así, que los pueblos indígenas han ido cambiando sus prácticas de acuerdo a las circunstancias históricas, sin embargo, no se ha perdido la creencia en un ser superior que participa en los actos curativos.

La medicina tradicional es uno de los pilares fundamentales de la cultura indígena, porque a través de ese conocimiento ancestral y de su comunión con la naturaleza, las comunidades han sobrevivido²⁸ y enfrentado las amenazas a la integridad física, emocional y espiritual, tales como la enfermedad y la muerte.³³

3.5 Espiritualidad

Espiritualidad ha sido un término utilizado con frecuencia en las teorías de enfermería, sin embargo poco se ha documentado sobre el cuidado espiritual en la práctica diaria.

También, ha sido un concepto polémico, pues se tiene aún la idea de estar regulado por la religión y, aunque ésta última forma parte de la espiritualidad, no es el único elemento, es algo más complejo y más abstracto, por lo tanto, es importante establecer un acercamiento a la definición.

“La definición tradicional de espiritualidad enfatiza en la religión y la fe, pero definiciones recientes son más completas e integran todos los aspectos de la experiencia y vida humana. De este modo, se considera que la espiritualidad y la religión están estrechamente relacionados, pero no son iguales. Aunque la espiritualidad puede ser expresada en términos de creencias y prácticas religiosas, puede ser mucho más amplia, ya que abarca la relación de una persona con Dios, un poder superior, la familia o las comunidades (asociaciones culturales)”.⁵⁵

Además, la “espiritualidad experimenta un significado de trascendencia y propósito en la vida, así como un sentido de conexión.⁴⁸ En otros términos, es aquello que le brinda a la persona la confianza en “algo único” y que le permite darle un sentido a su vida.

En algún momento, la espiritualidad fue poco tomada en cuenta por los científicos por carecer de una explicación comprobable, sin embargo, es cada vez más estudiada en el enfoque biológico que intenta dar elementos objetivos a lo que generalmente se ha presentado de manera subjetiva. Es así que, algunos estudios revelan que la espiritualidad tiene su función en el cerebro.

“Las intervenciones espirituales aumentan las interacciones sinápticas en la amígdala (una región para responder a los estímulos emocionales y ansiedad)”.⁵⁵ Esta podría ser, tal vez, una respuesta a que las personas perciban un estado de bienestar y tranquilidad. Datta y Nandan concluyeron que “experimentar la espiritualidad evoca procesos neuronales específicos en el

cerebro. También determinaron que hay un lugar para Dios en el cerebro de todos los seres humanos”.⁵⁶

Entonces, conforme a estos estudios, la espiritualidad se gesta en áreas específicas del cerebro, difícilmente sabido por quien lo experimenta, sin embargo, la espiritualidad existe y ha existido a lo largo de la vida y ha tenido una función específica, especialmente ligada a la fortaleza y paz. Se ha manifestado y ha sido adoptada de manera diferente por cada persona, familia, comunidad o país pero bajo el mismo principio de creencia en algo, generalmente, intangible.

Pese a las diferencias que hay entre la ciencia y la espiritualidad, es ésta última la que, a partir de la creencia en algo externo a la persona le permite afrontar con confianza la existencia y los significados que de ella emergen. “La relación del individuo con Dios (como cada cual lo defina) es central y es a partir de ella que se definen las experiencias de tener significado y propósito en la vida, esperanza, confianza y fe en alguien fuera de sí mismo”.²² Ese significado a la vida que comienza y termina, es lo que une a la espiritualidad con la enfermería. Pues ésta última se dedica al cuidado de la vida y la muerte, y de todas las circunstancias que de éstas emanan, por lo que resulta conveniente reconocer la espiritualidad como un proceso de vida, puesto que se manifiesta en el nacimiento, vida y muerte y se exterioriza en rituales religiosos, esperanza, fe, confianza. Por lo anterior resulta casi imposible para la enfermería, soslayar este elemento que forma parte de cada persona, sujeto del cuidado.

“Se ha definido el cuidado espiritual como hacer los arreglos para satisfacer las necesidades espirituales de la persona cuidada. El cuidado espiritual incluye ayudar a la gente a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad y de sus componentes así como ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades espirituales”.²² Sin

embargo, no basta con decir que la espiritualidad forma parte de la vida, es necesario conocer los elementos específicos de la misma, profundizar en ésta a partir de la voz de las personas y de los beneficios que les brinda.

Satisfacer las necesidades espirituales del sujeto de cuidado es, para la enfermera, una tarea poco ejercida, pese a los cambios que hay en el enfoque de la atención integral, la espiritualidad ha quedado, generalmente, como un aspecto superficial, desconocido y carente de conocimiento. Pero, ya hay cada vez más evidencia que refieren “la importancia de la espiritualidad para hacer frente a la enfermedad, una mejor calidad de vida y la esperanza”.⁴⁸

La enfermedad es un estado de vulnerabilidad del ser humano, y se necesita un apoyo, otra persona, nosotros mismos o un Dios. Algo o alguien en quién depositar la confianza de que el sufrimiento va a terminar. Por ello, “el uso de un enfoque de atención integral con énfasis en la dimensión espiritual del cuidado de enfermería puede promover la recuperación de los pacientes y reducir su sufrimiento”.⁵⁵

Esta es tal vez, alguna explicación al afecto que se tiene a la religión, a las terapias alternativas, y/o a una persona o ser superior durante la enfermedad aguda o crónica. “Los descubrimientos de los últimos diez años, demuestran que la religión y la fe definitivamente pueden promover buena salud y ayudan a enfrentar la enfermedad”.⁵⁷

Específicamente en la enfermería, es importante identificar los elementos que ayudan a las personas a afrontar estados de vulnerabilidad como lo es la enfermedad, con la finalidad de llevar a cabo una relación de ayuda eficaz en donde se tenga la capacidad de identificar y dar respuesta a las necesidades espirituales y emocionales de la persona a la que se cuida,

atendiendo al sentido que ésta da a la vida, a la muerte, a su situación de crisis, a la enfermedad, etc.¹

Atender con respeto y sensibilidad es función de la enfermera, y para lograrlo es conveniente que conozca las necesidades espirituales de las personas, familias y comunidades a las que cuida.

Como menciona Sánchez Herrera: “La dimensión espiritual es donde la enfermería tiene que volver los ojos y buscar significados y respuestas entre la rutina, el temor, la incertidumbre, el dolor, la limitación y la pérdida”.²²

En los procesos del día a día, la enfermera debe buscar alternativas de cuidado que representen un significado para las personas, de lo contrario, el cuidado seguirá estando alejado de los elementos que permiten al sujeto de cuidado afrontar la enfermedad y concebir la salud.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

4.1.1 Método de investigación: fenomenología

La palabra fenomenología “deriva de la palabra griega *fenomenon* que significa mostrarse a sí mismo, poner en la luz o manifestar algo que puede volverse visible en sí mismo”.⁶⁵

Edmund Husserl es el fundador y figura central del movimiento fenomenológico.

Algunos de los postulados de la fenomenología son:⁶⁶

- La filosofía se hace de la ontología y epistemología. La epistemología incluye el estudio de las estructuras esenciales, a priori, de los seres posibles. La fenomenología de las esencias busca obtener las intelecciones absolutas en el qué, o la esencia de lo que se da intuitivamente en la experiencia. El estudio de la esencia general de la conciencia y sus diversas estructuras presupone la concepción de esencias generales.
- Disposición hacia una autonomía radical, en la que el autor cree que las personas son responsables de sí mismas y de su cultura.
- Respeto por las maravillas, en el que el foco central es el ser consciente de su propio ser y de otros seres.

El interés principal de Husserl se centraba en la cuestión epistemológica ¿qué conocemos como personas? “La aseveración de que la conciencia es un reino del ser absoluto donde el punto de arranque de la reflexión filosófica de la manera más inmediata no es la teoría ni la historia sino una descripción de la presencia del hombre en el mundo, y la presencia del mundo para el hombre”⁶⁵ Es decir, describe los hechos tal como son desde la óptica del sujeto de estudio,

dejando de lado, en lo posible, las preconcepciones teóricas o pasadas, así como las del mismo investigador.

De acuerdo al autor, los procesos provienen del fondo de la conciencia del sujeto conocedor, a lo cual le llama “subjetividad trascendental”, misma que se logra “buscando obtener la forma genuina y verdadera de las cosas en sí mismas”.⁶⁵

Lo expuesto anteriormente señala que lo verdadero surge de la conciencia del sujeto, de lo que para él tiene un significado pese a la falta de objetividad para quién no lo vive.

“La fenomenología es el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre”.⁶⁷ Las realidades cuya naturaleza y estructura sean captadas desde lo interno del sujeto que las vive y experimenta, pueden ser estudiadas desde la fenomenología ya que es “una realidad que depende del modo en el que es vivida y percibida por el sujeto”.⁶⁶ De esta manera se puede conocer la realidad en las situaciones cotidianas de vida de la persona, desde su propia percepción. Como lo menciona Taylor y Bogdan: “la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante”.⁶⁷ Es también lo que se repite constantemente, por lo cual también se le ha denominado como el estudio de las esencias.⁶⁸

En todo grupo social, el sujeto desarrolla experiencias, conocimientos, prácticas y deseos que conforman una esencia, al mostrarse de forma constante. La persona construye sus actitudes y conocimientos de acuerdo a sus necesidades de vida. Mediante la fenomenología se pretenden captar las experiencias de vida de los informantes en el lugar en el que viven, haciendo de éstas un conocimiento enriquecedor para la descripción de los fenómenos y sus valores.⁶⁹

4.2 Contexto

4.2.1 Veracruz

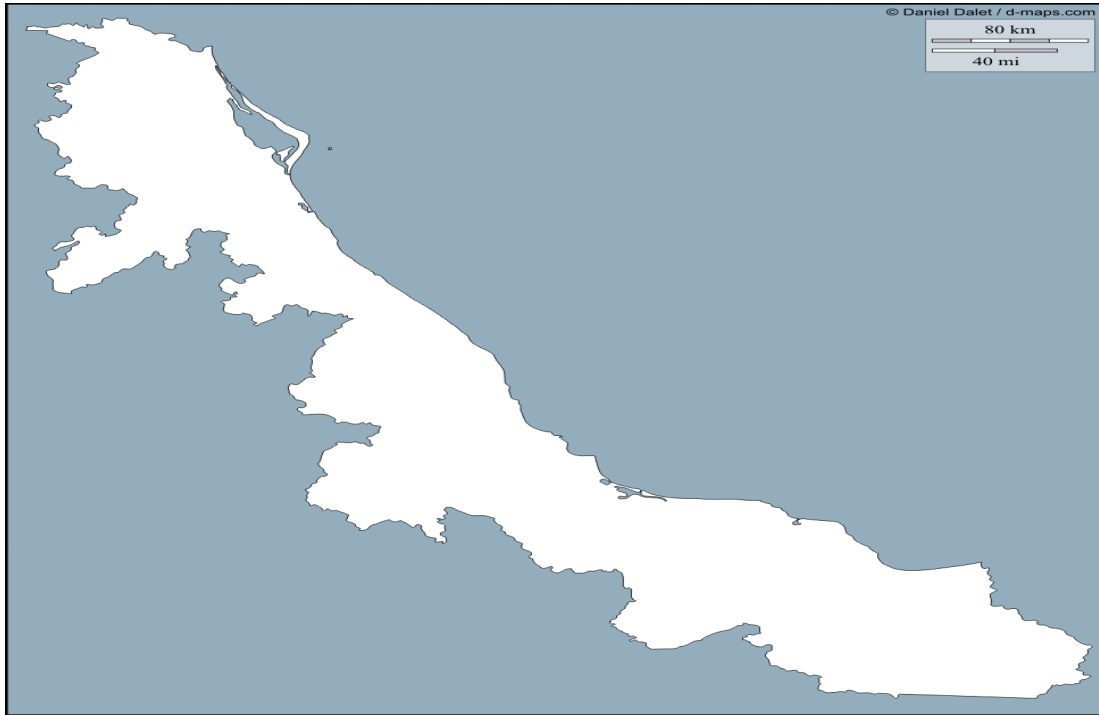


Imagen 1. Mapa de Veracruz

Dalet D, s.f. Recuperado de: d-maps.com

Se sitúa en las costas del Golfo de México, es el onceavo estado de la República constituido por planicies. Colinda al norte con el estado de Tamaulipas; al este con el Golfo de México y el estado de Tabasco; al sureste con el estado de Chiapas; al sur con el estado de Oaxaca y al oeste con los estados de Puebla, Hidalgo y San Luis Potosí.

