



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGIA**

**EL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD EN CHAKLAJUN,
UNA COMUNIDAD TZOTZIL DE LOS ALTOS DE
CHIAPAS, MÉXICO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Montserrat Paulina García García

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: Mtro. José Sánchez Barrera

COMITE: Lic. Héctor Rafael Santiago Hernández

Dr. Eduardo Alejandro Escotto Córdova

Mtro. Humberto Rosell Becerril

Lic. Clara Haydee Solís Ponce



CIUDAD DE MÉXICO,

JULIO 2019.



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.

A mi mamá Elizabeth García Chávez, que siempre ha estado a mi lado en todo momento, porque su amor incondicional me ha dado la fuerza de levantarme en los momentos más difíciles y con ese mismo amor la felicidad recobra sus fuerzas para alcanzar mis metas.

A mis abuelitos Gilberto García Cortés y Paulina Chávez Velazco quienes han recorrido este camino profesional a mi lado, llevándome de la mano al preescolar, mi primer encuentro con el conocimiento, hasta el día de mi graduación en la Universidad siempre estuvieron conmigo, apoyándome y ayudándome alcanzar cada una de estas etapas de la vida como estudiante, músico e hija.

A mi hermano Antonio, que siempre ha sido mi amigo y hermano leal, que su conocimiento y amor brindado son una bendición que he tenido en este camino, al igual que sus consejos han sido el mejor apoyo en los momentos más adversos.

A mi hermano que está en el cielo José María (Chema), mi dulce hermano te llevo para siempre en mi corazón y hasta la estrella más brillante y maravillosa en donde te encuentras, te dedico mi Tesis, a ti quien me enseñaste las lecciones más divertidas y bonitas, hasta las más difíciles y duras de entender. Gracias por compartir parte de tu vida a mi lado.

A toda la comunidad de Chaklajun (Milpoleta), quien me brindo la confianza de adentrarme en ella y explorar parte de su riqueza cultural, social y biodiversidad para poder realizar este trabajo, particularmente al Sr. Paxik Tuxni quien nos brindó el apoyo permitiéndome vivir dentro de la comunidad.

A mi director de Tesis, José Sánchez Barrera, quien me ha brindado el conocimiento, apoyo y constancia en este proceso que tuvo varias etapas que en ocasiones fueron un reto alcanzar pero que gracias a las herramientas brindadas se pudieron superar con éxito.

A mi tía Judith que ha sido como una madre para mí, quien ha estado en este camino académico siempre impulsándome, buscando logre mis metas y sea feliz.

A mis tíos Miguel, Norma y Ricardo, porque siempre me dieron aquellos consejos que me hicieron corregir el camino cuando esté se presentaba caótico, y me ayudaron a ver lo que era mejor para mí, muchas gracias por ello.

A Camila, mi hermanita menor, quien siempre su carisma y sonrisa me impulsa a ser mejor día a día, a Gibran e Itzel mis hermanos primos quienes siempre son los que armonizan mi corazón, y a mi hermana Viridiana con quien he recorrido aventuras inolvidables y divertidas en todo este camino.

A mi hermano Francisco García por su amor e incondicionalidad y más cuando supimos que nuestros lazos más fuertes que nos unen son la sangre, la música y el amor.

A mi papá Miguel García, por quien aprendí que los momentos más felices son aquellos que se vuelven especiales por el simple hecho de compartir un momento juntos, quien me ha enseñado el amor a la libertad y siempre mirar el mundo con justicia.

A mis sobrinas Sarahi y Arely quienes llenaron de felicidad mi corazón desde que llegaron a nuestras vidas, son gran parte de mi inspiración para ser mejor día a día en ésta búsqueda de aportarle buenos frutos al mundo para las generaciones futuras.

A mi adorable Alán Michelle por apoyarme en lograr concluir mis metas y comenzar nuevas juntos, por su amor lleno de respeto, lealtad, comprensión y confianza, siempre buscando sacar lo mejor del otro.

A mi papá-maestro Gregorio Delgado, Fany y Victor quienes nos hemos integrado como familia y me han brindado su aprecio, respeto y cariño desde muy pequeña.

A mis grandes e incondicionales amigos con quien recorrí parte de mi formación académica y se han quedado para seguir compartiéndonos las enseñanzas que nos da la vida y la amistad: Mariana (dudu), Abril, Fabiola, Sara, Radhita, Mary Carmen, Sofia, Jessica, Sergio y Javier.

A mis Sinodales: Clara Haydee Solís, Humberto Rusel, Héctor Santiago y Alejandro Escotto, por todo el conocimiento aportado en esta tesis y en mi formación académica.

Con agradecimiento y orgullo a la Universidad Nacional Autónoma de México, quien me abrió las puertas a las dos escuelas que me enseñaron el verdadero compromiso con la sociedad a partir de la educación, mi querida Preparatoria 7 Ezequiel A. Chávez y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

“Por mi raza hablará el espíritu”. (José Vasconcelos).

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. SALUD.....	8
1.1 Concepto de Salud	9
1.2 Salud Mental	12
1.3 Datos y cifras	14
1.4 Psicología de la salud.....	18
1.5 Modelos enfocados a la salud	21
1.6 La salud en una comunidad tzotzil.....	29
CAPÍTULO 2. ENFERMEDAD.....	33
2.1 Concepto de Enfermedad.....	34
2.2 Enfermedad mental	35
2.3 Enfermedades Mentales	38
2.4 Enfermedades Mentales desde la toltequidad	48
2.5 Concepto de enfermedad en comunidades tzotziles y aledañas.....	64
CAPÍTULO 3. CHAKLAJUN "Milpoleta"	70
3.1 Chaklajun (Milpoleta), San Juan Chamula, Chiapas	71
3.2 Ubicación Geográfica	72
3.3 Cronología del Pueblo.....	79
3.4 Cultura.....	86
CAPÍTULO 4. MODELO HEPTACATEGORIAL	107
4.1 Modelo heptacategorial.....	108
4.2 Aplicación de modelo en una comunidad tzotzil enfocado hacia la salud y enfermedad.	117
CAPÍTULO 5. METODO	120
5.1 Planteamiento del problema.....	121
5.2 Participantes	121
5.3 Instrumentos.....	122
5.4 Procedimiento	123
5.5 Diseño	126
5.6 Resultados	127
5.7 Discusión.....	135
5.8 Conclusión	137
Referencias:	138
ANEXO 1.	149

RESUMEN.

A partir de un modelo heptacategorial psicológico, fue posible determinar el proceso salud-enfermedad mental de una cultura maya inmersa en un México del siglo XXI, al ser destacado por ser un país pluricultural que se adapta a una misma estructura de atención médica, ha provocado que éste servicio no cubra las necesidades básicas e integrales que la población requiere, por lo que el presente trabajo tuvo como objetivo conocer los elementos históricos, sociales, en contextos pasados, presentes, con información que se recibió día con día como resultado de la convivencia entre el grupo y con culturas externas, e incluyendo los principios teóricos de la salud y enfermedad desde cosmovisiones diferentes pero pertenecientes a nuestra sociedad. Estos resultados también tienen la intención de poder ampliar la mirada científica que nos conceda más herramientas para el uso terapéutico, teniendo ahora una visión que incluya la toltequidad propia de nuestro pasado influyente de un modo u otro en nuestro entorno. Se trabajó con una muestra de 25 familias y cada familia eligió a un miembro representante a quien se le aplicaron entrevistas semiestructuradas a través del método cualitativo fenomenológico, las entrevistas fueron llevadas a cabo en cada uno de los hogares de cada sujeto entrevistado de la comunidad de Milpoleta, del Municipio de San Juan Chamula; en el Estado de Chiapas. Y a través del método de investigador participante, se pudo ver como los habitantes interactuaban de manera natural sus actividades cotidianas, resaltando la importancia que como investigador se debe tener empatía con la gente de la comunidad y a la vez distanciarse lo pertinente para no afectar su entorno. Se puede concluir que a partir de esta investigación se cumplió con el objetivo de esta Tesis, el cual fue elaborar el concepto salud-enfermedad como un mismo proceso dentro de una comunidad maya, el cual es principalmente un fenómeno social que aportó herramientas para ampliar el panorama respecto a la salud y enfermedad.

INTRODUCCIÓN

En el mundo moderno en donde vivimos se encuentran diversas culturas en constante interacción, cada grupo tiene necesidades diferentes, así como recursos adecuados a su cultura misma que les permite acceder o no a su estabilidad física, mental y social. Dichos recursos provienen de distintos factores, como su historia, geografía, economía, alimentación, rasgos físicos, ambiente social, costumbres, creencias y educación; entre más conocimiento se tenga de estos factores, será más fácil para el individuo alcanzar un estado de bienestar y equilibrio ante cualquier ambiente y rubro temático en el que se encuentre.

En esta investigación se accedió a la información vital de una comunidad maya sin pertenecer a ella, con el compromiso explícito de regresar a la comunidad y donar el producto final a la biblioteca pública de la escuela primaria de la comunidad, para que quede a disposición de todo aquel interesado. El proceso salud-enfermedad, al ser un tema poco explorado, se vuelve un trabajo pionero en la psicología, conllevando a una gran recopilación de información, obtenida a partir de las entrevistas realizadas a la comunidad y la información encontrada por autores de otras áreas de la ciencia.

La presente tesis de licenciatura tiene como finalidad conocer la salud-enfermedad mental a partir de la cultura de la gente que habita y es nativa de *Chaklajun* (Milpoleta), comunidad tzotzil de los altos de Chiapas, teniendo como elemento a considerar la condición humana. Este trabajo se centra en las características cognoscitivas y deja entendidas las condiciones orgánicas y condiciones sociales en términos formales. Sin negar que todos los fenómenos de la vida ocurren con todas sus variables, y las correspondientes

a los animales en general, con las condiciones orgánicas, las condiciones sociales y los procesos cognoscitivos; para fines de este trabajo prestamos mayor atención a los procesos cognoscitivos, dejando sobreentendidas los otros dos tipos de variables (Sánchez, 2017).

Se utiliza el marco cultural, entendiéndolo, por ahora como postura cognoscitiva, es decir, “los procesos simbólicos que se llevan a cabo mediante el lenguaje tales como el pensamiento, memoria, percepción, solución de problemas, etc.,” (Sánchez, 2017, pag. 56) para delimitar el concepto de salud-enfermedad en calidad de proceso. En el desarrollo de tal concepto se destacan dos modalidades, que son a) conscientes y b) automáticas; y en ellas se apoyó el análisis de la salud y la enfermedad. Así, pues, es importante dejar claro que el análisis se hizo sobre la base de las estructuras lingüísticas por el carácter cognoscitivo del tema ya que éste se expresa a través de las gramáticas de las lenguas; en este caso, se revisó la lengua nativa de la comunidad Chiapaneca Tzotzil, enfocándose en los trastornos psicológicos en el marco de la cultura maya¹, los cuales aportan una muestra de la amplitud de la diada salud-enfermedad. Estos conceptos se entienden como un proceso, logrando entonces una definición racional y metodológicamente manejable de esta dupla, para esta comunidad en particular y con repercusión para la humanidad.

¹ Los mexicanos entienden como tolteca a todo lo que proviene de la Tula Hidalgo. Nosotros entenderemos por tolteca a todo el conocimiento que se origina en las grandes ciudades como Yaxchilan, Tikal, Teotihuacan, etc. en sus épocas de apogeo, por lo que también referiremos a la región maya como perteneciente a esta toltequidad. (J. Sánchez, comunicación personal, 29 de enero del 2019).

El concepto salud-enfermedad para la psicología es de suma importancia ya que compete por principio, al desarrollo colectivo en virtud de la salud, con la finalidad de una estabilidad social, el bienestar físico y principalmente cognoscitivo para el ser humano, la mejora y el mantenimiento de su entorno (J. Sánchez, comunicación personal, 8 de Febrero de 2018).

Hay evidencia notoria de los trabajos, estudios y modelos enfocados en las pautas determinantes de la salud (Zapata, 2017). Modelos como el epidemiológico que se centran en los factores de riesgo que influyen y que propician a la enfermedad (Tapia, 2016); el modelo histórico social que analiza la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza del trabajo y la producción del individuo son fundamentales para el análisis epidemiológico, cuestionando la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad (Sánchez, 2017). Por otro lado, existen modelos que dirigen la mirada hacia un aspecto mayormente económico y geográfico en donde ambas influyen preponderantemente en el fomento de la salud y su desarrollo (Fundación Mexicana para la Salud, 1997), además de los diversos trabajos que se han efectuado para la ampliación de alternativas de curación y de conservación de la salud (Gustafson & Kiefer, 2017), siendo una guía para demostrar a través de los resultados de la investigación un apoyo adecuado para el modelo que se tomó como base.

En la búsqueda de información para la conformación de las entrevistas se encontró que hay diversos especialistas interesados en la población tzotzil, y tienen en curso distintas investigaciones enfocadas hacia la difusión de la salud en distintas comunidades (Neila, 2014). Sin embargo, la percepción de

los maestros de las universidades aledañas a la comunidad, los tesisistas y los maestros de la primaria respondieron a que la falta de conservación de materiales históricos y la falta de recursos económicos limita el desarrollo de estas investigaciones por lo que las comunidades no se pueden beneficiar del todo el conocimiento derivado de estas investigaciones (Maestros de escuela primaria de Milpoleta, Chiapas, comunicación personal, Febrero del 2015).

Este trabajo se ha organizado a manera de que el lector tenga nociones básicas de los principales conceptos que se han usado para el desarrollo del concepto salud-enfermedad mental en el mundo tzotzil con una perspectiva maya.

En el primer capítulo se abordó el tema de Salud, haciendo un pequeño recorrido en la evolución que ha tenido el concepto; sin embargo, tomaremos como referencia la información obtenida por la OMS, la cual será la principal representante de la cultura occidental en esta tesis. En el segundo capítulo se describen los orígenes, el desarrollo del concepto de enfermedad hasta el que actualmente se lleva a la práctica, algunos ejemplos de trastornos frecuentes a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), otras instituciones especializadas en la Salud mental y la visión de una comunidad maya. En el tercer capítulo se centra en la cultura de la comunidad estudiada, lo cual es de gran importancia para tener una mejor comprensión de los participantes en esta investigación y por ende del concepto generado.

La presente tesis decidió utilizar como eje central el modelo1 heptacategorial (Sánchez, 2017), este modelo es relativamente nuevo para la comunidad

científica, esta referencia juega un papel importante para la constitución del concepto de salud-enfermedad mental en esta cultura, ya que fue la guía para poder organizar y justificar toda la información obtenida en las entrevistas; por este motivo en el cuarto capítulo se enfatizan las principales características de esta teoría. Finalmente, en el último capítulo se describe la metodología y el procedimiento práctico de la tesis, haciendo un análisis de los resultados obtenidos.

Este análisis abordó en conjunto la salud y la enfermedad, ya que ambos conceptos, aunque están sujetos a condiciones orgánicas y cognoscitivas, para éste modelo y para una correcta interpretación de los alcances del trabajo, es necesario incluir con la misma importancia a las condiciones sociales, las cuales tienen una importancia equivalente a las otras categorías. Al enfocar éste trabajo hacia otra cultura bajo un modelo que nos permite distinguir condiciones pasadas y presentes, puede conducirnos a que éste sea un trabajo acerca de la visión de mundo de otra cultura como es la cultura maya que es de gran importancia para ésta tesis y que finalmente nos dará una visión diferente respecto al panorama Occidental ampliando la vista científica y colectiva de la salud mental y enfermedad mental.

CAPÍTULO 1.

SALUD

“Un hombre sabio debería darse cuenta de que la salud es su posesión más valiosa”. (Hipócrates 330 a.C.)

1.1 Concepto de Salud

El concepto vital de la presente tesis es el de salud mental; pero primero revisaremos el concepto de salud general, según la Organización Mundial de la Salud [OMS]. Con una sucinta definición, se afirma que: “la salud es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona”. Por lo que la OMS agrega que esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas (World Health Organization, 1997). A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición, y la reemplazó por ésta nueva de Rene Dubos en 1959: “Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor que permite a la persona funcionar efectivamente” (Organización mundial de la salud, 2011), y finalmente la reemplaza por aquella que comprende 3 dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social, propuesta por Herbert L. Dunn en 1959 (Talavera, 2016). La Organización Panamericana de la Salud (2000), aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el medio ambiente de la persona, como también lo afirma el modelo heptacategorial de psicología (Sánchez, 2017).

De acuerdo con la revisión que hace Tardy (2013), hace referencia al doctor Floreal Ferrara experto en salud ya que complementa la definición de la OMS de 1948, e intentó complementarla circunscribiendo la salud a tres áreas distintas:

- La salud física, que corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.
- La salud mental, el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.
- La salud social, que representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que el hombre pueda convivir con un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social.

La OMS, luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció una serie de componentes que lo integran: el estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación), y la perspectiva biológica y social (relaciones familiares, hábitos). La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación trídica entre un huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen). Estos conceptos son útiles, aunque tenga algún grado de

imprecisión por la amplitud y subjetividad del término mismo (Avila-Agüero, 2009).

Otro aspecto en el que se centra la caracterización de la OMS es la organización de la salud pública. Con esto se hace referencia a todas las medidas que puedan tomarse desde los organismos gestionados por el Estado para la prevención de dolencias y discapacidades, para la prolongación de la vida y para la educación de los individuos en lo que respecta a la higiene personal. Afirma la OMS (2013) que “la salud es parte de la responsabilidad de los gobiernos”. En este sentido es mucho lo que falta por hacer, incluyendo la mejora de los hospitales públicos, el fomento a la iniciativa privada (que contemple que la salud es un derecho de todos los individuos) y la protección del medio ambiente.

En el ámbito laboral, la OMS también se pronuncia al hacer referencia a la salud ocupacional semejándola en este trabajo como las condiciones sociales pasadas determinando la calidad de sus procesos cognoscitivos vislumbrándolo al facto ($Sp \rightarrow G$). Con este término se entiende a la actividad que promueve la salud de las personas en sus ámbitos laborales. Tiene que ver con las condiciones físicas del trabajador, pero también con lo psicológico. A la hora de ingresar a un trabajo, las personas se ven sometidas a un examen de salud, pero los accidentes laborales, los movimientos repetitivos asociados a determinadas tareas, la exposición a condiciones perjudiciales o el estrés y la presión por parte de superiores pueden deteriorar sus condiciones. Para evitar esto es necesario que quienes contratan trabajadores lo hagan asegurándoles

condiciones de trabajo adecuadas, enmarcadas en normas de seguridad, y también es necesario que el Estado, mediante sus organismos de control, propenda al cumplimiento de las leyes en este sentido. Las organizaciones encargadas de la salud mencionan que hoy en día existen muchos planes (de medicina preventiva, de seguridad, de higiene) que tienen como objetivo preservar la salud de los empleados en su ambiente laboral (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2018).

1.2 Salud Mental

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En otras palabras, conforme pasan los años se va complementando o modificando el concepto de salud, la organización ha comunicado que a partir de la realización de diversas investigaciones se ha encontrado que la salud mental afecta intrínsecamente a la salud física y que la salud física afecta la salud mental. Teniendo a la mano un ejemplo citado por el modelo que se está

utilizando como base, en donde ilustra como las condiciones orgánicas y cognoscitivas se ven en interacción conjunta. Es el caso de la hipnosis, ya que en esta técnica se ve cómo las palabras modifican estados orgánicos, el llamado “segundo aire” de los maratonistas es un ejemplo que modifica el estado subjetivo del individuo (Sánchez, 2017., pág. 88).

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez (OMS 2013). Y de acuerdo con esta misma propuesta hay que conocer en primer lugar si se podrán tomar medidas que participen en organizaciones comunitarias, ya que hay que evaluar y delinear los parámetros cognoscitivos de las comunidades que se diferencian ampliamente en los conceptos de salud y enfermedad, lo que implica para ellos una persona sana, la forma y medio en el que serán compaginadas y mediadas las formas en las que la difusión y control de salud estén al alcance y sean viables a nivel comunitario. Para una mejor comprensión de ello, es indispensable agregar en dicho trabajo los datos y cifras que hasta el momento se han obtenido respecto a la salud con los temas de mayor relevancia que competen con la salud del mundo y del país para las organizaciones y las estadísticas más importantes de nuestro país, según la OMS.

1.3 Datos y cifras

La Organización Mundial de la Salud nos dice que la prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países, situación que debe tomarse en cuenta, ya que si las alternativas de salud tomadas no han mejorado la situación, entonces se podrían tomar otras o más acciones en conjunto a partir de los distintos niveles en lo que se ve afectado, el cual es parte de la propuesta que ofrece el modelo que se sigue para la presente Tesis (OMS, 2018).

Actualmente la OMS (2018), amplía los factores que influyen para poder conocer los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales, ya que estos no solo incluyen características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad, los cuales puedan complementar en un futuro alternativas de salud y no solo los primeros factores mencionados. También nos dice la OMS que existen otros factores que pueden causar trastornos mentales como el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales. Sin embargo, los trastornos mentales más impactantes para la organización son los siguientes:

- **Depresión**

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

Se ha demostrado que los programas preventivos reducen su incidencia tanto en los niños (por ejemplo, mediante la protección y el apoyo psicológico en casos de maltrato físico o abuso sexual) y en los adultos (por ejemplo, mediante la asistencia psicosocial después de catástrofes naturales o conflictos bélicos).

- **Trastorno afectivo bipolar**

La OMS refiere que este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo. Se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. Las personas que presentan solamente episodios maníacos y no sufren fases depresivas también se clasifican dentro del diagnóstico de trastorno bipolar. En cuanto a la atención, se dispone de medicamentos que estabilizan el estado de ánimo con los que atajar eficazmente las fases agudas del trastorno bipolar y prevenir las recidivas. Además, el apoyo psicosocial es un elemento esencial del tratamiento.

- **Esquizofrenia y otras psicosis**

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo. Las psicosis, entre ellas la esquizofrenia, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario). Estos trastornos pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad.

La estigmatización y la discriminación se pueden traducir en una falta de acceso a los servicios sociosanitarios. Además, hay un riesgo elevado de que no se respeten los derechos humanos de las personas afectadas, por ejemplo mediante su internamiento prolongado en centros psiquiátricos.

La esquizofrenia suele debutar al final de la adolescencia o el principio de la edad adulta. El tratamiento con fármacos y apoyo psicosocial es eficaz. Con un tratamiento adecuado y apoyo social, los pacientes pueden llevar una vida productiva e integrarse en la sociedad. La facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas de apoyo para que las personas que padecen trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, vayan superando etapas en su rehabilitación y superen los obstáculos que les dificultan encontrar y mantener un empleo y una vivienda.

- **Demencia**

En el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia. Este trastorno de naturaleza crónica y progresiva se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

La OMS sugiere que para que aumente la disponibilidad de servicios de salud mental, hay que superar cinco obstáculos clave:

- La no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación.
- La actual organización de los servicios de salud mental.
- La falta de integración de la salud mental en la atención primaria.
- La escasez de recursos humanos para la atención de salud mental.
- La falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública.

Los recursos financieros que se necesitan son relativamente modestos: equivalen a 2 dólares por persona y año en los países de ingresos bajos y US\$ 3 a 4, en los de ingresos medios (OMS, 2013).

1.4 Psicología de la salud

Joseph Dominic Matarazzo (1980) Psicólogo de la Salud, señala que el conjunto de las aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos son fundamentales para precisar, manejar y detallar todos los sectores determinantes de la salud (pag. 815).

Por otro lado, Carrobles (1993) diferencia y nos dice que la Psicología de la Salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad (pag.17).

Por lo que para la Psicología Clínica de la Salud ha de tomar en cuenta otros términos complementarios, siendo el caso de Rodin y Stone (1987) en donde se refieren a los factores o aspectos de la salud y la enfermedad en lo que el estado psicológico o la conducta individual constituyen el problema central, incluyendo aquí el concepto de salud mental que constituiría un componente más de la salud globalmente considerada. Por su parte la Psicología de la

Salud no clínica abarcaría cualquier aspecto de la Psicología orientado al estudio de las relaciones entre conducta y salud-enfermedad, tanto desde la pura investigación básica (por ejemplo, acerca de factores ambientales de riesgo para la salud), como en lo referente a la investigación aplicada (por ejemplo, sobre programas de prevención y educación para la salud). Tema de discusión que será también tomado en cuenta al abordar la visión y concepción de salud y salud mental en una comunidad originaria de Chiapas, procurando una observación apegada a la realidad concreta de la comunidad estudiada.

