



Universidad Nacional Autónoma de México

**Instituto de Geografía- Facultad de Filosofía y Letras
División de Estudios de Posgrado**

Medicina tradicional en Taxco de Alarcón, Guerrero

Tesis

Que para obtener el grado de

Doctor en Geografía

Presenta

Adrián Urióstegui Flores

Asesor: **Dra. María del Carmen Juárez Gutiérrez**

México, D. F., 2007



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.

Agradecimientos.

Mi agradecimiento sincero a María del Carmen Juárez Gutiérrez.

Quedo en deuda también con Juan Luis Ramírez Torres y Lilia Susana Padilla y Sotelo. Gracias.

Mi reconocimiento a Enrique Propín Frejomil, Rosalía Vidal Zepeda, Marta Concepción Cervantes Ramírez, María Inés Ortiz Álvarez, Laura Elena Maderey Rascón y Adrián Guillermo Aguilar Martínez.

Mi gratitud para el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca brindada durante tres años para realizar el presente trabajo.

Índice.

Introducción -----	3
 CAPÍTULO I: POSICIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS Y ELEMENTOS COGNOSCITIVOS.	
1.1 Marco teórico -----	9
1.2 Marco conceptual -----	20
1.3 Marco de referencia -----	23
1.4 Marco histórico -----	29
1.5 Metodología -----	32
 CAPÍTULO II. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y HUMANAS DE TAXCO DE ALARCÓN.	
2.1 Rasgos generales -----	35
2.2 Aspectos sobre el origen y desarrollo de la provincia -----	38
2.3 Características, estructura y evolución de la población -----	42
2.4 La vida en la comunidad -----	50
 CAPÍTULO III. CAPÍTULO III. NOSOLOGÍA POPULAR, ENFERMEDADES RECONOCIDAS POR LA CIENCIA Y TRATAMIENTOS ANCESTRALES.	
3.1 Perfil sociocultural: nosología popular y enfermedades reconocidas por la ciencia -----	63

3.2 Nosologías y enfermedades. Tratamientos, causas, consecuencias y medidas preventivas -----	67
3.3 Hierbas medicinales según zona climática y origen -----	106
3.4 Zonas de utilización de alternativas médicas -----	107
3.5 Matriz y estratificación espacial -----	123

CAPÍTULO IV. LAS INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE SALUD Y SU CONEXIÓN CON LA MEDICINA TRADICIONAL.

4.1 Servicios de salud -----	127
4.2 Morbilidad y mortalidad -----	129
4.3 Personal de salud y medicina “antigua” -----	136
4.4 La disyuntiva ancestral y su vinculación con programas de salud vigentes en la comunidad -----	149

Aportaciones analíticas -----	152
Consideraciones descriptivas, metodológicas, empíricas y vías de exploración para trabajos posteriores -----	153
Conclusiones -----	155
Bibliografía -----	162
Glosario -----	169
Anexos -----	172

Introducción.

La medicina tradicional es una de las opciones trascendentes usadas para atenuar y minar las consecuencias de la enfermedad o bien, una vía en la búsqueda del bienestar físico, emocional y mental. Este tipo de recurso también ha sido (desde una perspectiva histórica) una alternativa de amplio peso en vastos sectores sociales residentes en el país.

De acuerdo a lo vislumbrado en trabajo de campo algunas enfermedades enmarcadas en la nosología popular (como empacho, caída de mollera, mal de ojo, aire, susto y otras no conocidas que han sido construidas específicamente en el entorno local) siguen vigentes en Taxco de Alarcón. En su curación continúa jugando un papel primordial la combinación de alternativas antiguas, tratamientos domésticos, herbolaria, medicina China e incluso, la misma biomedicina. De estas últimas la opción ancestral tradicional y la herbolaria han destacado ampliamente y persisten como recursos de suma importancia en la búsqueda de la salud en dicho espacio guerrerense.

Dentro del marco del esquema ancestral la importancia de esta herbolaria ha cobrado significación debido a descubrimientos recientes de sus propiedades curativas; la identificación de *dimetilhistamina* en el zapote blanco (*casimiroa edulis*) y el efecto que provoca en la disminución de la presión arterial, la *quercetina* en la hoja de guayaba (*psidium guajava*) eficaz como antidiarreico, la *galphimina B* en la calderona amarilla (*galphimia glauca*) con efecto sedante en el sistema nervioso central o bien, el *mucilago* del nopal (*opuntia streptacantha*), inhibidor de la absorción de glucosa en el intestino y útil en

malestares tales como la diabetes (Rivera, 1999), por mencionar algunos ejemplos.

Aunado a lo anterior e íntimamente eslabonado, se presenta un complejo conocimiento nosológico popular (que se mezcla comúnmente con el empleo de fármacos de patente, tratamientos domésticos o ritos religiosos) el cual continúa usándose, difundiéndose y sigue conservando un lugar preponderante en la vida cotidiana comunitaria: el "aire" por ejemplo (registrado con otros y diversos nombres) es mencionado como una de las diez primeras nosologías más frecuentes (Lozoya citado por Mateos, 1999:209-211) o bien, el denominado "mal de ojo" es contemplado en espacios territoriales más amplios tales como América, Europa y varios países de Africa (Zolla et al.,1988:57,58,75).

Las enfermedades basadas en "el frío y calor" ya han sido referidas en variados grupos étnicos, e incluso, se ha mencionado su existencia en sectores de la población urbana (López Alfredo, 1984:16,17).

Otros trabajos han resaltado la significación de remedios ancestrales en comunidades étnicas del occidente de Michoacán, desde el uso de epazote (*chenopodium ambrosioides*) y ajeno (*artemisia absinthium*) para combatir grandes problemas epidémicos y endémicos gastrointestinales, hasta el suministro de corteza de encino (*quercus crassipes*), chilacayote (*cucurbita ficifolia*) y závila (*aloe vulgaris*) mezclada con sal para contusiones diversas, por ejemplo (Urióstegui Adrián, 2001).