“Tiene una superficie de 71.699 km cuadrados y alrededor de 7,3 millones de habitantes por lo cual es uno de los estados más poblados de la República Mexicana”.⁵⁸

Además, este estado “cuenta con un pasado muy rico heredado de las culturas prehispánicas que habitaron el territorio veracruzano”.⁵

4.2.2 Sierra Zongolica



Imagen 2. La Sierra

García PE, 2014

Forma parte de la región natural de las Grandes Montañas, llamada así por los geógrafos. Está en el sistema montañoso de la Sierra Madre Oriental. Limita al norte con el estado de Puebla, en la parte llamada Sierra Negra, y con el Valle de Tehuacán. Sus pendientes se elevan en la Sierra Mazateca, en el estado de Oaxaca, y por el oeste desciende hacia las Llanuras de Sotavento, en el estado de Veracruz.⁵⁹

La región está conformada por 14 municipios, “12 de los cuales registran entre el 90 y el 100% de población indígena”⁵⁹

4.2.3 Tequila

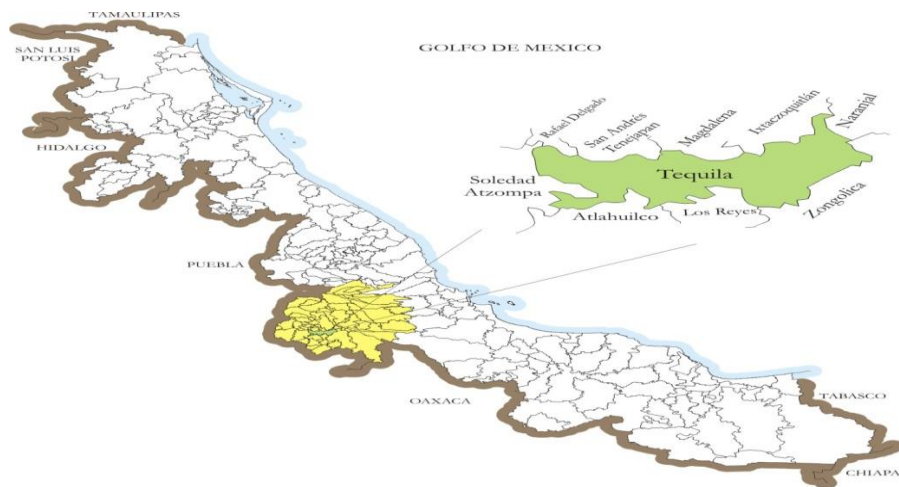


Imagen 3. Mapa de Tequila

Recuperado de: <http://app.comsocialver.gob.mx/boletin/municipios/mapas/30168.jpg>

Ubicado a 18.6 km. de distancia de la Cd. de Orizaba en Veracruz. “El Municipio de Tequila, tiene su origen del topónimo que se compone de *Tequitl* que quiere decir “tributo” y *Tlan* igual a “lugar”, por lo que literalmente significa: *lugar donde se paga tributo*. Tiene su fundamento histórico, pues el pueblo es muy antiguo. No se tiene en la actualidad ninguna prueba acerca de su fundación porque los archivos municipales desaparecieron durante las luchas revolucionarias, por ese motivo la información que se tiene es la que se ha transmitido de generación en generación”.⁶⁰

4.2.3.1 Habitantes

“El municipio tiene un total de 14,648 habitantes, de los cuales, 7202 son hombres y 7446 mujeres.”⁶¹

4.2.3.2 Educación

“Cuenta con dos instituciones educativas: el preescolar bilingüe Benito Juárez, donde van niños de 4 y 5 años, y una primaria con cuatro maestros pertenecientes al sistema estatal. El analfabetismo en la comunidad es de un 87.6 %”.⁶⁰

4.2.3.3 Salud

“En este municipio la atención de servicios médicos es proporcionada por cuatro unidades médicas de la Secretaría de Salud. Cabe señalar que en esta municipalidad sólo se prestan servicios de consulta externa”.⁶²

*Sin embargo, los habitantes se quejan constantemente por la falta de medicamentos en las clínicas, por lo que muchas veces deben recurrir a particulares y pagar medicamentos que son difíciles de adquirir por el costo. La comunidad cuenta con el Programa de Apoyo a Comunidades (PAC) implementada por el gobierno del presidente Carlos Salinas de Gortari, donde acuden una vez al mes a consultas generales, y les dan pláticas sobre los trece conceptos básicos para la salud.*⁶¹

4.2.3.4 Agricultura



Imagen 4. Cultivo de frijol

García PE, 2013

Los habitantes de la comunidad cultivan maíz, frijol y café. “El cultivo del maíz no sólo les es indispensable para la subsistencia, sino también para crear y recrear sus concepciones ancestrales sobre cómo se obtienen los frutos naturales, pues los conciben como surgidos de una negociación entre los hombres (cultura) y la naturaleza, cuyos dueños son deidades o dioses. Por esto recurren a los ritos propiciatorios, a través de los cuales se alcanza el favor y los dones de la naturaleza.”⁵⁹

En la Sierra de Zongolica hay plantas de uso medicinal tradicional que también son utilizadas para acompañar los ritos y las ceremonias. “En la actualidad se celebran las fiestas a los dioses. Este tipo de creencias genera en las personas temor de suscitar el enojo de los seres sobrenaturales, de los dioses y entes dueños y representantes de la naturaleza en todos los aspectos en que se manifiesta: generosidad, desastres naturales.”⁵⁹

4.2.3.5 Migración

Un aspecto notable de la realidad indígena de México es el fenómeno de la migración. “Cada año cientos de miles de indígenas salen de sus comunidades a buscar trabajo en diferentes áreas de México y los Estados Unidos. El motivo principal de la migración es económico”.⁵⁹ La mayoría de los habitantes de las comunidades indígenas se ganan la vida trabajando sus tierras para producir alimento propio y productos para comercio, como el café. Fuera de esto, existen pocas oportunidades de empleo. En muchas ocasiones la falta de alternativas laborales, obligan a algunos miembros de las comunidades a buscar trabajo en otro lugar para que sus familias puedan sobrevivir.

4.2.3.6 Vestimenta



Imagen 5. Habitantes de la comunidad

García PE, 2013

Los hombres todavía se visten de pantalón y camisa de manta, las mujeres usan el lío y la blusa de encaje. El lio es una tela gruesa de color negro, con ella se forma una falda que se sostiene con una faja de hilos entretejidos de diferentes colores. La blusa de encaje es una prenda que

se elabora en la región, con telas de dos colores y en la parte superior lleva una especie de encaje de diferentes colores.

Se identificó que las personas de la tercera edad se caracterizan como nahuas, porque hablan la lengua náhuatl y usan la vestimenta tradicional. Por el contrario, los jóvenes en su mayoría visten con pantalón de mezclilla y camisa o playera.

4.2.3.7 Lengua

La mayoría de los adultos mayores hablan lengua náhuatl y algunos saben español. Los adultos hablan náhuatl y español. Los niños y jóvenes hablan español, generalmente.

*Prefieren hablar español, porque la mayoría habla esa lengua y aparentemente es más útil. Algunas personas piensan que la lengua materna no es de utilidad en la ciudad, porque en la ciudad sólo se habla la lengua española y nuestra lengua materna no sirve ni para pedir trabajo. Esta es una de las razones para dejar la lengua materna y aprender más el español.*⁶³

La variante dialectal de la Sierra de Zongolica “es producto de un proceso histórico en el que se superpuso un sustrato náhuatl del este, el náhuatl nonoalca, y las influencias que llegaron del altiplano central durante el tiempo inmediato anterior a la llegada de los conquistadores hispano-europeos”.⁶⁴

El vehículo que les ha permitido mantener y reproducir su identidad étnica es el idioma náhuatl y su contenido cultural. Los elementos ideológicos que utilizan como recursos para garantizar la cohesión social, manifestados en ceremonias, ritos y prácticas religiosas.

“Existen en el municipio 7582 hablantes de lengua indígena, 3755 hombres y 3827 mujeres que representan el 78.31% de la población municipal y la principal lengua indígena es el náhuatl”.⁶⁰

4.2.3.8 Religión



Imagen 6. Mujer indígena en la iglesia

García PE, 2013

Como todas las etnias de origen mesoamericano, los nahuas de Zongolica realizan prácticas religiosas que proceden de dos vertientes sintetizadas, tales como “la religión prehispánica mesoamericana y el catolicismo romano hispano-europeo. Además, sus sistemas de creencias se construyeron con la apropiación selectiva de la religiosidad europeo-occidental, creando y recreando ceremonias, creencias y ritos imbuidos de esos dos orígenes, dando por resultado la llamada religiosidad popular”.⁶⁴

“La construcción de su iglesia data de 1750 y presenta retablos barrocos con talla de madera indígena.”⁵⁹



Imagen 7. Iglesia de Tequila

Recuperada de: <http://www.solucionpolitica.net/wp-content/uploads/2010/06/iglesia-de-tequila.jpg>

4.2.4 Información complementaria sobre de Tequila.

En la siguiente tabla se presenta información específica de Tequila: ⁶⁴

Tabla No. 2. Información sobre Tequila.

TEQUILA.	Te-qui-lan, en náhuatl.
RESEÑA HISTÓRICA	Los dominadores de la triple alianza colocaron ahí un Tequihua (lugar en donde se reunían los tributos) para ejercer su autoridad y de ahí el nombre. Tequila fue en la época prehispánica y durante el siglo XVI, la cabecera de una confederación de pueblos que comprendía el territorio ocupado actualmente por los municipios de Tequila, Atlahuilco, Magdalena, San Andrés Tenexpa, Xoxocotla, en 1831 instaló su propio ayuntamiento y estableció escuelas de primeras letras y parroquias. Por decreto del 11 de diciembre de 1909 el pueblo adquirió la categoría de villa, en 1932 el municipio de San Pedro Tequila se le agrega el nombre de Roa Bárcena; en 1945 el municipio y la cabecera adquieren nuevamente el nombre de Tequila.
LOCALIZACIÓN	Se encuentra ubicado en la zona centro del Estado, en las estribaciones de la sierra de Tequila en las coordenadas 18° 43' 22" latitud norte y 97°

	04' longitud oeste a una altura de 1,660 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con San Andrés Tenejapan, Magdalena e Ixtaczoquitlán, al este con Omealca, al sur con Zongolica y Los Reyes, al oeste con Atlahuilco. Su distancia aproximada al suroeste de la capital del Estado, por carretera es de 90 Km.
EXTENSIÓN	Tiene una superficie de 74.85 Km ² , cifra que representa un 0.10% del total del Estado.
OROGRAFÍA	El municipio se encuentra situado en la zona central del estado sobre las estribaciones de la Sierra de Tequila.
HIDROGRAFÍA	Se encuentra regado por pequeños arroyos que son tributarios del río Blanco.
CLIMA	Su clima es templado-húmedo-extremoso, con una temperatura media anual de 18° C, lluvias abundantes en verano y principios de otoño, con menor intensidad en invierno; su precipitación pluvial media anual es de 1,496 mm.
PRINCIPALES ECOSISTEMAS	Los ecosistemas que coexisten en el municipio es de vegetación escasa, bosques de pino y ocote, donde se desarrollan una fauna compuesta por poblaciones de animales silvestres, entre los que se encuentran el tlacuache, la tuza, el armadillo y la comadreja; abundan los reptiles no venenosos y las aves.
REGIONALIZACIÓN POLÍTICA	El municipio corresponde al XVIII Distrito Electoral Federal (cabecera: Zongolica) y al XVI Distrito Electoral Local (cabecera: Zongolica).

4.3 Inmersión al campo

La inmersión a campo se inició con una tesista de la licenciatura en psicología de la Universidad del Golfo de México, quién como líder de la comunidad e inmersa en actividades académicas desde su anterior licenciatura en gestión social, proporcionó las facilidades para contactar con la ministra de iglesia católica y el médico tradicional, ambos, líderes de la comunidad. Esto

permitió establecer relaciones que posteriormente permitieron identificar las principales actividades en las que ellos participan. En un primer momento, la investigación estaba enfocada a conocer el uso de la medicina tradicional en la comunidad, sin embargo, al acercarnos con los líderes de la comunidad e iniciar la observación participante fue posible identificar algunos elementos que con base en su forma de presentarse, se nombraron como prácticas de cuidado, pues obedecían a preservar la salud y la vida de los habitantes de la comunidad. Es así como se comenzó a redirigir la investigación conforme a lo que las personas manifestaban útil en el día a día.

Se realizaron 7 visitas a la comunidad en los meses de abril, mayo, agosto, septiembre de 2013 y enero, febrero, marzo de 2014, las cuales tuvieron una duración de 72 a 96 horas en las que se permaneció en la casa de la ministra de iglesia para efectos de hospedaje. Lo anterior permitió que la convivencia fuera muy cercana tanto a nivel familiar como comunitario.

Conforme avanzaba la investigación los mismos informantes comenzaron a recomendar a otras personas a quienes acudir para complementar determinada información, en este caso la ministra de iglesia fue una de las principales acompañantes en las posteriores visitas a la par que la tesista de psicología. Fue así como la muestra fue creciendo y fortaleciéndose de las vivencias de otros.

Durante la observación participante fue de vital importancia el papel de traductora de la ministra de iglesia y la tesista de psicología, quienes ayudaron a comprender los mensajes emitidos en náhuatl, pues aunque la mayoría de los informantes hablaba español, existen muchas palabras o frases que no tienen una traducción directa al español, por ejemplo: tratamiento, cuidado, pastillas, etc. y de alguna forma ellos tratan de expresarlo desde lo más cercano que conocen.