Si mejor pensáramos en Psicología de la Salud y no de la Enfermedad, el término orientaría nuestras ideas hacia la consecución de cuotas progresivamente más elevadas de bienestar físico, a través de la promoción de conductas relacionadas positivamente con la salud y la prevención de conductas insanas. Por ejemplo, algunas de las disciplinas antecedentes de la psicología de la salud, como la Salud Comunitaria o la Educación para la Salud, tienen como objetivo fundamental la prevención y promoción de la misma. En este sentido, y con el afán de especificar claramente el objeto de estudio, algunos autores han propuesto sustituir el término clásico de *patogénesis* por el de *salutogenesis*, cuyo concepto encierra la investigación de aquellos factores relacionados con el logro y mantenimiento de la salud, desde luego entendida como algo más que la ausencia de enfermedad. Así que bien entendido el binomio, Psicología Clínica y de la Psicología de la Salud a uno u otro extremo del continuo salud-enfermedad, y teniendo presente nuestra primera cuestión acerca de la salud física versus salud mental, podría afirmarse que la salutogénesis sería a la Psicología de la Salud, lo que la

psicopatología sería a la psicología clínica; es decir, la fuente para el estudio de factores determinantes en la aparición y mantenimiento de la salud y la enfermedad, respectivamente (Maes y Veldhoven, 1989).

Por otro lado, retomaremos la definición más específica respecto a la Psicología de la Salud, vislumbrando los aportes de ésta que puedan enriquecer la Psicología en México, como puente de información para visualizar distintas alternativas de salud con cosmovisiones regionales, en donde Matarazzo (1980) exhibe una postura más concreta respecto a la Psicología de la Salud, y esta no es sino la aplicación del conocimiento acumulado por los psicólogos al campo de la salud, es decir, una psicología genérica aplicada al campo de la salud por los científicos y los profesionales; planteamiento que aplica también a otras áreas de la psicología, como la clínica, la experimental o la infantil. Por tanto, se entiende que todavía no puede considerarse a la Psicología de la Salud como una disciplina o especialidad autónoma, planteando que tal identidad científica y profesional debe entenderse como un proceso en el cual, la continua síntesis de la información acumulada dirigirá a los elementos de la Psicología que deben ser aplicados, y en qué medida una potencial especialización de la psicología en el ámbito de la salud puede ser aplicada por los científicos y profesionales, considerándose dicho punto principalmente para la presente tesis, en dónde no se podrían considerar de total confianza o se deberá tomar dicho tema a discusión en investigaciones posteriores por las expectativas científicas dirigidas a la salud respecto a nociones y tradiciones de una comunidad.

1.5 Modelos enfocados a la salud

- Medicina Psicosomática

Hay que tomar en cuenta que se han desarrollado distintos métodos y teorías que intentan abarcar desde fragmentos relacionados con la salud hasta la comprensión más precisa que se pueda determinar para concebirla y mantenerla, teniendo a la vista en este apartado las relaciones y disyuntivas entre estas, las cuales se abordaron grosso modo, por lo que una vez teniendo en cuenta a la Psicología de la Salud han de considerarse otras, como ha sucedido históricamente a la medicina psicosomática en el intento de explicación e intervención en las alteraciones resultantes de la relación mente-cuerpo. En este sentido cronológico, y aunque el interés de la Psicología por la intervención en la salud y la enfermedad es muy anterior al desarrollo de la medicina psicosomática, esta última ha sido propuesta como uno de los antecedentes inmediatos de la psicología de la salud, al ser considerada como el primer intento organizado de crear un cuerpo sistematizado de conocimiento en este campo. (Velásquez & Rincón, 2010).

El término psicosomático hace referencia a aquellos trastornos orgánicos cuya etiología puede atribuirse a causas psicológicas. Pero no queda claro que debe entenderse por etiología psicológica, ya que el estudio de las causas es relativamente más complejo, dado que los fenómenos mentales no resultan directamente observables. Es necesario extrapolar la información a partir de las relaciones establecidas entre diferentes variables, al menos desde un punto de vista operacional que permita la evaluación e intervención en tales trastornos. Sin embargo, si el término psicosomático resulta ambiguo, no lo

son menos algunas formulaciones que apelan de forma genérica a determinados factores psicológicos, comportamentales, sociales o ambientales, como etiología de la enfermedad o como factores de riesgo en su desarrollo y/o mantenimiento. Quizá en relación con este concepto la discusión del problema mente y cuerpo pueda tener un carácter heurístico sobre los problemas metodológicos en relación a lo psicosomático (Castillero, 2018).

A continuación se enumeran las diferencias entre la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud (Berrocal, Fava y Sonino, 2016).

1. El objeto de estudio, centrado en la enfermedad de la Medicina Psicosomática, mientras que la Psicología de la Salud tiene especial interés en abordar los aspectos de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud y el bienestar.
2. Los modelos conceptuales, que en la Medicina Psicosomática están fuertemente ligados al planteamiento de enfermedad como anormalidad, tanto en el substrato físico como psicológico del individuo (teoría psicodinámica); mientras que la Psicología de la Salud maneja además otros planteamientos de la salud-enfermedad, y otros modelos que subrayan también las influencias ambientales sobre el sujeto y su salud.

3. La metodología de investigación e intervención, restringida al estudio de casos individuales, como técnicas de evaluación generalmente subjetivas, y con una limitada generalización de resultados en el caso de la Medicina Psicosomática, mientras que en el caso de la Psicología de la Salud los métodos incluyen el estudio de muestras de población, mediante técnicas cualitativas y cuantitativas, con una mayor generalización de los resultados obtenidos, y por tanto con una mayor aplicabilidad.

4. El ámbito de aplicación, limitado a un grupo de trastornos cuya característica común es la ausencia de causa orgánica demostrada, como por ejemplo, la hipertensión arterial, las úlceras de estómago o diversos trastornos dermatológicos; mientras que en el caso de la Psicología de la Salud el ámbito de aplicación se extiende a todos los hechos que suceden dentro de un continuo salud-enfermedad, hasta las conductas promotoras de la salud, pasando por los condicionantes ambientales o las influencias del sistema de salud globalmente considerado, siendo al parecer mucho más válido dentro de la óptica del modelo al que está enfocada dicha investigación.

- Psicología Médica

El campo de la Psicología Médica puede ser relacionado con la Psicología de la Salud en dos formas. En primer lugar, algunos autores consideran que la Psicología Médica constituye una ampliación de la Medicina psicosomática

tradicional. En este sentido, la Psicología Médica se centraría fundamentalmente en los aspectos psicológicos de la enfermedad y en su repercusión psicológica sobre el paciente. Los psicólogos médicos dentro de esta línea se ocuparían preferentemente de la evaluación psicométrica de pacientes médicos y psiquiátricos, lo cual, nos servirá para diferenciar a grandes rasgos el papel que desempeñan y la evaluación entre un médico tradicional de una comunidad con uno de occidente ya que éste también es un tema que se debe abordar con una línea mayormente direccionada hacia todo el proceso de sanación o recuperación a la salud pero que aquí no sé vera con tanto detenimiento, sin embargo, se tomará en cuenta para investigaciones posteriores enfocadas directamente hasta dicho punto (Díaz & Latorre, 2015).

Por lo que ahora se tomarán las teorías que acercan al interés primordial para dicha investigación, abordando a los científicos Pomerleau y Brady (1979) los cuales definen la Psicología Médica como un amplio campo de actividad, en el que la evaluación psicométrica, las pruebas proyectivas y la teoría de la personalidad han jugado los principales papeles pero que el interés principal ha recaído sobre la comprensión de la enfermedad médica en el contexto social y psicológico, en lugar del tratamiento. Y Matarazzo (1980) expone la diferenciación entre medicina conductual, salud conductual y psicología de la salud.

Por lo que a partir de distintas vertientes se sugiere para sintetizar, de ahora en adelante utilicemos el término Medicina Conductual para denominar un amplio campo de investigación científica, educación y práctica profesional,

relativo a salud y la enfermedad o disfunciones relacionadas (por ejemplo, hipertensión esencial, colesterinemia, trastornos asociados al estrés, adicción al tabaco, obesidad, etc.); el término Salud Conductual para referirnos a una nueva subespecialidad interdisciplinaria dentro de la Medicina conductual, referida específicamente al mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la disfunción en personas sanas; y el término Psicología de la Salud como un término más específico referido a una disciplina que abarca el papel de la psicología como una ciencia y una profesión en los dos campos anteriores (Matarazzo, 1980, pag. 807).

- Educación para la Salud

La educación para la salud puede definirse como la preparación permanente del individuo para conocer su organismo (su fisiología) desde el punto de vista físico, mental y social, y su ambiente de vida desde el aspecto ecológico y social, con el objeto de saber vivir en salud (protección, prevención, curación) y de participar con la comunidad en la protección de la salud colectiva (Perea, 2001). A partir de esta definición puede pensarse que la Educación para la Salud cubre una buena parte de los objetivos de la Psicología de la Salud. Sin embargo, no ha aportado, paradójicamente, un cuerpo teórico y metodológico que se haya traducido en una mejora tangible de la salud. A este respecto, los métodos de la Educación para la Salud o Educación Sanitaria se han centrado principalmente a la mera información divulgativa y al asesoramiento o consejo médico dispensado, entre otros procedimientos a través de campañas en medios de comunicación orientadas a algunos aspectos de la higiene sanitaria, a determinadas técnicas de prevención del contagio de

enfermedades o a la advertencia del peligro que conlleva para la salud la práctica de algunos hábitos y conductas (Villaseñor, 2004).

Las campañas de Educación para la Salud van dirigidas de forma indiscriminada a prácticamente todos los grupos de población, la información contenida en ellas tiene necesariamente que ser adaptada al ciudadano medio, con los consecuentes peligros de reiteración en aspectos ya sobradamente conocidos para unos, y de no integración del mensaje para otros, dando lugar en último término a que lo que pretendía ser divulgación de conocimientos indispensables para el mantenimiento y prevención de la salud quede en algo parecido a una vulgarización de términos y conceptos que, fuera de repetidos intentos, pierdan credibilidad sin llegar a incorporarse a los hábitos y costumbres de la población. Asimismo, ha venido ocurriendo que los programas y campañas de educación para la salud que se han realizado denotan una aportación muy reducida ya que particularmente en las comunidades de Chiapas, se han construido hospitales para luego cerrarlos, los cuales quedan abandonados ya que no se cuentan con médicos, medicinas ni equipo (Vega, 2017).

Como alternativa en el cumplimiento de los objetivos mencionados, ha aparecido la denominada Salud Conductual o Promoción Conductual de la Salud, en la que esta investigación no se detendrá debido a los objetivos que persigue, pero nos sirve de referencia mencionar que dicha alternativa no se limita a la mera información sobre los aspectos relativos a la salud, sino que aplica las técnicas e instrumentos propios de la Modificación de Conducta, en

el intento de obtener el cambio conductual y la promoción de conductas saludables. Es decir, que la Salud Conductual no sólo se centraría en el hecho de que el individuo o los grupos conozcan una serie de contenidos de salud, sino también de que los ejecuten, proporcionando estrategias que faciliten el cumplimiento de las conductas favorecedoras de la salud. En este sentido, Green (1984), ha propuesto la ampliación del campo de la Educación para la Salud, añadiendo otras cuatro áreas de intervención que son:

- 1.-La educación del paciente (incremento de las destrezas y la motivación en el afrontamiento y seguimiento de los procedimientos terapéuticos de la medicina).
- 2.-La educación en el autocuidado (entrenamiento de los individuos o los grupos, enfermos o sanos, en la detección de signos precoces de enfermedad y en el control de sus necesidades de salud).
- 3.-Educación para la salud en el ámbito escolar, laboral o comunitario (como forma de aportar los conocimientos básicos para el propio manejo de las conductas de salud).
- 4.-La promoción de la salud (relativa a la educación para la salud regulada por los sistemas institucionales en la promoción de las conductas de salud entre la población general).

Estas cuatro áreas de intervención, siguiendo con Green (1984), parece no han sido escuchadas o son efectuadas solo en algunos sectores de la urbe y en mucho menor cantidad a comunidades marginadas, sin mencionar las disfunciones que se puedan presentar de dichas propuestas por las dificultades

de reparo de fondos para que sean cumplidas todas las metas. Sin embargo, esta visión es comprendida en la presente tesis ya que así se puede ampliar el panorama de los resultados con las previstas diferencias en dicha visión, previendo que en el análisis serán notorias las diferencias, vislumbrándose posibles temas a discusión.

Puede aceptarse que la Educación para la Salud y la Psicología de la Salud comparten similares objetivos, aunque difieren ampliamente en su metodología. A este respecto es de interés fundamental el que la evaluación previa de los comportamientos y conductas de salud no quede restringida a medidas de resultado, es decir, lo que en último extremo hace el sujeto, sino que incorpore medidas del proceso por el que se llega a la conducta de riesgo o de prevención, incluyendo aquí la evaluación de aspectos cognoscitivos como las actitudes y creencias acerca de la salud, y los factores ambientales facilitadores o inhibidores de esas conductas, algo que parece no contemplarse en los programas y campañas de educación y promoción de la salud vigentes en la actualidad. Entendiendo la educación para la Salud en el sentido propuesto por Green (1984), no parece haber impedimento para asimilar este término y sus contenidos a los de Psicología de la Salud, por lo que al igual que en el caso de la Psicología Médica, tampoco hay razón para mantener ambos separadamente. En este sentido, Educación para la Salud, en sus aspectos comportamentales, constituiría una de las áreas de aplicación de la psicología de la salud.

1.6 La salud en una comunidad tzotzil

Las regiones rurales se caracterizan por sus amplios espacios verdes en donde se pueden realizar actividades como las agropecuarias o las agroindustriales; las concepciones que se tienen respecto al mundo, espacio, tiempo, lengua, vestimenta, entre otras que son fundamentales para el concepto de vida. La salud es concebida de forma que en algunos aspectos se puede asimilar con visiones occidentales, siendo estas las vías de acceso para el entendimiento entre lo urbano y lo rural, pero en el segundo ámbito dependen de las vivencias particulares en torno del concepto de sanación. Y es que la respuesta que cotidianamente da un terapeuta tradicional de Chiapas respecto a la salud, indica que ésta ocurre cuando uno está contento con respecto a los demás; come bien, regresa a su casa, platica con la familia y no siente dolores. Esta sano porque se porta bien en la tierra, entonces sus ancestros y Dios cuidan su espíritu. Según el comportamiento de cada persona, lo recompensan en el cuerpo y en el espíritu (Fernández, 2004).

Para el caso de la región en donde se tomó la muestra para la investigación se hizo un recorrido encontrando que la comunidad de Milpoleta (Chaklajun, en tzotzil), está ubicada en el Municipio de San Juan Chamula, Chiapas, la cual cuenta con un centro de salud de pequeñas dimensiones considerando el tamaño regular de dichas instalaciones enfocadas a la salud, siendo éste atendido por un doctor, un enfermero y una enfermera, sin embargo no cuenta con suficiente equipamiento para tratar situaciones graves, tan solo dan servicio como vacunas, circunstancias de accidentes leves y enfermedades no

muy graves, por lo cual, las personas acuden al centro para pedir medicamentos.

La información obtenida con algunos integrantes de la comunidad, indica que la cobertura de salud de la comunidad está a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a partir de que inicia el programa Oportunidades en 1972, se convierte en IMSS solidaridad en 1986 y en el 2000 con la entrada del PAN a la presidencia se rige como cooperación comunitaria, esta clínica lleva alrededor de 20 años funcionando. También hacen trabajo de prevención haciendo campaña principalmente para mantener las casas limpias, hervir el agua que ingieren y usar letrinas en las casas. En caso de presentarse enfermedades más graves se trasladan a San Felipe o San Cristóbal (F. Díaz, comunicación personal, 16 octubre del 2017).

Esta comunidad también cuenta con un centro de atención rural al adolescente, al cual acuden usuarios con un rango de edad de 10 a 19 años, los cuales si son estudiantes reciben un apoyo económico, siendo esta la principal razón por la que asistan los jóvenes a éste servicio.

Y de manera ancestral la comunidad cuenta con sus propios sanadores, siendo los shamanes chamulas (*i'loletik* o “videntes”) que son también especialistas en cuestiones referentes al tiempo cíclico. Se cree que gran parte de su habilidad para curar proviene de su capacidad para comprender y controlar las cuestiones del destino humano. La longitud de cada vida humana esta predeterminada por la deidad sol-cristo, en el momento del nacimiento. En

ese momento enciende velas de diferentes longitudes en el cielo, correspondientes a los plazos de vida asignados a los distintos individuos. Mientras la vela se mantiene encendida, el individuo y su compañero, el espíritu de un animal, viven. Cuando la vela se consume, ellos mueren. El término usado para designar a dicha vela (*'ora*) es igual a una de las palabras generales que se refieren al tiempo. El vocablo *'ora* (quizás relacionado con el castellano hora, en el sentido de “hora” o “tiempo”), también tiene el significado de destino. Vinculada a este concepto esta la creencia de que los individuos tienen espíritus animales que los acompañan, otorgados también por el dios sol en el momento del nacimiento, y que comparten los destinos físicos y espiritual de sus contrapartes humanas. Estos animales viven en dos corrales especiales, uno ubicado en una montaña sagrada, y el otro en el cielo, y son cuidados por San Jerónimo. Son desde jaguares y coyotes para los ricos y poderosos, hasta tlacuaches y ardillas para los pobres y humildes. Los shamanes y los prestigiosos ocupantes de cargos necesitan de compañeros animales fuertes, que los ayuden a desempeñar sus tareas dentro de la comunidad humana. Cientos de shamanes trabajan a nivel de caserío como curanderos especialistas, protegiendo la salud, es decir, el tiempo o destino de sus clientes. Los shamanes adquieren su especialidad a través de los sueños, mediante la revelación o el aprendizaje. No forman un grupo organizado, sino que trabajan en forma individual, sobre una base de pago en efectivo o por trueque. Males personales del alma, desgracias atraídas por un espíritu animal compañero, daños causados por la brujería e infortunios provocados por la ira de dioses de la tierra, son los problemas más frecuentes que enfrentan los shamanes. También offician en los rituales preventivos, a los niveles de caserío

y patrilinaje. En resumen, las actividades políticas, religiosas y chamánicas de los chamulas, se esfuerzan por mantener el orden en un universo moral continuamente amenazado por igual por los hombres y los poderes sobrenaturales (Gossen, 1989).

CAPÍTULO 2.

ENFERMEDAD

“Tenga cuidado con la lectura de libros sobre la salud, podría morir de una errata”. (Mark Twain)

2.1 Concepto de Enfermedad

Para fines de la presente Tesis, es necesario abordar el concepto de enfermedad y su interpretación por lo que el blog de Enfermedades y Tratamientos nos dice que la OMS define a la enfermedad como la “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (28 de Septiembre del 2018). Además se encontró que en la plataforma del Gobierno de México definen a la enfermedad como una alteración del estado de salud normal asociado por la caracterización secuencial de signos y síntomas ocasionados por un agente etiológico específico (Portal del Gobierno de México, 1984-2017); éste último, es el término utilizado para la definición de enfermedad en los servicios de Salud Pública del País.

Ahora bien, para las ciencias biológicas, el estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan noxas del griego nósos: "enfermedad", "afección de la salud" (Corbo, 2015).

Según cual sea su origen, las noxas pueden ser biológicas, físicas, químicas, psíquicas, sociales o culturales. A continuación, se revisarán someramente cada noxa de acuerdo a Nachon (2008):

- Noxas químicas: estas noxas producen intoxicaciones, que, en su mayoría, son exógenas, es decir, se producen por el ingreso de tóxicos o venenos en el organismo. La incorporación de sustancias tóxicas

puede ocurrir en forma accidental, por la ingestión de alimentos contaminados, en mal estado o por picaduras y mordeduras de animales ponzoñosos.

- Noxas biológicas: son todos aquellos seres vivos capaces de provocar una enfermedad. Entre ellos se encuentran los protozoos, los metazoos, los hongos, las bacterias y los virus.
- Noxas físicas: entre estas, se pueden citar en primer lugar aquellas que se relacionan con el clima. Ejemplo: los cambios bruscos de temperatura favorecen las crisis asmáticas, etc. Las radiaciones nocivas también constituyen noxas físicas, así como los golpes o choques contra objetos contundentes.
- Noxas sociales, psíquicas y culturales: las guerras, los problemas económicos constituyen este tipo de noxa, revisten un alto grado de importancia ya que su impacto es sumamente negativo sobre el bienestar del individuo. Las agresiones ambientales más graves sobre el ser humano, se deben a cambios en las costumbres, los valores, el ritmo de vida, los ruidos y las oportunidades laborales, entre otras.

2.2 Enfermedad mental

La enfermedad o el trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, que afectan a los procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental [FEAFES],

2008). También se puede definir como aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones (Pérez y Merino, 2012).

Otra manera de definir a la enfermedad mental es llamándola trastorno mental al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. Resulta importante mencionar que los trastornos mentales pueden ser consecuencia de factores biológicos (ya sean de orden genético, neurológico u otros), ambientales o psicológicos (Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental [AVIFES], 1986- 2016).

De acuerdo con el departamento de investigación del hospital de Minnesota Mayo Clinic (2018), se requiere de un abordaje multidisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida del sujeto. Muchos son los signos o síntomas que dan muestra de que alguien está sufriendo un trastorno mental. Así, por ejemplo, entre los mismos se encuentran trastornos del sueño, tristeza, ansiedad, alteraciones en la memoria, dificultad palpable para pensar con absoluta claridad, conducta de tipo agresivo o incluso cambios y problemas en lo que es tanto la percepción visual como la auditiva. Aunque existen diversas categorías de trastornos mentales, las principales están basadas en los trastornos neuróticos y los trastornos psicóticos. Los mencionados en primer lugar alteran la percepción que el individuo tiene en torno a sí mismo y el grado de aprobación del Yo. Más allá de esto, no representan una distorsión

del plano real ni provocan aislamientos importantes de la vida social. Los trastornos psicóticos, en cambio, pueden incluir delirios, fuertes dificultades de carácter afectivo y relacional o alucinaciones. Por lo general, estos están determinados por razones orgánicas relevantes. Es importante tener en cuenta que la definición de trastorno mental ha sufrido variaciones con el paso del tiempo. Hasta 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluía a la homosexualidad y la transexualidad en su listado de trastornos mentales aunque ya en 1973 en la lucha por los derechos de las personas homosexuales lograron que la Asociación Norteamericana de Psiquiatría retirase la homosexualidad como trastorno de la sección desviaciones sexuales del DSMII (Servicio de Información y Noticias Científicas, (2010). Actualmente la OMS incluye la adicción de los videojuegos o juegos digitales en la lista de trastornos mentales a la sección de trastornos de adicción en el CIE11, el cuál se presentará a miembros de la OMS en su asamblea general de la salud en mayo del 2019 (OMS, 2018). Actualmente esta entidad clasifica a los citados trastornos mentales en nueve categorías a partir del CIE-10 (OMS, 2000):

1. Afectividad inapropiada o constreñida con un aspecto frío y distante.
2. Comportamiento o apariencia extraños, excéntricos o peculiares.
3. Contacto personal empobrecido y tendencia al retraimiento social.
4. Creencias extrañas o pensamiento mágico, que influyen en el comportamiento y son inconsistentes con las normas subculturales.
5. Susplicacia o ideas paranoides.
6. Rumiaciones sin resistencia interna, a menudo con contenidos dismofóbicos, sexuales o agresivos.

7. Experiencias perceptivas inusuales, incluyendo ilusiones somatosensoriales (corporales) u otras, despersonalización o desrealización.
8. Pensamiento vago, circunstancial, metafórico, muy elaborado y a menudo estereotipado, que se manifiesta por un discurso extraño o de otras formas, sin llegar a la incoherencia burda.
9. Episodios casi psicóticos ocasionales y transitorios con ilusiones intensas, alucinaciones auditivas o de otro tipo e ideas deliroides, que habitualmente se producen sin provocación externa.

La relación entre enfermedad mental y enfermedad física es muy estrecha, ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios. Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre éstas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas (Brookington y Romero, 1964). Para efectos de este trabajo se centra la atención en las enfermedades mentales.

2.3 Enfermedades Mentales

Las enfermedades mentales son producto de la interacción de condiciones orgánicas, sociales y cognoscitivas. Los estudios científicos muestran que los factores genéticos y biológicos están asociados con la esquizofrenia, depresión, y alcoholismo. Influencias sociales como la pérdida de un ser querido o del empleo, también pueden contribuir al desarrollo de varios

trastornos. Por lo que los científicos muestran que la mayoría de la gente con enfermedades mentales mejora, y muchos se recuperan por completo. La recuperación se refiere al proceso por el cual la persona es capaz de vivir, trabajar, aprender, y participar íntegramente en su comunidad. Para algunas personas, la recuperación es la capacidad de vivir una vida realizadora y productiva. Para otros, la recuperación implica la reducción o completa desaparición de los síntomas. La ciencia muestra que tener esperanza juega un papel integral en la recuperación de la persona. El tratamiento de las enfermedades mentales varía dependiendo de la persona. Mucha gente trabaja con terapeutas, consejeros, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, y trabajadores sociales en su proceso de recuperación. También usan estrategias de autoayuda y el apoyo de la comunidad (Rosillo, Hernández y Smith, 2013).