Otra de las razones de peso para iniciar el estudio de esta opción, se sintetiza en el constante aumento de los medicamentos de patente y el debate del

incremento al impuesto de los mismos, situación que ha hecho que los remedios ancestrales resalten por su viabilidad en cuanto a costos.

Paradójicamente, esta situación se ha agravado debido a las actuales políticas públicas de salud implementadas en América Latina (de corte neoliberal), las cuales han recrudecido el acceso a la medicina académica o científica y sobre todo a los servicios estatales de salud, ya que han encarecido los recursos, se han cerrado hospitales de atención primaria, se ha reducido su cobertura y, entre otras cosas, han provocado altos costos en el traslado de los servicios a los usuarios (López Flor, 2003:31,32).

A lo anterior y dentro del nivel nacional se suma el aumento de la marginación social, esquema que ha impactado negativamente en la puerta de acceso a la salud y que sigue expandiéndose en América Latina (Fassin, 1992:11).

Todos los puntos de partida anteriores han permitido delimitar (sin olvidar la perspectiva de análisis espacial) zonas de utilización de alternativas médicas; unidades que han derivado del estudio de niveles y jerarquías al aplicar un valor índice medio, así como de las opciones de atención que han tenido muestras cuidadosamente seleccionadas, caracterizadas por la presencia de altas condiciones de bienestar y agudas carencias.

Otra de las proposiciones del trabajo descifra el conocimiento de las relaciones, diferencias y analogías de la diversidad nosológica local con respecto a otras ya registradas en variadas partes del país (sus conceptos contruidos y causas) e inclusive, los tratamientos herbolarios y

consideraciones respecto a su uso empírico y su eficacia científicamente comprobada. Estas y otras propuestas teórico-empíricas (principio y fin primordial de la obra) se permiten explicar a mayor profundidad en el desarrollo del marco teórico y capítulo III y IV del presente trabajo.

Como lo muestran los datos históricos y empíricos analizados, en Taxco de Alarcón esta disyuntiva sigue tomando nuevas vías de expansión y considerándose de manera trascendente, alternativa derivada de fusiones complejas entre una cultura étnica náhuatl y una medicina española del siglo XVI.

A pesar de lo anterior y según lo observado en una exploración inicial, poco se conoce en cuestión de trabajos científicos sobre medicina tradicional en el norte del Estado de Guerrero.

Asimismo, la presente obra no aborda la extensa y amplia abstracción de fenómenos culturales y sociales que acontecen en la comunidad, sino más bien concentra su atención en una parte acotada de la misma (ya explicada en los párrafos anteriores) y la situación prevaleciente en el periodo comprendido entre el año 2004 al 2006.

Respecto a las hipótesis se ha planteado que:

- 1) El análisis espacial en las zonas metodológicamente delimitadas permite confrontar representativamente las tendencias en el empleo de medicina tradicional y, la amplia variedad de disyuntivas galénicas existentes en la localidad.

2) La opción ancestral continúa siendo un recurso importante en la atención a la salud, tanto en unidades muestrales ubicadas en el espacio que presenta las mayores condiciones de bienestar como en zonas que reflejan las carencias más extremas.

3) Existen nosologías tradicionales y tratamientos que no han sido recopilados, descritos y analizados de manera científica en el lugar de estudio elegido.

4) Destacan nosologías populares y remedios herbolarios a nivel local que presentan semejanzas y/o difieren ampliamente de los registrados en trabajos teórico-empíricos en otras áreas de estudio a nivel nacional.

5) Se suscitan complejas relaciones de competencia, subordinación y/o complementación entre la disyuntiva tradicional y otras opciones de atención a la salud en dicho espacio comunitario.

Objetivos:

1) Comparar y confrontar (mediante análisis espacial) el panorama relacionado con la utilización de medicina ancestral en zonas delimitadas al interior de la población en cuestión.

2) Explicar semejanzas y diferencias de malestares tradicionales locales con respecto a otros ya vislumbrados en variadas provincias del país.

3) Mostrar nosologías y tratamientos que no han sido recopilados, descritos y analizados de manera científica en dicha comunidad.

4) Conocer causas, tratamientos y medidas preventivas de nosologías antiguas de mayor demanda a nivel provincial.

5) Analizar la condición actual (competencia, subordinación y/o complementación) de la alternativa tradicional respecto a otras opciones de atención a la salud.

CAPÍTULO I. POSICIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS Y ELEMENTOS COGNOSCITIVOS.

1.1 Marco teórico.

En el desarrollo del presente apartado se explican a profundidad los cimientos en que se sustenta el trabajo, asimismo las propuestas teóricas y empíricas novedosas que se realizan en la obra.

En primer lugar se tomó en cuenta la teoría de “area cultural”, la cual adquirió algunas de sus primeras conceptualizaciones en trabajos de Wissler (1917) abordando características de grupos étnicos americanos y sus respectivas demarcaciones sistemáticas en mapas cuidadosamente detallados.

Dichas delimitaciones incluían desde áreas de cacería, agricultura, artes textiles, cerámica y diseños decorativos hasta incluso, una clasificación de grupos sociales de acuerdo con sus respectivas culturas.

También autores como Erich y Henderson (1976) llegaron a explicar claramente el origen del término de área cultural:

Es significativo que el nacimiento y formulación del concepto de área cultural ocurriera en relación con los indios norteamericanos, de los que se poseían bastantes pruebas etnográficas documentales y cuyo medio ofrecía notables contrastes y límites bastante claros (ibíd:522).

Incluso se mencionó cómo se habían realizado subdivisiones de California en áreas por Kroeber ya desde 1904 y se destacó un artículo de Mason publicado en 1896 en el cual se mostraban “áreas o ambientes culturales en el hemisferio occidental” (ibídem).