Para la transcripción de las entrevistas en donde se utilizaron palabras y frases en náhuatl se contó con la asesoría de la ministra de iglesia para efectos de traducción y de la tesista de psicología para escritura. Lo anterior porque la ministra de iglesia fue la informante que mejor dominio tenía del español y la tesista de psicología, que aunque no lo habla mucho, lo entiende y lo escribe en un 90%. Este trabajo e conjunto también es uno de los vínculos que se establecieron con estas dos líderes de la comunidad, a quienes se les hace un reconocimiento por haber colaborado más allá de sólo compartir su testimonio y que facilitó el trabajo para esta investigación.

4.4 Muestra

En un principio la muestra utilizada fue la llamada *típica o intensiva*, que se caracteriza por “elegir casos de un perfil similar, pero que se consideran representativos de un segmento de la población, comunidad o cultura, no en un sentido estadístico, sino de prototipo.”⁷⁰

Sin embargo, conforme avanzó la investigación se formaron relaciones que contribuyeron a formar una muestra *en cadena o por redes*, mejor conocida como “bola de nieve”. “En esta muestra se identificaron participantes clave, se les preguntó si conocían a otras personas que pudiesen proporcionar datos más amplios, y una vez contactados se incluyeron también.

4.4.1 Informantes

Tabla No. 3. Informantes

Nombre	Edad	Ocupación	Lengua
Sr. Eduardo	66 años	<i>Tepatih</i> (huesero y hierbero)	Náhuatl y un poco de español
Sra. Irene	67 años	Ministra de iglesia católica	Náhuatl y un poco de español
Sra. Sara	67 años	<i>Tepatih</i> (curandera de niños)	Náhuatl y un poco de español
Sra. Jovita	51 años	<i>Tepatih</i> (curandera de niños)	Náhuatl y un poco de español
Enfermera Clara	-	Enfermera clínica en un hospital de tercer nivel, actualmente académico-administrativa	Español
Sra. Lorena	-	Habitante de la comunidad (padece diabetes)	Náhuatl
Sr. Genaro	-	Habitante de la comunidad (padece limitación de la movilidad en miembros pélvicos)	Náhuatl

4.5 Técnicas de recolección de datos

4.5.1 Entrevista a profundidad

La entrevista a profundidad “es una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona y otra. Es íntima, flexible y abierta.”⁷⁰ Taylor y Bogdan refieren que son “encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes”.⁶⁷

Y tiene como objetivo principal, obtener información detallada sobre las vivencias o experiencias de las personas, hacer énfasis en lo más representativo para ellos y explorar significados.

En el presente estudio se realizaron entrevistas a profundidad para conocer directamente el discurso de las personas, en cuanto a situaciones específicas de salud-enfermedad. Las entrevistas tuvieron una duración de 60 minutos aproximadamente, en las cuales se contó con el apoyo de la ministra de iglesia, quién habla náhuatl y español, por lo que su papel como traductora fue muy importante.

Se detectaron las situaciones más relevantes y significativas para el entrevistado mediante preguntas planteadas de diferente forma pero que tenían la finalidad de obtener detalles y comprender lo que las personas realmente querían decir.

Todas las entrevistas a profundidad se grabaron y se transcribieron para posteriormente analizarse y utilizar los datos obtenidos con la finalidad de “trasmitir [a los lectores], la sensación de que “están en la piel” de los informantes y ven las cosas desde el punto de vista de ellos.”⁶⁷

4.4.2 Observación participante

“Desde fines del siglo pasado y a comienzos de éste se fue recurriendo a esta técnica de manera cada vez más sistemática, llegando a constituir el instrumento metodológico por excelencia de la antropología.”⁷¹

Actualmente puede utilizarse por todas las ciencias, pues permite captar los aspectos más significativos de los contextos reales de las personas. Permite la observación de las personas, objetos, lugares, costumbres, relaciones, entre otros aspectos relevantes para la investigación.

Desde el principio de esta investigación se participó activamente con las personas de la comunidad, estando dentro de los escenarios donde desarrollan su vida cotidiana, tales como hogares, iglesias y en la misma comunidad.

Se observaron directamente los procedimientos que realizaban los *tepatih*s cuando se presentó la oportunidad, pues las consultas que ellos otorgan no son programadas. Sin embargo, cuando fue posible se grabó video y se tomaron fotografías que contribuyeron al análisis posterior.

En cuanto a las actividades de la ministra de iglesia, se participó continuamente en la hora santa, en clases bíblicas, rosarios, entierros y en otras actividades que ella realizaba y que permitían conocer su participación en la comunidad.

En ambos escenarios se participó activamente obteniendo una respuesta satisfactoria por parte de las personas de la comunidad. Conforme avanzaba la investigación, se realizó una guía de lo que se quería observar, a partir de sucesos repetitivos.

La incorporación fue de manera natural, estableciendo una relación con personas “clave”, en este caso, líderes de la comunidad que facilitaron el ingreso a ésta. Desde un principio se les explicó lo que se iba a realizar y se observaron hasta los pequeños detalles, evitando en lo posible los prejuicios.

Fue necesario adquirir la capacidad de distinguir entre los hechos observados y la interpretación de éstos, así como reconocer cambios de comportamiento por la presencia del observador. Lo anterior se logró mediante la separación de las notas que hacen referencia a los hechos tal como se presentaron, y libres de los prejuicios del investigador, para los cuales también había un espacio y de lo que se hace referencia en el diario de campo.

Finalmente, los datos obtenidos mediante la observación forman parte de la descripción de los resultados y se pretende “transmitir [a los lectores], una sensación de que se “está allí” y se experimentan directamente los escenarios.”⁶⁷

4.4.3 Diario de campo

“Es el relato escrito cotidianamente de las experiencias vividas y de los hechos observados. Puede ser redactado al final de una jornada o al término de una tarea importante. Es necesario tener presente la necesidad de objetividad, síntesis, claridad y orden de las notas.”⁷¹

El diario de campo es una técnica de recolección de información, en donde se escribió todo lo observado.

Se utilizó un formato que contenía dos secciones, la primera correspondió a todo lo observado de forma objetiva, y en la segunda sección se escribieron los prejuicios y sensaciones del investigador acerca del fenómeno, con la finalidad de evitar que estos interfirieran con la objetividad.

Todos los datos registrados en el diario de campo fueron útiles, pues al realizar la interpretación de los datos se revisó que no estuvieran sesgados por las sensaciones o prejuicios del investigador y que obedecieran idealmente a una interpretación objetiva y clara de los hechos.

El registro en diario de campo se realizó manualmente y posteriormente se transcribió en computadora. Se asignó un folio a cada observación para facilitar el orden de los datos durante el análisis.

4.6 Análisis de datos

“Es un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación.”⁷²

El análisis de datos obedeció en principio a un proceso intuitivo y flexible para la construcción de relaciones entre los datos tal cual lo apunta Rodríguez: “El análisis es concebido como un

proceso intuitivo, flexible, orientado a encontrar sentido a los datos sin que para ello sea necesario seguir un proceso de separación en elementos y reconstrucción del todo a partir de las relaciones entre elementos.”⁷² Es por eso que se dice que no hay forma de análisis universal, pues cada investigador irá delimitando su propia forma de hacerlo, de acuerdo a su propia creatividad.

El caso de la presente investigación, el análisis está basado en la propuesta por Miles y Huberman (1990) según el cual concurre en las siguientes tareas: ⁷²

- Reducción de los datos: caracterizada por la simplificación, resumen, selección de la información más relevante y útil para la investigación. Sin embargo de acuerdo a Miles y Huberman, éste es un proceso que inicia desde que se recogen datos orientados a algo específico o cuando se hacen anotaciones en el diario de campo y se excluyen otras.
- Separación de unidades: consiste en conjuntar aquellos datos que pueden diferenciar segmentos o unidades relevantes o significativas.
- Identificación y clasificación de unidades: se refiere al análisis de las unidades mediante el cual se codifica y categoriza, es decir, se agrupan aquellas unidades que son iguales y se separan las que son diferentes.
- Síntesis y agrupamiento: corresponde a la síntesis en una megacategoría, varias categorías que tienen algo en común.
- Disposición y transformación de datos: se presentan los datos por medio de procesos y productos, relaciones de causa-efecto, agrupamientos conceptuales o tablas, gráficos, ilustraciones o esquemas.

De la información transcrita de las entrevistas a profundidad y del diario de campo, producto de la observación participante, se realizó manualmente el análisis de datos. Se organizó en un documento de Excel en donde se agruparon unidades de análisis que contenían información semejante, lo cual permitió formar categorías.

Una vez formadas las categorías, se relacionaron entre sí mediante descripciones y esquemas. Para esta actividad, también se utilizaron algunas fotografías recabadas que permitieron ilustrar la información descrita.

4.7 Validez del estudio

4.7.1 Triangulación

La triangulación comprende el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno. Ofrece la alternativa de visualizar un problema o situación desde diferentes ángulos y así aumentar la validez y consistencia de los hallazgos.⁷³

4.7.1.1 Triangulación de datos

Consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante los diferentes métodos.⁷³

Para esta triangulación, se examinaron los datos obtenidos con diferentes *tepatih*s y se contrastaron con los datos que proporcionaron los habitantes de la comunidad y la ministra de iglesia católica, lo que permitió evaluar la tendencia de los datos en diferentes momentos de la investigación.

Así también, la información proporcionada por la enfermera clínica de un área urbana permitió realizar una triangulación de los hallazgos obtenidos respecto a la importancia de la espiritualidad en situaciones de enfermedad.

4.7.1.2 Triangulación de técnicas

Se refiere a la exploración de un fenómeno mediante varias técnicas o métodos.⁷³

Se utilizaron tres técnicas para la recolección de datos, tales como entrevista a profundidad, observación participante y diario de campo para permitir que la información obtenida de una de ellas pudiera corroborarse con las otras dos y así evitar sesgos.

4.7.1.3 Triangulación de investigadores

En este tipo de triangulación, la observación y análisis del fenómeno es llevado a cabo por diferentes personas.⁷³

Se analizaron y se compararon los resultados de este estudio con los obtenidos por una tesista de psicología quién realizó su estudio en la misma comunidad indígena y utilizó las mismas técnicas de recolección de datos, obteniendo información semejante respecto a las prácticas y rituales religiosos en la enfermedad. Pero además, se contrastaron éstos resultados con investigaciones de antropólogos, historiadores, sociólogos, etc. en diferentes foros de investigación y también se encontraron semejanzas en los resultados con otras comunidades de la Sierra Zongolica en donde se aplicaron sus estudios.

4.8 Rigor metodológico

4.8.1 Credibilidad

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Se refiere a como los resultados de una investigación son verdaderos para

las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado.⁷⁴

Para cumplir con este requisito, se participó en diferentes foros de discusión con otros investigadores del proyecto y otros similares en la Sierra Zongolica, quienes realizan investigaciones de diferentes disciplinas, con quienes se discutieron los resultados de la investigación, obteniendo resultados similares en cuanto a la subjetividad del fenómeno de la religión y la fe.

4.8.2 Auditabilidad

La auditabilidad se refiere a la habilidad de otro investigador para seguir la pista o la ruta que el investigador original ha realizado. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio.⁷⁴

Para esta investigación se grabaron todas las entrevistas a profundidad, se tomaron fotos y videos, se describieron las características de los informantes y su proceso de selección, se analizaron fielmente las transcripciones de las entrevistas, los contextos físicos, interpersonales y sociales, mismos que se discutieron en diferentes foros de investigación al presentar los resultados.

4.8.3 Transferibilidad

La transferibilidad o aplicabilidad se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones.⁷⁴

Se considera que existe la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones indígenas, principalmente en la Sierra Zongolica, pero también a otras comunidades indígenas nahuas del país en donde la cosmovisión que se comparte es similar. Por lo anterior se expone

detalladamente cuál fue el principal hallazgo de esta investigación y se permite a los lectores considerar este aspecto.

4.9 Aspectos éticos

Consentimiento informado: se proporcionó un consentimiento informado por escrito a los participantes de la investigación. Éste incluyó información sobre las generalidades y propósitos de la investigación, así como información sobre las técnicas de recolección de datos. Es importante mencionar que no todos los informantes sabían leer, por lo cual se les realizó la lectura del consentimiento informado, siendo testigos en todas las ocasiones la ministra de iglesia, quién si sabe leer y escribir y la tesista de psicología, además de algún familiar o persona de la comunidad. Para quienes no sabían leer y posterior a la lectura del consentimiento y aprobación, se colocó su nombre en el apartado de nombre y ellos colocaron su firma en el apartado de firma.

Confidencialidad: se utilizaron nombres ficticios para los participantes del estudio con la finalidad de proteger su identidad, mismos que atendieron a una lista arbitraria de nombres.

Consecuencias: se redujo al máximo el riesgo de que los participantes del estudio sufrieran algún daño, al guardar el anonimato y evitar opiniones de juicio respecto a lo relatado por los informantes.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Tequila

5.1.1 Condiciones materiales de existencia en Tequila

Tequila es un municipio ubicado en la Sierra Zongolica a 18.6 km. de distancia de la Cd. de Orizaba, Veracruz.

En el aspecto físico, la mayoría de los caminos en Tequila son Reales (de tierra y piedras). En las áreas donde pasan los automóviles el suelo es más plano, sin embargo, en general, el terreno es irregular. A lo abrupto del terreno se suma, la inexistencia de pavimento o medios de acceso (escalinatas, rampas), pues el terreno está conformado de tierra suelta y rocas que en temporada de lluvia, se torna aún más peligroso por la posibilidad de deslizamientos. El suelo es extremadamente resbaloso cuando está mojado, además se forman encharcamientos que dificultan el caminar sin mojarse los pies. Es común encontrar excremento de caballo o perro en el camino.