Encuestas recientes del servicio de investigación de análisis referidas a la salud en México, han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en las familias. Hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza: ambos están encerrados en un círculo vicioso. En tanto que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, se puede argumentar que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la subnutrición han sido reconocidos como factores asociados con los “trastornos

mentales comunes”. Existe, según la OMS, evidencia científica que la depresión prevalece de 1.5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población (Sandoval, 2006).

De acuerdo al Servicio de Investigación y Análisis (SIA, 2015), el cual tiene como objetivo el proporcionar asistencia profesional y especializada a los diputados de México mediante el suministro de información analítica, imparcial, objetiva y oportuna, en las materias de interés para su trabajo legislativo, las personas desempleadas tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo. Inclusive, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo.

Respecto al bajo nivel educacional, los estudios aprobados por la LIX Legislatura, han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes” y el bajo nivel educacional (Patel y Kleinman, 2003). Más aún, un bajo nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la vulnerabilidad e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza. En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso son frecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables. Las investigaciones encontradas en los comunicados de la Salud en México, nos dicen que las familias mexicanas se encuentran en un complejo momento de transición debido al cambio de los roles en el hogar y a una doble carga

para las mujeres, en la que además de cumplir con las labores del hogar, aportan una mayor contribución económica, esto ha provocado un incremento en su intervención en las decisiones familiares, se ha traducido en un fuerte aumento en las tensiones, lo que ha incrementado de manera considerable la incidencia de la problemática mental en este grupo. Un ejemplo de esta situación es la depresión en la mujer que tiende a interpretarse como un estado “natural” y poco importante para la pareja, la familia y para el personal de salud. Asimismo, la mayor participación de las mujeres en el mundo del trabajo incrementa a su vez el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres, así como de aquellos que ingresan de manera temprana al mercado informal de trabajo (Servicio de Investigación y Análisis [SIA], 2015).

Menciona la Legislatura que las características de la vida rural en México, tales como la falta de oportunidades de trabajo, la falta de infraestructura básica, de servicios de salud, de satisfactores, alimentación deficiente y mal balanceada, oportunidades limitadas para contraer matrimonio fuera del círculo familiar, incrementando los factores genéticos de riesgo, aunados al abuso en el consumo del alcohol, embarazos adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores, son factores que favorecen la prevalencia de pacientes mentales. En el país están identificados al menos 63 grupos indígenas cuya esperanza de vida al nacer es de 69 años, a diferencia de 74 años en la población nacional. La tasa de mortalidad es 58% más alta entre los niños indígenas, la desnutrición crónica es el principal problema de salud y convierte a los niños indígenas en una población altamente vulnerable a padecer retrasos en el desarrollo físico y

mental. Con mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo y que tengan hijos con bajo peso al nacer o prematuros. Para la población con diferencias étnicas y lingüísticas, el racismo y la discriminación también afectan los niveles de salud mental. Los diferentes pueblos indígenas son un grupo que se identifica como el menos saludable, con menores niveles de escolaridad, de empleos, de economía y de vivienda, y también por la falta de infraestructura en sus comunidades para atender problemas de salud. Lo anterior se entiende por la marginación social y el aislamiento, según información encontrada en una investigación aprobada por la cámara de diputados. Todos estos factores contribuyen a un nivel de salud bajo y a propiciar un círculo vicioso de desventajas en las comunidades indígenas que los hace propensos a padecer enfermedades mentales (SIA, 2015).

A continuación, se hace un listado de algunas enfermedades mentales en la cultura occidental para ejemplificar, distinguir y resaltar las más frecuentes, estas fueron elegidas al encontrar que son prioridad de investigación en el programa de acción de Salud Mental (OMS, 2018):

- Depresión.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para

afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (OMS, 2018).

- Trastorno afectivo bipolar

A partir de los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002), se ha decidido definir al episodio maniaco que lo describe como un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado durante al menos una semana, en el que se presentan al menos tres de los siguientes síntomas:

- Autoestima exagerada o grandiosidad.
- Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).
- Más hablador de lo habitual o verborreico.
- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
- Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.

- Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
- Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.
- No cumplen los criterios para un episodio mixto.
- No debido a medicamentos, drogas o a una condición médica general.

El episodio está asociado a un cambio en la actividad atípico y estos cambios son fácilmente observables por los demás. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

El episodio depresivo mayor se define por la presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo 1 o 2 necesariamente:

- Estado de ánimo deprimido
- Disminución del interés o placer en cualquier actividad
- Aumento o disminución de peso/apetito
- Insomnio o hipersomnio.
- Agitación o enlentecimiento motor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos inutilidad o culpa.
- Problemas concentración o toma de decisiones.
- Ideas recurrentes muerte o suicidio.
- Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.

- No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general.
- No asociado a pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses.

Nos dice la OMS (2016), que este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo. Se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. Las personas que presentan solamente episodios maníacos y no sufren fases depresivas también se clasifican dentro del diagnóstico de trastorno bipolar.

Se dispone de medicamentos que estabilizan el estado de ánimo con los que atajar eficazmente las fases agudas del trastorno bipolar y prevenir las recidivas. Además, el apoyo psicosocial es un elemento esencial del tratamiento.

- Epilepsia

La definición conceptual de crisis de epilepsia en el 2005 es definida como la aparición transitoria de signos y/o síntomas provocados por una actividad neuronal anómala excesiva o simultánea en el cerebro. La epilepsia es un trastorno cerebral que se caracteriza por una predisposición continuada a la aparición de crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta enfermedad, ésta primera definición solo requiere la presencia de al menos una crisis epiléptica

(Fisher, 2014). Sin embargo, el concepto clínico y epidemiológico de epilepsia como enfermedad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) exige la repetición crónica de crisis epilépticas y, se hace el diagnóstico cuando el paciente ha tenido dos o más crisis espontáneas. Las crisis epilépticas únicas o secundarias a una agresión cerebral aguda, no constituyen epilepsia (Zaldueno, 2014).

El departamento de Neurología y Ciencias Neurológicas de la escuela de Medicina de la Universidad de Stanford formulan una definición operativa de epilepsia con fines de diagnóstico clínico la cual es enfermedad cerebral que se define por cualquiera de las siguientes circunstancias (Fisher, 2014):

1. Al menos dos crisis no provocadas (o reflejas) con >24 h de separación.
2. Una crisis no provocada (o refleja) y una probabilidad de presentar nuevas crisis durante los 10 años siguientes similar al riesgo general de recurrencia (al menos el 60 %) tras la aparición de dos crisis no provocadas.
3. Diagnóstico de un síndrome de epilepsia. Se considera que la epilepsia está resuelta en los sujetos con un síndrome epiléptico dependiente de la edad que han superado la edad correspondiente o en aquellos que se han mantenido sin crisis durante los 10 últimos años y que no han tomado medicación antiepiléptica durante al menos los 5 últimos años.

La definición práctica revisada implica que también se puede considerar la presencia de epilepsia tras una sola crisis no provocada en aquellos sujetos que presentan otros factores asociados a una alta probabilidad de reducción persistente del umbral de crisis y que, por lo tanto, presentan un alto riesgo de recurrencia. Este riesgo debería ser equivalente al riesgo de recurrencia de una tercera crisis en los pacientes con dos crisis no provocadas, que es, como mínimo, de aproximadamente el 60 %. Este nivel de riesgo es el que se presenta en caso de lesiones estructurales remotas, como ictus, infección del SNC, ciertos tipos de traumatismos cerebrales o diagnóstico de síndrome epiléptico específico, o en determinadas circunstancias en presencia de otros factores de riesgo. También se considera que presentan epilepsia los pacientes con crisis reflejas recurrentes (por ejemplo, crisis fotosensibles). Con esta definición de la epilepsia se logra que el término coincida con el uso habitual por parte de la mayoría de los epileptólogos. La epilepsia no tiene que durar necesariamente toda la vida, y se considera resuelta si el paciente lleva 10 años sin crisis y no ha recibido fármacos antiepilépticos durante al menos los últimos 5 años, o cuando ha superado la edad de un síndrome epiléptico dependiente de la edad (International league Against Epilepsy, 2017).

- Esquizofrenia y otras psicosis

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo. Las psicosis, entre ellas la esquizofrenia, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta.

Las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario). Estos trastornos pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad (OMS, 2016).

Demencia

En las estadísticas de la OMS (2016), en el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia. Este trastorno de naturaleza crónica y progresiva se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.

2.4 Enfermedades Mentales desde la toltequidad

A continuación, prestaremos atención a las enfermedades mentales más recurrentes y conocidas por los habitantes de la comunidad a partir de las entrevistas realizadas:

Cuvaj

Trastornos diversos de las facultades mentales manifestados en conductas extrañas, que imposibilitan la relación normal de un individuo dentro de su grupo social; generalmente, su origen se atribuye a la introducción de seres sobrenaturales en el cuerpo o a los efectos de las acciones atribuidas a lo que en el occidente conocemos como brujería.

Los tzotziles de Chiapas creen que los desórdenes mentales son el resultado de un daño causado al espíritu por una acción de brujería enviada mediante un "mal sueño", durante el cual la víctima es golpeada en la cabeza; también pueden deberse a que el compañero animal de una persona es atacado por los nagueles (V. tona y nagual). Asimismo, pueden ser resultado de un golpe de garrote que recibe en la cabeza el *ch'u'lel* o alma de una persona; por lo común, se trata de un castigo aplicado por un miembro del c'atinbac, "ayuntamiento de los muertos" o inframundo.

Ak' camel.

Entre las causas de demanda de atención de la población tzotzil, llamada popularmente *ak' chamel* (lit, enfermedad arrojada), ocupa un lugar de primera importancia entre los padecimientos que conforman la epidemiología cultural del grupo. *Ak' camel* no sólo es una seria causa de demanda de atención, sino además una causa frecuente de muerte, especialmente entre aquellos pacientes que no son atendidos oportunamente. Por esta razón, si un

sujeto tiene la certeza de que ha recibido un mal, los curadores² tradicionales le recomiendan solicitar atención médica inmediata, ya que muchas veces el mal progresa tan velozmente que el enfermo muere en menos de 24 horas.

Ak' camel es el resultado de relaciones interpersonales conflictivas, fenómeno bastante común en todas las comunidades del mundo. Una vía de escape a situaciones como éstas, es la voluntad maligna de dañar a la persona con quien se tienen diferencias, o algún miembro de su familia, enviándole una enfermedad, objetivo que se busca mediante *Ak' camel*. En el curso de una ceremonia secreta que se realiza en un lugar aislado o sagrado, como son las cuevas y los cerros, a la luz de velas de diferentes colores y mediante oraciones, sahumadas (V. sahumar) y el ofrecimiento de una ofrenda —que la mayor parte de las veces consiste en *posh*³—, se pide el daño que se desea infligir a la persona enemiga (Vaca, 2001).

El sujeto afectado comienza a presentar los síntomas de la enfermedad enviada a los pocos días de efectuado el ritual, señalan los curadores. Estos síntomas aparecen en forma repentina, y por lo general comprenden fuertes dolores abdominales, diarrea y dolor de cabeza. El curador diagnostica el *ak'chamel* pulsando al enfermo, es decir, tomándole el pulso para conocer sus características, en virtud de que, según los curadores tradicionales,

² Para los fines de ésta tesis, utilizaremos el termino de curador como aquella persona que cura y cuida al enfermo. (J. Sánchez, comunicación personal, 10 de Octubre del 2018).

³ El *posh* o el *pox* es un aguardiente elaborado a base de maíz, muy importante en la cultura maya, hecha principalmente por los tzotziles de los altos de Chiapas, conocido para los nativos de esta zona como una medicina física y espiritual (Lozano, 2018).

la sangre tiene la capacidad de "hablar", esto es, de comunicar el tipo de mal que sufre una persona.

Kueh ya

Entre los tzotziles, el "espanto" o susto constituye una de las causas de demanda de atención más significativas de su población. Se trata de un síndrome de filiación cultural que no sólo provoca serios daños a la salud, sino que además forma parte importante de las causas de muerte entre las personas que padecen la enfermedad y que no solicitan la atención médica de un especialista competente, o que no reciben el tratamiento adecuado en forma oportuna. Los curadores indicados para tratar este padecimiento son los ihloletik (una de cuyas prácticas es rezar por el enfermo).

Los curadores tzotziles reconocen dos tipos de espanto: uno designado simplemente como "espanto", y otro llamado "espanto por culebra", nombre que alude a la causa primaria que da origen al padecimiento (V. "espanto de agua). Por lo que concierne al primero, se trata de una enfermedad que puede ser ocasionada por diferentes causas, algunas de las cuales son de orden sobrenatural, como por ejemplo "ver a un difunto", por el contrario, guardan relación con hechos de la vida cotidiana y son fortuitas, como los encuentros con animales —sobre todo si ocurren de noche—, asistir a peleas muy violentas o, por último, las caídas; todos estos sucesos pueden producir en el sujeto una fuerte impresión que, a su vez, hace que "su espíritu se espante" (V. "pérdida del alma).

Para la comunidad, la enfermedad puede surgir de inmediato o aparecer al cabo de un tiempo considerable, aunque en ambos casos se manifiesta de manera similar. Los primeros síntomas que presenta el sujeto afectado se revelan a nivel de la piel, la cual va adquiriendo poco a poco un color amarillento; simultáneamente pierde el apetito y comienza a sufrir dolores de cabeza y de muelas, insomnio, vómitos y sangrado nasal; ciertos enfermos también se hinchan de todo el cuerpo, mientras que otros adelgazan visiblemente. Todo esto debilita al sujeto y le provoca un rápido deterioro físico y emocional.

Chulelal.

El chulelal, o sueños, como han traducido el término los curadores (del vocablo *ch'u'lel*, espíritu, alma), es un padecimiento común entre la población de las comunidades tzotziles, que además constituye una seria causa de muerte en pacientes que no son atendidos oportunamente. El *ihloletik* es el especialista tradicional solicitado con más frecuencia para tratar la enfermedad.

El *chulelal* es un padecimiento que, según la tradición tzotzil, se adquiere durante el estado onírico. Para una mejor comprensión del mismo, es necesario recordar la enorme importancia que tiene el mundo de los sueños la cosmovisión de ésta cultura.

En él, los acontecimientos tienen una realidad semejante a los del mundo de la vigilia, y son considerados incluso más peligrosos, por cuanto involucran a su espíritu, el cual durante los sueños se encuentra en un estado

particularmente vulnerable a los ataques de las fuerzas del mal (V. espanto de sueño).

Según el pensamiento tzotzil, cualquier sujeto, mientras duerme, está en peligro de ser víctima de las artimañas del diablo (V. *pukuj*), quien envía sueños destinados a apoderarse del alma del durmiente. Los contenidos de estos sueños son tan impactantes que la persona manifiesta que perdió su espíritu y comienza a sentirse mal creyendo por el mismo enfermo o por los curadores que se ha asustado su espíritu; así, un tipo de sueño frecuente para estos fines es aquel en que el sujeto sueña que es perseguido en forma incesante, o que cae de la punta de un cerro, o que se encuentra de imprevisto en un lugar desconocido a donde alguien lo ha enviado. Como consecuencia de tal angustia, el alma se enferma, lo que acarrea finalmente la enfermedad del sujeto.

Los síntomas del *chulelal* aparecen casi de inmediato. El enfermo advierte malestares en todo el cuerpo, calentura, dolor de cabeza, sudor frío y escalofrío, además de una sensación de ser perseguido continuamente. Las consecuencias de este estado no se dejan esperar: a los pocos días pierde el interés en el trabajo, deja de comer y se abandona a un estado de completa apatía. El *ihlol* establece el diagnóstico pulsando al enfermo, además de observar su aspecto y de conversar con las personas que lo acompañan.

Fluido

El "fluido" es una causa de demanda de atención de la población tzotzil atendida por sus médicos tradicionales. Se trata de una enfermedad de "posesión", producida por la "introducción de un espíritu o sombra en la persona", afirman los curadores. Generalmente, los sujetos que tienden a ser víctimas de esas entidades son individuos débiles. La intrusión de una sombra se manifiesta mediante una alteración visible a partir de los gestos y actos el cual "se olvida de todo, se pierde su vista", habla solo y dice que es perseguido. El *ihlol* diagnostica mediante la observación de la conducta y del semblante del enfermo, además de proceder a pulsarlo.

El tratamiento consta de varias sesiones terapéuticas y tiene el propósito de liberar al enfermo de la o sombra que lo ha invadido, finalidad que se logra mediante la limpia con plantas. Mientras ejecuta el procedimiento el terapeuta recita un conjunto de oraciones y conjuros, propios para tratar esta clase de padecimiento, las invocaciones van dirigidas a la virgen de la Concepción, al niño dios, a la virgen de Guadalupe, a cristo y a San Rafael, y los rezos están tomados de un libro cristiano titulado Corona Mística.

Todo enfermo afectado de fluido necesita someterse al tratamiento adecuado antes de que el padecimiento avance y lo haga perder la razón, o "perderse", como dicen los terapeutas. A manera de prevención, o más bien de defensa los curadores aconsejan portar algún talismán o "protección", confeccionado para estos casos.

Ko petik.

Son también una causa de demanda de atención de la población de las comunidades tzotziles. Aun si no se presenta con mucha frecuencia, es una prueba más de que los denominados "síndromes de filiación cultural" representan el grupo más importante de padecimientos que impulsan a la población tzotzil a requerir los servicios de sus curadores tradicionales. Los chismes y las envidias (palabras), conocidos popularmente con la expresión *il ko petik*, son tratados por los *ihloletik* de los cerros.

Como su nombre lo indica, la causa de demanda de atención es originada por los chismes, es decir, por los comentarios mal intencionados, así como por las envidias que una persona puede suscitar en otras de la misma comunidad, cuando su posición socioeconómica alcanza un nivel más elevado del común; generalmente, esta situación se ve reflejada en la detención de mejores tierras, mayores cosechas, un trabajo mejor remunerado, una casa más linda, etcétera, todo lo cual estimula la envidia de los demás. El sujeto al enterarse de ésta situación, entra en conflicto emocional, la cual conlleva una serie de ideas irracionales.

Es así como la persona envidiada puede presentar cualquier tipo de síntomas, generalmente dolores, siempre de manera repentina; los dolores aparecen sin causa aparente, de preferencia en los músculos, en el abdomen y en la cabeza. El curador establece el diagnóstico mediante la pulsación de la arteria radial del enfermo.

Pos lom o potz lom

La expresión en lengua tzotzil *pos lom* tiene diversos significados. Por una parte, designa a los males de origen sobrenatural, que en la medicina tradicional tzotzil son numerosos. Asimismo, indica la causa de este tipo de enfermedades. Los tzotziles utilizan la expresión, además, para señalar una de las formas que creen adoptar los brujos de la zona —bolas de tierra incandescente, de color rojo—, para desplazarse durante la noche y hacer el mal en diferentes sitios de la región (V. *pukuj*). Los *ihloletik* consignaron con este nombre a una causa de demanda de atención bastante frecuente, que además constituye una importante causa de muerte entre la población tzotzil. El *pos lom* es un síndrome de filiación cultural tratado generalmente por el "*ihloletik* de los cerros", y que afecta sobre todo a la población adulta de las comunidades. La enfermedad tiene un origen mágico, y se manifiesta después que el paciente ha tenido un sueño durante el cual se le presenta una tentación, misma que acepta. Se dice que la tentación es ofrecida por el diablo, ya que según el pensamiento tzotzil "el demonio manda sueños que le provocan después una enfermedad; por ejemplo, una mujer soñó que su perro le mordía el cuello y luego tuvo un coito con él; a la mañana siguiente tenía hemorragia y el abdomen inflamado". El *pos lom* es siempre causa de graves padecimientos.

Durante los sueños, se dice que la persona es invitada a "hacer algo", por ejemplo "una comida; si acepta, entonces al día siguiente se cae y se enferma; pero si uno no acepta, entonces o no se cae, o si se cae no le pasa nada", aseguran los informantes. Los *ihloletik* proporcionaron información acerca

de tres clases de sueños que pueden relacionarse con el *pos lom*: en el primero, la persona va caminando y encuentra un demonio o una hechicería; en el segundo, la persona tiene una relación sexual con alguien del sexo opuesto que, en realidad, representa la enfermedad; el último tipo de sueño implica que el sujeto cohabite con una mujer o con un hombre.

Para una mejor comprensión de este tipo de enfermedad es necesario señalar que, entre los tzotziles, el mundo de los sueños es considerado tan real como el mundo consciente; los sucesos que tienen lugar durante el sueño son verídicos, y se cree que en ellos participa el espíritu del sujeto así como su animal-compañero —*chanul* o alter ego del sujeto cuyo destino está unido al suyo de manera inexorable—. Durante los sueños, las personas experimentan el contacto más íntimo con las fuerzas del bien y del mal, por lo que el estado onírico es una fuente de conocimiento excepcional. Asimismo es una situación de grandes peligros, porque lo que allí le ocurre al espíritu del sujeto también le sucede al animal-compañero y, en consecuencia, al sujeto mismo, sin olvidar las enfermedades propias del alma que ésta puede contraer durante dichos sueños.

Se dice que el *pos lom* se presenta de manera repentina: el enfermo muestra hinchazón, "bolas" en diferentes partes del cuerpo, tumores y hemorragias. El *Ihloletik* determina la naturaleza del mal tomando el pulso.

Pos lom. Mala menstruación

Como dijimos con anterioridad al analizar otro padecimiento designado también como *pos lom*, esta expresión en lengua tzotzil indica cualquier mal

de origen sobrenatural, así como su causa, además de las formas que adoptan los brujos de la zona “la estrella fugaz que se ve al anochecer, de color rojo” para desplazarse durante la noche en busca de posibles víctimas. Esta situación recibe el nombre de *pos lom* debido a que se trata de una afección causada "por los malos espíritus" que desean hacer daño a una mujer (*ak'chamel*).

Para los tzotziles, el signo más importante de la enfermedad es la suspensión del ciclo menstrual (regla), situación que lleva a que la mujer piense que va a tener un hijo, porque le viene la sangre hasta los tres o cuatro meses, comentado por un *Ihloletik*. Cuando aparece nuevamente la regla, se dice que lo hace en forma de "bolas", acompañada de fuertes dolores, especialmente bajo el ombligo y en la espalda; a veces también hay calentura y dolor de cabeza.

Para diagnosticar esta forma *de posh lom*, el *Ihloletik* aplica un método llamado: “bajada”, procedimiento terapéutico que consiste en dar masajes en la región abdominal de la paciente, utilizando pomadas o manteca. Esta práctica le permite descartar un posible embarazo de la enferma e iniciar el tratamiento.

Me'vinik

El *me'vinik* es una importante causa que demanda la atención en la medicina tradicional tzotzil, tanto por la frecuencia con que aparece entre los habitantes de las comunidades, como por la gravedad de sus consecuencias si el enfermo no recibe oportunamente el tratamiento adecuado. Este padecimiento es

conocido por la población únicamente con el nombre en lengua tzotzil de *me'vinik*, si bien los hablantes de castellano o los traductores lo han consignado como "alteración", éste es un término que los indígenas del área desconocen como sinónimo de esta enfermedad. Es un padecimiento que afecta principalmente a las personas adultas, las cuales solicitan para su tratamiento los servicios del *Ihloletik*, principalmente.

En la cosmovisión tzotzil, el término *me'vinik* designa tanto a un órgano anatómico, que en las personas saludables se encuentra situado detrás del ombligo, como a la enfermedad que surge como consecuencia de cualquier alteración que sufra. De acuerdo a lo mencionado, éste órgano tiene la propiedad de latir "como corazón", característica que permite detectarlo mediante la palpación del corazón. Los *ihloletik* mencionan que la causa más común que lleva a una modificación del estado de este órgano es la realización de esfuerzos físicos excesivos, fenómeno frecuente entre los adultos que ejecutan labores agrícolas. Según los *ihloletik*, al realizar este esfuerzo, el *me'vinik* "se sube hacia el pecho", es decir, se desplaza hacia arriba hasta situarse en la parte superior del estómago. Los síntomas más frecuentes que manifiesta el enfermo son: dolor penetrante en la región epigástrica, el cual se intensifica cuando el paciente se fatiga o hace algún movimiento, dificultad para respirar que le produce una sensación de ahogo, y una enorme debilidad que incluso le impide caminar. A veces el mal se presenta acompañado de calentura con escalofríos.

El diagnóstico se establece mediante un interrogatorio, la observación del estado físico del paciente, y la palpación del abdomen —especialmente de la

región estomacal— para localizar el latido que indica la presencia del me'vinik.

Pérdida del alma

Enfermedad que afecta a las personas que han sufrido una fuerte impresión o susto, aunque se relata que también existen otros agentes causales que pueden desencadenarla. La consecuente gravedad con la que llega a evolucionar, se explica por el hecho de que la víctima pierde una de las esencias vitales más importantes, la cual es reconocida bajo variados conceptos a lo largo del país —utilizados la mayor parte de las veces en forma indiferenciada—, tales como alma, sombra, espíritu, animal compañero o tona, *ch'ulel* y *tonalli*, entre otros. Los trastornos orgánicos que suelen acompañar a este proceso se describen por aquello que consume poco a poco al afectado, necesitando atención oportuna por el Ihloletik para evitar la muerte del enfermo.