En los escritos originales de Kroeber (1939) resaltaron aportaciones referentes a las relaciones ambientales de culturas nativas de Norteamérica y la posterior examinación de relaciones históricas de áreas de cultura, esquema que abarcó amplio territorio continental (costa noreste y sureste, espacios intermedios e intermontanos o México y América Central, por mencionar algunos ejemplos) (ibídem).

Otras clasificaciones más complejas fueron desarrolladas por Murdock (1951). Éstas delimitaron veinticuatro áreas culturales de étnias de América del Sur fundamentándose en nueve rasgos específicos de información, tales como a) la afiliación lingüística, b) el relativo grado de desarrollo de comercio, clases sociales e instituciones políticas o bien c) la forma, modo y reglas prevalecientes del matrimonio, por citar sólo una parte de los rasgos considerados.

De Murdock (1959) también se distinguieron detalladas demarcaciones para Africa que enfatizaban cuestiones relacionadas con las características geográficas, el lenguaje, la economía, los tipos de descendencia, el gobierno o bien, la clasificación de rasgos de cada grupo cultural a nivel continental.

En el mismo sentido, destacaron obras de principios de siglo (Holmes, 1915) que tomaron en cuenta específicamente el estudio comparativo de antigüedades para delimitar áreas en el extenso territorio norteamericano.

Finalmente, en el ámbito relacionado con la Geografía Cultural del cuidado de la salud se distinguen teorías tales como la “región cultural”. Ésta también ha sido conocida como “diferenciación de áreas” o “división de espacios geográficos dentro de regiones basados en ciertas características culturales” (Gesler, 1992:36).

Si bien esta teoría fue atacada en los sesentas y setentas por tomar una visión demasiado simplista de la complejidad cultural y se le atribuyó no ser muy informativa (ibíd:36), actualmente ha surgido una “nueva Geografía Regional” basada en recientes ideas que han conformado conceptualizaciones más complejas intentando explicar la especificidad de regiones.

Para la Geografía Social se ha tomado en cuenta la importancia de las relaciones sociales o bien, la interacción entre la acción humana y las estructuras sociales, mientras que para la Geografía Cultural se ha considerado la importancia del lugar para la identidad grupal o individual e incluso, los paisajes simbólicos (ibíd:37).

Dentro de ésta última tiene importancia en el cuidado de la salud el tema referido a la indagación (en diferentes áreas) de lo que la gente cree respecto la relativa eficacia de la medicina tradicional y/o de la misma biomedicina (ibíd:38).

En este sentido, tomando en cuenta la información estadística a nivel localidad y puntualmente para la República Mexicana, una aportación que se realiza en la presente obra (y que se enmarca dentro de la corriente teórica

mencionada en párrafos anteriores) se encaminó a delimitar específicamente zonas de utilización de alternativas médicas (ya sea tradicional, doméstica, biomédica, profesional tradicional o incluso, la utilización combinada de varias de ellas).

Lo anterior y en una escala que puede ser maximizada o minimizada en principio tomó en cuenta factores como 1) la fronterización de áreas geoestadísticas básicas (AGEBS) y algunos de sus indicadores (INEGI, 2003), 2) los datos que procedieron de la utilización de un valor índice medio, de su posterior normalización, calificación y análisis con respecto a la media (Torres y Delgadillo, 1990), asimismo 3) de la elección de AGEBS o parte de ellos que mostraron las más altas condiciones de bienestar y las más graves carencias y 4), las tendencias respecto a las opciones de atención a la salud que presentó la población muestral elegida en estas mismas unidades.

Estos precedentes proporcionaron cimientos para analizar las características referentes a la elección de disyuntivas y, el grado de diferenciación (en términos de análisis espacial) en el empleo de las mismas.

De este tipo de zonificación pueden derivarse preguntas, propuestas y/o cuestionamientos dirigidos a otro tipo de regionalización, esto es, la llamada cobertura institucional de salud¹. Cuestionamientos porque, aunque los servicios institucionales de salud se encuentren a 10 o 15 minutos a pie de los usuarios, este servicio no es usado o se llega a polemizar su eficacia, lo que podría

¹ O bien la sobre cobertura en el caso de la localidad de estudio, ya que al interior se ubican clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Secretaría de Salud.

confrontar entonces la ubicación espacial de las unidades de salud (cercana y disponible) y la situación respecto al empleo del mismo servicio. También permitiría explorar y explicar, en cierta medida, el marco de preferencia por otras vías en la búsqueda de la salud.

Otra aportación que hace el presente trabajo va dirigida a mostrar una especificidad comunitaria, ya que se explican rasgos locales (únicos y particulares) que pueden dar puntos de partida para explorar otros niveles de análisis, entre los que sería posible incluir una escala territorial más amplia, por ejemplo.

Respecto a la teoría de la “aculturación”² autores como Spicer (1976;33) ya le han atribuido cimientos desde finales del siglo XIX:

La aparición de la aculturación como campo importante de estudio, en las ciencias sociales, puede seguirse fácilmente. Primero se insinuó como área antropológica, hacia 1880, y se fue convirtiendo en tema destacado en la investigación durante los ochenta años siguientes (ibíd:33).

El término también es distinguido en la obra original de Boas (1896) en referencia al crecimiento de las mitologías de tribus étnicas de la costa del Pacífico norte. En este escrito resaltan incluso observaciones respecto a la diseminación de mitos sobre tribus vecinas y, consideraciones referentes a los nuevos elementos que pueden ser encontrados en dichas concepciones:

² Remitiendo a los cambios (técnicos, ideológicos, conductuales o normativos) que pueden generarse cuando interactúan dos o más culturas diferentes.