Imagen 8. Caminos en Tequila

García PE, 2013

Para llegar a las casas es necesario caminar sobre elevaciones y depresiones de varios metros e incluso kilómetros de longitud, lo que limita el acceso a algunas viviendas de la comunidad. Los caminos son estrechos en los que generalmente sólo cabe una o dos personas y las casas están una sobre otra, por lo cual en algunas ocasiones el acceso sólo se logra agachado.

Hay lluvias abundantes en verano y otoño, con menor intensidad en invierno y primavera, el mes en el que más llueve es junio. El clima es templado-húmedo-extremoso por la abundante vegetación, los árboles son muy altos y se encuentran a los lados de todos los caminos. Hace mucho frío, acompañado de neblina sobre todo en las mañanas y en las noches.



Imagen 9. Clima

Cardoso GM, 2013

Las distancias de un lugar a otro son largas y en la mayoría de los lugares el acceso es exclusivamente peatonal. Los taxis sólo pueden ingresar por los caminos más planos sin embargo no son de uso generalizado por el costo que implica.

Las viviendas están construidas de madera con techo de lámina de cartón en su mayoría. En los casos de que la lámina se haya roto por alguna razón, las personas colocan bolsas de plástico similares a las de basura para evitar la filtración del agua.



Imagen 10. Viviendas

García PE, 2014

Entre las maderas que forman las paredes hay espacios por los cuales se facilita la entrada del viento, lluvia e incluso arañas, moscos u otros insectos, que son muy comunes en la región tanto por el clima, como por la vegetación. Los pisos de las viviendas son de tierra, algunas pocas, son de cemento.



Imagen 11. Condiciones de vivienda

García PE, 2013

En todas las casas hay un altar, grande por lo general, que se organiza por niveles como en escalera, en él hay imágenes, flores y algunas veladoras.



Imagen 12. Altar

García PE, 2013

También en casi todas las viviendas hay un “comal o brasero” (llamado así por las personas) donde se cocinan los alimentos. Están formados por una estructura grande, rectangular o cuadrada de cemento y/o ladrillo que ellos mismos construyen. Tiene una altura de aproximadamente medio metro, dentro de esta estructura se forma un círculo de piedras y en el centro se coloca la leña. Las piedras sirven de sostén para el comal de barro y sobre éste se colocan las ollas de café, tortillas o cacerolas de comida. Ahí se cocinan todos los alimentos. Se mantienen prendidas la mayor parte del tiempo y contribuyen a generar calor en las casas.



Imagen 13. Brasero o comal

García PE, 2014

En las casas donde no hay comal o brasero, hay “estufas Lorena” que son más elaboradas porque cuentan con chimenea, son pocas las casas que las tienen, sin embargo, éstas son

ahorradoras de leña y más seguras. Así también, en una minoría hay anafre, que se mantiene encendido con carbón.

En general, las viviendas son frías. Las personas duermen sobre camas que ellos construyen con madera a las cuales se le coloca sólo una cobija en la parte de abajo, sin colchón. En algunas casas, la recámara, cocina y sala-comedor son cuartos separados dentro de un mismo terreno; en otras casas la vivienda está comprendida por un cuarto con cama, dentro del cual también se encuentra el horno para cocinar y un altar.

Afuera de las casas hay tambos y botes que recolectan el agua de lluvia, misma que es utilizada para los quehaceres domésticos. El agua de la llave se hierve y es la que se consume diariamente.

5.1.2 Condiciones e ideología de la salud-enfermedad

Respecto al tópico salud-enfermedad, son frecuentes las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y sus complicaciones, así también, existen las enfermedades agudas, sobre todo del sistema respiratorio y otras no identificadas por las personas, por ejemplo un señor en silla de ruedas responde ante el cuestionamiento ¿de qué está enfermo? -*“No sé, perdí la fuerza en mis piernas y ya no pude caminar. Nunca fui al doctor, mmm, pero no me siento mal, sólo son las piernas, no puedo caminar”*-. Sr. Genaro.

Doña Irene visita a toda persona enferma o senil, sin importar el tipo de padecimiento que presenten. Sin embargo, todos los que se han observado son adultos.

Es el caso de una mujer que padece diabetes tipo 2. Ella menciona: *“...me dolía mi pie, fui al doctor y me operaron porque me dijeron que tenía pus en la rodilla y ahora tengo que usar andadera”* Sra. Lorena. El uso de la andadera le dificulta la movilidad y más en el área física con las

características mencionadas, desplazarse con algún dispositivo para la deambulaci3n es imposible por la irregularidad del suelo. De ser necesario el traslado, se requiere la ayuda de dos o m1s personas para descender, pr1cticamente carg1ndola.

Para las personas de la comunidad, la salud es entendida como la capacidad de moverse, realizar sus actividades y satisfacer sus necesidades diarias, por el contrario, la enfermedad es la limitaci3n para realizar actividades cotidianas (Ver esquema 1).

Es decir, en la mayor1a de los casos las personas contin1an realizando sus actividades cotidianas pese a la presencia de ciertas enfermedades, no es hasta que 1stas se manifiestan en una limitaci3n f1sica que ellos se consideran enfermos.



Salud

Satisfacer necesidades de la vida cotidiana de manera independiente.



Enfermedad

Dificultad para realizar actividades de la vida cotidiana de manera independiente.

Esquema 1. Concepci3n de salud-enfermedad

Garc1a PE, 2014.

Lo expuesto en la ilustración anterior coincide con los resultados de una investigación realizada con curanderos de una comunidad de México donde se encontró que la concepción de salud-enfermedad se relaciona también con las habilidades para realizar o no actividades personales y sociales: “La salud es un estado o sentimiento de bienestar muy importante para el ser humano, tanto para poder desempeñar actividades sociales como para estar bien en forma individual. La enfermedad, por el contrario, es un sentimiento de malestar, anormalidad, desequilibrio o tristeza que impide la realización de muchas actividades”.⁷⁵

5.2 Prácticas de cuidado tradicional

Dentro de las prácticas para atender la enfermedad encontramos una diversidad de actores que brindan ayuda a las personas de la comunidad. Cada uno tiene un rol y una forma de trabajo.

Los *tepatihis* son los curanderos de la comunidad, quienes realizan su labor de manera voluntaria, y a cambio reciben un poco de pan, azúcar, refresco o algún otro donativo. Brindan atención todos los días del año y a cualquier hora.

Los *tepatihis* y la ministra de iglesia, de quien se hablará más adelante, conciben como una responsabilidad el ejercer el don que les fue otorgado por medio de la fe. Su compromiso está refrendado por el hecho de estar disponibles la mayor parte de su tiempo y no exigir ningún cobro por sus servicios. Reconocen que esta labor implica invertir tiempo y esfuerzo, sin embargo su noción de deber es más alta que el pago o remuneración que se pueda obtener de la misma. Además, realizan otras actividades para subsistir.

“Cuando muere alguien es obligación de uno ir, así se acostumbra, a veces yo no cumplo porque tengo que mantenerme” Sra. Irene.

En este aspecto, se observa relación con referencias de una investigación realizada en Colombia donde las parteras expresaron la misma situación:

"Bueno, a veces me pagan y otras no. No hay problemas si no me paga, las necesidades dice Dios si no hasta luego. Si no tienen, no es problema. Uno lo hace porque toca, porque me gusta y quisiera saber más. Cuando me pagan, es porque la gente quiere y tiene con que...o es que a veces la gente no tiene ni con qué envolver al bebé". Partera tradicional de 65 años.⁷⁶

Las prácticas de cuidado del *tepatih* indígena nahua se componen de elementos empíricos y espirituales que permiten llevar a cabo su labor de cuidado y/o curación.

En principio, el *tepatih* debe tener una característica llamada *-tlatiliztli-* que significa regalo de Dios. Todos los *tepatih*s tienen *tlatiliztli*, comúnmente llamado Don y eso les es otorgado por un ser superior. Lo anterior les permite curar a la personas, como menciona una *tepatih*:

"Sí es el Don, que viene de lo alto. Fernando ese Don lo llama -tlatiliztli-" Tepatih Jovita.

El huesero por su parte, manifiesta su experiencia:

"Yo me di cuenta que tenía el Don cuando lo hice una vez y funcionó..." Tepatih Eduardo.

Además de tener el Don, ellos desarrollan habilidades en la dosificación de las hierbas. Algunos aprenden a preparar y utilizar la tintura madre**, así como a identificar los diferentes tipos de hierbas que curan determinadas enfermedades. También se instruyen sobre dosificación conforme a la edad y padecimiento. Esto requiere un conocimiento específico tanto de la población a la que se cuida como de los efectos que produce la tintura en cada persona. Menciona una *tepatih*:

"Es muy peligroso dar la tintura, principalmente a los menores, porque para menores, él les da microdosis" Tepatih Jovita.

** Es una mezcla de plantas con agua y alcohol que se utiliza como medicina.

Los *tepatih*s recogen las hierbas para hacer la tintura el segundo viernes del mes de marzo de cada año. Como menciona la *tepatih* Jovita, refiriéndose a la colecta de hierbas que realiza el *tepatih* Fernando, quién le enseñó a curar.

“Fernando sí hace su tintura ese día. Recoge todas las flores, recoge como cien flores o más, silvestres y no silvestres” Tepatih Jovita.

La tintura se prepara ese mismo día y se deja reposar durante un mes.

“Se le echa por puño, por litro de agua se le echa, este por puñitos las yerbas. De ruda, de romero, de gordolobo, de estafiate, de bastantes. Hace como cincuenta tipos de tinturas. Y entonces, ahí le pone en cada litro de agua el alcohol al 20 por ciento, o sea ochenta, ¿cómo le llamaría? ochenta mililitros de agua y doscientos mililitros de alcohol y así lo guarda un mes, lo tiene así como en un cuarto donde no hay tanta luz, cerrado y ahí lo tiene. Lo tapa bien y al mes lo saca y lo cuele y ya esa es la tintura madre”. Jovita.

Otros *tepatih*s no utilizan la tintura madre, sino que al llegar la persona enferma se le pide el material que se va a necesitar y se prepara de acuerdo a los síntomas que presenten. Sara, *tepatih* de niños menciona una de sus experiencias:

*“Ella [la mamá del niño] me trajo la yerba de espanto, la de, creo que unto seco, ah, y el huevo”
Tepatih Sara.*

En esta situación no se identificó un consenso en el uso de la herbolaria para curación, sin embargo ambas situaciones requieren del conocimiento y manejo de las hierbas disponibles en la región.

Entre las principales enfermedades que ellos identifican se encuentran el espanto, el empacho, la calentura, el quebrantamiento, los cólicos (por diferentes causas). Sin embargo también

reconocen otras de mayor complejidad como la diabetes. Ésta no es enfermedad propia de la región, pero al presentarse cada vez con mayor frecuencia resulta de interés tratarla, sin embargo, no se menciona un tratamiento específico, solo la preparación de tés con hierbas amargas, como la denominada “hierba maistra” o la “hoja de sapo”.

También se identifica el uso del principio frío/caliente. Como menciona otra *tepatih*:

“Si, con tomate emparejo el vinostítico porque solo el vinostítico es caliente y entonces si tiene calentura le agarra más y sí, con tomate se le baja lo caliente” Sara.

De acuerdo a algunos autores, “esta dualidad de frío-caliente forma parte de la medicina indígena desde años atrás: las referencias escritas por los indígenas o por sus cronistas españoles, dejan sentir en el contexto de las ideas de la medicina tradicional, la existencia de la dualidad frío-caliente de los alimentos, plantas y alimentos. Para muestras pueden servir los siguientes ejemplos:

Los indígenas recomendaban para la curación de la cabeza:

Tallos de xiuhencapahtli, iztac ocoxotli, teamoxotli y piedras preciosas tetlahuotl, iztac tlalli, estel, temamatlaltzin. Todo molido junto con agua fría. Calma el calor de la cabeza. Y en agua caliente, su frialdad.”¹⁹

Se refleja una dualidad entre el calor y el frío, misma que al unirse se refleja en un equilibrio que permite generar un estado de bienestar y recuperación de la salud.

Es así que la mayoría de los conocimientos se adquieren y transmiten de generación en generación. Como menciona una *tepatih*:

“Yo aprendí de mi mamá y lo utilicé con mis hijos y vi que funcionaba” Tepatih Sara.

Algunos autores mencionan que el conocimiento en la partería tradicional se relaciona con la observación y el conocimiento empírico: “Lo predominante en su aprendizaje es la observación y la práctica. Su conocimiento se enriquece durante muchos años de práctica empírica”.⁷⁶

Así también, ella le ha enseñado a su hija y los conocimientos han evolucionado, como lo menciona en la siguiente idea:

“Pues sí, ya han visto, porque ya la que está allá abajo, mi hija esa ya aprendió. Ella también está curando. El otro día me estaba platicando que ya cura. No más que ella cura diferente. Porque ella dice que calienta el vinostítico y les unta la cabeza”. Tepatih Sara.