Tanto en los grupos indígenas como en los mestizos, son frecuentes los reportes en los que se menciona su existencia. Se dice que las principales causas por las que un individuo pierde su alma, se pueden clasificar en tres grupos:

- a) por una fuerte y súbita impresión.
- b) por un ataque que sufre el alma en sus viajes realizados durante el sueño.
- c) por ser capturada por un ente sobrenatural.

De esta manera, se cree que esta entidad anímica abandona su continente debido a una fuerte impresión, producto del encuentro con un ser sobrenatural que puede tomar la forma de nagual, duende, chaneque o espíritu guardián de la tierra, ríos, bosques, etcétera. Se piensa que estos seres agresores son de apariencia monstruosa y carente de sesos, capaces de atrapar a una persona y devorarle el cerebro. Se narra que los hay pequeños, de larguísimos cabellos, de piel clara u oscura, de cabeza crespa, de pies invertidos, y que salen de las aguas, de las oquedades terrestres o de los árboles a determinadas horas del día o de la noche. Sus diversas naturalezas y costumbres son descritas en forma muy similar por los que creen en ellos, a pesar de las distancias geográficas y las diferencias culturales.

También la impresión traumática puede deberse a: accidentes, presenciar fenómenos meteorológicos, escuchar los "sonidos extraños" de la noche, así como mirar el cadáver de alguien fallecido en forma violenta (*zaki*). De igual modo, los tzotziles mencionan que el alma puede ser capturada durante las horas del sueño. Al respecto, se dice que mientras el individuo duerme, la esencia acostumbra a salir a vagar, motivo que da origen a las ensoñaciones. Es en estos momentos cuando un ser sobrenatural, el espíritu de un hechicero o el de un enemigo, pueden capturarla, manteniéndola alejada de su dueño, situación que lo enfermará gravemente. Entre diversos grupos indígenas se cree que el alma no sale por entero a vagabundear; sólo lo hace una parte de ella. Sin embargo, esa pequeña porción que se mantiene en el cuerpo resulta insuficiente para mantener la buena salud del individuo. Con frecuencia se menciona que una persona corre peligro de perder este componente anímico, cuando no respeta los límites de las moradas de los espíritus guardianes de la

tierra, cuevas, montañas, barrancas, y principalmente de los depósitos de agua, como son los ríos y manantiales, lugares donde residen los seres más temidos (Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, 2009).

Hablando del animismo, en donde la idea de alma, nace de experiencias fundamentales como el nacimiento y la muerte, sueño y ensueños, síncope y delirios, entre otras que son inherentes a una primera y oscura consciencia del hombre de su realidad en el mundo. Si hoy, con el conocimiento adquirido por un largo pasado, se presenta en un contexto teórico de articulaciones precisas, no ocurriría evidentemente lo mismo cuando las representaciones de las cosas eran todavía confusas en el espíritu humano, estrechamente sometidas al juego de los sentimientos y de la imaginación, sin la preocupación de lo que más tarde ha llegado a ser la “objetividad” (Mueller, 2007).

Para otras culturas el alma aparece en correlación mágica, siendo ésta la variable para los pueblos, con las fuerzas de la vida, y se les atribuye tanto al animal como al hombre por el hecho de que respira al igual que puede sangrar; porque morir es visiblemente exhalar el último aliento o vaciarse de su sangre. Ahora bien, ¿Qué pasa con esta alma misteriosa que habita el cuerpo cuando éste no es más que un cadáver? A esta pregunta algunos miembros de la comunidad respondieron con toda clase de representaciones imaginarias: reino de los espíritus, migración de almas, fantasmas de los que regresan, etcétera.

Podríamos acordar entonces, que el género humano donde quiera que surja, se expresa primeramente por una actitud animista. Al parecer, todas las

primeras sociedades humanas han atribuido sus éxitos y sus fracasos a poderes misteriosos, omnipresentes, capaces de modificar el curso de las cosas; lo que actualmente puede ser muy conveniente para justificar los fallos gubernamentales que se presentan en muchos discursos de cuentas anuales, pero para no desviarnos, tornemos a que tal concepción supone el deseo de conciliarse o de apaciguar esas fuerzas mediante prácticas religiosas o mágicas, que, de tal modo, aparecen en los orígenes mismos de la vida mental. Por ejemplo, los estudios modernos, sobre la mentalidad infantil como sobre la primitiva, han aclarado de manera satisfactoria ese estado del espíritu, que consiste en proyectar hacia el exterior deseos y temores, en conferir un poder oculto a los seres y las cosas del mundo (Guiteras, 1997).

En el caso de la población cristiana también existen las creencias anímicas, por ejemplo, en la infancia se cree en los cuentos de hadas, en la añoranza por la llegada de la Navidad, y aquellas festividades que nos hacían tener una serie de esperanzas depositadas de seres nunca antes vistos, en donde inclusive después de años nos remontan al recuerdo con una vaga nostalgia del que es grato recordar. Entonces, el cristiano en la psicología propia de esta mentalidad animista presenta formas variadas y distintas de ser tan simple como podría creerse a primera vista. Por ejemplo, no es fácil saber en qué medida el alma particular que algunos pueblos africanos atribuyen a las partes del cuerpo (el ojo, la sangre, el corazón, el hígado, etc.) representa para ellos la sede de una potencia vital experimentada como sustancialmente una, o si responde a un pluralismo radical del hombre (Muller, 2007).

Entonces, tenemos que la idea del alma, parece estar implícita ya en las más antiguas concepciones griegas acerca del hombre y de su destino, ésta no difiere fundamentalmente de la que encontramos entre las ideas primitivas en general, las que pueden estar constituidas en el animismo en sus diversas formas. A la idea del alma semejante al cuerpo que ocupa, aunque más pálida y tenue, se añade la del alma como un hálito exhalando en el instante de la muerte (Gossen, 1989).

2.5 Concepto de enfermedad en comunidades tzotziles y aledañas

Por otro lado existen sistemas tradicionales de nuestras culturas antiguas donde las enfermedades mentales que padecen se tratan de acuerdo a los usos y costumbres de la comunidad, las estructuras familiares, los sistemas populares de atención a la salud y los servicios médicos. Cada cultura o sociedad genera diversas respuestas y estrategias para contrarrestar y prevenir las enfermedades. Se recurre a múltiples tradiciones en el arte de sanar, no solo para atender las enfermedades mentales y los problemas psíquicos y sociales, sino para analizar y buscar sus causas y organizar respuestas personales y comunitarias (Arias, 1975). Para interpretar todo lo anterior cada cultura cuenta con un sistema de signos y conceptos, es decir, con un sistema hermenéutico (Sánchez, Comunicación personal, 2018).

El conocimiento médico local ejerce una importante influencia en la manera que se percibe y expresa la enfermedad mental, en cómo se entiende ésta y en las respuestas que suscita. Así, termina moldeando la enfermedad misma, sistematizando los síntomas, las interpretaciones y la forma como se procura

asistencia, siguiendo patrones de comportamiento que difieren según las sociedades y los grupos étnicos. Los ihloletik no se enfrentan directamente con la "ansiedad", "depresión" o "manía", sino con las creencias culturales que las recubren. La queja que presentan los pacientes se refiere a "los nervios", "pérdida del alma", "susto" o "embujo". Esta concepción, confirma los síntomas y enfermedades populares, evita el estigma, legitima el papel de enfermo asumido por el paciente y ofrece más enfoques prácticos para el tratamiento y mayores esperanzas para la curación.

Las practicas curativas y las concepciones que tienen los ihloletik de la salud-enfermedad necesitan estar forjadas y reconocidas social y culturalmente, es decir, se debe entender que están sumergidas dentro de una realidad simbólica en el interior de la cual se producen estilos de vida propios, formas específicas de relación social y conceptos culturales sobre el cuerpo humano y la enfermedad. Gran parte de la eficacia y valor de estas prácticas descansa en el hecho de que están profundamente enraizadas en una tradición cultural (López, 1996). Cabe resaltar que los terapeutas tzotziles, al lado de otros curadores indígenas chiapanecos, cuentan con una de las más numerosas y antiguas organizaciones mexicanas de practicantes de la medicina tradicional, la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, A. C. (OMIECH). Esta fue fundada a principios de 1986, y actualmente está constituida por más de 750 integrantes de los municipios de Chamula, Larraínzar, Chenalhó, Tenejapa, Oxchuc, Huixtán, Simojovel y Las Margaritas. Dado que sus objetivos primordiales son los de preservar y difundir sus conocimientos médicos, así como mejorar las condiciones de

salud de sus comunidades, los miembros de la OMIECH han desarrollado proyectos de capacitación en preparados herbolarios, huertos comunitarios, herbarios, atención materno-infantil; proyectos de investigación relacionados con el estado actual de la práctica médica en la región; labores de difusión como publicaciones y videos, así como la vinculación con otras organizaciones e instituciones relacionadas con su labor terapéutica (Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, 2009).

Existen un gran número de investigaciones⁴ sobre los curadores de distintas regiones, sus procesos de curación y los conceptos de salud que sirven de base para sus tratamientos que demuestran sistemáticamente que las prácticas de éstos son efectivos para aliviar las dolencias causadas por malestares psicológicos y sociales.

Para los tzotziles y los tzeltales, cualquier contratiempo es resultado de un comportamiento que no va de acuerdo con las reglas establecidas. Si un tzotzil dice, tropecé con dificultades, el infortunio más indeseado que le puede ocurrir a una persona es el que sobreviene en forma de enfermedad o de muerte. La enfermedad constituye un gran peligro y es la señal utilizada por los guardianes de la tradición respecto de la armonía entre los aspectos visibles e invisibles del mundo. La enfermedad es el castigo más temido por actos que amenazan el orden establecido. Así, un ejemplo de esto es la creencia de que

⁴ Uso ritual de la danza y el territorio de los baatsik; nociones de depredación y parentesco ritual en la construcción de chamanismo huasteco (Lara, 2015). El aspecto social en la medicina chamánica: la relevancia del chamanismo como una alternativa terapéutica (Marquís, 2009). Iniciación, enfermedad y curación: el chamanismo huichol (Islas, 2008).

el alma se puede desprender del cuerpo y errar, especialmente durante el sueño nocturno. Cuando una persona duerme, el alma deja al cuerpo y vaga visitando lugares extraños, principalmente los que no son accesibles durante el día, cuando el alma se halla confinada en el cuerpo. Los lugares que ese aspecto invisible del hombre visita son, con mayor frecuencia, las moradas de los ancestros (*totilmehtick*), de los protectores-defensores (*jpetum-jkucum*) y de los dueños del cielo y la tierra. En sus exploraciones, el alma se va muy lejos y con mucha frecuencia se pierde, o bien es hecha prisionera y herida por los peligrosos moradores del otro mundo. Cuando así ocurre, la persona cuya alma se halla en dificultades se enferma (Page, 2005).

Un *ihlol* es aquel que, mediante habilidades especiales adquiridas gracias a los sueños, puede abrirse paso en el mundo invisible y enfrentarse a él. Habla y concluye pactos con los dueños y moradores de ese mundo, su labor consiste en rescatar el alma del paciente mediante ritos y ceremonias terapéuticas y merced a las ofrendas a aquellos seres que se han apoderado del alma (Guiteras, 1997).

La vida de una persona transcurre y permanece en esta tierra de acuerdo con el número de días que se ha concedido a cada quien; ahora bien, que esa vida sea como una planta o una hierba que brota, crece y muere no necesariamente implica una perspectiva fatalista de la vida, entendiendo al fatalismo como aceptar el destino sin hacer nada para cambiarlo. El desconocimiento de los *tzotziles* y los *tzeltales* del último día y la última hora de cada hombre hace que recurran a todo lo que culturalmente se estima necesario para salvar la

vida de la persona enferma; sólo cuando se han agotado todas las posibilidades se dice: allí terminan exactamente sus días. Los familiares del desaparecido encuentran gran alivio en su pena por el ser perdido y pueden vivir en paz cuando logran decirse a sí mismos: Recurrimos a todo, pero nada pudo aliviarlo, sus días terminaron en aquel momento (Gossen, 1989, pág. 78).

Como la enfermedad se considera un castigo sufrido por los pecadores, curar una enfermedad significa restaurar el orden retirando la ofensa hecha en el mundo invisible. El perdón se gana reconociendo las faltas cometidas y mediante la promesa de adoptar modales o un comportamiento mejor. Cuando la falta se comete en perjuicio de uno de los mayores, se incluye el ofrecimiento de regalos, principalmente licores, así como una confesión hecha a la persona agraviada; ésta por su parte, aconseja, reprende o pide un regalo mejor, de acuerdo con la gravedad del agravio. A veces se recurre a los castigos materiales, como los latigazos. El castigo material es muy importante y constituye un medio necesario para que la persona agraviada deje partir su cólera (Otto, 2009).

El procedimiento que sigue el *ihlol* en el mundo invisible es análogo al que se practica en el mundo visible. Mediante sus complicadas técnicas, el *ihlol* cree que existe otro mundo al cual puede entrar y éste explora sus lugares profundos; habla, apacigua con regalos y convence con argumentos a los moradores de ese mundo, a fin de obtener el perdón del enfermo y devolver a su debido lugar el alma capturada o abandonada; pide a esos seres buen trato

y alivio para el alma afectada, en respuesta a lo que él hace con la persona enferma en el mundo visible.

Mediante estas técnicas curativas, la comunidad y el individuo adquieren dominio sobre un reino al que es difícil enfrentarse y restaurar el orden perturbado en el individuo, así como en la comunidad. Pero para continuar hablando de la cosmovisión del *ihlol* y la comunidad de estudio, a continuación, pasaremos al siguiente capítulo que nos ira acercando a las características particulares y los orígenes de esta comunidad Chiapaneca.

CAPÍTULO 3.

CHAKLAJUN “Milpoleta”

“Nuestro cuerpo es nuestro jardín y nuestra voluntad, el jardinero”.

(William Shakespeare)

3.1 Chaklajun (Milpoleta), San Juan Chamula, Chiapas

Milpoleta es una localidad habitada por un gran número de hablantes de la lengua tzotzil considerados como un grupo indígena que son representados por los Chamulas. Está ubicada en las zonas más altas de Chiapas, en la localidad se han conservado las culturas y costumbres prehispánicas.

Milpoleta se localiza en el Municipio de San Juan Chamula del Estado de Chiapas, México; se encuentra a una mediana altura de 2380 metros sobre el nivel del mar. La población total de Milpoleta es de 889 personas, de los cuales 420 son masculinos y 469 femeninas. Los ciudadanos se dividen en 332 menores de edad y 557 adultos, de los cuales 72 tienen más de 60 años; con un total de 188 viviendas particulares habitadas. La localidad está catalogada con un grado de marginación alto y un rezago social medio, resaltando como indicadores que hay un 40% de la población mayor a 15 años que es analfabeta, un 12% de la población menor a 15 años que no asiste a la escuela y un 90% de la población mayor a 15 años que tiene la educación básica incompleta. La población económicamente activa es del 20% de la población total el cual se divide, entre los tres sectores, de esta forma; el 43% en el sector primario, el 30% en el sector secundario y el 28% en el terciario (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

Las fuentes no son del todo claras respecto al significado y origen del nombre Milpoleta, principalmente hay dos versiones que la comunidad hizo referencia, una es que años atrás (hace más de cien años aproximadamente)

hubo un enfrentamiento entre personas donde hubo muchos muertos, es por ello que Milpoleta se compone de “mil” que significa “matar”.

La otra versión es que hace muchos años, salieron miles de soldados de un cerro llamado Chaklajun, y se dice que nadie sabe de dónde vinieron, y por lo tanto aseguran que esos soldados no eran humanos sino que eran una especie de seres sobrenaturales. Los habitantes dicen que esos hombres fueron unos grandes políticos. Por esta razón la palabra Milpoleta significa miles de soldados políticos, es decir, en este caso “mil”, evidentemente se ha hecho un préstamo al español, y el término “poleta” deriva de la palabra político, se dice que los habitantes en ese entonces no sabían cómo llamarles.

Pocas son las personas que conservan esta tradición comentan particularmente las mujeres de la comunidad, principalmente la gente mayor aún toma en cuenta la práctica de su lengua nativa, en cambio, los jóvenes solo saben pocas palabras y frases (M. Gómez, comunicación personal, 25 de abril de 2017).

3.2 Ubicación Geográfica

MEDIO FÍSICO Y GEOGRÁFICO

- Localización

El municipio de San Juan Chamula se encuentra en el centro del estado y su cabecera municipal se ubica a $16^{\circ} 47' 7''$ latitud norte y $92^{\circ} 41' 18''$ longitud oeste y a una altitud de 2200 metros sobre el nivel del mar. Limita con los siguientes municipios: Bochil al noreste, San Andrés Larrainzar y Chenalhó al Norte; San Miguel Mitontic al noroeste; con Tenejapa al este; con San

Cristobal de las Casas y Zinacantán al sur y con Ixtapa al oeste. Su extensión territorial es de 393.65 kilómetros cuadrados, que representan el 0.5 por ciento con relación a la estatal y el 0.020 por ciento de la nacional (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

El municipio de San Juan Chamula cuenta con 72 localidades. La cabecera municipal es una localidad semiurbana. Por sus servicios y actividades las demás localidades más importantes por el número de habitantes están: San Juan Chamula, Las Ollas, Cruz Ton, Chikbiltenal, San Juan Calvario, Yalbanté, Nishmantic, Chicomtatic, Icalumtic, Paraje Romerillo, Pajaltón Alto, Muquem, Vachiltón y Bautista Grande (Centro Nacional de Estudios Municipales, 2016).

Hidrografía

Cuenta con dos ríos, el Yultonil y Chamula. También tiene varios arroyos permanentes e intermitentes, y una laguna llamada Muquem.

Clima

El tipo templado-subhúmedo es el que predomina, con lluvias de mayo a octubre. La cabecera registra una temperatura media anual de 13.7⁰ C, y vientos predominantes de oriente a poniente. La precipitación pluvial que registra es de 1,024.4 milímetros anuales (INEGI, 2018).

Orografía

La superficie del municipio está formada por terrenos montañosos y lomeríos (80 por ciento), es decir, predominan las zonas accidentadas. Sólo un 20 por ciento es de zonas semiplanos (INEGI, 2018).

Flora

Su flora cuenta con una gran riqueza natural, en la mayor parte de su área se puede visualizar mucha vegetación que consiste, desde robles que utilizan principalmente como leña, el pino para la construcción de viviendas, también podemos encontrar ciprés y romerillo, gran parte de esto es área verde, el pasto es de muy fina forma debido a que la gente cría borregos y éstos lo mantienen así.

En la comunidad crecen árboles frutales como el durazno, la pera, manzana roja y verde, naranja, lima y limón, éstos para autoconsumo y los que cuentan con varias matas las venden.

Fauna

En el museo de medicina maya⁵, se encontró que en lo relativo a la fauna, el municipio cuenta con una gran variedad de especies de las cuales destacan las siguientes: culebra ocoatera, nayuca de frío, gavián golondrino, picamadero ocotero, ardilla voladora, jabalí, murciélago, venado de campo y zorrillo,

⁵ El museo de la Medicina Maya forma parte del Centro de Desarrollo de la Medicina Maya (CEDEM). El discurso museográfico se desarrolla mediante seis ambientes o salas y un huerto demostrativo que contiene un importante número de plantas medicinales.

especies que fueron vistas en varios momentos de las entrevistas realizadas para dicha investigación.

Clasificación y Uso del Suelo

En la biblioteca Centro Cultural de los Altos Chiapas en San Cristobal de las Casas, se encontró que el Municipio de San Juan Chamula está constituido geológicamente por terreno cretácico superior (con roca sedimentaria caliza), terciario (con roca ígnea extorsiva ácida) y terciario eoceno (con roca sedimentario limolita y arenisca). Los tipos predominantes del suelo son: luvisol (contiene acumulación de arcilla en el subsuelo. Es de zonas templadas o tropicales lluviosas, rojo y claro y moderadamente ácidos y de moderada a alta susceptibilidad a la erosión); acrisol (tiene acumulación de arcilla en el subsuelo, es ácido o muy pobre en nutrientes, de zonas tropicales a templadas muy lluviosa; susceptible a erosión) y regosol (se caracteriza por no tener capas distintas, es claro y se parece a la roca que les dio origen, se presenta en muy diferentes climas, su susceptibilidad a la erosión es muy variable y depende del terreno en que se encuentre. Su uso principalmente, es agrícola, pecuario, con gran parte de bosques, correspondiendo el 25 por ciento de la superficie municipal a terrenos ejidales y el 75 por ciento restante a propiedad comunal (Pliego, 1999).

El altiplano central del estado de Chiapas se encuentra ubicado el municipio de San Juan Chamula, cuenta con una altura promedio de 2300 metros sobre el nivel del mar; tiene una topografía muy accidentada debido a las estribaciones montañosas del famoso tzontevitz, cerro muy sagrado de los

chamulas pues se cree que es la morada del gran San Juan, patrón del pueblo. Chamo es el nombre tzotzil de Chamula, que literalmente quiere decir "murió el agua", nombre que es respaldado por la tradición de los viejos que dice que el lugar en donde se ubica la cabecera municipal era un lago y que al gran San Juan, a su llegada, lo seco haciéndolo habitable (Pérez, 1997).

El territorio Chamula tiene una extensión de 82 km cuadrados según el INEGI (2012), y éste colinda con el municipio San Cristóbal de las Casa al SE y S; tzinacantan al S y SO; Ixtapa al SO y O; Larrainzar al NO; Chenalho al N; Tenejapa al NE y Mitontik al N. El municipio de San Juan Chamula y su cabecera está dividido en tres grandes barrios. El punto de partida de esta división, para la cabecera, es la plaza central; aquí cada barrio tiene un cerro sagrado, es decir un calvario. No podemos dar una lista exacta sobre la cantidad de parajes que corresponden a cada barrio ya que existen comunidades que pertenecen a los tres barrios, así que en algunos parajes unos habitantes cooperan, trabajan y forman parte del barrio de San Juan, otros de San Pedro y uno otros a San Sebastián.

Además de la cabecera municipal, Chamula cuenta con 72 parajes que, en su mayoría cuentan con carreteras de terracería, escuelas y uno que otro servicio médico del IMSS Coplamar⁶; tanto el pueblo como las comunidades son habitadas por indígenas, Chamula es uno de los pocos municipios que se

⁶ Esta información fue obtenida en los recorridos que se dieron en la comunidad al conocerla y recopilando datos sobre los distintos centros que se encontraron en la comunidad.

mantiene libre de habitantes "*caxlanes*"⁷. Según cálculos, porque no existe un censo exacto de población, razones que no fueron justificadas en los distintos sitios a los que se preguntó de San Cristobal de las casas y San Juan Chamula, pero la aproximación fue que habitan en el municipio unas 70 mil personas, sin contar a los expulsados por causas religiosas o los que han emigrado a la tierra o a la tierra caliente en busca de tierras para trabajar.

La gran cantidad de habitantes que existen en el municipio de San Juan Chamula no permiten que las familias posean grandes extensiones de tierra para el trabajo agrícola, por lo tanto la siembra de maíz y frijol se hace en cantidades muy pequeñas que solo permiten obtener lo necesario para el consumo familiar, la siembra de hortalizas ocupa un lugar importante dentro de la economía, por requerir poco terreno y tener mucha demanda en los mercados de los pueblos cercanos; los chamulas también siembran algunos árboles frutales propios del clima, tales como manzana ciruela y durazno. La escasez de tierra obliga a la gente a emigrar a la selva y tierra caliente en busca de espacio para sus cultivos (M. Gutierrez, Comunicación personal, 15 de Abril de 2015).

Finalmente, respecto al manejo forestal, ha sido condenada por los datos encontrados, a su explotación, ya que como actividad del hombre, éste ha tomado como alternativa a su comercialización, tras la elaboración de muebles para la venta en la ciudad en San Cristóbal por los ciudadanos del

⁷ Caxlan es una palabra tzotzil para nombrar a las personas mestizas (Jester, 2018).

estado o extranjeros en la explotación de dichos recursos, siendo además, quienes administran y controlan los beneficios monetarios en ese ámbito.

Las mujeres Chamulas solo hacen una recolección de trozos de madera, ramas secas, ramas de arbustos, que utilizan como leña para sus fogones. En algunas comunidades existen reglamentos para la explotación de la madera, se permite el corte de entre 2 a 10 árboles aproximadamente, si alguna persona rebasa esta cantidad se aplican sanciones hasta de 5 mil pesos (M. Méndez, comunicación personal, 6 Noviembre del 2015).