La aculturación de las variadas tribus ha tenido el efecto que el plano y el carácter de la cultura de la mayoría de ellas es la misma; en consecuencia de esto nosotros encontramos también que los mitos han viajado de tribu en tribu, y que un largo cuerpo de leyendas tienen mucha pertenencia en común (ibíd:1).

Mucho de este material debe haber sido adoptado, y ha sido adaptado y cambiado en forma de acuerdo al genio de la gente quien lo pidió prestado (ibíd:5).

El concepto también tuvo cimientos en los estudios de McGee (1898). Estas disertaciones llegaron a definir una aculturación de “altos grados de cultura superiores” con un “intercambio amistoso y dirigido adoptado a un fin” así como una aculturación pirata de “bajos grados de cultura” donde el intercambio es “ampliamente hostil y adventicio”. A los anterior también se le sumó la explicación de las cuatro fases de aculturación (salvajismo, barbarismo, civilización e instrucción) y la combinación de estas últimas para definir lo que se consideró como “la ley de la aculturación” (ibíd:248,249).

Por su parte, Herskovits (1937) explicitó el proceso aculturativo al detallar la correspondencia entre deidades africanas y santos católicos en países como Brasil, Cuba y Haití. Del mismo autor también sobresalieron escritos donde se abordó la historia, organización social, características religiosas y el estudio de fusiones de rasgos africanos y europeos en uno de los valles haitianos a mediados de los años treinta (Herskovits, 1971).

Ideas referentes al término “aculturación” también fueron estructuradas por el mismo Spicer (1976:33) para explicitar sobre todo a “los cambios que

se producen cuando se juntan sociedades con diferentes tradiciones culturales”.

Finalmente, vale la pena mencionar cómo las disertaciones sobre aculturación en el ámbito geográfico han sido limitadas o inclusive nulas a nivel nacional o bien, los escritos existentes en otros países se han respaldado comúnmente en el denominado difusionismo cultural³.

La contribución que realiza el trabajo a la corriente de aculturación es básicamente la explicación, análisis y diferenciación de posibles nuevos formatos que han adquirido los conceptos y tratamientos de dichas nosologías, de igual modo, las variaciones que han llegado a tener con respecto a nociones originales ancestrales o definiciones que han sido registradas en otros lugares del país (esto es el grado de importancia, antagonismo o similitud de estas construcciones locales respecto a conceptos que han surgido de los diversos procesos de diseminación a nivel nacional).

Por otra parte, la importancia de la confrontación y conflicto como fenómeno social radica en la continuidad de su presentación en la interacción de individuos y grupos humanos. Dicha continuidad ha permitido elaborar una vasta gama de obras donde se discuten y plantean sistemas teóricos que pretenden explicar esta compleja parte de la estructura sociocultural, respaldado, sin duda, en un diverso y novedoso cúmulo de material empírico resultante.

³ Como los estudios sobre la difusión de “scanners” de tomografía computarizada en los Estados Unidos, por citar un ejemplo (Gesler, 1992:96-100).

Los sistemas propuestos y objetos empíricos derivados han sido analizados ampliamente en disertaciones de aculturación integrativa (Nahmad, 1988) donde se aborda una postura de la antropología que explica y analiza la resolución de conflictos entre “diversos pueblos y grupos étnicos y la sociedad dominante” enfatizando “un cambio social dirigido” (ibíd:27) o bien, en escritos que explicitan la teoría del conflicto como alternativa al funcionalismo estructural ya desde los cincuentas y sesentas (Ritzer, 2002:50).

Han destacado también análisis críticos a los planteamientos de Dahrendorf (citado por Ritzer, 2002:151) sobre la disertación del conflicto, los comentarios recibidos al mismo por considerarlo como “una traducción inadecuada de la teoría Marxiana a la sociología” (ibíd:155) e incluso, han destacado búsquedas integradoras con orientaciones micro de la anterior (ibíd:157).

En cuestiones de salud existen explicaciones y análisis respecto al conflicto y sus aplicaciones específicamente en sociología médica (Minako, 1980:45-52), discusiones y marcos de referencia respecto a la extensión marxista del paradigma del conflicto (Bloom y Wilson, 1998:388-391), exposiciones respecto a las características del modelo médico hegemónico y su expansión conflictiva (Menéndez, 1992;98) o bien, demostraciones de la resistencia de sectores subalternos a la medicina hegemónica (Modena, 1990:13).

A lo anterior, se han sumado estructuras teóricas que han abordado la situación de antagonismo, integración y complementación biomédica y tradicional (Aguirre, 1994a;1994b), asimismo conceptualizaciones que hacen

referencia a barreras sociales, culturales y psicológicas designadas para categorizar factores de oposición al cambio (Foster, 1980) e incluso, obras que continúan considerando propuestas concebidas a principios de los sesentas por el mismo Foster y que fueron tomadas en cuenta en la aplicación del modelo de atención integral a la salud en el programa IMSS-Solidaridad a principios de los noventas (Rodríguez et al.,1994).

Otros trabajos relativistas (Fassin, 1992) han enfatizado posiciones que han diferido de la antropología aplicada clásica debido a que han puesto “a las ciencias sociales al servicio de los agentes de poder” (ibíd:16) o bien, han intentado fundamentar el enfoque de integración entre el modelo médico institucional y la medicina tradicional (Zolla et al.,1988) reconociendo la coexistencia de esta disyuntiva antigua con los servicios gubernamentales de higiene.

Asimismo, se suman los escritos de Lozoya (et al., 1988) con propuestas para relacionar prácticas de culturas tomando en cuenta la prepotencia de la “cultura occidental etnocéntrica” y la imposición de decisiones e ideas sobre “la forma de curar” de esta última (ibíd:12) e incluso, la explicación sobre la internalización de dichas bases en iniciativas tales como el “Programa de interrelación de la medicina tradicional con las actividades del IMSS-COPLAMAR”, ya aplicada a principio de los ochentas en el estado de Chiapas.