Como refieren algunos autores, los conocimientos curativos ancestrales se han difundido mediante el aprendizaje teórico y práctico por medio de la observación y la experimentación a partir de la repetición exacta de los principios, hábitos y costumbres, así como de las innovaciones que algunos individuos introducen gracias a su propia experiencia.^{33, 54}

Es así que se identifican elementos de saberes tradicionales que se generan a partir del aprendizaje vicario y que se mantienen o evolucionan a partir de la observación de los resultados:

“Ahora ya está grande el niño. Si, lo curé”. Tepatih Sara.

Tanto en ésta como en otras regiones mexicanas o extranjeras donde se utiliza la medicina tradicional, los tratamientos coinciden en el uso de la herbolaria, masajes y algunos rituales pero varían de una región a otra por la disponibilidad de determinados recursos naturales. Es decir, la medicina tradicional surge empíricamente, con el uso de los recursos de cada comunidad.

Los estudiosos de la medicina tradicional concuerdan al expresar lo siguiente:

“Se podría decir que cada cultura tiene sus propios padecimientos y las terapias correspondientes.”⁷⁷

A continuación se hace una breve presentación de las principales enfermedades que los *tepatih*s de la comunidad identifican como frecuentes. Sin embargo, es importante mencionar que no hubo un consenso respecto al tratamiento que se utiliza, pues el uso de determinados materiales médicos depende de la disponibilidad en la región.

Se identifican como principales padecimientos, los denominados: empacho, espanto, quebrantamiento, calentura, mal de ojo y cólicos, cada uno de ellos tiene síntomas específicos que los distingue y así también existe un tratamiento específico para curarlo.

En el **empacho**, se identifican síntomas como la pérdida del apetito y dolor abdominal. Para el tratamiento se utiliza el unto de cerdo^{††}, mismo que se aplica en el abdomen del niño y se “embrueca”^{‡‡}.

En la revisión de la literatura se encontró que el empacho es “un malestar estomacal que acarrea algunas veces cefaleas, las que se definen como un síntoma derivado del trastorno intestinal.”⁷⁸

En el **espanto** los síntomas que se identifican son pérdida del apetito y de peso, además, sobresalto del infante asociado a algún evento impresionante reciente. El material médico que se utiliza es hierba de espanto, hoja de aguacate, y esencia maravillosa. Se prepara un té de hierba de espanto con hoja de aguacate y se le adiciona una cucharada de esencia

†† Unto de cerdo es la grasa que se extrae de la piel del cerdo.

‡‡ Embruecar palabra local que alude a dar ligeras palmaditas en la espalda del niño

maravillosa^{§§}, se consume por dos o tres días, se suspende una semana y se repite el procedimiento hasta terminarse el frasco de esencia maravillosa.

En el **quebrantamiento**, el principal síntoma es el calor corporal, los materiales que se utilizan para el tratamiento de este padecimiento son rosas (flor), aguardiente, vinostítico^{***} y pomada de manzana, la mezcla de todos éstos se aplican en la cabeza del niño, con leves apretones. Este padecimiento se identifica como específico en niños.

En la **calentura**, que si bien podría tratarse de un síntoma más que una enfermedad por sí misma, las manifestaciones son calor corporal con énfasis en la cabeza. Para la curación se utiliza vinostítico y tomate. Se realiza un baño con vinostítico y tomate tibio de la rodilla para abajo y a temperatura ambiente en la cabeza. De lo anterior se pueden identificar los opuestos de frío/calor para la curación.

El **mal de ojo** es un padecimiento que se puede presentar a cualquier edad, se manifiesta en los niños por llanto frecuente y en los adultos por inquietud, los principales materiales de curación con huevo de totola^{†††}, hoja de palma, hoja de romero, café en polvo, azúcar, aceite, listón rojo. Se sahuma con romero, palma, café, azúcar y aceite, posteriormente se limpia con el huevo todas las noches hasta mejorar. El listón rojo se amarra a la ropa del niño a modo de que siempre lo lleve consigo y le brinde una protección.

§§ La “esencia maravillosa” es una solución - tipo jarabe- preparado a base de una planta que se llama esencia maravillosa que se compra envasada en algunas tiendas naturistas de la Cd. de Orizaba, Veracruz.

*** Vinostítico: es un tipo de vino no especificado que se utiliza en tratamientos de curación en esta comunidad indígena.

††† Huevos de totola: Huevos de guajolote.

De acuerdo a la revisión de la literatura “el *mal de ojo* es un desequilibrio social que puede ser especialmente dañino para los niños. Se manifiesta generalmente como un dolor intenso de cabeza o cefalea, lo cual en los niños se deja ver en el llanto constante”.⁷⁸

En los **cólicos** que se presentan en los bebés, y que se manifiestan por llanto, inquietud y dolor abdominal se prepara un té de hierbabuena con flor de manita y se agrega media cucharada de anís estrella, se le da en gotas al bebé, siempre y cuando sea mayor de 6 meses. Para niños más pequeños solo se le dan palmaditas en la espalda. De esta manera, se identifica que las prácticas de cuidado tradicional se enfocan a la curación del cuerpo mediante materiales físicos (ver tabla 4).

Tabla No. 4: Principales enfermedades y tratamiento identificados por el *tepatih* indígena nahua

Padecimiento	Síntomas	Material médico	Tratamiento
Empacho	Pérdida del apetito Cólico abdominal	Unto Leche de magnesia Aceite de almendras dulces	Se talla la pancita de los niños con el unto. Se embrueca. Si es necesario dar 2 cucharadas de leche de magnesia o aceite de almendras dulces.
Espanto	Pérdida del apetito	Hierba de espanto Hoja de aguacate 1 frasco de esencia maravillosa	Tomar té de hierba de espanto y hoja de aguacate con esencia maravillosa por dos o tres días. Suspender y reanudar a la semana y concluir cuando se termine el frasco de esencia maravillosa.
Quebrantamiento	Calor	Rosa (flor) Aguardiente Vinosfítico Pomada de manzana	Se mezclan los materiales y se aprieta la cabeza con la mezcla.
Calentura	Calor Cabeza caliente	Vinosfítico Tomate	Baño con vinosfítico y tomate tibios de la rodilla para abajo. Baño con vinosfítico y tomate a temperatura ambiente en la cabeza.
Mal de ojo	Llanto frecuente	1 Huevo de totola Hoja de palma Hoja de romero Café en polvo Azúcar Aceite Listón rojo	Se sahuma con romero, palma, café, azúcar y aceite y posteriormente se limpia con el huevo todas las noches hasta mejorar.
Cólicos	Llanto Inquietud Dolor de abdomen	Anís estrella Flor de manita Hierbabuena	Se prepara té de hierbabuena con flor de manita y se agrega media cucharada de anís estrella. Se le da en gotas al bebé (mayor de 6 meses).

5.3 Prácticas de cuidado espiritual

“La definición tradicional de espiritualidad enfatiza en la religión y la fe sin embargo, definiciones recientes son más completas e integran todos los aspectos de la experiencia y vida humana. De este modo, en ellas se considera que la espiritualidad y la religión están estrechamente relacionados, pero no son iguales. Aunque la espiritualidad puede ser expresada en términos de creencias y prácticas religiosas, puede ser mucho más amplia, ya que abarca la relación de una persona con Dios, un poder superior, la familia o las comunidades (asociaciones culturales)”.⁵⁵

No se trata de un concepto relacionado a una creencia en un Dios específico, sino el reconocimiento de una esfera del ser humano en la cual se incluye la existencia de un poder “supremo”, “divino” y externo que permite la sanación en un plano físico.

5.3.1 Prácticas de cuidado espiritual del *tepatih* indígena nahua

Las prácticas de cuidado del *tepatih* indígena nahua surgen de procesos espirituales que involucran la creencia en un ser superior y la fe en éste.

Los *tepatih*s refieren que quien les permite pedir y recibir las habilidades necesarias para cuidar a las personas es un ser superior llamado Jesús, Dios de la Tierra, Dios de la biblia, Madre Tierra o Dios de los “mazahuatl”, de acuerdo a la creencia de cada uno. No hay consenso en un único ser superior, pues mientras que una *tepatih* menciona:

“Para pedirle su mano a nuestro señor Jesucristo. Si, para que se curen los niños, porque así nomás nosotros no, porque siempre él nos presta su mano de él, pa’ que cure uno”. Tepatih Sara.

Otra *tepatih* refiere:

“Nosotros no somos nada, el que hace el remedio es Dios, el Dios de la Tierra o el Dios de la biblia” Tepatih Jovita.

La esencia de ambos fragmentos es el papel del ser superior, quien tiene una función importante en el proceso de curación.

De acuerdo a algunos autores, “la relación del individuo con Dios (como cada cual lo defina) es central y es a partir de ella que se definen las experiencias de tener significado y propósito en la vida, esperanza, confianza y fe en alguien fuera de sí mismo”.²²

Es así que el *tepatih* se concibe como un mediador entre el ser superior y la persona enferma en el que la fe es el vehículo para lograr este contacto. Como menciona el huesero:

“Hay que tener fe, si no se tiene fe no se cura uno con nada” Tepatih Eduardo.

Aguirre Beltrán plantea que los médicos prehispánicos tenían un conocimiento muy completo de los efectos curativos que tenían las plantas y podía distinguir especies y clasificarlas de acuerdo con sus características. Pero de igual o mayor importancia era la creencia en que las plantas también tenían un componente místico, y que para que no perdieran su poder curativo era necesario llevar a cabo un complicado ritual tanto al cosecharlas como al prepararlas y al usarlas. De no hacerlo, resultaban completamente ineficaces.⁷⁹

Lo anterior es parecido a lo que se encontró en una investigación realizada en una comunidad de Argentina: “La terapéutica ritual incluye rezos, invocaciones, pedidos y encendido de velas a las deidades cristianas, la utilización y consumo de agua bendita, la triple repetición de acciones que implican la manipulación del poder del tres -número sacralizado por su asociación a la Trinidad-, el uso de agua y aceite, el sahumado de los pacientes y de los espacios corrompidos, la curación por ensalmos y la ejecución de la señal de la cruz, símbolo de vida y restauración”.⁷⁸

Se ha encontrado también, que la creencia en un ser superior y la fe como elementos importantes en la partería tradicional en una región de Colombia:

“La amplia experiencia de la práctica de las parteras tradicionales del Valle del río Cimitarra se sustentaba en la fe. De confesión católica, antes de atender a una parturienta, se encomiendan a Dios y a la Virgen del Carmen, confiándoles su actuar y la vida de la parturienta y el recién nacido”⁷⁶

También en situaciones relacionadas con la muerte, está presente la participación del *tepatih* indígena:

El *tepatih* indígena, manifiesta que los muertos pueden generar alguna enfermedad en las personas vivas, por ejemplo:

“Dicen que se espantaba mucho y no quería comer. Y dice que su abuelito venía y que le hacía cosquillas y ya no vivía su abuelito”.Tepatih Sara.

Según el testimonio se espantaba y no quería comer [el niño]. Y decía que su abuelito muerto venía y le hacía cosquillas. La curandera sugiere a la madre del niño dos acciones: una que realice el pedimento al familiar fallecido para que deje al niño, auxiliándose de la flor como un presente de respeto para el ausente, tal cual lo señala el siguiente testimonio:

“Le dije que consiguiera flor y que fuera al panteón a pedir a su abuelito que lo deje”.Tepatih Sara.

Se observa que la muerte es un fenómeno al que se enfrentan tanto los *tepatih*s como la ministra de iglesia, y que se afronta acorde a su forma particular de ver el mundo.

El contacto con el concepto de la muerte es inherente al hacer del *tepatih*, quien de alguna manera está evitando que las personas mueran a causa de la enfermedad, sin embargo es común que ante circunstancias muy adversas simplemente deban aceptar el hecho de que la vida llegue a su fin, pese a sus esfuerzos.

Por lo anterior se considera que el *tepatih* practica una terapia en la que “es imposible separar sus conocimientos sobre la preparación y uso de remedios tradicionales de su capacidad para manipular lo sagrado en el contexto de acciones terapéuticas rituales”.⁷⁸

Los rezos y rituales religiosos mencionados anteriormente son algunos de los elementos espirituales que se identifican en la práctica de cuidado del *tepatih* indígena nahua, mismos que han permitido afrontar las situaciones de enfermedad en la comunidad.

Las prácticas de cuidado del *tepatih* indígena surgen de procesos espirituales que involucran el contacto con el universo y con un ser superior, donde la fe es el vehículo que permite pedir y recibir las habilidades necesarias para cuidar a las personas.

“La fe es muy importante, principalmente tenemos que invocar a la madre tierra, que todo lo creó, por eso sahumamos en forma circular cuando curamos, para hacer contacto con el universo, pero nosotros no somos nada, el que hace el remedio es Dios, el Dios de la Tierra o el Dios de la biblia” Tepatih Jovita.

De esta manera, se puede ver que la fe cumple un papel importante en el afrontamiento de los procesos salud-enfermedad.