Tierra

Si bien el abuso de la tierra es en general en todas las regiones montañosas, hay dos razones que explican la forma extrema de abuso que existe en Chamula. La fisiografía exagera la destrucción de las tierras de Chamula; son las más altas de la región y no pueden generar un recrecimiento de la vegetación a una velocidad adecuada para su intenso uso según el sistema de desmonte y quema. Una población muy densa más allá de lo que la agricultura sola puede sustentar, ejerce una presión extraordinaria en las tierras de Chamula; pero las causas de la situación especial en Chamula están fuera del municipio, en la estructura económica de la región. Las especialidades ocupacionales de este municipio le significan ingresos desde el exterior, y la superpoblación de Chamula puede ser interpretada como si el municipio fuese un terreno de crianza o producción de trabajadores asalariados para los ranchos y distantes fincas cafetaleras de las tierras bajas. Así pues, las demandas del exterior de mano de obra asalariada y productos son las

condiciones extrínsecas dentro de las cuales se forman los esquemas internos de Chamula (Olmeda, 1977).

3.3 Cronología del Pueblo

Debido que Milpoleta es una pequeña localidad que pertenece al municipio de Chamula la mayoría de los hechos históricos se desarrollan en Chamula que significa: “agua espesa, como de adobe”. Antes de la llegada del holocausto de la toltequidad, Chamula era un importante centro de población tzotzil. El pueblo fue conquistado y semidestruido por el capitán Luis Marín en 1524, y lo tuvo como encomienda de 1524 a 1528 Bernal Díaz de Castillo. En 1549, siguiendo la política de reducción de la corona española, fue trasladado a su enclave actual y se le integro con dos pueblos que le habían pertenecido: Analco y Momostenango. Posteriormente, con la llegada de los frailes le fue antepuesto el nombre de San Juan Bautista, conociéndosele desde entonces como San Juan Chamula (Asociación para el Fomento de los Estudios Históricos en Centroamérica, 2014).

La organización de la Iglesia secular en Chiapas contaba con varias órdenes religiosas dedicadas a la cristianización y a la enseñanza como: los dominicos, franciscanos, mercedarios y jesuitas (estos últimos, desde luego, hasta su expulsión por la Corona, en 1767). También se habían establecido en Chiapas unas religiosas: las concepcionistas. Uno de los motivos de la historia eclesiástica de las Indias es la perpetua tensión entre los "frailes" y los "curas", o sea el clero regular (los religiosos) y el secular (Fazio,1998).

La cristianización de las indias estuvo básicamente en manos de los religiosos; una vez pacificada y cristianizada una región, el clero regular debía traspasarla al clero secular, un principio que dio lugar a mucha fricción; los frailes nunca se inclinaron por una espontánea obediencia a esta norma. Chamula fue evangelizado fundamentalmente por los dominicos durante el siglo XVI pero como la real cédula que los amparaba les prohibía fundar convento en México, pronto se movilizaron al sur de la ciudad a los barrios de San Miguel y Salto del Agua. Su "agregación" a la organización episcopal sólo tuvo lugar al comienzo de los años sesenta del siglo XVIII después de las guerras de religión del siglo XVI Y XVII, sumando el tiempo que se llevo en el proceso mediante el cual los estados se emancipan de la tutela religiosa y dejan de proteger tradiciones, estructuras e instituciones eclesiales. Era una regla general que los religiosos tendieran más hacia la defensa de los intereses de los indígenas, y los curas hacia la posición de los españoles en donde su función era crear centros de explotaciones agrícolas importantes, establecimientos de crédito barato y de asistencia social. Esta regla empírica tuvo, desde luego, sus excepciones, como la grave rebelión indígena, tzeltal, que tuvo lugar hacia 1712 y 1713, finalmente aplastada con una crueldad espantosa (varios pueblos de indios fueron destrozados). Esta crisis había sido provocada precisamente por la dura explotación a la que un fraile, el franciscano Juan Bautista Álvarez de Toledo, había sujetado a los indios en interés del desmedido aumento de su patrimonio privado. La cristianización de los chamulas, aunque nada total, finalmente obligó a los dominicos a traspasar la región al clero secular (Biblioteca la Fragua, 2007). Así, desde 1763 los chamulas tuvieron a su primer clérigo secular, el cura Joseph

Ordóñez y Aguiar, con quien luego tuvieron más conflictos de los que habían experimentado con su predecesor, el fraile dominico Joseph Cuéllar; quizás este último había sido menos enérgico en su lucha contra los restos del paganismo que en el sentido más amplio, incluye a todas las otras religiones que no sean la verdadera revelada por dios según el cristianismo y en un sentido más estrecho, todas excepto el cristianismo, judaísmo, mahometismo. Los paganos contemplaban al hombre no solamente en relación con el universo; pues ellos consideraban al individuo sólo en relación con otros hombres, en relación con una comunidad. Ellos distinguían, por lo menos como filósofos, abstractamente, el individuo de su especie, el individuo como parte de todo el género humano, subordinándolo a ese conjunto. Se deriva del latín *pagus*, de ahí *pagani* (es decir, los que viven en el campo), un nombre dado a los campesinos que se quedaron siendo paganos cuando las ciudades se convirtieron al cristianismo. A consecuencia del susto que el cura había recibido a raíz del grave problema de 1775-1776, en el que finalmente salió bien librado pero con la recomendación de moderarse en su actitud hacia los indios. Ordóñez redujo los castigos físicos que solía imponerles. Desde 1775, éstos fueron de un nivel sumamente modesto; incluso se reprochó el cura a sí mismo que aun delitos graves de pronto quedaran sin castigo. En consecuencia, no subsistía nada de su "crueldad" inicial (Biblioteca virtual antorcha, 2006).

LA TENDENCIA DE LOS INDÍGENAS DE MÉXICO HACIA EL
SINCRETISMO RELIGIOSO

A fines del siglo XVIII la Nueva España, proporcionalmente hablando, estuvo más poblada por indígenas que en la actualidad, sobre todo, en regiones como Chiapas que todavía ahora tiene extensas zonas totalmente indígenas. La civilización hispana estuvo representada por sólo una delgada capa de los habitantes; varias etnias, como los lacandones, nunca fueron realmente incorporadas a la civilización cristiana, y la sangrienta crisis de 1868-1869 que tuvo su origen precisamente en Chamula, revela la tremenda tensión entre indios y ladinos detrás de una fachada de fanatismo religioso, conocido este hecho como Guerra de Castas. Según la historia oficial, los indígenas fueron acusados de crucificar el Viernes Santo de 1868 a un niño de dicha comunidad tzotzil. Este hecho puede compararse con la "leyenda de sangre" imputada secularmente a los judíos. En ambos casos un niño es sacrificado: crimen ritual que constituye una imitación de la Pasión de Cristo en la que, además, se utiliza la sangre derramada. La asociación de la leyenda de sangre contra los judíos y su transferencia a los indios suscita preguntarse si se trata de un suceso aislado, o si responde a una lógica más extensa que vincula al indio "salvaje" con el judío como el "asesino" del Hijo de Dios (Harp-Peled, 2015).

Es evidente que detrás de la resistencia de élite de los chamulas hacia el cura se encontrara la presión del alcalde mayor, quien mediante la corrupción había jalado hacia su lado a estos indios "principales". La élite obviamente había logrado convencer a parte del "común" de los chamulas de la justicia de su actitud antiordoñezista, ya que Ordoñez era una persona ampliamente conocida dentro de los círculos intelectuales de Guatemala y traducía sus escritos al cho'l y al tzeltal, cosa que para sus superiores era causante de

conflictos ante sus planes con los territorios de chamula ya que éste realizaba una exploración detallada de sus orígenes, por lo que a los chamulas se les prometía que en caso de lograr la expulsión del cura, tendrían un mayor margen de sincretismo en su vida religiosa para conciliar doctrinas y religiones. Hacia el final del expediente se consigna cómo esta élite completa el efecto de tales promesas, al aterrorizar al resto del "común" con amenazas, periódicamente reforzadas mediante castigos arbitrarios o inclusive uno que otro asesinato (Esponda, 2011).

El clero regular (los frailes dominicos), responsable por los chamulas, había recibido: una participación en los diezmos, una limosna en compensación de las primicias abolidas, alimentos ("raciones" diarias) y remuneraciones por servicios especiales (sobre todo casamientos, bautizos y entierros), fijadas en aranceles aprobados por el Obispado. Además, los feligreses podían ofrecer "oblaciones" en forma espontánea (el Tercer Concilio Mexicano prohibió en forma expresa, que un cura de indios ejerciera presión, directa o indirecta, para el pago de tales oblaciones, y que hiciera "preciso lo que es facultativo") (Fernández, 2013).

Cuando el pueblo Chamula se "agrega" a la "mesa" secular, el aspecto financiero de la vida de los párrocos se reglamentó de nuevo, y se otorgó al cura un ingreso relativamente fijo. Éste tenía el nombre de "congrua", una cantidad equitativa que consistía en: a) alimentos diarios, o sea, "raciones", en parte proporcionados por el cabildo (y luego recuperados mediante derrame), y en parte por el "común", b) 15 pesos por mes, C) ciertos honorarios por

sermones y misas relacionados con algunas fiestas, y d) servicios personales de dos porteros (al parecer alternativos) para el trabajo doméstico y de dos "caballerizos" para el establo. Después de su "moderación", cerca de 1775-1776, el cura Ordoñez obtuvo por estos conceptos mucho menos que su predecesor dominico. Las "raciones" habían bajado a la tercera parte de lo que antes había sido, y, además, de facto durante dos años no las recibió; sin embargo procuró no dejarse provocar y evitó toda violencia en sus protestas respectivas (Bartra, 1995).

LA ORGANIZACIÓN MUNICIPAL DEL PUEBLO DE CHAMULA

La politología oficial que circundaba la vida en las Indias hablaba de "las Dos Repúblicas": la de los españoles y la de los indios, separadas en la base, pero unidas en los niveles superiores de gobierno. La organización municipal era distinta para españoles e indios, y existía, según la raza, una separación residencial obligatoria, que a fines del siglo XVIII ya padecía de una creciente imprecisión en cuanto a la delimitación racial, a causa del mestizaje por una infinita cantidad de categorías intermedias para definir grados sutiles de mezclas, que llegan a su apogeo a fines del siglo y recibirán nombres pintorescos y burlescos: torna atrás, tente en el aire, ahí te estás, coyote, albino, castizo, tercerón, cuarterón, quinterón. Estos grupos étnicos y las otras mezclas son englobados bajo el concepto de castas, término que en realidad incluía a todos los que no fueran españoles o indios (Gossen, 1989).

Finalmente, el 7 de Julio de 1837 el territorio del departamento de Chiapas fue dividido en cinco distritos, apareciendo Chamula en el distrito del centro (San Cristóbal). En 1869 estalló, en el paraje Tzajaljeme, perteneciente al

municipio de Chamula, la sublevación indígena conocida como guerra de castas, la cual fue encabezada por el dirigente Chamula Pedro Díaz Cuscat. Un decreto posterior a la derrota de la rebelión firmado por el entonces gobernador Pantaleón Domínguez, condenó a los Chamulas al trabajo asalariado en las fincas del Soconusco, en donde la mayor parte del trabajo empleado en la producción del café tenía un carácter estacional; de modo que la vida de los trabajadores se dividía en un corto periodo de labor por cuenta del finquero y en un lapso mayor dedicado a las actividades por propia cuenta. El primero de Diciembre de 1872 el estado se divide en 12 departamentos. Chamula conformando parte del departamento de San Cristobal. El 26 de Diciembre de 1888 las rancherías denominadas Pistic, Javalcun, Las Ollas, Tzontehuitz, así como Yalchiton, Yaltzunun y Pujchem dejaron de pertenecer al municipio. Posteriormente, el municipio es descendido a la categoría de delegación. En 1912 estalla otra rebelión en Chamula, ahora encabezada por Jacinto Pérez Pajarito. El 4 de Julio de 1925, siendo gobernador constitucional del estado Carlos A. Vidal, se le concede su antigua categoría de municipio libre (Bartra, 1995).

3.4 Cultura

- Ideología tzotzil de la naturaleza y el hombre

Las comunidades indígenas poseen su propia ideología, es una herencia que se ha venido manteniendo a lo largo del tiempo, son conocimientos que poseen principalmente los ancianos por tener mayor experiencia y por ende conocen mejor su medio y esto es lo que se va transmitiendo de generación en generación. De esta manera, ninguna cultura es superior a otra, los habitantes de esta localidad tienen sus propias características. Cada pueblo construye su propia cosmovisión a través de diversos conocimientos que adquieren en su relación con su mundo, porque en ella está inmerso una manera de ver y de explicar el mundo en el que vive, lo cual lo conlleva a entender mejor lo que pasa a su alrededor.

Los hechos técnicos del uso de la tierra, concuerdan con una visión nativa del mundo, predominante tanto en Chamula como en los municipios Tzotziles vecinos según la cual se considera que el hombre está en una precaria relación de sometimiento a las fuerzas de la naturaleza, particularmente cuando el sistema colonial se estableció mediante la encomienda y la reducción. En muchos sentidos los nativos se muestran remisos a entrometerse en el funcionamiento de la naturaleza, reducidos y encomendados, pagaban tributo dos veces por año, daban prestaciones en dinero, especie y trabajo en minas, molinos, propiedades y casas particulares. Sin embargo, tienen una actitud pasiva hacia la administración de los recursos, especialmente en comparación con las actitudes y prácticas de la predominante casta ladina de la región. La conexión

entre creencia y practica chamulas respecto a la administración de la tierra no significa que la una sea la causa de la otra sino más bien que ambas deben ser vistas como aspectos de una sistema tradicional que era de comprenderse en términos de condiciones y causas más amplias (Mayahuel, 20 de Marzo de 2012).

Según la visión Chamula del mundo, el municipio es el punto más amplio y su centro de un mundo rectangular y así es el que está más cerca del camino del sol, el cuál viaja alrededor de la tierra a lo largo de una franja del cielo. En los distantes perímetros de la tierra, viven extrañas y ajenas criaturas asociadas con el caos y desorden social de las primeras creaciones. Los antepasados Chamulas vinieron a desplazar el desorden social de esta creación a través de su proximidad al sol y el correspondiente acceso al sagrado poder del calor y la luz. Los chamulas acumulan calor a medida que envejecen y conservan el orden social mediante el ritual que incluyen a los varones de más edad en un culto al sol (Gossen, 1989).

Siempre presentes en la naturaleza, particularmente en el bosque, para los tzotziles están las fuerzas que trastornarían este orden y harían que el mundo volviera al caos del espacio distante y el tiempo pasado. Estas fuerzas incluyen a los entes que para el occidente podrían llamarse demonios, que viven en las regiones más remotas y salvajes de Chamula, quienes causan los eclipses atrayendo a la luna y al sol, amenazando de esta manera, la fuente misma de calor y la luz que son causa del orden social; a las serpientes y otras transfiguraciones del señor de la tierra, cuyo dominio es la montaña boscosa,

y que los humanos deberían evitar por temor a dañar sus almas y a otras deidades peligrosas. Los sucesos negativos se asocian con el escenario de los bosques, que simbolizan "ruindad, frialdad, oscuridad, amenaza y toda conducta que no sea gobernada por normas...; contienen cuevas... el dominio de los señores de la tierra (españoles), representados como ladinos socialmente distantes... que tienen a las serpientes como parientes" (Gossen, 1989, p. 62).

Las deidades de la selva amenazan el bienestar individual. Todos los individuos tienen dos espíritus animales, uno sobre un corral guardado sobre el pico de la montaña más alta de Chamula, y el otro atendido por el dios sol en un corral del cielo. "Cualquier desgracia que les suceda a estos espíritus hace que la persona con la que están asociados o bien se enferme o se vuelva vulnerable a la enfermedad en el futuro cercano... las enfermedades comunes implican la pérdida parcial del alma, venta del alma al dios de la tierra, que el espíritu animal se ha salido de su corral o que ha sido derrotado por otro animal más fuerte" (Arias, 1975, p. 76). Comprensiblemente los chamulas se encuentran remisos a inmiscuirse con las peligrosas fuerzas de la naturaleza que podrían dañarlos individual o colectivamente, por lo que se repiten las creencias de otros municipios tzotziles adyacentes.

Tal como sucede en Chamula los nativos de San Pedro Chenalho hacen rituales propiciatorios a los seres sobrenaturales de la tierra, que se perturban por la construcción de una casa; ya que por un lado, los materiales de construcción por haber sido traídos del bosque salvaje, son inherentemente

peligrosos a los humanos y deben ser purificados por medio de la oración y por el otro, la misma tierra sagrada ha sido perturbada por la actividad constructora y se debe calmar mediante un sacrificio de gallina o guajolote y por medio de una comida ceremonial (Arias, 1975).

- Tradiciones y costumbres:

Los habitantes de Milpoleta tienen la costumbre de visitar frecuentemente San Juan Chamula, se debe su fama a su gente, sus tradiciones y sobre todo a la atmósfera simbólica de su templo (la Iglesia de San Juan Bautista), único centro ceremonial para más de 70 mil habitantes. Ubicada en la plaza principal del pueblo, su acceso está regulado es decir los habitantes de la región entran gratuitamente y los turistas deben pagar una cuota de \$20 pesos para entrar; el pago se realiza en el ayuntamiento a escasos pasos de la iglesia. Es totalmente prohibido para todo el público pero en general a los turistas el uso de cámaras fotográficas, cámaras de video y celulares. Tomar fotografías es para los Chamulas un asunto de suma gravedad ya que tienen la creencia que la cámara les robará el alma. Al entrar en el recinto se percibe inmediatamente que el aire está cargado de copal y de mirra; aquí no hay bancas ni luz eléctrica, sólo velas, centenares de velas de varios colores, según la petición. Se puede observar a decenas de chamulas rezando en voz alta, sentados en un piso alfombrado con juncia. Grupos presididos por el "ilol", llevan como ofrendas refrescos embotellados de diversas marcas, jícaras de "pox" de caña utilizado como agua bendita o agua sagrada. El "ilol" diagnostica al paciente mediante un interrogatorio y procede a la limpia mediante el paso de un huevo por todo el cuerpo, ya que según su creencia el huevo es un ser vivo,

bendecido y capaz de extraer el mal. Estos tratamientos están sólo reservados a la población indígena.

Otra manifestación cultural y religiosa importante en esta comunidad es el festejo tradicional de la Santa Cruz, que se realiza cada 3 de mayo, esta fiesta del agua tiene un significado relevante con un sentido de lo sagrado muy profundo.

El acceso al agua es difícil, la gran mayoría de las mujeres se reúnen en diferentes pozos de agua que son construidas por la comunidad para lavar su ropa o incluso se lavan la cabeza y extremidades. El agua la toman directamente de los ojos de agua para ser consumida y la trasladan en cubetas o cantaros realizando un largo trayecto hasta sus hogares, otros la captan en tanques de almacenamiento, tinacos o cuentan con “pozos de agua” construidas por las autoridades municipales, en las cuales es captada el agua de lluvia para que en la época de estiaje se puedan abastecer de ésta. Las familias obtienen agua para el consumo doméstico del sistema de distribución existente en la comunidad, por tanto, alrededor de 95 por ciento de ellas tiene acceso al agua entubada fuera de la vivienda, pero éste se ubica en el espacio del solar. Son dos los factores responsables de que la totalidad de las unidades domésticas resulte beneficiada con el sistema de agua: a) la lejanía de algunas casas del núcleo comunitario y b) la construcción de las casas después del tendido de la red (Soarez, 2007). El sistema de abastecimiento de agua para consumo humano se construyó en 1982, por la Comisión Nacional del Agua (CNA), para atender solicitudes y trámites de las autoridades y líderes

comunitarios. Según el sistema cosmogónico tzotzil, el ciclo del agua le pertenece y es manejado por una deidad que decide cuándo pone y quita el agua a los habitantes de las comunidades, entonces, para evitar problemas con ella, las poblaciones indígenas tienen normas y prácticas que dan lugar a rituales en los pozos y manantiales. Por ejemplo, cada 3 de mayo, día de la Santa Cruz, los tzotziles piden a sus dioses que se garantice el abasto de agua. En el ritual se colocan dos o tres cruces que significan el vínculo de los indígenas con el recurso hídrico (Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias, 2010).

La ceremonia empieza con los rezos en la cima de una montaña donde se ubica una cruz indígena con sus cuatro brazos, cada brazo a su vez, simboliza los 4 puntos cardinales donde se espera que existan los elementos agua, fuego, tierra y aire; pero la cruz simboliza también al dios cristiano y al dios o dueño de la montaña mística. La ceremonia es entonces una mezcla de sincretismo, una mezcla de dioses y elementos que, si recordamos, en la mayoría de las culturas toltecas esos elementos naturales eran dioses. Una vez que se termina el rezo en la cima de la montaña, el grupo se traslada por veredas por donde continúa los rezos hasta llegar a los ojo de agua. El ojo de agua representa o es un orificio donde respira el dios o dueño de la montaña; se agradece con la ceremonia a ese dueño que siga respirando y teniendo vida para que a su vez las familias también tengan vida. Al parecer las ranas son sagradas ya que si ellas mueren el ojo de agua se seca (M. Díaz, comunicación personal, 8 de Noviembre de 2015).

Otras tradiciones y costumbres que tienen son: El 1° de Enero, se realiza el cambio de las autoridades indígenas, carnaval (variable); semana santa (variable); 1° y 2 de Noviembre día de muertos; 12 de Diciembre, Virgen de Guadalupe; 25 de Diciembre Navidad; 1° de Enero, Año Nuevo (Sánchez, 2018).

En un inicio se establecía que el sacerdote se haría cargo del manejo de las fiestas, pero actualmente en cada fiesta tradicional es cuando visita la iglesia y los encargados de la iglesia son los sacristanes (M. Méndez, comunicación personal, 6 de Noviembre de 2015).

- 20 de enero la fiesta de San Sebastián.
- Entre febrero y marzo carnaval siendo este evento movible.
- 1er Viernes, santa cuaresma al 7mo viernes (semana santa).
- Fiesta de san Antonio de Padua 13 de junio
- 24 de junio fiesta San Juan.
- Santa rosa lima 30 agosto.
- Fiesta de san mateo 21 de Septiembre.
- Fiesta de la virgen del Rosario 7 de octubre.
- Virgen de guadalupe 12 dic.
- 24 y 25 de diciembre navidad.

Los gastos para las fiestas son cubiertas por las aportaciones de todo el pueblo, cooperando cada padre de familia 60 pesos para todo el año, a pesar de ser una tradición este aporte económico para las fiestas, se ha considerado conforme el paso del tiempo el conflicto religioso por el pago de las fiestas propiamente católicas, el costo de la iglesia es entregado a cada persona que está en algún cargo religioso “nichimes” (encargado de celebrar la fiesta de carnaval durante 15 días) esto para cubrir los gastos de incienso, veladoras, hierbas y pox. (L. Chechep, comunicación personal, 10 de Noviembre de 2015).

- Alimentos, dulces y bebidas típicos

Alimentos: el platillo típico es la carne a la Chamula

Dulces: Chilacayota

Bebidas: en torno al consumo del alcohol existe un riguroso conjunto de ritos que deberá cumplirse fielmente. Por el convencimiento de que es una bebida agradable a los santos y espíritus protectores, el alcohol forma parte del ritual y ceremonial de lo sagrado. La palabra Pox significa aguardiente y remedio a la vez.

“Soplar sirve para que la gente esté contenta; fortalece a la gente y saca de su alma los malos espíritus, que dañan y hacen sufrir, por eso es que se sopla pox a los que están graves.” (Museo de la Medicina Maya, 2015).

Otra bebida que se ha considerado igual de importante que el posh es el refresco.

“Se limpia al enfermo con refresco (al igual que con el pox) y se le ofrece a dios, riegan un poco entre las velas, para que retire y tape el mal que tiene el enfermo. Anteriormente, cuando un médico indígena no deseaba usar pox,

utilizaba jugo de caña. En nuestros días es más fácil conseguir cualquier refresco.” (Museo de la medicina Maya, 2015).

Actualmente se ha rumorado a través de publicaciones por internet el convenio que ha tenido coca-cola con esta tradición. “La bebida coca cola, ha conseguido convertirse en sagrada para un pequeño y humilde pueblo de las montañas de Chiapas, San Juan de Chamula. Allí, la Coca-Cola forma parte de sus sincréticos ritos religiosos, donde se venera a santos y vírgenes cristianas bajo ceremonias mayas en las que incluso se practica el chamanismo dentro de la misma iglesia de la población. La Coca-Cola forma parte de las ofrendas.” (Brandoli, 12 de Mayo del 2015). En pueblos indígenas de Chiapas este refresco se consume más que el agua, en promedio una persona adulta consume alrededor de 10 *Coca-Colas* al día.