Desde disertaciones de la investigación evaluativa (Urióstegui Adrián, 2001) también se han analizado un cúmulo extenso de factores y razones que han favorecido la continuidad del fenómeno de antagonismo y oposición entre

practicantes de la medicina cosmopolita e integrantes de comunidades étnicas abarcadas por el radio de acción de unidades pertenecientes al IMSS-Solidaridad.

Paradójicamente, entre estas razones continúa destacando la pugna de tierra entre comunidades, el trato ofrecido por el personal de salud, la discriminación que han tenido algunos derechohabientes debido a su condición étnica, el otorgamiento de medicina caducada o bien, porque no se ha dado debida importancia a expresiones y costumbres comunitarias.

A lo anterior, también se ha sumado el desechar el nombre e importancia otorgado al malestar en la escala local (lo que ha sido tomado como una falta de respeto grave hacia los conocimientos de los ancianos y de la tradición médica provincial) o inclusive, el ignorar las causas y tratamientos que se le dan a la enfermedad en el nivel comarcal (diferentes y antagónicos a los considerados por la medicina institucional).

Asimismo, se encuentra el sentido ideológico de utilidad que núcleos de población ha otorgado al tratamiento biomédico (como el uso del suero oral o la verificación del estado nutricional). Algunos ejemplos encontrados reflejaron antagonismo respecto a su supuesta efectividad, lo que ha dado continuidad al distanciamiento de la población que supuestamente se ha querido beneficiar (ibídem).

Finalmente, en Geografía de la Salud destacan teorías tales como el “espacio social”, donde se ha llegado a conceptualizar la existencia de ciertas

“fuerzas institucionales, económicas y políticas dentro de la sociedad” que llegan a moldear las mismas “acciones humanas” (Gesler, 1992:140).

Entre otras características también se ha mencionado cómo la biomedicina ha peleado por legitimarse, cómo “los médicos tratan de mantener el control económico y político sobre los sistemas liberados del cuidado de la salud” e incluso, la lucha de practicantes no biomédicos y curadores holísticos para “legitimarse ellos mismos” (ibídem).

Respecto a esta corriente específica se pretenden esclarecer y verificar las tendencias en las relaciones de confrontación y/o complementación que practicantes biomédicos tuvieron ante el uso de medicina tradicional, la clasificación nosológica popular, la implementación de programas relacionados con dicha disyuntiva y las posturas de terapeutas ancestrales ante la medicina científica (situación no estudiada y desconocida tanto en términos teóricos como empíricos a nivel local y comarcal) en la comunidad de Taxco de Alarcón, Guerrero.

Lo anterior es una contribución al estudio de los conflictos territoriales y espaciales en la utilización de diferentes tipos de medicinas a nivel micro y su situación prevaleciente en el periodo de estudio (dos años aproximadamente) en este espacio particular del país.

1.2 Marco conceptual.

Específicamente en esta obra el término “*cultura*” hace referencia a la serie de rasgos (unidades específicas y particulares de los actos humanos), lineamientos e instituciones (y sus respectivas interacciones) que rigen los sistemas ideológicos y conductuales de un individuo o grupo determinado⁴.

En el mismo sentido el término “*aculturación*” remite a los cambios (técnicos, ideológicos, conductuales o normativos) que pueden generarse cuando interactúan dos o más culturas diferentes.

Un segundo componente es el denominado “*sistema médico*” y puntualiza específicamente el “modelo de instituciones sociales y tradiciones culturales que se desarrolla de deliberada conducta para mejorar la salud” (Gesler, 1992:16). Otro punto que se toma en cuenta es la clasificación de los sistemas médicos que incluye específicamente a la medicina tradicional profesional, la medicina tradicional no profesional y a la misma biomedicina (ibídem)⁵.

Un tercer componente es “*la medicina tradicional profesional*”, tomada en cuenta debido a la amplia variedad de opciones agrupadas en su estructura

⁴ Estos rasgos pueden ser tan extensos como los ya definidos en escritos de Murdock (1994), por ejemplo.

⁵ La medicina tradicional profesional comprende conocimiento de manera más formal (formación en escuelas y entrenamiento médico) (ibíd). Los términos de medicina tradicional y biomedicina son explicados a mayor profundidad en los siguientes párrafos del presente marco conceptual.

conceptual, las cuales incluyen a la medicina aryuvédica, la medicina China, la galénica y la unánica (ibíd)⁶.

En el mismo sentido cabe destacar la “*atención doméstica*”, que hace referencia al cuidado de la enfermedad en el mismo entorno familiar. En ésta ha destacado el uso de remedios “caseros o populares, procedimientos mágico-religiosos y prácticas laicas de atención que incluyen a veces el uso de medicamentos modernos y plantas medicinales” (Zolla, 1988:14).

El quinto que interesa a esta investigación es el concepto de “*medicina tradicional*” (ancestral o antigua) el cual remite específicamente a la gama de recursos y tratamientos conocidos y usados históricamente por sucesivas generaciones para sanar malestares de mayor incidencia y prevalencia a nivel comunal.

El término “*biomedicina*” (medicina científica o cosmopolita) define básicamente la serie de ideas, técnicas y concepciones que se tienen con respecto a la salud-enfermedad donde el positivismo, la bioquímica y los métodos denominados “experimentales” han formado el principal sustento ideológico.

La anterior concepción se relaciona íntimamente con lo que se llama “*medicina institucional*” la cual enlaza lineamientos, concepciones, recursos y servicios que los organismos gubernamentales de salud poseen y ponen a

⁶ La aryuvédica tiene sus orígenes en la India, la medicina China empieza aproximadamente 1,500 A.C., la galénica inicia en Grecia en la escuela Hipocrática 400 A.C. y, finalmente, la unánica es un derivado de la medicina galénica practicada por los Árabes en el siglo XVII y XVIII (ibíd).

disposición de la población derechohabiente y no derechohabiente del país, concepto sustentado fuertemente en líneas y estrategias que derivan del mismo sistema biomédico.