Por lo tanto, la medicina tradicional se refiere tanto al uso de la herbolaria como al conjunto de prácticas mágico-religiosas que se usan para atender diversos padecimientos. Los curanderos, yerberos, chamanes y graniceros^{†††} siguen ejerciendo la función médica y social de siglos⁷⁹, y atienden desde enfermedades de los huesos, del estómago, del corazón, hasta emocionales y “sobrenaturales” como el susto.⁸⁰

††† Granicero: personaje de gran importancia en la agricultura, cuya principal función consiste en controlar fenómenos meteorológicos. Se le reconocen, además, facultades de curandero y adivino (Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana).

Así también, “los descubrimientos de los últimos diez años, demuestran que la religión y la fe definitivamente pueden promover buena salud y ayudan a enfrentar la enfermedad”.⁸¹

5.3.2 Prácticas de cuidado espiritual de la ministra de iglesia católica

Las prácticas de cuidado espiritual de la ministra de iglesia, se reflejan en apoyo y compañía a las personas en la enfermedad y muerte.

La Sra. Irene, ministra de iglesia católica, visita a los enfermos de la comunidad que no pueden desplazarse a la iglesia y realiza algunos rituales religiosos. Esto se lleva a cabo los días jueves de cada semana. La labor de doña Irene acontece desde las 15:00 horas que es cuando acude a la iglesia “a pedir la ostia al señor”, posteriormente camina a la capilla de San Miguel Cotlajapa que está a aproximadamente a 20-25 minutos de distancia caminando desde la iglesia. En el interior de la capilla se observan imágenes de santos, ángeles y la virgen María, sobre repisas. En el centro hay una mesa, y en ésta hay un “sahumerio”.^{§§§}

La capilla es muy pequeña, caben aproximadamente 10 personas, contando niños y niñas. Si hay alguien que no cabe, se queda fuera escuchando tras una reja con ventanas de cristal transparente que permanece abierta durante la “hora santa”, en las paredes de los lados también hay ventanas.

^{§§§}Sahumerio: vasija de barro donde se coloca carbón y/o brasas para encender el copal y generar humo.



Imagen 14. Capilla de San Miguel Cotlajapa

García PE, 2013

Ahí, en la capilla, se realiza la “hora santa” con señoras y niñas que acuden, algunas son familiares de enfermos.

Al llegar a la capilla, Doña Irene se persigna, coloca flores frescas, dispone la ostia al centro de la mesa y enciende el copal para “sahumar”**** la ostia. Enseguida da inicio el ritual con un rezo.

**** Sahumar: “Dar humo aromático a algo a fin de purificarlo o para que huelga bien”. (Diccionario de la Real Academia Española)

La “hora santa” es una especie de misa dirigida por la ministra de iglesia católica en la que se realizan rezos por los enfermos, por los niños, por los difuntos o por alguna circunstancia de interés en la comunidad. Si existe alguna petición por parte de los asistentes se considera. Las niñas que asisten a la “hora santa” dan lectura a varios rezos o pasajes bíblicos y dirigen cantos en las que las acompañan el resto de las asistentes.

Enseguida empiezan las visitas a los enfermos, algunas niñas acompañan a Doña Irene y realizan cantos y rezos, que ellas eligen en cada casa y para cada enfermo. Las niñas pertenecen a la comunidad, generalmente son dos o tres las que acompañan a Doña Irene y tienen entre 10 y 11 años de edad. Asisten de manera voluntaria y se les nota entusiasmadas.

Dependiendo del número de enfermos o las condiciones de enfermedad de los mismos es el tiempo de rezos y cantos. Al llegar a cada casa, Doña Irene coloca el recipiente de la ostia en medio del altar. Posteriormente algún miembro de la familia trae el copal al centro del altar. Doña Irene es la primera en sahumar la ostia y posteriormente cada miembro de la familia, incluida la persona enferma, sahumar la ostia dibujando una cruz.

En repetidas ocasiones se observó que sahumar es parte primordial de todos los rituales, ante lo cual se cuestionó a Doña Irene, quien menciona lo siguiente:

“Es una tradición, yo creo que para que el humo llegue al señor”. Doña Irene.

Al igual que el *tepatih*, Doña Irene considera que sahumar tiene un significado importante, como es hacer contacto con un ser superior o con el universo.

Cuando todos los miembros de la familia han sahumado, la ministra de iglesia inicia los rezos y cantos que lleva previamente seleccionados, en ocasiones selecciona otros más, así también las niñas que la acompañan rezan o leen pasajes bíblicos y cantan con un elevado tono de voz.

Lo anterior también es referido por algunos autores que han estudiado a los grupos indígenas de Honduras: “Los sukyas utilizan también como instrumentos de curación la Biblia, más oraciones y cánticos del himnario moravo.”⁷⁷

Casi al final se entrega al enfermo la ostia y se reza el padre nuestro y ave María. Finalmente, Doña Irene dedica algunos minutos a platicar con toda la familia. Mientras tanto algún miembro de la familia trae café, té, pan o algún otro alimento para ella y sus acompañantes.

La ministra se despide y dirige al domicilio más cercano caminando. Entre una casa y otra el traslado se realiza 15 o 20 minutos aproximadamente.

En una u otra casa se repite el ritual. Lo característico es que cuando Doña Irene llega, se reúne toda la familia de la persona enferma a presenciar el acto religioso. Las actividades concluyen entre las 20 y 21 horas aproximadamente. Las personas enfermas a las que visita Doña Irene son entre 7 y 10 en el mismo día (solo los jueves).

Cuando se realizan las últimas visitas, ya ha empezado a anochecer, las niñas se van quedando en sus casas o cerca de éstas. Doña Irene regresa a la iglesia a dejar la ostia que no se ocupó y posteriormente a su casa, al llegar se cambia de ropa, en caso de que se le haya mojado por la lluvia, prepara café y cena.

La ministra es viuda, ama de casa, vive con su hijo menor que ya es un adulto (30 años). Por las mañanas y tardes él está en casa pues no realiza alguna actividad laboral. Doña Irene prepara la comida diariamente para ambos. Además, trabaja como cocinera en un jardín de niños por las mañanas.

Y ¿qué importancia tiene lo que hace Doña Irene? Para las personas es valioso, se observa es la diligencia de las personas para preparar el copal para “sahumar” el contenedor de ostias, la buena disposición para realizar los cantos y rezos a la par de la ministra. Así como los abrazos y las tazas de café o té que comparten al finalizar el ritual religioso. Surge una

pregunta: ¿por qué se encomiendan a Dios las personas de la comunidad? Doña Irene refiere “*teniendo fe en Dios, sana uno*”.

5.4 Elementos de las prácticas de cuidado

Ya en conjunto, se identifican tres elementos importantes en las prácticas de cuidado del *tepatih* indígena nahua y la ministra de iglesia 1. Acompañamiento en la enfermedad y en la muerte, 2. Medios para ejercer la práctica y 3. Beneficios para la dualidad de cuidado, los cuales se describen a continuación (Ver esquema 2).



Esquema 2. Elementos de las prácticas de cuidado tradicional y espiritual

García PE, Ostiguín MR, 2014

5.4.1 Acompañamiento en la enfermedad y en la muerte

En los procesos de muerte, la ministra de iglesia también brinda apoyo espiritual y de acompañamiento. Ella refiere sobre el proceso de muerte de una de las personas que visitó cuando estaba enfermo y que posteriormente falleció:

"Estaba, yo creo nunca perdió el conocimiento porque algunos sí ya como que ya nomás desvarían y ya no hablan bien, pero él estaba muy cuerdo, estaba bien, no perdía el conocimiento". Doña Irene.

Como menciona Tomás Canovas en su tesis doctoral: "cuidar del ser humano es acompañarle, estar con él, no dejarle 'solo'."¹ En los procesos de muerte, el cuidado rescata algo de amor, "el amor da al moribundo la certeza de que Dios le ama y es un punto de apoyo saberse amado por los que le asisten".⁸²

Este acompañamiento se enfoca a lo que la persona o el familiar necesitan. La ministra de iglesia acompañó a la persona en la última fase de la vida y logró que ésta participara al recibir y repetir las oraciones ofrecidas:

"Estaba hablando, luego le hacía yo oración y repetía él también lo que yo estaba leyendo"

Doña Irene.

El uso de plantas medicinales se convierte en un recurso complementario que tiene muy poca eficacia si no va acompañado de los demás recursos curativos, en los que se le da gran importancia, por ejemplo, al uso de la palabra para restablecer el equilibrio de la persona.⁸³

Nuevamente se retoma a Cánovas, quién menciona: No dejar solo a la persona doliente es ocuparse día a día de sus necesidades biológicas, espirituales y emocionales, y hacerle saber que estamos interesados por él".¹

La familia y la comunidad en general, participan en estas actividades. A continuación se presenta un breve fragmento de un registro en diario de campo relacionada con la muerte de una señora de la comunidad:

En el transcurso del rosario las personas que van llegando se acercan a sahumar el ataúd y las repisas cercanas. Finalmente toda la familia pasa a sahumar y decir algunas palabras a la difunta y uno de los hijos le coloca un paquete de papel de estrasa en la mano y dice: "le

estoy poniendo su tortillita para que tenga que comer". Finalmente la ministra vuelve a acercarse al ataúd y menciona *"descansa en paz hermana mía, allá te alcanzamos, no te preocupes"*. DC. 005.



Imagen 15. Rosario

García PE, 2014

Lo anterior hace referencia a un acompañamiento en la muerte, en el cual la persona sigue visualizándose como un ser con necesidades humanas.

Las palabras de la ministra reflejan la intención de reunirse nuevamente con la persona muerta, poniendo nuevamente en primer plano la perspectiva espiritual que sostiene su actividad de cuidadora. Si bien, lo que ella realiza es una actividad encaminada a la sanidad, está enfocada en el bienestar subjetivo del enfermo y de su familia.

5.4.2 Medios para ejercer la práctica: creencia en un ser superior

La creencia en un ser superior es un medio para lograr el propósito de recobrar el equilibrio de la persona enferma o la muerte tranquila en la persona moribunda.

En este mismo estudio se realizó una entrevista a una enfermera clínica, quién hace referencia a una experiencia previa en la que una persona moribunda le pide que rece por él, pese a no ser una situación común, ella dice haber atendido la petición de la persona, quién manifestó tranquilidad y una muerte tranquila:

“Sí, algo le recé, un Padre Nuestro, lo que sea y si no le hubiera fabricado una oración”

Enfermera Clara.

Por su parte, la ministra de iglesia refiere, *“cuando están más graves rezamos más tiempo”* Doña Irene.

Ante esta situación ella realiza otras actividades no programadas y refiere *“yo creo que el señor me indica cual oración dar”* Doña Irene.

En ambos casos, la creencia en un ser superior es el pilar de las peticiones de las personas enfermas, ante las cuales, tanto la enfermera como la ministra de iglesia responden desde la recuperación de sus propios recursos pero dirigidos a las necesidades del otro.

5.4.3 Beneficios para la dualidad de cuidado

Y finalmente, las actividades del *tepatih* y de la ministra de iglesia generan un beneficio para la dualidad de cuidado.

La enfermera clínica refiere: *“a pesar de que fue algo triste me dio mucha satisfacción poderlo acompañar”*. Enfermera Clara.

Por su parte una *tepatih* menciona: *“Y ahora ya está grande, si lo curé”* *Tepatih* Sara.

Para la persona que es cuidada, el beneficio es la curación en si misma o la muerte tranquila.

En la revisión de la literatura se refiere que, “la medicina de los antiguos mexicanos ayudaba al enfermo a recuperar el equilibrio perdido. Había dos formas de enfrentarse a la enfermedad, una era por medio de las prácticas mágico-religiosas, rezos y encantamientos. La otra forma era el tratamiento de la enfermedad por medio de las propiedades terapéuticas de la herbolaria y otros productos naturales”⁸³

En la comunidad de estudio, el señalamiento a estos dos elementos es también claro. Tanto la práctica del *tepatih* como de la ministra de iglesia son independientes y aunque se enfocan al cuidado de diferentes aspectos de la persona, hay un punto en el que convergen: la fe.

La fe se manifiesta como un elemento fundamental para el afrontamiento de la enfermedad y la curación de ésta (Ver esquema 3).



Esquema 3. Fe: disposición y requisito

García PE, Ostiguín MR, 2014

Es así que existe cada vez más evidencia que refiere “la importancia de la espiritualidad para hacer frente a la enfermedad, una mejor calidad de vida y la esperanza”.⁴⁸

Referente a lo anterior, y para que la participación de la enfermera sea eficaz, es “fundamental que tenga la capacidad de identificar y dar respuesta a las necesidades espirituales y emocionales de la persona a la que presta cuidados, atendiendo al sentido que ésta da a la vida, a la muerte, a su situación de crisis, a la enfermedad, etc.”¹

El éxito de los cuidados enfermeros está en función del análisis integral del individuo, considerando el padecimiento^{††††82} y los aspectos socioculturales y religiosos de éste, pues como lo señala Badillo: “algunos de los elementos que subyacen desde la propia cosmovisión de los nahuas del siglo XVI y que persiste hasta la actualidad son: lo divino y su vinculación con el cuidado de la salud de la persona que se encuentra inmersa en la estructura que persiste hasta nuestro tiempo, la manifestación de su vigencia son los rituales y ofrendas que pueden ser desde la simple oración al borde de la cama de un enfermo para pedir por la restitución de su salud hasta la bendición de la salud de un recién nacido y la madre”.⁸⁵

Siendo la enfermería, la disciplina que cuida a las personas, no es posible seguir soslayando estas creencias particulares. Por lo tanto, el cuidado de la salud, enfermedad y muerte requieren visualizarse desde el contexto en el que se viven en cada comunidad para que sea significativo.