No es de sorprenderse este acontecimiento puesto; y además, ocurre que en San Cristóbal de las Casas, Ciudad Chiapaneca representante del centro de comercio de alrededor de 20 pueblos indígenas, en uno de ellos: San Juan Chamula, se encuentra una de las 12 compañías de *Coca-Cola Femsá*. Esta bebida toma el lugar del *pox* en tan viejas tradiciones y no sólo eso, sino que en San Juan Chamula existen Caciques que condicionan este producto al igual que las velas y los listones, la *Coca-Cola* la encontramos en una vieja presentación de envase de vidrio de litro y medio, fuera del templo apreciamos cómo es que las personas compran su refresco y se sientan a tomar en alguna banca del pueblo dicho líquido (Brandoli, 2015).

- Trajes típicos

Una de las principales costumbres que conservan es su vestimenta, sin embargo, esta ha sufrido, como la cultura maya misma, transformaciones importantes. La historiadora y coordinadora del archivo diocesano en San Cristóbal de las Casas Angélica Inda, quien ha estudiado documentos históricos por más de veinte años en San Cristóbal de las Casas, dice: “En la época colonial los párrocos dominicos impusieron un molde de ropa para los indígenas, para diferenciarlos según su región y para que los curas checaran en su lista quiénes habían pagado tributo y quiénes no. Las leyes no permitían que hubiera vagos si no tenían permiso. Y con un traje diferente, era fácil detectar a los indígenas de un poblado que estuvieran en otro”. De la llegada de los evangelizadores, los indígenas vestían de manera similar a como lo hacían los reyes y reinas de Palenque, que ahora se conocen a través de códices y libros “Muy parecidos sus trajes a los que se ven en Copán, en Cobán, los huipiles con rombos como los de Larráinzar de ahora.”. Sin embargo, con base en el telar de cintura, los párrocos diseñaron un traje general para cada región y los indígenas fueron adaptándolos con bordados, colores, cinturones, borlas, sombreros, etcétera (Terrazas, 1994).

Según Paula Ozuna, sancristobalense dedicada desde hace más de 40 años a la venta de trajes tradicionales chiapanecos, los materiales con los que se fabrican las prendas son muy diferentes. Dice: “Ahora se usa más el algodón o el acrílico en lugar de la lana pura. Los zinacantecos incorporan hilos dorados o plateados en lugar de los hilos de colores suaves con los que hacían las borlas de sus cotones. Los chamulas han

comercializado mucho sus prendas Inclusive, antes, cada prenda era tan especial que se le agregaba el nombre de quien la usaba, como firma” Es normal que las mujeres no utilicen zapatos, mientras los hombres usan caitas: “Las indígenas con zapatos que se ven ahora en San Cristóbal de las Casas, casi siempre son protestantes porque les dicen los pastores que deben de protegerse los pies”. Paula Ozuna considera que dos de las prendas más laboriosas son las de Magdalena y San Andrés Chamula Sobre el diseño y símbolo en el huipil ceremonial de Magdalena (municipio de Chenalhó), “los símbolos son relacionados con los mitos, ritual y religión de Magdalena” conforme a informantes y a documentación etnohistórica de la región. Agrega la antropóloga que en Magdalena “tejer es una ocupación funcional Las mujeres tejen ropa para su marido, sus hijos y para ellas en el telar de cintura de origen prehispánico” Y asegura que el huipil es el símbolo de la mujer de poder, de prestigio y de participación en un sistema ritual los diseños son geométricos, zoomórficos y florales” (Terrazas, 1994).

Desde la época prehispánica el telar de cintura es un instrumento fundamental para el desarrollo de los textiles indígenas de México, un elemento primordial que forma parte de su identidad, pues en ella se refleja todo un conocimiento que se ha forjado a lo largo del tiempo, principalmente porque es el símbolo que la diferencia de otras culturas, además de tener una muy particular forma de elaboración, está la obtienen con la lana de borrego que son criados por las mujeres. Su elaboración consiste en varios pasos, es un conocimiento heredado de sus padres y abuelos, por lo tanto, han desarrollado sus propias

técnicas. Las mujeres en su mayoría conservan la vestimenta a diferencia de los hombres, quienes han adoptado la forma de vestir de la ciudad.

Paula Ozuna considera que dos de las prendas más laboriosas son las de Magdalena y San Andrés Chamula Sobre el diseño y símbolo en el huipil ceremonial de Magdalena (municipio de Chenalhó), “los símbolos son relacionados con los mitos, ritual y religión de Magdalena” conforme a informantes y a documentación etnohistórica de la región. Agrega la antropóloga que en Magdalena “tejer es una ocupación funcional. Las mujeres tejen ropa para su marido, sus hijos y para ellas en el telar de cintura de origen prehispánico” Y asegura que el huipil es el símbolo de la mujer de poder, de prestigio y de participación en un sistema ritual los diseños son geométricos, zoomórficos y florales”. Sin embargo, el traje regional lo conforma el chuj en los hombres, puede ser de color negro o blanco, el chuj blanco lo utilizan principalmente las autoridades civiles, las mujeres utilizan la enagua y los huipiles bordados y estampados con diversos colores, los principales son el rojo, amarillo y verde que simbolizan a tres protectores: San Pedro, San Juan y San Sebastián. Cabe aclarar que el chuj de los hombres y la enagua de las mujeres están elaborados con la lana de borrego. Los hombres utilizan su traje solo en ocasiones especiales, principalmente en las fiestas, en las ceremonias se puede presenciar a los habitantes portando sus mejores vestimentas (Terrazas, 1994).

- Artesanías

Se elaboran textiles de lana y algodón, sombrero de palma, curtiduría, cerámica, artículos de ixtle, fabricación de instrumentos musicales, cestería,

bordados, objetos de piel y cuero, bolsas, cerería, repostería ornamentadas, producto de madera, huaraches, artículos de cantera y carrizos⁸.

- Grupos étnicos

En la región de Chamula los dos grupos étnicos que predominan son las etnias tzotzil y tzeltal; además, cohabitan mestizos y algunos extranjeros. Los tzotziles y tzeltales, forman parte de la antigua cultura maya y siguen conservando sus costumbres y tradiciones, mismas que dan sustento a su cultura e identidad⁹.

- Educación

En cuanto al nivel educativo de la población es evidente que en la comunidad y otras cercanas a ella están muy olvidadas con muy pocas posibilidades de acceso a la educación y a la información. De las 40 comunidades del municipio de Chamula solo existen 27 escuelas de educación preescolar, 29 de educación primaria y 5 secundarias, esto significa que hay comunidades que no cuentan con estos espacios educativos, lo que impide el desarrollo de capacidades para elevar el nivel de la calidad de vida (Rojas, 2012).

En Milpoleta existen 2 escuelas bilingües, una para educación preescolar Rufino Tamayo y otra para educación primaria llamada Francisco I. Madero.

⁸ Al recorrer los centros culturales se encontró información respecto a los talleres impartidos en la comunidad.

⁹ Al enfocar la mirada en las comunidades colindantes de la comunidad de estudio se encontró información que ampliara el contexto para fines de investigación.

En la primaria hay 147 estudiantes divididos en 6 grupos de 6 a 14 años. no cuenta con escuela secundaria, es por ello que los niños que quieren seguir con sus estudios tienen que ir a una comunidad cercana, San Antonio del Monte que cuenta con una telesecundaria o bien se van a la ciudad de San Cristóbal¹⁰.

- Familia

Es el hijo el que habitualmente inicia la elección de la pareja, mientras los arreglos para el cortejo y el casamiento se realizan a través de la mediación mutua. Después del casamiento, el novio trabaja para su suegro por un corto periodo y luego se traslada para vivir cerca del hogar de su juventud, en una casa construida inmediatamente después de la boda. Aunque este hogar está ubicado patrilocalmente, es económicamente independiente desde el comienzo; como resultado de esto los grupos familiares localizados son superficiales y desinteresados. Al parecer hay muy pocos mecanismos por los cuales un padre chamulteco puede retener el control sobre sus hijos después de que estos se han casado pues fácilmente pueden recurrir al trabajo asalariado o a la especialización económica para su sostén. De esta manera, en casi todos los sentidos, los esquemas de organización familiar y las típicas actitudes intergeneracionales chamulas, de control y respeto, contrastan con aquellos establecidos¹¹

- Deporte

¹⁰ Esta información se obtuvo en conjunto al recolectar información respecto a la educación en la comunidad.

¹¹ La información fue obtenida al asistir de manera presencial a una boda de la comunidad realizada en Arriaga, Chiapas; en la cual se participó a manera de invitado.

En este siglo XXI, resulta sorprendente que alguien en el mundo no “haga deporte”. Chiapas México tampoco es la excepción. Desde los tiempos inmemoriales este legendario Estado ha sido tierra de arduo sudor lúdico corporal. Actividad estrechamente ligada al cosmos y al movimiento de sus astros, a las estaciones del año, a la agricultura, a la revitalizadora presencia de los dioses, a la permanencia eterna de los hombres sobre la Madre Tierra, porque en la rivalidad de una pelota, también acechaba la muerte (Ramos, 2014).

Ramos (2014), nos dice que, con la invasión europea, toda actividad estética y lúdico recreativa, entre otras expresiones culturales, fueron vistas con perversas sospechas. El cuerpo desnudo y libre de los ancestros se convirtió en símbolo de pecado. Su vello púbico fue metáfora de la bestia, corruptora de “almas buenas”. Ponía en peligro su salvación, pues mostrarse desnudos “ofendía a dios”. La plataforma epistemológica religiosa, desde donde construían la realidad “descubierta”, proyectaba sus anquilosados paradigmas. Acróbatas y atletas estaban inspirados por el averno. En consecuencia, habría que someter sus físicos que transgredían todo recato; cubrirles “las vergüenzas”, “las partes nobles”; extirparles todo imaginario que volcara su esencia de ser, la energía corporal desplegada en este urdimbre donde se pensaban solo un pequeño hilo del gran tejido existencial. La pelota de *ulli* cruzando el aro vertical solo podía ser obra del demonio. Eso pensaron y dijeron los frailes. Los insubordinados fueron a la hoguera. El fuego, purifica. Los españoles, trajeron la cultura de la individualidad, del claustro, diversiones con un cuerpo semi-estático. Si acaso los deportes al aire libre,

estos lo ejercían apenas un puñado de individuos. El público era “la gente de razón”, los peninsulares. A los pobres (hombres y mujeres originarios, negros y mulatos, asiáticos y demás mestizos) les estaba vetado el derecho de entrada. La mayoría de estas actividades estaban reguladas por las leyes económicas (cédulas reales) de la “Madre Patria”; algunos, como los naipes, fungían como prohibidos estancos. Lo mismo sucedía con el toreo (herencia greco-romana), las peleas de gallos (de origen asiático) y la charrería (perfeccionada por negros y mulatos en las estancias ganaderas). Este último, en Chiapas, aún se vive y reproduce como verdadero “deporte nacional”. Los espacios de ejercitación como las ganancias obtenidas fueron motivo de disputa por parte de civiles, militares y religiosos; dejando una imborrable huella de corrupción y delincuencia, sobre todo, por el manejo discrecional de impuestos y apuestas.

La intromisión imperial en México, por medio de todos los poros (consolidación total de la histórica acumulación originaria del capital), pisoteaba los derechos más elementales del hombre. Pero la nueva industria que no se detenía, requería, obligadamente, a los técnicos especialistas que fungieran como asesores de los obreros mexicanos, recién liberados de las grandes haciendas y con conocimiento nulo respecto a las inéditas tecnologías para la producción capitalista. Pronto, sus cuerpos, se veían inmersos en complejas adaptaciones a que obligaban el uso de herramientas y máquinas. El deporte, actividad para la evasión de la terrible explotación, pulverizó el anterior imaginario, ahora, ya no era recreativo, sino competitivo, ya no era azaroso, sino para la salud y la higiene. Para el descanso y la recuperación

energética que requerían las fábricas. Ya no era semi fijo, sino eminentemente dinámico, ya no era individual y limitado, sino libre, para todo los que podían pagar el derecho a presenciarlo. Es el deporte de masas que encarna el ritmo industrial, la producción cronometrada para incrementar la ganancia. El deporte en Chiapas no es gratuito a no ser el llanero. Los niños que quieren practicar deporte de forma lúdico-recreativa, con disciplina y reglamento, deben pagarlo. En contraste, estas empresas e individuos, en todos sus eventos convocados, con el apoyo del Estado y sus distintos niveles, utilizan las instalaciones deportivas del pueblo, cuando a éste se le niega su ingreso a sus instalaciones para practicar deporte libre y gratuito. Habrá que reflexionar si la decisión del uso de todas las instalaciones deportivas de esta geografía del sureste, debe quedar en manos de los responsables del deporte o de organismos deportivos conformados con profesionales al servicio del Estado, porque, de pronto, atletas de diversos clubes y disciplinas, quedan perplejos ante la inesperada suspensión de sus jornadas deportivas, ya que sus espacios de práctica fueron cedidos a la iniciativa privada (Ramos, 2014).

En Chiapas, desde tiempos remotos se ha practicado el ejercicio físico en sus diversas manifestaciones o modalidades. Estas estructuras exactas de movimientos corporales y rigurosas normas, corresponden a su contexto histórico, socioeconómico y cultural. Esto, para indicar que las actuales prácticas deportivas, son producto de nuestro tiempo, desplegado con fuerte impulso durante el siglo XIX por el desbocado desarrollo capitalista. Hoy en día, difícilmente podrá encontrarse un pueblo en el mundo, donde hayan anidado los imperios, que no se ejercite sobre estas bases.

Chiapas, sin despojarse de sus orígenes, sigue el ritmo cultural del mundo y del país, pero también de las imposiciones políticas, sin previos estudios rigurosos de las necesidades reales de su pueblo, por siglos, marginado, con miles de personas analfabetas, desnutridas, que mueren de enfermedades que pueden ser fácilmente curables. Tampoco existen investigaciones críticas que hablen de los requerimientos urgentes en su sistema deportivo. Los pocos recursos se los inyectan al deporte espectáculo de masas. El Plan Estatal de Desarrollo que lo contempla, no es más que una réplica del Plan Federal de Desarrollo. En el actual gobierno, esta inversión se hace sin ningún soporte, lo que no garantiza sólida continuidad, mucho menos la posibilidad de ser cultivo para atletas de alto rendimiento; pues carece de una plataforma humana y organizada con los profesionistas adecuados para dicho campo y cada una de sus prácticas, sustituidos u opacados siempre por la imposición de políticos “caza cargos”, neófitos absolutos del terreno que dirigen. Algunos, son una verdadera vergüenza, ya que su sola presencia estigmatiza negativamente esta actividad que bien puede ser sana. Lejos de enaltecer el deporte, lo agrietan y debilitan (Ramos, 2014).

Particularmente la comunidad de Milpoleta cuenta con una cancha deportiva que se encuentra al interior de la escuela primaria.

- Vivienda

Las viviendas generalmente son de bloc o de concreto con techos de lámina o de concreto, ya no se ven muchas casas de madera, en los alrededores es donde se pueden percibir, pero en la zona céntrica de la comunidad las casas son de material.

Anteriormente las viviendas eran muy diferentes, tenían techo de paja en forma piramidal, paredes de bajareque y piso de tierra. Con el paso del tiempo los estilos de construcción los ancestros se han ido desapareciendo, ahora se han introducido materiales propios de la ciudad y las casas son construidas con el modelo de las casas ladinas. En la comunidad como en el resto del municipio, podemos ver casas con techo de teja, concreto, lámina de asbesto y galvanizada y con paredes de bloc, tabicón y ladrillos. Al término de la construcción de una casa, se realiza un rezo para poder habitarla, primero se busca un “ilol” para que le rece a la casa y a la tierra, se le da ofrendas para que pueda sostener a los que van a vivir en ella y así prevenir enfermedades o accidentes en el terreno de la vivienda.

Finalmente, para la forma de vida que acostumbran a vivir armoniosamente en el hogar, los integrantes cumplen diversas funciones, entre las cuales los varones de la casa van por las mañanas al trabajo y regresan en horario de comida (3 pm), en donde se encontraron excepciones y el marido de cada familia regresaba antes de la hora de comida para ayudar a su esposa en los quehaceres. Los niños van en la mañana a la escuela (kínder/primaria), Las mujeres muy temprano (5 am) salen de sus casas con botes de ropa, en donde lavan en las pozas comunitarias la ropa de la familia. Las mujeres en ocasiones tienen reuniones entre ellas para tejer ropa o artesanías. La cena comienza para ellos a partir de las 6 pm, horario en donde la comunidad se mantiene en su hogar y no suele salir a menos de tener un evento importante¹².

¹² Esta información fue obtenida en la recolección de datos desde el sondeo de la comunidad y con los resultados del cuestionario realizado durante la investigación.

- Servicios públicos

Los servicios son parte importante para una localidad, pues son necesarios para satisfacer las necesidades y facilitar la situación de vida. Tanto el servicio de energía eléctrica, como el de agua entubada y drenaje, son notablemente deficientes. De acuerdo con los Tabulados básicos del INEGI de 55 804 viviendas tzotziles, únicamente 5 517 gozan de los tres servicios; sólo 26 199 cuentan con energía eléctrica, 27 511 con agua entubada, y 8 013 con drenaje; pero en 1 542 casos, las aguas negras son vertidas al suelo, río o lago, determinando en gran medida condiciones de contaminación que repercuten en la salud de la población (Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, 2009). Particularmente la comunidad cuenta con el servicio de luz, transporte y están en proceso de instalación las tuberías de agua potable, aquí los habitantes tienen que acarrear en un ojo de agua, todos los días se puede notar a los niños y a las madres acarreando agua con tambos para llenar sus tanques para el uso doméstico. En cambio, para poder lavar y bañarse llegan al ojo de agua para hacerlo¹³.

No cuentan con sistema de drenaje, la carretera principal está pavimentado, por ello, los que trabajan en pasaje no tienen ningún problema en cuanto a ello, incluso es un lugar muy transitado por transportistas de otros municipios como Chenalhó, Larrainzar y Pantelhó (F. Díaz, comunicación personal, 5 de Febrero de 2018).

¹³ La información obtenida se obtuvo al presenciar día con día las actividades cotidianas de la comunidad.

- Centro de Salud de Milpoleta Chis.

Cuenta con un centro de salud, atendido por un doctor, un enfermero y una enfermera, sin embargo no cuenta con suficiente equipamiento para tratar situaciones graves, tan solo dan servicio como vacunas, circunstancias de accidentes leves y enfermedades no muy graves, por lo cual, las personas acuden al centro para pedir medicamentos.

El programa que tiene la comunidad es IMSS inicia con el programa Oportunidades en 1972, se convierte en IMSS solidaridad en 1986 y en el 2000 con la entrada del PAN a la presidencia se rige como cooperación comunitaria, la clínica lleva alrededor de 20 años (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

Por otro lado, la comunidad suele organizarse con motivo de prevención haciendo campaña principalmente para mantener las casas limpias, hervir el agua que ingieren y usar letrinas en las casas. En caso de presentarse enfermedades más graves se trasladan a San Felipe o San Cristobal¹⁴. También se cuenta con un Centro de atención rural al adolescente, en donde asisten adolescentes de 10 a 19 años, los cuales si son estudiantes reciben un apoyo económico, siendo esta la principal razón de que asistan los jóvenes.

¹⁴ Está información fue obtenida al ser participe en las juntas de la comunidad como espectador en donde igualmente se informó de dicha asistencia.

CAPÍTULO 4.

MODELO HEPTACATEGORIAL

“Tenemos esta vida para apreciar el gran diseño del universo, y por eso estoy extremadamente agradecido”. (Stephen Hawking)

4.1 Modelo heptacategorial

Uno de los objetivos de esta Tesis es el comprobar la interacción de las categorías del modelo heptacategorial (Sánchez, 2017). con los conceptos salud y enfermedad de la comunidad de estudio, con la intención de brindarnos una óptica que logre ampliar temas tan importantes para la humanidad de manera individual como colectiva. En este modelo conceptual la intención es explicar la acción humana o la acción de cualquier organismo animal, representada con el símbolo C, en donde este modelo se referirá a la psicología como el estudio de la acción de los organismos animales en el mundo, a partir de lo cual se explica la especificidad de la actividad humana, por lo cual se tomara como equivalentes los términos ‘conducta’, ‘actividad’, ‘comportamiento’, ‘acción’ y ‘lo que el organismo hace’ en donde C es explicada a partir de categorías conceptuales que a continuación serán sucintamente comentadas. “Es importante destacar que este modelo toma por entendido de que las categorías son conceptos originales, conceptos raíz, que sirven para investigar y comprender la realidad”, (Sánchez, 2017, p.40) a partir de acepciones como de Kant en donde expresa a las categorías como “verdaderos conceptos-raíces del entendimiento” (Kant, E., 2003, p.84), Una vez aclarada la referencia de categoría, se realizara una división, en dónde nos encontramos con tres categorías estructurales y tres epistemológicas, las cuales iremos especificando las condiciones de cada una de ellas, dando por entendido a la “condición” como el requisito, manera de ser, lo atinente al órgano o al cuerpo, e iremos detallando una por una, tomando en cuenta ésta primer división.

Categorías estructurales.

Orgánicas.

- Condiciones orgánicas del pasado (Op).

Para las condiciones orgánicas se incluye la herencia genética obviando la inclusión del genoma, que por tanto nos remite a la especie, hablando de normalidad y anormalidad de la herencia, en donde se comprende a la anormalidad como aquello que por su estadístico sale de la norma, así mismo; se toma en cuenta a las condiciones natales y perinatales, incluyendo por ejemplo, las infecciones transmitidas por el padre, la madre o ambos durante la gestación, historia alimenticia, traumatismos sufridos consecuente al nacer u otras de esta índole.

- Condiciones orgánicas del presente (O)

En esta categoría hay que tener a razón del organismo, la especie a la que pertenece (genotípicas y fenotípicas), estado nutricional, efecto de alguna droga, secuela de trastornos degenerativos, enfermedades y otras adyacentes. Por otro lado también se ha de considerar condiciones relacionadas con la corteza cerebral, sus áreas de proyección entendiendo de ésta su especialización en las funciones de los órganos de los sentidos y la relación directa con la dominancia conductual de la especie ya sean olfativos, visuales o motores. Son consideradas también las áreas de asociación que no son especializadas al momento del nacimiento, pero se van especializando en el proceso de desarrollo ontogénico.

Sociales.

- Condiciones sociales pasadas (Sp)

Estas condiciones incluyen la experiencia del individuo, su biografía y la cultura de la cual forma parte en donde esta última tiene dos acepciones una siendo restringida refiriéndola al conocimiento enciclopédico y cuya amplitud o profundidad depende del tiempo o esfuerzo dedicados a la adquisición de conocimientos y como segunda acepción se incluyen todos los conocimientos adquiridos de manera experiencial desde el momento del nacimiento y que se originan en el proceso de formación de la comunidad de la cual el individuo es una parte.

Una cultura, pues, es un modelo del mundo, en el que se ubican y definen todas las posibles relaciones del hombre, así como la manera en que se establecen y llevan a cabo tales relaciones; las posibles relaciones en juego, es decir, los entes relacionados y los entes relacionantes también quedan definidos por la cultura. Así, como el proceso de desarrollo de cada pueblo es particular, cada cultura es única, de tal manera que todas las culturas vienen a ser inconmensurables entre sí, en donde se entiende que en dos o más modelos son incompatibles en estructura, por lo que sus categorías sólo tienen validez dentro del modelo de referencia, esto significa que las categorías de una cultura no son traducibles a las de cualquiera otra; pero sí son explicables. (Sánchez, 2017; pag. 50)

“Afirmar que dos teorías son inconmensurables significa afirmar que no hay ningún lenguaje, neutral o de cualquier otro tipo, al que ambas teorías,

concebidas como conjuntos de enunciados, puedan traducirse sin resto o pérdida” (Kuhn, 1989, p. 99).

- Condiciones sociales actuales (S)

Son aquellas en las cuales se encuentra inmerso el individuo en el momento del análisis; es decir, el espacio en que se encuentra y la relación que tiene con los otros organismos con quienes comparte ese espacio, además es importante destacar que es la interacción entre individuos o entre los individuos y el mundo, porque el individuo afecta al ambiente y es afectado por éste, sin que importe si el ambiente está formado por otros humanos o por cosas, y dando cuenta que el individuo es consciente de la existencia de ello a medida de la extensión de su conocimiento, aunque puede que el sujeto tenga o no conciencia sobre la interacción que constantemente se va actualizando, como condición presente, pero que no obstante se seguirá integrando en todo lo que implica para las condiciones sociales pasadas.

Cognición.