Asimismo, el término de "*enfermedades reconocidas por la ciencia*" hace referencia a la disfunción o desequilibrio biológico entendido estrictamente desde el punto de vista cosmopolita u occidental. Una de las clasificaciones que le dan sentido a esta categoría se puede vislumbrar en obras elaboradas por el mismo Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 1996:121-127).

Específicamente la noción de "*nosología popular tradicional*" conceptualiza el catálogo de disfunciones o malestares ancestralmente conocidos por la población considerada, cuyos conocimientos, tratamientos y definiciones estructurales han sido pasados por sucesiones o progeneraturas, a las cuales inclusive se le han ido incorporado y fusionado nuevas y diferentes interpretaciones, sin negar la posibilidad de analogía con expresiones referidas en otros sistemas culturales particulares.

La designación del tipo de disfunción (ya sea nosología popular tradicional o enfermedad reconocida por la ciencia) dependió de la asignación que la población de estudio le otorgó a la misma (situación confrontada específicamente en el capítulo III del presente trabajo).

En una serie de ideas relacionadas, el "*tratamiento*" define a los recursos utilizados en la búsqueda del alivio, mientras que la "*causa*" enfatiza el principio o naturaleza que origina la afección en cuestión. Las

“*consecuencias*” son las situaciones específicas que sobrevienen si ésta no es tratada y las “*medidas preventivas*” reafirman las acciones que se toman para protegerse del mismo malestar.

1.3 Marco de referencia.

Existen también variadas ideas relacionadas directa o indirectamente con la cuestión tradicional. Aunque no corresponde a este apartado dar cuenta de todo lo publicado, sí se comenta una selección de obras enfatizando algunas posiciones consideradas en las mismas.

En el ejemplo de disertaciones de Menéndez (1992) se realizaron marcados cuestionamientos hacia la medicina científica, es asimismo una obra que analizó el proceso capitalista y la relación que éste tiene con la emergencia de modelos de atención a la salud. Llegó a permear también la importancia de la materia histórica y mostró concordancia con postulados Gramscianos y Marxistas.

En el escrito anterior se realizaron análisis y consideraciones respecto a modelos de atención médica resaltando rasgos estructurales del modelo médico hegemónico (su concepción teórico evolucionista-positivista y su ahistoricidad), así como las características de modelos tales como la auto atención o el alternativo subordinado. Es en este último donde se catalogaron las prácticas tradicionales y otras “prácticas alternativas” que llegan a emerger del mismo modelo hegemónico (ibíd:102).

En obras de autores como Fassin (1992) llamó la atención los esquemas pedagógicos con acción educativa, la denominada participación comunitaria (enfocada a la implementación de una red de promotores de salud) o bien, el cuestionamiento hacia la eficacia de políticas implementadas por los estados, que según el autor, son las productoras de las desigualdades en salud (ibíd:11).

Finalmente, destacaron las representaciones acerca de las enfermedades, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de éstas últimas; temas derivados del análisis realizado en regiones ecuatorianas delimitadas.

Otros escritos (Signorini, 1989) abordaron cuestiones relacionadas con la interpretación del sistema médico nahua de las épocas precolombina y su estado predominante a mediados de los ochentas, las formas en que se ha transmitido este sistema, la profundización en la explicación de los centros anímicos y los estados morbosos de los mismos. La obra incluyó también la interpretación simbólica, la teoría del parentesco y el estudio de la organización económica y política ceremonial de una comunidad en el estado de Puebla (ibíd:39,81).

Otros trabajos (Modena, 1990) se basaron en la antropología culturalista y funcionalista, el análisis del capitalismo, la materia histórica, la teoría del conflicto, en cuestiones Gramscianas sobre el concepto de hegemonía y en el evolucionismo cultural.

Básicamente el análisis fue centrado en “las formas en que la hegemonía económica, organizativa e ideología del capital elimina las prácticas o creencias

tradicionales” (ibíd:13) relacionadas con la salud-enfermedad en una localidad ubicada en el estado de Veracruz.

En obras reconocidas de Aguirre (1994b) se llegaron a explicar un gran cúmulo de modelos teóricos, a pesar de lo cual dicho trabajo fue catalogado dentro de la “teoría de la aculturación integrativa” por autores como Nahmad (1988) a finales de los ochentas.

Si bien el escrito fue integracionista y avaló a la medicina científica, también trató de tomar en cuenta la diversidad de expresiones culturales en una forma no explícita de marcado “relativismo cultural”.

Algunas de las teorías destacadas que vale la pena mencionar se refirieren a la cuestión etnológica, estructuralismo marxista, teoría de la cultura, difusionismo, teoría biomédica, estructuralismo funcionalista británico, evolucionismo, continuum folk-urbano, relativismo, materialismo histórico, psicoanálisis Freudiano, ideas griegas sobre el temperamento, teoría psiquiátrica e incluso, conceptos psicoanalíticos de From.

A lo anterior se suma la cultura de la pobreza, modelos sobre la relación nutrición-subdesarrollo, teoría de las necesidades, etnocentrismo cultural, teoría del parentesco en relación con la enfermedad, teoría del conflicto y supersubordinación elaborada por el mismo autor, capitalismo dependiente o bien, conceptos teóricos respecto a Geografía de la Marginación.

En otros escritos de Aguirre (1980) llamó la atención la materia histórica, el difusionismo, el modelo de la medicina folk, el modelo biológico de la salud,

el relativismo y las bases conceptuales para la construcción de la “medicina mestiza”, así como temáticas referentes al nagualismo, curanderos, diagnóstico y medicina preventiva; información vinculada íntimamente con el presente estudio particular.