††††††††El padecimiento es inherente a la enfermedad y se ampara fundamentalmente en su dimensión subjetiva, es decir, trata de explicar cómo la persona vive con su enfermedad; en resumen, la enfermedad es ‘lo que se tiene’, el padecimiento ‘es lo que se siente’.

VI. CONCLUSIONES

6.1 Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua

El presente estudio da cuenta de las prácticas de cuidado de una comunidad indígena nahua, llamada Tequila, mismas que por su naturaleza, se clasificaron en tradicionales y espirituales.

Mientras que las prácticas de cuidado tradicional se enfocan a detectar los síntomas de los padecimientos y abordarlos mediante un tratamiento específico culturalmente determinado, las prácticas de cuidado espiritual tienen como característica principal establecer un vínculo de acompañamiento en los procesos de enfermedad y muerte, en los que se reconoce un medio para ejercer esta práctica y que desencadena un beneficio para la dualidad de cuidado, es decir, para la persona que cuida como para la que es cuidada.

Ambas prácticas se complementan, en tanto una trabaja la curación mediante la fe y el uso de recursos terapéuticos tradicionales (práctica tradicional), la otra se dedica a fortalecer la fe mediante la creencia en un ser superior (práctica espiritual), generando apoyo y cuidado en los procesos de salud enfermedad.

Ambas, convergen en la fe como elemento sustancial para la recuperación y/o mantenimiento de la salud.

De acuerdo a diferentes autores, la creencia en un ser superior y fe podrían colocarse dentro del concepto espiritualidad⁵⁷, lo cual aporta un referente para retomar el cuidado espiritual como objeto de estudio de la enfermería en las comunidades indígenas, pues innegablemente es parte de la ideología social y cultural de este grupo social.

6.2 Beneficios del cuidado espiritual para la comunidad de estudio

En Tequila, se han atendido desde los conocimientos empíricos, una serie de elementos que responden a necesidades culturales de cuidado, propias de una visión particular del mundo, pero que representan un significado para la comunidad.

A través de las prácticas empíricas se han generado una serie de beneficios para los habitantes de esta comunidad, pero se rescatan tres observados objetivamente a lo largo del estudio:

1. **Afrontamiento de los procesos de salud-enfermedad**, mismos que se aceptan y tratan individual y colectivamente. La familia, la naturaleza y la comunidad forman parte de los elementos sustanciales para obtener este beneficio, y se observan a través del acompañamiento en la enfermedad y muerte, en la preocupación por el otro mediante cuidados, rezos, visitas, etc. Por ejemplo, la familia es participe de los rituales religiosos efectuados por la ministra de iglesia, en los que acompaña con cantos, rezos o presencia para sahumar con determinada función. De lo anterior deriva el segundo beneficio:
2. **Unión social**, misma que les permite acompañarse en eventos importantes o difíciles de la vida.
3. **Conservación de la vida**, pues a lo largo de la historia esta comunidad se han mantenido y evolucionado con el uso de los recursos disponibles en su entorno inmediato, tales como las hierbas y su uso, así como el continuo recurrir a pedimentos y agradecimientos a la Madre Tierra o un ser superior mediante rituales.

Lo anterior rescata el respeto por: a) la Madre Tierra, b) un ser superior, c) otras personas, lo cual propicia que se genere un significado y/o propósito a la vida que permiten afrontar determinadas crisis inevitables en la vida de toda persona. Como lo menciona Beatriz

Sánchez: “la relación del individuo con Dios (como cada cual lo defina) es central y es a partir de ella que se definen las experiencias de tener significado y propósito en la vida, esperanza, confianza y fe en alguien fuera de sí mismo”.²²

La espiritualidad ha sido, y continua siendo, un elemento de apoyo para el ser humano en todos los procesos de la vida y principalmente en situaciones de vulnerabilidad como lo es la enfermedad. Lo anterior se manifiesta claramente en la comunidad de estudio, sin embargo, no es un elemento propio de esta comunidad, pues en general todas las poblaciones indígenas tienen una forma particular de ver el mundo, lo cual se comparte de alguna manera con el resto de la población mexicana.

Y una vez que se conoce que existen grupos sociales que realizan prácticas de cuidado espiritual, es conveniente adoptar una postura abierta y flexible al ejercer el cuidado, mirar desde la óptica de lo subjetivo, de lo que aporta a cada persona un significado y percatarse de que la labor de la enfermería no está sólo en función de la enfermedad desde una postura biológica, sino que involucra elementos de carácter cultural que pocas veces son abordados por la enfermería comunitaria.

6.3 Prácticas de cuidado en una comunidad indígena y su relación con la enfermería

Lo que se ha encontrado a través del discurso de los informantes, y que hasta la fecha puede aportar a la enfermería, es realizar esas prácticas de cuidado espiritual en todo ser humano al que se cuida.

Se reconocen tres elementos importantes que probablemente puedan retomarse en la enfermería:

1. **Escuchar las necesidades espirituales de las personas**, esto es un rasgo manifestado en Tequila, en donde la enfermedad se diagnostica por los síntomas y signos, es decir a partir de los datos subjetivos y objetivos respectivamente, aspectos

que se tratan con elementos como la herbolaria y, los masajes, inmersos en un elemento subjetivo en el que se cuida y/o promueve la espiritualidad a nivel individual y comunitario para afrontar la enfermedad, muerte y recuperar la salud.

2. **Aceptar y respetar las creencias de las personas en la elección del tratamiento:** tradicional y no, considerando que la cultura determina las prácticas de la salud de las personas.
3. **Planificar y brindar cuidado bajo la perspectiva de acompañamiento, sustentado en lo que el sujeto de cuidado expresa como necesidades;** que en el caso de la comunidad de estudio se ubican dentro de lo espiritual pero también puede ser emocional, físico, etc.
4. **Planificar el cuidado del otro a partir de un vínculo subjetivo-afectivo.**
5. **Recuperar el concepto dual del cuidado de las comunidades indígenas,** que se caracteriza por una relación persona-persona, donde prima la premisa respeto y búsqueda del beneficio personal y comunitario a través de la ayuda mutua.

Sería conveniente que se haga una pausa reflexiva en los modelos de cuidado utilizados previamente, que están descontextualizados a la cultura mexicana y comenzar a crear alternativas de cuidado que surjan de quien los recibe y no de quien los otorga. La forma de lograr este presupuesto es a través de explorar en todo momento lo que el otro necesita y darle voz a sus necesidades.⁸⁶

6.4 Retroalimentación a la disciplina de enfermería

El cuidado, como objeto de estudio de la enfermería requiere redefinirse a partir del reconocimiento de los aspectos subjetivos de importancia para la persona, que en muchas ocasiones son los que le dan un significado para afrontar los procesos de enfermedad y muerte, y mantener la salud. Para lo cual, la disciplina, tendría que adaptar las ya existentes

definiciones de cuidado a los diferentes grupos sociales o tener apertura a nuevas posibilidades de cuidado que se manifiesten en la práctica diaria.

Limitarse a una definición universal de cuidado, aunque haya sido aceptada por consenso académico, podría dejar a un lado elementos importantes a considerar en determinado espacio y tiempo, así como restringir el quehacer de la enfermería, pero sobre todo, los beneficios dirigidos al sujeto de cuidado.

La definición de cuidado y prácticas de cuidado, entonces, debería construirse conforme lineamientos tecnológico-científicos que consideren el momento histórico, social y cultural de las personas.

Específicamente para la comunidad de estudio se propone la siguiente definición de prácticas de cuidado cultural: ***Actividades de acompañamiento que consideran aspectos culturales y/o espirituales del sujeto de cuidado, tales como rituales religiosos y de curación que generan bienestar en el afrontamiento de los procesos de salud-enfermedad.***

Pero además, es importante señalar que si bien esta definición de prácticas de cuidado creada a partir de la obtención de información empírica, responde a las necesidades de la comunidad de estudio, también contiene elementos rescatables para la práctica de la enfermería en otros contextos. Es decir, si lo anterior permite a las personas enfrentar la enfermedad y muerte, también podría dar un significado en otros contextos mexicanos, adaptable siempre a las posturas del sujeto de cuidado, como una posibilidad de crear nuevos enfoques de cuidado. Véase esto como la posibilidad de brindar al sujeto de cuidado la oportunidad de recibir el cuidado que necesite y no únicamente el que se ha otorgado una y otra vez, desde la postura médico hegemónica, del que la enfermería ha sido participe.

6.5 Cuidado espiritual en la enfermería mexicana

No ha sido suficiente hasta la fecha lo que las existentes teorías de enfermería aportan sobre el cuidado espiritual en México, pues continúan existiendo espacios a los que no se ha podido llegar. Por lo tanto se desconoce la forma de vida, creencias, necesidades de las personas, familias y comunidades.

Si la enfermería pretende cuidar al sujeto de cuidado en todo su ser, es insoslayable que retome el cuidado espiritual, que como ya se mencionó, no alude solamente a cuestiones religiosas, sino que es un recurso para todo ser humano en situaciones críticas de la vida. Como menciona Beatriz Sánchez:

“Si la espiritualidad tiene importancia terapéutica en pacientes que experimentan crisis o en quienes viven en situaciones de enfermedad, esta temática debe incluirse en los currículos de los programas, en la asistencia y en nuevas investigaciones, con el fin de cualificar la práctica con integración de la dimensión espiritual del cuidado.”²²

El cuidado espiritual debe convertirse en algo tangible, como lo es administrar un medicamento o una vacuna. Lo que se expone aquí no es totalmente nuevo, algunas teóricas de enfermería como Jean Watson, Margaret Newman, Virginia Henderson, entre otras ya lo han plasmado en sus trabajos de muchos años, sin embargo, en México, y probablemente en muchos otros países, no se ha convertido en una práctica prioritaria para el cuidado y es entendible puesto que por su carácter subjetivo no hay respuestas de cómo esto se experimenta en la realidad y mucho menos de cómo debe abordarse. Se considera que tener conocimiento de las prácticas empíricas, y a partir de éstas retroalimentar los marcos teóricos de la enfermería, podría ser una herramienta útil para ofrecer un sustento práctico y trascendente hacia un cuidado personalizado.

Finalmente y con base en los resultados de esta investigación, se propone la siguiente definición de prácticas de cuidado espiritual en una comunidad indígena:

“Prácticas que se manifiestan en rituales religiosos sustentados en expresiones de la fe, que permiten a la persona, brindar un significado a su salud y recuperarse de una enfermedad o padecimiento”.

Esta definición pretende orientar la comprensión hacia las necesidades de la población de estudio, pero también a los de otros grupos de personas, por ejemplo, lo indagado con la enfermera clínica, participante en esta investigación, concluye que la creencia en un ser superior es un apoyo para las personas enfermas o moribundas a quienes brinda paz en momentos difíciles y en los que el papel de acompañamiento por parte de la enfermera a falta de un familiar o persona cercana podría ser muy útil.

De considerarse lo anterior en los marcos conceptuales de la enfermería, se podrían generar una serie de beneficios terapéuticos para las personas que se cuidan, atendiendo al objetivo principal de la disciplina: cuidar la vida.

6.6 Recomendaciones para la disciplina de enfermería

Se expone lo anterior con la finalidad de que los resultados de esta investigación sean una pauta para realizar estas prácticas en la disciplina, con sus necesarias adaptaciones al contexto en el que desenvuelvan y si la persona lo requiere.

Con la finalidad de extender los resultados de este estudio, se considera que el cuidado espiritual puede ser una herramienta útil para brindar a las personas un acompañamiento más significativo, en donde no es necesario practicar una religión, sino desde la propia profesión manifestar respeto y apoyo por las creencias y necesidades del otro.

Se recomienda continuar por la línea de investigación de los cuidados culturales y espirituales, en donde se conozca cuantitativamente y cualitativamente más de estos aspectos. Y se pueda ofrecer información contextualizada a las necesidades de la población mexicana.

Al contar con un amplio conocimiento de las necesidades de cuidado de los diferentes grupos sociales del país, la enfermera puede ofrecer un trato cálido y respetuoso a las personas mediante acompañamiento, consejería, educación y cuidado. Para lograr lo anterior es necesario involucrarse profesionalmente con un fenómeno que rebasa al modelo médico hegemónico y a la unidisciplinariedad, por lo que es conveniente participar de la mano con disciplinas como la sociología, antropología, trabajo social, psicología, ya que el fin de la disciplina es el cuidado de la persona en todas sus esferas.