- Procesos cognoscitivos (G)

Por las condiciones que la presente tesis demanda, profundizaremos en esta categoría y detallaremos con mayor precisión a dicho proceso cognoscitivo, en donde lo nombraremos también como procesos simbólicos, es decir, los que se llevan a cabo mediante el lenguaje tales como pensamiento, memoria, percepción, solución de problemas, etcétera, en donde comprenderemos a G en dos modalidades, los primeros son conscientes, es decir; el sujeto tiene conocimiento y los controla voluntariamente, mientras que los otros son automáticos y estos

identificados como involuntarios y que tienen lugar cuando deben suceder en la actividad del individuo, independientemente del control consciente de éste. Por ejemplo, la decisión y acto de hablar es un proceso consciente, pero su desarrollo es automático, tenemos entonces a los procesos simbólicos, en donde el lenguaje es de preponderancia, como el planteamiento que alude Vygotsky en donde plantea que hay situaciones extremas de pensamiento sin lenguaje, especificándola en la fase pre lingüística del desarrollo del pensamiento, en donde la cognición se realiza, de manera regular, mediante el curso del lenguaje pero en calidad de segundo sistema de señales como categorías semióticas llamando simbólicos a los procesos que tienen que ver de alguna manera sobre la cognición preponderando al pensamiento y el lenguaje.

Dice Bourne et al. (1976, p.17) que el pensamiento es un proceso complejo con múltiples facetas; esencialmente interno que implica representaciones simbólicas, eventos y objetos no presentes en la realidad inmediata, pero iniciado por algún evento externo, por lo que al retomar, para este proceso cognoscitivo también lo llamaremos como proceso lingüístico, apoyándose el modelo en la definición de lenguaje de Smith (1982), como un sistema gobernado por reglas, definible en términos de una gramática que separa las oraciones gramaticales de las agramaticales, asignando una pronunciación y un significado a las oraciones gramaticales correctas, traducido directamente por el autor del modelo.

Conviene resaltar el carácter sistémico del lenguaje por el hecho de que la cognición se realiza a través de éste, y en cuanto al pensamiento, toda vez que éste implica procesamiento de información de alguna manera es inseparable del lenguaje y por lo tanto la atribución de carácter sistémico. Se afirma entonces, que se piensa con conceptos y se habla con signos y símbolos. Concibiendo al signo como cualquier entidad que, por asociación, puede sustituir a otra cualquier identidad; su característica sobresaliente es que es arbitrario. Un detalle importante sobre el signo es que éste es una entidad que, independientemente de los problemas teóricos que su definición suscita, cumple dos requisitos básicos, a saber, por acepción de Ducrot et al. (1980, p.122):

- a) Puede ser sensible: se fundamenta en el hecho de que existan signos conocidos por los individuos externos a la comunidad lingüística sujeta a estudio en algún momento particular. En estos casos no es sensible, pero puede hacerse sensible cuando es estudiado y comprendido.
- b) Para un grupo definido de usuarios señala una ausencia en sí misma: un ejemplo para este punto es el caso de la escritura maya, que una vez que fueron establecidas las bases para desciframiento por Viktor Knorosov, citado en este modelo, al igual como Saussure (1979, p.129) llama *significante* a la parte del signo que puede hacerse sensible; *significado* a la parte ausente, y *significación* a la relación que surge entre ambas.

Es evidente decir que no pueden existir significantes sin significado, sin embargo esta característica es muy útil cuando se habla de lenguaje, porque un conjunto fónico que no tiene significado no es palabra, aunque exista como manifestación electromagnética en el ambiente. Ahora bien, el símbolo goza casi de las mismas características del signo; su diferencia con éste es que aquél es motivado, y la motivación se establece mediante los procesos de asociación por parecido y proximidad. En el símbolo sí existe una cierta homogeneidad entre simbolizante y simbolizado, en donde esta asociación entre signo y símbolo origina la comunicación como posible base esencial de esta interacción. Por lo que es importante aclarar que el signo lingüístico tiene como característica sobresaliente el hecho de que sea sistémico ya que esto resulta a las reglas de combinación de las palabras que forman a la gramática y que se superpone a la visión de mundo de los hablantes.

Los procesos cognoscitivos no pueden sino expresarse a través de las gramáticas de las lenguas, por eso es importante nombrar cinco categorías gramaticales, respecto a la estructura de las lenguas, presentadas en este modelo:

1. Términos para nombrar cosas (sustantivos)
2. Términos para nombrar procesos (verbos)
3. Términos para calificar cosas (adjetivos)
4. Términos para calificar procesos (adverbios)
5. Términos para relacionar a todos los anteriores entre sí. (funtivos)

La gramática, como esquema categorial, es el conjunto simbólico que configura los procesos cognoscitivos del hombre, que señala las relaciones de

éste con el mundo, pero no del hombre frente al mundo, sino del hombre en el mundo. No comienza pues el niño, aprendiendo sonidos aislados y luego va aprendiendo la gramática que le permite adquirir un lenguaje, sino que primero aprehende sus relaciones, su manera de estar en el mundo, y luego va reconociendo los fonemas a s alrededor que, según lo indica el principio del hombre invisible, visten en la gramática (Sánchez, 2017., pag. 70).

Categorías epistemológicas

- Complejidad de la conducta (K)

La definición del concepto de complejidad requiere de un criterio delimitador, que sea metodológicamente sensible y fácilmente identificable, para este modelo el criterio que cumple dichos requisitos es la comunicación. Por lo que al hablar de comunicación hay que entenderla como intercambio de información, considerando que está se va modificando en la medida en que se asciende la escala filogenética. En donde la complejidad se puede visualizar como un continuum el cual el nivel más bajo corresponde a la comunicación de contacto físico, que es de tipo bioquímico, en el las amibas; y el nivel más algo siendo de tipo simbólicos siendo como único usuario de esté nivel el hombre. Hay que entender al concepto de continuum con su característica de racionalismo, como todo un modelo simbólico. Sus límites y las divisiones internas que se establecen donde razonablemente le parezcan adecuadas al juicio del experto o a la corazonada del neófito, y luego tiene lugar a límites y ajustes de división interna.

- Nivel de la escala filogenética (F)

Para este modelo, la escala filogenética es una herramienta conceptual que consiste en un continuum, en el que se clasifica por niveles a todos los organismos, de los estructuralmente simples a los estructuralmente más complejos. Los organismos de los niveles superiores pasan por todos los niveles anteriores en su desarrollo biológico, desde el momento de la gestación.

- Carácter adaptativo (A)

Para esta categoría hay que definir el concepto de nicho ecológica siendo entendida a través de la definición de Lewontin (1978, P. 141) como “una descripción pluridimensional del ambiente en su conjunto y del modo de vida de un organismo”. Lo cual significa que el organismo y el ambiente se encuentran en una relación de interdependencia en la que ninguno es pasivo, pues uno afecta al otro.

El significado de la expresión “Toda conducta es adaptativa”, está determinado por el concepto de adaptación de Darwin, respecto del cual Lewontin precisa con acepciones tales como, los individuos no se adaptan, se adaptan las especies; el nicho ecológico va cambiando y ello plantea problemas de supervivencia a las especies que cambian en correspondencia con el ambiente.

4.2 Aplicación de modelo en una comunidad tzotzil enfocado hacia la salud y enfermedad.

Sánchez (2017) refiere que la cultura es una categoría fundamental del concepto de persona, por lo cual es imprescindible en un modelo de psicología como el que estamos retomando, ya que toma en cuenta todas las relaciones del hombre en interacción con el mundo, además de incluir la experiencia social del sujeto y la manera en la que vive hasta el momento actual.

Es aquí en donde se retoma a grandes rasgos el vínculo que esta categoría tiene con la comunidad, que dentro de su generalidad cultural y con la finalidad de ilustrar este punto en relación con la comunidad y su interacción con el mundo se justifica en este sentido parte de los rasgos que se incluyen para su concepción de salud y enfermedad.

Es necesario retomar uno de los términos necesarios de la cultura tzotzil que ampliamente es contemplada dentro de dos visiones de mundo, siendo la cultura occidental y la cultura tolteca, retomando de esta última el término 'tolteca' que responde a una toma de partido ante la historia de México, en donde oficialmente el país comienza a existir el 13 de Agosto de 1521 siendo este día determinada al ser derrotado el ejército mexicano dirigido por Cuahutemoc cayendo preso y tomado por manos de españoles que ya no es necesario detallar dicho acontecimiento, sin embargo, dicho acontecimiento para las oficialistas es dividida la historia de México en época prehispánica, época hispánica y moderna. Esta visión de México es así porque las instituciones del llamado México independiente, son las mismas que las del

México de la Colonia, pues quienes hicieron la independencia solamente se querían independiza en España en términos administrativos, no en términos de conciencia, pues ellos eran europeos por formación cultura, y mantuvieron el eurocentrismo en la visión del nuevo gobierno. Para este modelo el uso de gentilicio 'tolteca' tiene la intención de señalar con un nahuatlismo todo lo aquí referente, tanto en el pasado como en el presente de los pobladores del territorio conocido como Mesoamérica, considerando a las raíces de México que se hundan muchos siglos atrás, incluso aún antes de la construcción de Teotihuacan hace 200 años a. C., en el hecho de que toda gran ciudad se llama 'tollan'; así que todo lo que es producto de la gran ciudad es 'toltecatl', castellanizado tolteca. Las tradiciones, los intereses, la visión de mundo, que incluye conceptos de vida y muerte por mencionar algunos, estos forman parte del conjunto que recibe por nombre 'tolteca'. Esta formación comienza siglos antes de la invasión española, en donde gobernaba Motecuhzoma. Todos los pueblos de Mesoamérica no forman ningún mosaico de culturas, sino que comparte aún el mismo calendario, tienen la misma cultura, direccionamos al México actual en donde particularmente si se le será entendida como un mosaico de culturas por la cultura de los invasores, los negros que trajeron los españoles en calidad de esclavo, los engañados, particularmente los chinos que durante el gobierno de Juárez se establecieron en Baja California y Sonora, y todos los inmigrantes de todas las épocas que por diferentes razones, han cambiado su residencia original, así en la modernidad pero en las raíces de México solamente es tolteca. Así mismo, los rasgos sobresalientes de la cultura occidental son cristianos y de los tzotziles son toltecas, en el entendido de que los tzotziles pertenecen a la gran familia maya que una a México y

Guatemala. Para la cultura Occidental se tiene que entender de conjunto de las categorías que lo conforman, en donde el hombre queda en el centro y todo se organiza girando alrededor de él, los dioses son inventados a imagen y semejanza del hombre incluyéndose sus pasiones. En lo atinente a las características de la sociedad tzotzil, está pertenece a una orientación meritocrática, dirigida a la comunidad en interacción con el medio ambiente; por lo cual, el individuo obtiene prestigio en la comunidad por el sistema de cargo que prominentemente son de tipo religioso. Un ejemplo resaltable, son los mayordomos de los santos, quien en Chiapas se llaman alféreces, estos ocupan el cargo durante un año. En ese tiempo deben estar al tanto de la imagen del santo y hacer lo necesario para realizar de la mejor manera la celebración en la fecha dedicada al santo, en donde se contempla la adquisición de los enseres típicos de la región que ya han sido mencionados en este trabajo. Además de estos gastos que hace el mayordomo, se debe tomar en cuenta que este deja de hacer sus labores por falta de tiempo y los adjuntos para esta celebración cubren los gastos, aunque a posteriori quedan en deudas que les resultan una carga económica por un largo tiempo, sin embargo, se ha de satisfacer dicho sacrificio ya que estas personas son mayormente reconocidas en la comunidad, siendo respetadas y tenidas en cuenta para consultas cuando hay problemas (Sánchez, 2017).

CAPÍTULO 5.

MÉTODO

5.1 Planteamiento del problema.

Los habitantes de la comunidad de Chaklajun, perteneciente al municipio de San Juan Chamula del Estado de Chiapas; son una comunidad maya, lo que ya pone en manifiesto la relación con su circunstancia cultural, su cognición y sus actitudes ante la vida. Es de suma importancia el poder investigar el concepto de salud – enfermedad, y así ofrecer una referencia para una posterior comparación entre la cultura occidental y la cultura maya. La comparación entre ambas tradiciones debe permitir el discernimiento de las diferencias que pudieran presentar por sus orígenes.

Como principal guía en la elaboración del concepto se utilizó el modelo heptacategorial (Sánchez, 2017) teniendo como pregunta de trabajo ¿De qué manera se manifiestan las categorías del modelo en el concepto Salud-enfermedad de una comunidad maya en la región de los altos de Chiapas?

5.2 Participantes

Se trabajó mediante un método cualitativo fenomenológico en la comunidad de Milpoleta, del Municipio de San Juan Chamula; en el Estado de Chiapas. De esta manera, se pudo ver como los habitantes en el foco de estudio interactuaban de manera cotidiana, resaltando la importancia como investigador tener empatía con la gente de la comunidad y a la vez distanciarse lo pertinente para afectar lo menos posible al foco de estudio. “La fenomenología se interesa en las características generales de la evidencia

vivida; esta es la razón por la cual debemos dirigirnos a las estructuras de una experiencia, más que a la experiencia por sí misma. Una estructura es una característica encontrada en un campo común a varios casos o ejemplos experimentados de ella” (Reeder, 2011., p.24). Se ha convenido que este tipo de realidades vivenciales son poco comunicables y poco frecuentadas por otros habitantes, por lo que se ha reconocido el presente estudio un tanto exploratorio al dar cuenta de la poca literatura encontrada de la comunidad, pero que sin embargo, los objetivos de la investigación se apegan de manera más rigurosa y viable hacia un estudio descriptivo que permita buscar las propiedades más importantes de las variables utilizadas esperando lograr especificar más detalladamente los resultados para ambos fenómenos.

Se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas y participaron 25 sujetos (15 mujeres y 10 hombres).

5.3 Instrumentos

Se realizaron entrevistas dirigidas a 25 familias de la comunidad de Milpoleta, del Municipio de San Juan Chamula; en el Estado de Chiapas; y cada familia eligió a un miembro representante para proporcionar sus respuestas del cuestionario, éstas se realizaron en sus hogares, siendo estos los espacios más adecuados para la realización del cuestionario, tomando como criterio el confort y tranquilidad de cada participante, generando un vínculo de mayor confianza y seguridad como participante-investigador, además; se permitió la contribución de respuestas complementarias por parte de familiares presentes

en dicha actividad, anticipando el permiso de cada familia para grabarles en video y audio; o en su caso, la realización de relatorías escritas y la toma de fotografías.

El cuestionario fue creado a partir de las relaciones que hay entre las categorías consideradas epistemológicas para el modelo Heptacategorial, que por intereses de procedimiento es importante dar por hecho las condiciones pasadas orgánicas y sociales afectando a la cognición, la relación que hay entre condiciones orgánicas y cognición y la relación de condiciones sociales y cognición, todas estas implicadas para las condiciones determinantes de la acción humana o conducta, enfocadas a la perspectiva que se tiene y el comportamiento común de una persona con salud mental y denotando rasgos de la enfermedad mental, a partir de 10 preguntas.

5.4 Procedimiento

- Se llevo a cabo una presentación formal al comité educativo de la comunidad de estudio Milpoleta, Chiapas; y ante los familiares de los dueños de la casa en donde se residió en dicho periodo de investigación; por lo que se informó a la familia respecto los objetivos de dicha estancia para ser aceptada por la comunidad, teniendo en cuenta que sería importante que los miembros de la comunidad estuviesen enterados que se habitaría en una casa perteneciente a su comunidad, a razón de causar la confianza necesaria para una comunicación amplia y

lo más honesta posible. Haciendo necesaria la presentación con el comité educativo a través de una cita informando junto con un traductor los motivos de nuestra visita, así como la seguridad que nos otorgaban al ser aceptadas por un año en su comunidad.

- Presentación formal en cada una de las casas de estudio a través de entrevistas con cercanía familiar para generar confianza en cada familia que fue estudiada.
- Búsqueda de información en las diversas bibliotecas de San Cristobal de las Casas y San Juan Chamula.
- Identificar la ubicación de los centros y/o casas de cultura cercanas a la comunidad con el fin de obtener datos respecto a las actividades y al manejo cultural de la comunidad.
- Conocer cada uno de los hospitales o centros de salud a los que acuden los miembros de la comunidad.
- Realización de entrevistas a miembros de la comunidad respecto a lo que perciben como persona sana, enferma y los posibles recursos terapéuticos.
- Asistir a eventos escolares, cómo el día de las madres y asambleas.

- Presenciar ceremonia religiosa (boda), conociendo la forma de vestimenta de cada miembro por orden jerárquico de los miembros de la familia, las costumbres a la hora de comer, el rito del juez al casar a la pareja que desea casarse, la forma de sentarse de la novia y las características particulares de la ceremonia, con el fin de adentrarse a la comunidad.
- Acudir a ceremonias en distintos puntos de la comunidad dependiendo el festejo. En donde se notará en cada una de las ceremonias las formas en las que se congrega la comunidad de la región, realizando visitas respecto a sus distintas costumbres.
- Conocer otras municipios y comunidades aparte de San Juan Chamula, como: Zinacantan, Cotzilnam, Chenalho, Ocosingo, Arriaga y Comitán.
- Entrevista al cronista de Milpoleta:
En dicha entrevista el objetivo será la obtención de datos más precisos sobre la comunidad de Milpoleta y un poco más de historia a detalle sobre la comunidad y san Juan Chamula, estos datos serán vitales para la investigación ya que prácticamente la información principal como base, será obtenida a partir de los relatos descritos por él cronista.
- Asistencia al ayuntamiento de San Juan Chamula.

- Conformación de información recopilada.

5.5 Diseño

El diseño de la investigación es no experimental transeccional descriptiva, ya que se pretende hacer una delineación comparativa entre un pequeño grupo de habitantes en una comunidad tzotzil y los conceptos válidos para una cultura occidental.

5.6 Resultados

SALUD:

S <----> G

Se obtuvieron muchos datos referentes a la salud, encontrando que para el caso de las condiciones sociales relacionadas con la cognición dio como resultado un 43% respecto al significado total que contempla la comunidad. El saber un oficio, tener un buen espacio, acogedor y armonioso en donde vivir, mantener las emociones estables y positivas, establecer prioridades dirigidas a la familia, ser parte de una iglesia, asistir a los eventos de la comunidad, tener una educación y economía sustentable son parte de cómo socialmente pueden actuar las personas sanas. En la tabla 1 se presentan los resultados.

Tabla 1
Resultado del concepto de salud en relación con las condiciones sociales (S) y la cognición (G) de Milpoleta, una comunidad maya.

S ← → G ¿Que es estar sano?	Respuestas coincidentes de Los entrevistados	Resultados en porcentaje
Saber un oficio, tener un buen espacio en donde vivir acogedor y armonioso.	25	100%
Emociones estables y positivas con valores.	24	90%
El que provee y ayuda a su familia.	21	84%
El que es o se instruye y es parte de una iglesia.	20	80%
Agradecimiento a Dios.	18	72%
Acceso a la educación, el bienestar de los niños y asistir a los eventos de la comunidad.	17	68%
Vivir sin problemas y cumplir las metas deseadas.	16	64%
Tener un salario sustentable.	15	60%
Los niños juegan.	14	56%
Comparte su bienestar y saluda a los vecinos.	12	48%
Sale de vacaciones.	10	40%
Condicionamiento físico en las escuelas.	8	32%
Total de Respuestas	200	43%

O <----> G

Se obtuvo el 25% respecto al significado de salud con la interacción orgánica, encontrando que todos los participantes consideran primordial el contar con un techo para estar sano, seguido de tener, cuidar y proveer por una buena alimentación, contar con agua potable o mejorar las condiciones naturales para proveerse de agua, levantarse temprano, mantener un hogar limpio y aprovechar traslados cortos para caminar y mantenerse en forma. En la tabla 2 podremos notar las experiencias orgánicas que se presentan de forma cotidiana como parte de la salud.

Tabla 2
Resultado del concepto de salud en relación con las condiciones orgánicas presentes (O) y la cognición (G) de Milpoleta, una comunidad maya.

O ← → G ¿Ques es estar sano?	Respuestas coincidentes de Los entrevistados	Resultados en porcentaje
Contar con una vivienda en donde vivir.	25	100%
Tiene, cuida y brinda de una buena alimentación.	23	92%
Abastecimiento de agua.	20	80%
Levantarse temprano.	18	72%
Hogar Limpio.	17	68%
Trasladarse caminando para rutas cortas.	12	48%
Total de Respuestas	115	25%

SP --> G

Para estas condiciones los resultados obtenidos tienen una proporción del 25% del significado total, hallando que una persona sana, coopera con la comunidad, con características de reciedumbre, cuida a los animales, asiste o realiza rituales de sanación, protege a su comunidad, las mujeres conocen el sentido de su persona y en general para hombres y mujeres, se aprende y enseña un oficio dependiendo la edad y por ultimo una persona sana sabe dar buenos consejos. A continuación en la tabla 3 se muestran los resultados.

Tabla 3

Resultado del concepto de salud en relación con las condiciones sociales pasadas (Sp) y la cognición (G) de Milpoleta, una comunidad maya.

Sp→G ¿Ques es estar sano?	Respuestas coincidentes de Los entrevistados	Resultados en porcentaje
Cooperación a la comunidad.	23	92%
Pueblo de gran reciedumbre.	19	76%
Cuida a los animales.	16	64%
Limpias (ritual)	16	64%
Proteger la tradición de la Comunidad.	14	56%
Las mujeres y su autoconcepto.	13	52%
Enseñar un oficio.	11	44%
Enseñar el buen consejo.	6	24%
Total de Respuestas	118	25%

Op --> G

Por último, se encontró la última relación que tiene el significado de salud, y esta es, la influencia que tienen las condiciones orgánicas pasadas con el pensamiento que se tiene respecto a dicha condición, encontrando que desde tiempos muy remotos mantener una rutina saludable y conocer de hierbas curativas desde pequeños por los padres de la comunidad es indispensable para el mantenimiento de la salud.

Tabla 4

Resultado del concepto de salud en relación con las condiciones orgánicas pasadas (Op) y la cognición (G) de Milpoleta, una comunidad maya.

Op→G ¿Ques es estar sano?	Respuestas coincidentes de Los enntrevistados	Resultados en porcentaje
Rutina Saludable.	18	81.8%
Heredad enseñanza en hierbas curativas.	14	63.6%
Total de Respuestas	32	7%

ENFERMEDAD:

S <----> G

El resultado final respecto a la relación social con la cognición en la enfermedad ocupa un porcentaje del 45% siendo el resultado más elevado en el significado de enfermedad para la comunidad estudiada, teniendo los porcentajes más altos en situaciones como accidentes, la locura y la brujería, seguido de la privatización de ríos y la escasez de agua; sopesar la enfermedad mientras se trabaja, el aislamiento y la mala economía son factores que mantienen este estado. En la tabla 5 se muestran los resultados.

Tabla 5

Resultado del concepto de salud en relación con las condiciones sociales (S) y la cognición (G) de Milpoleta, una comunidad maya.

S ← → G ¿Que es estar sano?	Respuestas coincidentes de Los entrevistados	Resultados en porcentaje
Accidentes.	23	92%
Locura, enfermedades Espirituales.	22	88%
Brujería.	21	84%
Privatización de ríos y Escases de agua.	17	68%
Sopesar la enfermedad Y trabajar.	16	64%
Persona aislada.	15	60%
Mala economía	14	56%
Realización de actividades Extras para el sustento Del enfermo.	13	52%
Buscar atención médica.	8	32%
Total de Respuestas	149	45%

O <----> G

Se obtuvo el 26% total respecto a las condiciones orgánicas interacción cognición correspondiente a la enfermedad. En la tabla 6 se pueden notar las respuestas más altas de las entrevistas siendo las dolencias físicas y las emocionales, y con un porcentaje menos elevado, la presencia de sueño, la vejez y las complicaciones que puede tener una mujer en el embarazo.

Tabla 6

Resultado del concepto de salud en relación con las condiciones orgánicas (O) y la cognición (G) de Milpoleta, una comunidad maya.

O ← → G ¿Que es estar sano?	Respuestas coincidentes de Los entrevistados	Resultados en porcentaje
Dolencias físicas.	25	100%
Dolencias emocionales.	25	100%
Mucho sueño.	14	56%
Vejez.	12	48%
Complicaciones de embarazos a mujeres jóvenes.	11	44%
Total de Respuestas	87	26%

SP ----> G

Una de las condiciones menos influyente en las características de la enfermedad, son las condiciones sociales pasadas influyendo a la cognición, teniendo como resultado final, el 19% de todas las respuestas obtenidas en las entrevistas realizadas; encontrando en primer orden la prohibición de actividades físicas, los asesinatos desde tiempos muy remotos presentes para la comunidad, las luchas constantes referidas a las condiciones sociales ya vividas por la comunidad que aún se presentan en su vida cotidiana y finalmente las costumbres dan por entendido que una persona que duerme de día está enferma. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 7
Resultado del concepto de salud en relación con las condiciones sociales pasadas (Sp) y la cognición (G) de Milpoleta, una comunidad maya.

Sp→G ¿Ques es estar sano?	Respuestas coincidentes de Los entrevistados	Resultados en porcentaje
Prhobición de actividades. físicas.	20	80%
Asesinatos.	19	76%
Luchas constantes.	15	60%
Duerme de día.	10	40%
Total de Respuestas	64	19%

OP ----> G

Por último, se obtuvo que el 10% de las respuestas obtenidas se concentraron en las condiciones orgánicas pasadas dirigidas a la cognición, teniendo como respuestas las dolencias permanentes por daños físicos y padecer de una dieta otorgada por el médico. Se pueden notar en la tabla 8 los resultados.