Una amplia diversidad de tratamientos tradicionales con herbolaria medicinal en diversas regiones de México también se ejemplificó en obras de Martínez (1992), destacando la clasificación botánica realizada y la descripción detallada de propiedades curativas (tanto tratamientos experimentados científicamente, con estudio científico incompleto o bien, no identificadas).

En otras disertaciones de López Alfredo (1996) el sustento fue básicamente histórico-etnográfico y resaltaron ampliamente los rubros referentes a las entidades anímicas, el equilibrio y desequilibrio del cuerpo humano y temas sobre el cuerpo y el cosmos.

En trabajos anteriores (López Alfredo, 1984) la materia histórica fue también el principal sustento. En este caso se abordaron temas de medicina prehispánica, cuestiones sobre lo frío y lo caliente, el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y la terapéutica empleada. Vale la pena mencionar también las alusiones y descripciones de varios textos escritos en los siglos XVI, XVII, XVIII, XIX y XX respecto a la misma medicina náhuatl.

También estudios sustentados en esquemas de historia son desarrollados por Sepúlveda (1988). Con un marcado método comparativo y fundamentado en fuentes coloniales el punto de interés enfatizó “conceptos y prácticas médicas”

de grupos étnicos “mayas, huastecos, totonacos, mixtecos, zapotecos, otomianos y aztecas” (ibíd:13). Aunado a lo anterior, resultó interesante la explicación de la etiología de las enfermedades, las características de los médicos así como la herbolaria utilizada por dichos grupos mesoamericanos.

En el rubro relacionado con el ámbito de la medicina científica llegaron a destacar escritos de Lozoya (et al.,1988). En esta obra y para el caso de la República Mexicana el punto fue focalizado en la necesidad de reconocer y respetar la alternativa tradicional, su inclusión en estrategias de políticas de salud oficiales o bien, el reconocimiento del descuido y subestimación que la medicina institucional ha tenido ante dicha alternativa antigua.

Asimismo, resaltaron situaciones negativas en esta implementación destacando “el poco contacto entre la unidad médica rural y los terapeutas tradicionales” o inclusive, “la escasa integración de los médicos tradicionales a los comités de salud” (ibíd:27,28).

Las ideas anteriormente citadas se internalizaron en el “Programa de interrelación de la medicina tradicional con las actividades del IMSS-COPLAMAR” (IMSS, 1982a). La implementación de las fases de dicho programa (aplicado a principios de los ochentas en el estado de Chiapas) empezaron a reflejar resultados tales como la caracterización de enfermedades tradicionales o, la identificación de plantas más utilizadas en los tratamientos.

Las relaciones de competencia entre la medicina ejercida por los profesionales de la salud y las prácticas médicas populares también fueron

discutidas y cuestionadas desde mediados de los setentas en estudios con fundamentos teóricos estructuralistas (Boltanski, 1977).

Estos abordaron la situación respecto a la constante confrontación entre medicinas y postularon la complementariedad existente entre la práctica médica oficial y la familiar. Asimismo, se llegó a dar importancia al conocimiento común del individuo en referencia a su propio repertorio de enfermedades, tratamientos y signos (ibíd:19-24).

También se contempló el esquema relacionado con la imitación que hace la “moderna medicina familiar” de la misma medicina oficial, la difusión de la disyuntiva científica de periodos anteriores, la construcción del discurso sobre la enfermedad por parte de los pacientes y las posteriores reinterpretaciones sobre ésta, asimismo, el otorgamiento de sentido al discurso médico científico por parte de “las clases bajas” (ibíd:30,89-97).

En otros escritos (Zoauri et.al, 1983) los sustentos tuvieron cimientos en la participación comunitaria, sin embargo y aunque reflejaron posturas integracionistas (en relación a la importancia otorgada a la medicina científica) también mencionaron problemáticas presentes al brindar el servicio institucional, tales como la falta de respeto con los pacientes al recibir consulta, el poco personal, el equipo insuficiente o bien, la duplicación de mandos (ibídem).

1.4 Marco histórico.

En fuentes disponibles se ha llegado a mencionar cómo el asentamiento principal del lugar (llamado Tlachco) se encontraba habitado por “náhoas” antes de la llegada de los conquistadores españoles. Dicha villa étnica, cercana al actual Taxco de Alarcón, fue invadida y adueñada aproximadamente en 1445 por Moctezuma Ilhuicamina y era considerada como la población más importante de la región a la llegada del señorío español (Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado, 2001a).

La importancia de este lugar radicaba en el trabajo que se hacía en la especialidad de metales de oro y plata por los mismos integrantes étnicos, asimismo y debido a la búsqueda de estaño por parte de Hernán Cortes se llega a conocer las minas de la comarca:

Para fines de 1529 Taxco ya es una pequeña población llamada Real de Tetelcingo. Vivían allí mercaderes, oficiales del gobierno colonial y frailes franciscanos [...]. Fue más tarde, cuando los habitantes de “Tlachco” (Taxco el viejo) son obligados, casi en masa, a ir a vivir a Tetelcingo para trabajar las minas” (ibídem).

En esta comunidad las bases del uso de la medicina ancestral derivaron básicamente del discernimiento, extensión y efusión de la cultura étnica náhuatl y de la misma medicina española del siglo XVI.

En el caso de la primera y según obras de Aguirre (1980:37) la medicina azteca fue la que alcanzó mayor difusión y se extendió a los pueblos que le

daban tributo, asimismo en su expansión y conquista “incorporó en su cultura muchos elementos de las tribus vencidas y no pocos de aquellas con quien se hallaba en contacto más o menos amistoso” (ibíd:38).

En el ejemplo de la medicina española se fusionó de manera compleja lo racional, lo religioso y lo galénico:

La medicina que los conquistadores y pobladores traen al país posee, en sus concepciones, todos los elementos racionales que rigen la medicina científica actual, pero viene sobrecargada en extremo por toda la vana tradición galénica y por la herencia religiosa imponderable del medievo (ibíd:25).