Lo que se pretende es que se cuide a la persona en todas sus dimensiones porque el ser humano es más que una enfermedad, su potencialidad está en su cuerpo, mente y espíritu en conjunto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cánovas TM. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Tesis doctoral. Murcia, 2008.
2. Salazar MA, Martínez AC. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av. Enferm* 2008. XXVI (2): 107-15.
3. Spector RE. La enfermería transcultural: pasado, presente y futuro. *Cultura de los cuidados* 2000; IV (7): 116-126.
4. Hernández MF. La historia integradora de culturas y saberes. *Cultura de los cuidados* 2013; XVII (35): 9-15
5. Estrada MA, Hernández GM. Cultura en la enfermería comunitaria. *Rev Hum Med* 2001; 1 (3): 1-9.
6. Mejía ME, Vásquez ML, Villaquirán de González ME. Climaterio y menopausia en mujeres afrodescendientes: una aproximación al cuidado desde su cultura. *Aquichan* 2008; 8 (1): 833-49. Revisado el 10 de marzo de 2013. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108105>.
7. Nigenda G, Mora FG, Aldama LS, Orozco NE. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública Méx* 2001; 43: 41-51. Revisado el 12 de marzo de 2013. Disponible en: URL: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
8. Chamorro PA, Torconal MC. Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama:
Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños* 2005; 30: 117-34.
9. Sánchez HB. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. *Aquichan* 2004. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74140402>. Revisado el 15 de marzo de 2014.
10. Salas PM. Los sistemas mandálicos como herramienta intercultural para organizar la enfermería internacional. *Cultura de los cuidados* 2013; XVII (35): 115-23.
11. Ramos LC. Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba. Universidad Nacional de Colombia. Tesis de maestría. Colombia 2011.
12. Pérez PS. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana. Camaguey 2008. *Rev Cubana Enfermer* 2009; 25 (3-4): 1-8.
13. Hernández L, Vásquez M. Practices and beliefs about exclusive breastfeeding by women living in Commune 5 in Cali, Colombia. *Colomb Med.* 2010; 41 (2): 161-70.
14. Laza VC, Cárdenas FJ. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. *Rev Cubana Enfermer* [online] 2008; 24(3): 1-7.
15. Ibarra MT, Siles GJ. Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index de enfermería* 2006; 15 (55).
16. Gallardo AP. Medicina tradicional - medicina moderna entre los huastecos de San Luis Potosí. *An. Antrop.* 2003; 37: 229-40.
17. Cardoso GM, Pascual AR, Serrano SC, Huicochea GL. Medicina tradicional y la medicina basada en la evidencia. El caso de un huesero de dos comunidades afroestizas de Veracruz, México. *An Antrop.*, 42 (2008): 65-85.
18. Cardoso GM. La obesidad y el matrimonio como patrones culturales antagónicos al tratamiento médico institucional para el control de la diabetes en Ixhuatlancillo, Veracruz. *Estudios de Antropología biológica* 2005; 12(1): 583-98.

19. Rojas AM. Bases históricas, teoría y práctica clínico-terapéutica. En: Tratado de Medicina Tradicional Mexicana. 2ª. edición. Tlahui. México, 2008.
20. Leininger M. Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research & Practices. 2th ed. New York: McGraw-Hill. 1995.
21. Castillo MJ. El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia. Rev Hab de Cienc Med 2008, 7(3): 1-7.
22. Sánchez HB. La dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Universidad Nacional de Colombia. 2004.
23. Fernández GV. Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. Rev Enferm IMSS 2006; 14 (1): 51-5.
24. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2012. Los números - Indicadores socioeconómicos. Consultado: 19 de junio de 2013. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1EYV>
25. Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) 2010. Revisado el 19 de mayo de 2014. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1Fh5>.
26. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Revisado el 19 de mayo de 2014. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1Fqo>
27. Martínez CL: La dinámica comunitaria vista desde la migración en la sierra nahua de Zongolica, Veracruz: Análisis y perspectivas de estudio. Migraciones internacionales 2010; 5 (4): 7-37.
28. Köning S. La medicina indígena: un sistema de salud. Tukari. Medicina tradicional indígena: efectividad a prueba 2011; 3 (16): 4-5.
29. Romero LL. Estar sano, estar enfermo: etiología y concepción de la enfermedad. En: Cosmovisión, cuerpo y enfermedad: el espanto entre los nahuas de Tlacoltepec de Díaz, Puebla. Instituto Nacional de Antropología e Historia. México D.F.; 2006.
30. Huicochea GL. Cuerpo, percepción y enfermedad: el análisis del cuerpo como experiencia subjetiva y cotidiana. En: Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre enfermedades músculo esqueléticas en Maltrata, Veracruz. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas. México; 2009.
31. Galindo HM. Enfermería basada en evidencias: algunas paradojas. Evidentia 2012, 9 (40): 1-6. Disponible en: URL: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev4000.php>
32. Cardoso GM. Comparación del impacto de la medicina tradicional entre dos comunidades de Veracruz, México: Mata Clara, comunidad afroestiza y Tlaquilpa, comunidad indígena nahua. Clave: UNAM-DGAPA PAPIIT IN308611. Proyecto de investigación científica.
33. Fagetti A. Fundamentos de la medicina tradicional mexicana. 137-51.
34. Pérez ID. El concepto de muerte en la cosmovisión de un médico tradicional: avenencias y desavenencias ideológicas con el concepto de alópata. Estudio de una comunidad indígena nahua en la Sierra Zongolica de Veracruz. Tesis de licenciatura. México, 2010.
35. Tomassini M. Ledimensioni culturali della professione infermieristica. Savar Rivista del nursing in movimento Italia 2005; (3):3-14. Revisado el 13 de octubre de 2013. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1FF1>
36. Kerouac S, et al. Cap 2. Concepciones de Nightingale a Parse. En: El Pensamiento Enfermero. España 1996. Elsevier Masson: 31-2.
37. Urra ME, Jana AA, García MV. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de los cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería 2011; XVII (3): 11-22.

38. Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16: 899-909.
39. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-019-SSA3-2012, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Revisado el 14 de octubre de 2013. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1FUZ>
40. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Revisado el 13 de octubre de 2013. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1T9q>
41. Morán J. Global effort: Caring theory put back into practice around the globe 2010. Revisado el 13 de octubre de 2013. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1Tqt>
42. Alarcón GE. Las prácticas de cuidados en las sociedades prehistóricas: la cultura argárica. *Arqueología y Territorio* 2007; 4: 233-49.
43. Figueroa PJ. Prácticas de cuidado y modelos emergentes en las relaciones de género. La experiencia de algunos varones mexicanos. *Redalyc* 2012; 35: 7-56.
44. Melguizo HE, Alzate PM. Creencias y prácticas de cuidado de la salud. *Av. Enferm* 2008; 26 (1): 112-23.
45. Arevalo SE. Gestación y prácticas de cuidado. *Av. Enferm* 2007; XXV (2): 50-7.
46. Franco MA, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Rev CES Odontología* 2004; 17 (1): 19-29.
47. Diccionario de la Real Academia Española. Revisado el 5 de septiembre de 2013. Disponible en: URL: <http://lema.rae.es/drae/?val=definici%C3%B3n>
48. Jafari N, Farajzadegan Z, Loghmani A, Majlesi M, Jafari N. Spiritual Well-Being and Quality of Life of Iranian Adults with Type 2 Diabetes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2014 (2014): 1-8.
49. Diccionario ABC. Revisado el 1 de octubre de 2013. Disponible en: URL: <http://www.definicionabc.com/social/comportamiento.php>
50. Tylor E, citado por Brunner y Suddarth. *Perspectiva Transculturales en Enfermería*. En: *Enfermería Medicoquirúrgica*. 8va.ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998; 1: 133-40.
51. Fawcett, J. *Análisis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and Theories*. Ed. F.A. Davis Company. Philadelphia. 2000: 511- 547
52. Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados* 1999; 3(6): 3-12.
53. Organización Mundial de la Salud 2002. Revisado el 10 de mayo de 2014. Disponible en: URL: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
54. Quechulpa CT, Hernández ST. La importancia de los saberes comunitarios en el uso de las plantas medicinales en la comunidad de Santa Cruz, Tequila, Ver 2009. Tesis de licenciatura. Universidad veracruzana Intercultural: 16-36.
55. Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezaie A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients whit leukemia. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; 19(1): 88-93.
56. Datta NU, Nandan D. 2008, citado por Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezaie A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients whit leukemia. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; 19(1): 88-93.
57. Navas C, Villegas H. Espiritualidad y salud. *Rev. Ciencias de la educación* 2006. 27 (1): 35-8.
58. Veracruz. Revisado el 4 de mayo de 2014. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1WmK>
59. Portal de Veracruz. Revisado el 23 de mayo de 2014. Disponible en: URL: <http://www.veracruz.gob.mx/nuestro-estado/datos-geograficos/>

60. Zepahua VM. Cosmovisión y formas de atención en salud de un huesero, partera y medico nahua de la sierra de Zongolica, Veracruz. Psicología y prácticas de medicina tradicional. Tesis de licenciatura. Universidad del Golfo de México. 2014: 43-9.
61. Xotlanihua XS. Salud ambiental con enfoque sustentable e intercultural con familias de los municipios de Tequila y Atlahuilco, Veracruz. Tesis de licenciatura. Universidad Veracruzana Intercultural. Tequila, Veracruz. 2011: 16-24.
62. Plan Municipal de Desarrollo. 2011-2013. Revisado el 10 de mayo de 2014. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1TMQ>
63. Tzanahua TA, Eguiarte EC. ¡Valora tus conocimientos! mantenimiento y desarrollo de la lengua y cultura nahuas a través de la gestión de saberes locales en Chapultepec Grande, Tequila, Veracruz 2012. Tesis de licenciatura. Universidad Veracruzana Intercultural. Tequila, Veracruz. 2012: 31-51.
64. Centro Estatal de Estudios Municipales. Los municipios de Veracruz: colección enciclopedia de los municipios de México. Secretaría de Gobernación y Gobierno del Estado de Veracruz-Llave. Talleres Gráficos de la Nación. México, D.F., 1988.
65. Bottorff JL y cols. La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En: asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa, editado por Janice Morse. Editorial Universidad de Antioquia: 160-78.
66. Bottorff JL y cols. Escuelas de fenomenología: implicaciones para la investigación. En: asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa, editado por Janice Morse. Editorial Universidad de Antioquia: 160-78.
67. Taylor SJ, Bogdan R. Capítulo 1. Ir hacia la gente. En: Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Traducción de Jorge Piatigorsky. Paidós. Barcelona, España; 1987.
68. Ponty M. Phenomenology of perception. Taylor and Francis group 1962. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1U2N>
69. Groenewald T. A phenomenological research design illustrated. International Journal of Qualitative Methods 2004; 3 (1): 1-26.
70. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Cap. 13. Muestreo en la investigación cualitativa. En: Metodología de la investigación. 5ta edición. Perú, Mc Graw-Hill 2010. 398-418.
71. Ander-Egg E, Aguilar IM. Técnicas de investigación social. 24ª ed. Lumen; Argentina. 1995: 199-203.
72. Rodríguez GG, Gil FJ, García JE. Cap. XI. Aspectos básicos sobre el análisis de datos cualitativos. En: Metodología de la investigación cualitativa. 2ª ed., Granada, Aljibe. 1999: 197-203.
73. Okuda BM, Gómez RC. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Rev. Colombiana de Psiquiatría; XXXIV (1): 118-24.
74. Lévano SA. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y reto. Liberabit. Rev. de Psicología 2007; 13 (71-8).
75. Lámbarri RA, Flores PF, Berenzon GS. Curanderos, malestar y "daños": una interpretación social. Salud Mental 2012; 35:123-128. Revisado el 8 de diciembre de 2014. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223312005>.
76. Laza VC, Ruiz De Cárdenas CH. Entre la necesidad y la fe: la partera tradicional en el Valle del Río Cimitarra. Cienc enferm [revista en internet]; 16(1): 69-76. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1UII>
77. Lara PG, Lara PJ. La salud y la enfermedad en las concepciones tradicionales de las poblaciones indígenas, garífuna y mestiza de Honduras como base para la construcción de un modelo de atención integral en salud. Revisado el 25 de noviembre de 2014. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1UBi>

78. Arteaga F. El proceso de iniciación al curanderismo en la Pampa (Argentina). Chungará (Arica) [online]. 2012; 44 (4): 707-715. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1W13>
79. Aguirre BG. Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial. Instituto Nacional Indigenista, 1963.
80. Bello SG. Prácticas mágico-religiosas en una sociedad del siglo XXI. Revista electrónica Teóricos 2000; III: 25-37.
81. German ZR. Reflexiones para un diálogo entre los sistemas tradicionales de salud y la medicina occidental. Medellín Colombia: Universidad de Colombia. Disponible en: URL: <http://ow.ly/O1V7a>
82. Ledesma MC. Fundamentos de enfermería. Limusa. México; 2004: 337-72.
83. Berenzon S, Saavedra N. Presencia de la herbolaria en el tratamiento de los problemas emocionales: Entrevista a los curanderos urbanos. Salud Mental 2002; 2555-66. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212508>.
84. Cardoso MA, Zarco VA, Aburto LI, Rodríguez LM. Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. Rev. de la facultad de medicina de la UNAM 2014; 57 (5): 34-42.
85. Badillo ZJ. Un sustento epistémico para el cuidado de la persona, desde la cosmovisión de las prácticas tradicionales nahuas. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México 2014.
86. Cardoso GM, Pascual AR, Moreno BG, Figueroa RM, Serrano SC. Investigación cualitativa y fenomenología en salud. Vertientes Rev Esp en Ciencias de la salud 2007; 10 (1-2): 25-32.