Tabla 8
Resultado del concepto de salud en relación con las condiciones orgánicas pasadas (Op) y la cognición (G) de Milpoleta, una comunidad maya.

Op→G ¿Ques es estar sano?	Respuestas coincidentes de Los entrevistados	Resultados en porcentaje
Dolencias permanentes por Daños físicos.	17	68%
Dieta rutinaria para el Enfermo.	16	74%
Total de Respuestas	33	10%

Así, el concepto salud- enfermedad desde una cultura maya elaborado a partir de estos resultados es: Proceso generado principalmente desde un grupo de personas en continua interacción; las cuales comparten las mismas creencias, historia, condiciones ambientales y reglas de convivencia. Dicho proceso es el encargado de denotar la condición social, mental o física, que tanto el individuo o el colectivo cuentan, para la funcional participación de las actividades asignadas dentro de la comunidad a la que pertenece. Dicha condición también tiene la función de anunciarle al individuo o colectivo, que tipo de atención deberá recibir en caso de cualquier disfuncionalidad. Este

proceso utiliza todo el conocimiento histórico, espiritual, medicinal, laboral así como la información que se recibe día con día resultado de la convivencia entre el grupo o con culturas externas.

5.7 Discusión

- Todas las categorías del Modelo heptacategorial están involucradas en una visión occidental y tolteca.
- En una comunidad occidental, el individuo para mantenerse sano debe buscar un equilibrio psicodinámico y adaptarse a su medio social. Pero para una comunidad maya, se debe tomar en cuenta si la sociedad se encuentra sana a partir de sus fortalezas como sociedad, y así el individuo podrá integrarse y buscar dicho equilibrio en un ambiente sano.
- Por otro lado, la visión occidental no contempla como tal el contar con una casa para poder estar sano, pero al parecer, lo sugiere al contemplar un estado de adaptación sociocultural.
- Para una visión occidental, una persona puede estar sana sin contemplar necesariamente la existencia de su espiritualidad y un ser supremo.

- En una comunidad occidental pareciera que ha centralizado las condiciones saludables para los individuos solo para ellos dejando de lado a los seres vivos con los que interactúan.
- Para una comunidad maya, se debe tomar en cuenta si la sociedad se encuentra sana a partir de sus fortalezas como sociedad, y así el individuo podrá integrarse y buscar dicho equilibrio en un ambiente sano.
- Para una comunidad maya, un individuo puede ejercer sanidad, si este cuenta con una casa con los requerimientos mínimos (techo, agua, cocina, etc) para poder subsistir.
- Para una comunidad maya, es indispensable contar con un vínculo espiritual hacia un ser supremo y agradecerle los beneficios otorgados en el día para una conservación sana.
- Una comunidad maya, considera al medio natural indispensable para la mantención de un ambiente sano.
- Parece que tanto la OMS como la comunidad estudiada, comparten que los gobiernos son responsables de una mantención social sana.

5.8 Conclusión

Se puede concluir que a partir de esta investigación se ha podido cumplir con el objetivo de la Tesis, el cual fue elaborar el concepto salud- enfermedad como un mismo proceso, dentro de una comunidad maya el cual es principalmente un fenómeno social. Este es un punto primordial para resaltar las diferencias que hay respecto al concepto occidental.

Esto podría ser una respuesta a la variación de padecimientos que hay en la población el cual entre más similar sea la forma de vida que llevan, se asemejan las condiciones que tengan dentro del proceso salud – enfermedad. También se puede vislumbrar algunas ventajas de ver este proceso de naturaleza social, ya que la utilidad práctica que tendría sería dar pie de que la investigación en México respecto a las necesidades que tiene cada cultura creciera, ya que como país pluricultural el orillarnos a adaptarnos a una misma estructura de atención médica, ha provocado que sea ineficiente y no cubra las necesidades de la población.

El impacto psicológico entorno a la salud y enfermedad ha causado la incertidumbre suficiente para provocar que se intensifique la crisis colectiva y la tendencia a enfocarse a la enfermedad cuando está presente y ausente, dejando de lado la atención respecto a la salud y su manutención, es por esto, que esta investigación es solo el inicio de un camino hacia una nueva educación y concepción de como la salud y la enfermedad interactúan y cómo podemos relacionarnos con este proceso y así darnos más herramientas para poder cubrir nuestras necesidades individuales y sociales de manera integral.

Referencias:

- American Psychiatric Association, (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Arias, J. (1975). El mundo numinoso de los mayas: estructura y cambios contemporáneos. México. D.F: Secretaria de educación pública
- Asociación para el Fomento de los Estudios Históricos en Centroamérica. (2014). Boletín Num. 30. Catalogo de boletines AFEHC. Recuperado de la página de internet de AFEHC: http://www.afehc-historia-centroamericana.org/index.php?action=fi_aff&id=1461
- Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con enfermedad mental (1986-2016). Salud Mental. Bilbao.: Recuperado de la página de internet de AVIFES: <http://avifes.org/quienes-somos-2/>
- Ávila-Agüero M. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Act Med. Costarric. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- Bartra, A. (1995). Origen y Claves del Sistema Finquero del Soconusco. Revista Chiapas. México: ERA-III Ec. recuperado de: <http://www.revistachiapas.org/No1/ch1bartra.html>
- Berrocal, C., Fava, G., y Sonino, N. (2016). Contribuciones de la Medicina Psicosomática a la Medicina Clínica y Preventiva. *SciELO*, 32(3), 319-324.
- Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana (2009). La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México. TZOTZILES (BATS'IL WINIK). Recuperado de la página de internet BDMTM: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?l=2&t=tzotzil&mo=&demanda=&orden=&v=>

Biblioteca Lafragua (2017). Agustinos. Catálogo colectivo de Marcas de Fuego. Recuperado de la página de internet BUAP: http://www.marcasdefuego.buap.mx:8180/xmLibris/projects/firebrand/ordenes_religiosas.html

Biblioteca virtual antorcha (2006). La diferencia entre el cristianismo y el paganismo. Recuperado de la página de internet de Catalogo de ediciones Antorcha: http://www.antorcha.net/biblioteca_virtual/filosofia/esencia/17.html

Bourne, jr., Lyle, E., Ekstrand, B. & Dominiwaki, I. (1976). Psicología del pensamiento, Trillas, México.

Brandoli, J. (12 de Mayo 2015). En Chiapas la coca-cola es Dios. (Comentario en un foro en línea) Recuperada de: <http://www.elmundo.es/espana/2015/05/12/5550dc1bca4741ba5b8b457a.html>

Brookington, F., Romero, H. (1964) London P. (Ed.) World Health. [la salud en el mundo] Argentina, Buenos Aires, Editor (ed.) EUDEBA

Carrobbles, J. A. (1993). Prólogo. En M. A. Simón (Ed.), Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid: Pirámide.

Castillero, O. (2018). ¿Qué es la etiología? Un concepto muy usado tanto en Psicología como en otras ciencias. ¿Qué significa exactamente?. Psicología y Mente. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/psicologia/etiologia>.

Centro Nacional de Estudios Municipales. (2016). Los Municipios de Chiapas, México: Ed. Talleres gráficos de la Nación.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2008). *Salud Mental y Medios de Comunicación*, guía de estilo [Archivo PDF]. Recuperado de

<https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>

Corbo, M. (11 de Septiembre de 2015). Noxas, explorando las ciencias biológicas. (mensaje en un blog) Recuperado de: <http://explorandolascienciasbiologicas.blogspot.mx/2015/09/noxas-noxas-etimologicamente-proviene.html>

Díaz, D. & Latorre, J. (2015). *Psicología Médica*. España, Elsevier.

Ducrot, O. & Tdorov, T. (1980). *Diccionario Enciclopedico de las ciencias del lenguaje*. México: Siglo XXI.

Enfermedades y Tratamientos. (28 de Septiembre de 2018). Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud. Blog de enfermedades y tratamientos. Recuperado de: <https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>

Esponda, V. (2011). El primer informe oficial de los monumentos de la ciudad arruinada de Palenque presentado por Joseph Antonio Calderón en 1784. Scielo. San Cristobal de las Casas. Recuperado de la página de internet de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272011000100012

Fazio, M. (1998). *Francisco de Vitoria. Cristianismo y Modernidad*, Argentina, Buenos Aires (ed.) Rialp.

Fernández, C. (2013). México y el sincretismo en la religión. Museo de Arte Popular, Asociación de amigos. recuperado de la página de internet del MAP: <http://www.amigosmap.org.mx/2013/12/28/mexico-y-el-sincretismo-en-la-religion/>

Fernández, G. (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina*, Quito-Ecuador, Abya-Yala.

- Fisher, R. (2014). Definición clínica práctica de la epilepsia. *International League Against Epilepsy*, 55 (4), 475-482. Doi:10.1111/epi.12550
- Fundación Mexicana para la Salud. (1997). Economía y Salud (ISBN 968-6186-35-2). Recuperado de: <http://funsalud.org.mx/portal/linea-editorial/libros-manuales-y-boletines/economia-y-salud/libro-economia-y-salud/>
- Gossen, G. H., Paschero, C. (1989). Lenguaje para expresar lo sagrado. Collage H. (Ed.) Chamulas in the world of the Sun. [Los chamulas en el mundo del sol] México, D.F: Instituto Nacional Indigenista.
- Gossen, G. H., Paschero, C. (1989). Naturaleza y tipos del comportamiento verbal chamula. Collage H. (Ed.) Chamulas in the world of the Sun. [Los chamulas en el mundo del sol] México, D.F: Instituto Nacional Indigenista.
- Green, L. W. (1984). Health education models. En J.D. Matarazzo, S. M. Weiss (Eds.), Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention (pp. 181-198). New York: Wiley.
- Guiteras, C. (1997). Los peligros del alma: visión del mundo de un tzotzil. México: FCE.
- Gustafson, C. & Kiefer, D. (2017). Guía de medicina alternativa para el dolor. Madrid, España: Gaia Ediciones.
- Harp-Peled, M. (2015). Judíos, Indios y el mito del crimen ritual. El caso de Chamula, Chiapas, 1968. Universidad de Ciencias y artes de Chiapas. Recuperado de la página de internet de CESMECA: <http://liminar.cesmecca.mx/index.php/r1/article/view/371/375>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). Sistema para la consulta del anuario estadístico de Chiapas 2012. Recuperado de INEGI México: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/aee12/estatal/chis/default.htm>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Principales resultados por localidad. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/default.html>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2018). Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de: <https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/seguridad-e-higiene-en-el-trabajo>
- International League Against Epilepsy (ILAE). (2017). Definición clínica práctica de la epilepsia. Recuperado de: <https://www.ilae.org/translated-content/spanish>
- Islas, R. (2008). Iniciación, Enfermedad y Curación: El Chamanismo Huichol (tesis de pregrado, maestría). UNAM, México.
- Instituto Mexicano del Seguro social. (2014). Programa Institucional del instituto mexicano del seguro social. Recuperado de: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf
- Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias. (2010) Manejo de Recursos Naturales de la Cuenca de San Cristobal de las Casas Chiapas. Informe Final INIFAP. Recuperado de: [http://www.cuencavalledejovel.org/files/Manejo%20de%20Recursos%20Cuenca%20San%20Cristobal%20\(parte%201%20de%202\).pdf](http://www.cuencavalledejovel.org/files/Manejo%20de%20Recursos%20Cuenca%20San%20Cristobal%20(parte%201%20de%202).pdf)
- Kant, E. (2003). Crítica de la razón pura, Porrúa, México.
- Kuhn, T. (1975). La estructura de las revoluciones científicas, F.C.E., México.
- Lara, T. (2015). Uso ritual de la danza y el territorio de los Baatsik': Bixom Mistun: Nociones de depredación y parentesco ritual en la construcción de chamanismo teenek (Tesis de pregrado, maestría). UNAM, México.
- Lewontin, R. (1978). La adaptación, Investigación y ciencia, 138-149.

- López, A. (1996). Los mitos del tlacuache: Caminos de la mitología mesoamericana. México: UNAM, Antropológicas.
- Lozano, I. (10 de abril de 2018). El “Pox” ya lo probaste?.. pruebalo y lo amarás!... descubre el origen de este destilado maya.
- Maes, S. y Veldhoven, M. (1989). Gezondheidspsychologie: van ziektegedrag tot gezondheidsgedrag (thematische bespeking van 15 belangrijke titels uit de jaren 80 op het gebied van gezondheidspsychologie). *Gedrag and Gezondheid*, 17, 34-40.
- Marquis, M. (2009). El aspecto social en la medicina chamánica. La relevancia del chamanismo como una alternativa terapéutica. (Tesis de Licenciatura). UNAM, México.
- Matarazzo, J D. (1980): Behavioural health and behavioural medicina. *Frontiers of a new health psychology. American Psychologist*, 35, 807-817.
- Mayahuel. (20 de Marzo del 2012). Tzotziles. (mensaje en un blog) Recuperado de:
<http://mayahuelantropologiadados.blogspot.mx/2012/03/tzotziles.html>
- Mayo Clinic. (1998-2019). Enfermedad Mental. Minnesota, EU.: Mayo Foundation for Medical Education and Research. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>
- Mueller, L., Gonzáles, F. (2007). Edición (10ª ed.). Historia de la psicología: de la antigüedad a nuestros días. México: FCE, 1980
- Museo de la Medicina Maya (2015). La Iglesia. Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH). Chiapas, México.
- Nachon, H. (8 de Septiembre de 2008). Noxas, Ciencias Biológicas y educación para la salud. (mensaje en un blog) Recuperado de: <http://hnncbiol.blogspot.com>

- Neila, I. (2014). Amor y otras tecnologías (Tesis Doctoral). Escuela de Doctorado UNED. España.
- Olmeda, M. (1977). El desarrollo de la sociedad IV. Las Fuerzas productivas y las relaciones de producción en la edad media. España, Madrid,:(ed) Ayuso.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Guia de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2011) Informe sobre la salud del mundo 2011, Salud mental, nuevos conocimientos nuevas esperanzas. Recuperado de OMS 2017: <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013 – Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Recuperado de OMS: <http://www.who.int/whr/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Trastornos recurrentes y episodios maniacos. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). La organización mundial de la Salud (OMS) publica hoy su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11](https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)

Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud Mental, Depresión. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Organización Mundial de la Salud. (2018). Centro de datos de investigación del Programa de Acción en Salud Mental (mhGAP). Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2000). La Salud y el Ambiente en el Desarrollo Sostenible (572). Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/salud-ambiente-desarrollo-sostenible2000.pdf>

Otto, R. (2009). Lo santo como categoría a priori. Lo santo. Madrid. Biblioteca: Revista de Occidente.

Page, J. (2005). El mandato de los Dioses: Medicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas. UNAM: Programa de investigaciones multidisciplinario sobre Mesoamérica y el Sureste.

Patel, V. y Keinman A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (8). Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/8/Patel0803.pdf>

Perea, R. (2001). La Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI* (004), 26-28.

Pérez L. (1997). Chamula un pueblo tzotzil. Gobierno del estado de Chiapas consejo estatal para la cultura y las artes de Chiapas. Centro estatal de lenguas y artes y literatura indígenas. Tercera edición. México.

Pérez, J. & Merino, M. (2012). *Definición de trastorno Mental*. Recuperado de <https://definicion.de/trastorno-mental/>

Pliego, J. (1999). Medicina maya: pasado y presente. San Cristóbal de Las Casas. Instituto de a Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de

Chiapas / Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas. A. C. (folleto).

Pomerleau, O. F., y Brady, J. P. (1979). Behavioral Medicine. *Theory and practice*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Ramos B. (2014). El deporte en Chiapas. Recuperado de: <http://www.toditochiapas.com.mx/Publicidad/el-deporte-en-chiapas-dulce-demagogia-ventana-abierta-para-una-etnografia-critica.html>

Reeder, H. (2011). La praxis fenomenológica de Husserl. Bogotá: San Pablo.

Rodin, J. y Stone, G. (1987). Historical highlights in the emergence of the field. En G. Stone, S. Weis, J. Matarazo, N. Miller, J. Rodin, C. Belar, M. Follick y J. Singer (Eds.), *Health Psychology: A discipline and a profession*. Pp. 15-26. Chicago, Ill: University of Chicago Press.

Rojas, A. (2012). Diagnóstico de Comunidades Rurales de Nybucui de San Cristóbal, que forman parte de la Cuenca San Cristóbal-Chamula. Recuperado de: <http://www.cepazdh.org/wp/wp-content/uploads/2012/09/diagnostico-cuenca-sclc.pdf>

Rosillo, M., Hernández, M., y Smith, P. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271.

Sánchez, R. (2018). La Herencia Maya en San Juan Chamula. México: TRAJIN.

Sánchez, J. (2017). Modelo Heptacategorial. México: Ed. stunam

Sánchez, V. (2017). Entre materia y espíritu: modernidad y enfermedad social en la España liberal (1833-1923). España: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Sandoval, J. (2006). Salud Mental en México recuperado del sitio de internet de la Comisión Bicamaral del Sistema de Bibliotecas:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Saussure, F. (1979). *Curso de Lingüística General*, Buenos Aires: LOSADA.

Servicio de Investigación y Análisis. (2015). *La Salud Mental en México*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Servicio de información y Noticias Científica, (SINC). (17 de Mayo de 2010). 17 de Mayo 1990: La Asamblea General de la OMS elimina la homosexualidad de su lista de enfermedades psiquiátricas. Recuperado de <https://www.agenciasinc.es/Multimedia/Ilustraciones/17-de-mayo-1990-La-Asamblea-General-de-la-OMS-elimina-la-homosexualidad-de-su-lista-de-enfermedades-psiquiaticas>

Smith, W. (1982). *Etiología de la comunicación*, F.C.E., México.

Soarez, D. (2007). *Acceso, abasto y control del agua en una comunidad indígena chamula en Chiapas. Un análisis a través de la perspectiva de género, ambiente y desarrollo*. Scielo. Hermosillo. Recuperado de la pagina de internet de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252007000100002

Talavera, M. (2016). *El concepto de Salud, definición y evolución*. Maria Gabriela Companys. Recuperado de: <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/salud/200216606.EVOLUCI%C3%93N%20DEL%20CONCEPTO%20DE%20SALUD%20para%20alumnos.doc>

Tapia, R. (2016). *El Manual de Salud Pública*. CDMX, México: Intersistemas.

Tardy, M. (2013). *Diferentes miradas sobre el concepto de Salud*. Argentina: Psico-web. Recuperado de: http://www.psyco-web.com/salud/concepto_salud_03.htm

Terrazas, A. (Abril 1994). *Los Dominicos obligaron a los Mayas de Chiapas a diferenciar sus trajes según las etnias, para facilitar el cobro de tributos*. Archivo, Edición México, Revista proceso. Recuperado en:

<http://www.proceso.com.mx/164972/los-dominicos-obligaron-a-los-mayas-de-chiapas-a-diferenciar-sus-trajes-segun-las-etnias-para-facilitar-el-cobro-de-tributos>

Vaca, J. (2001). La concepción, salud-enfermedad-muerte en los raramuri. México, Chihuahua., CONACYT: Escuela libre de Psicología A. C.

Vega, M. (29 de Mayo de 2017). Salud en Chiapas. Animal Politico. Recuperado de:<https://www.animalpolitico.com/salud-en-chiapas/>

Velásquez, J. & Rincón, H. (2010). Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. Bolivia. Ed. Comporación de Investigaciones Biológicas (CIB).

Villaseñor, M. (2004, Enero-Marzo). Educar para la salud: reto de todos. Revista de Educación y Desarrollo, Guadalajara.

World Health Organization. (1997). The Jakarta declaration on health promotion into XX1 Century. Recuperado de: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>

Zaldueno, P. (2014). Epilepsia. Causas, tratamiento y como actuar en caso de convulsiones. [blog]. Recuperado de: <https://www.enfermedadesgraves.com/blog/epilepsia/>

Zapata, R. (2017). Educación, Salud y TIC en contextos multiculturales: Nuevos espacios de intervención. Almeria, España: Edual.

ANEXO 1.

Se realizaron preguntas semiestructuradas, comenzando con dos pruebas piloto y una tercera definitoria que se presenta a continuación.

Cuestionario.

1. ¿Qué es la salud? ¿k'usi ja li lekil kuxlejal?
2. ¿Cómo es el comportamiento de una persona sana?
K'usba kuxul li jun vinik-ants k'alaluk lek skuxlej?
3. ¿Que hace una persona para estar saludable?
4. ¿Se considera una persona sana?
5. ¿Que le hace sentir estar sano-enfermo?
6. ¿De qué forma el medio en donde vive le permite a la persona estar sana?
K'usba li bu nakal li vinik-ants ja lek spas xkuxlej ta b'alumil?
7. ¿Cómo se ayuda a los otros a estar saludable?
K'usba ta koltael li yantik k'uts kalaltik sbenta lex jkuxlejtik?
8. ¿Cómo se convive con una persona sana?
K'usba ta chí nel ta kuxlej jun vinik-ants k'alaluk lekoy sjolé?
9. ¿Cómo dejan de estar sanas las personas? / ¿Cómo se enferma la gente?
K'usba tsok s-kuxlej li jun vinik-ants/ ¿k'usba xlik ta ipajel li jun vinik-ants?
10. ¿De que manera (s) se sana una persona enferma?
K'usba ta poxtael jun vinik-ants k'alaluk tsakem ta chamel?
11. ¿Considera a su comunidad saludable o enferma?
Mi lek skuxlej li b'uy nakalé o mi oy chamel?
12. ¿En que periodos o situaciones se puede estar más sano?
K'usi k'ak'al ja lek kexlejal?
13. ¿Qué etapa de vida considera la más saludable? K'usi sja b'ilal ja oy lekilal kuxlej?
14. ¿su actitud cambia cuando una persona esta sana o enferma?
Li jo-oté k'usba cha bil li b'uchu oy ta lekilale?
15. ¿Cuáles son los lugares menos propicios para permanecer sano?
Buy ja osilal ja lek kuxlejal?
16. ¿Que consecuencias tiene que una persona se conserve sana?
17. ¿Cómo se curaba la gente anteriormente?
K'usba spxta sb'aik li mol-me'e'letik ta bo'-ne-é
18. ¿Como mantiene sano a su Ch'ulel?
19. ¿Cómo se llega a enferma el ch'ulel? K'usb'a yo' xipaj li chuleltiké?
20. ¿Cómo se cura el ch'ulel? K'usba ta poxtael k'alaluk ip li jch'uleltiké?
21. ¿Cuál es el peor lugar para mantenerse sano?
22. ¿Que enfermedades se padecen para acudir al sanador?

Gráficas con relación al modelo:

Figura 1. Aquí se puede notar como todas las categorías de modelo se relacionan con el significado de salud para una comunidad maya.

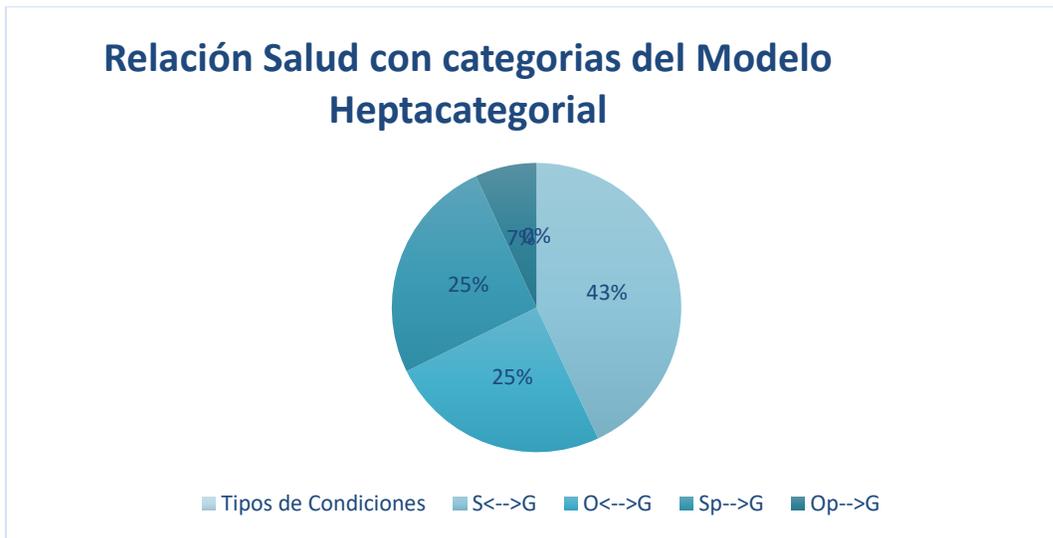


Figura 2. Aquí se puede notar como todas las categorías de modelo se relacionan con el significado de enfermedad para una comunidad maya.