Dentro de estas formas de curar la herbolaria continuó siendo una vía importante en la atención a la salud en las comunidades conquistadas, esquema ampliamente reconocido en un vasto cúmulo de escritos del siglo XVI tales como el *códice de la Cruz Badiano* (concerniente a plantas medicinales mexicanas), la *historia general de las cosas de Nueva España* de fray Bernardino de Sahagún (que incluía enfermedades y tratamiento) o bien, las obras de Francisco Hernández con el estudio de “2000 plantas con efectos medicinales” y conocida posteriormente como *historia natural de Nueva España* (Viesca, 1999:31,32).

A lo anterior se sumaron obras como la *historia natural y moral de la Indias* realizada por Acosta, el *teatro mexicano* de Betancourt (publicado en el sigloXVII) (ibídem), los *secretos de chirurgia* de Benavides y la *historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales* de Monardes (Fresquet y López, 1999:41,42).

En el siglo XIX destacó sobre todo la fundación del real jardín botánico, las tesis sobre herbolaria de egresados de la escuela nacional de medicina en 1854, así como la *farmacopea mexicana* editada en 1874 (Malvido y Del Amo, 1999:48-51).

Ya en el siglo XX son significativas las posturas de los cincuentas y sesentas representados por enfoques relativistas, difusionistas e integracionistas culturales, los cuales llegaron a tener un peso crucial respecto a las concepciones sobre la atención a la salud en dicha época (Aguirre, 1994a,1994b).

Para finales de los setentas y principios de los ochentas destacaron iniciativas tales como el programa de interrelación de la medicina tradicional con las actividades del IMSS-Coplamar, sustentado en un marcado enfoque relativista buscando respetar y enlazar conocimientos y formas locales de atención (Lozoya et al.,1982).

También en los ochentas fue sobresaliente el manejo operativo del programa COPLAMAR por el IMSS y la búsqueda de transformar sobre todo el enfoque médico establecido por uno nuevo denominado “modelo de atención integral a la salud” (Rodríguez et al.,1994:18,21).

Posteriormente y a finales de los ochentas se llegaron a reconocer problemáticas inmersas en los intentos de vinculación de la medicina gubernamental con dicha disyuntiva tradicional (Zolla et al.,1988:13,14).

Paradójicamente en los noventas, se siguieron considerando algunas características del modelo de Foster que respaldaron concepciones teóricas de programas tales como el IMSS-Solidaridad (Rodríguez et al.,1994) intentando tomar en cuenta las preferencias de atención de comunidades rurales y étnicas del país.

1.5 Metodología.

La metodología aplicada para el estudio fue ecléctica y diversa. Cabe señalar que en una primera fase se investigaron obras recientes respecto al tema elegido con el fin de elaborar el marco teórico, estructurar propuestas teórico-empíricas novedosas y confrontar resultados.

Pausadamente y en un segundo periodo, se visitó la zona de estudio e investigó el tipo y número de terapeutas tradicionales, asimismo y por medio de observación participante se exploró el modo de vida comunitario.

Siguiendo una tercera etapa se elaboró una matriz etnográfica y un cuestionario de entrevista, se acudió con los curadores ancestrales e informantes clave explicando el objetivo e importancia del trabajo y se aplicaron las herramientas previa autorización.

También se acudió con los principales encargados y representantes de las instituciones de salud con el fin de tener acceso a la información disponible sobre morbilidad y mortalidad comunitaria, el tipo de servicios ofrecidos y los recursos físicos y humanos disponibles. Una vez obtenida la información se

hizo una descripción de la situación respecto a las principales enfermedades y causas de defunción en una escala comarcal.

Posteriormente se elaboraron una serie de preguntas abiertas que le dieron forma y estructura a un cuestionario censal. Después de una prueba piloto se levantó dicho censo con médicos generales que laboraban en clínicas gubernamentales, específicamente para conocer nociones, posturas y consideraciones respecto a la disyuntiva en cuestión y confrontar una parte de las hipótesis planteadas.

Consecutivamente, se aplicó la metodología del valor índice medio (normalización, calificación y análisis con respecto a la media), se definieron condiciones de bienestar y marginación tomando en cuenta áreas geoestadísticas básicas, se elaboraron mapas detallando valores y se eligieron zonas (una con las más altas condiciones de bienestar y dos con las más graves carencias) considerando una muestra representativa en dichos espacios. Finalmente y según los planteamientos estadísticos de Blalock (1978) y Hernández (et al.,2000), se realizó una encuesta a una muestra de viviendas habitadas en las unidades anteriormente delimitadas.

La muestra abarcó aproximadamente el 10% del total de viviendas que se ubicaban en las zonas elegidas. En la zona que presentaba las más altas condiciones bienestar la muestra fue de 51 casas de un total de 509 habitadas. En las zonas con las menores condiciones de bienestar la muestra fue de 5 unidades de un total de 47. La encuesta abarcó un total de 56 viviendas habitadas.

Las unidades muestrales se eligieron tomando en cuenta el procedimiento de tómbola (Hernández et al., 2000:217) consistente en enumerar todos los elementos del 1 al “n” en fichas (donde fue anotada la dirección de cada casa y posteriormente colocadas en una caja), las cuales fueron sacadas al azar hasta completar el universo muestral.

Consecuentemente y para completar, se elaboró una matriz espacial para conocer las características socioeconómicas prevaletentes en estratos restantes (que fueron la suma total de AGEBS por zonas). Para lo anterior se tomaron en cuenta 5 viviendas por cada estrato (15 en total). Sumando la muestra y las viviendas de esta matriz se consideraron un total de 71 casas habitadas.

En una última etapa se realizó un análisis respecto a lo escrito sobre nosologías populares tradicionales y se comparó con los datos derivados del trabajo de campo. Lo anterior tuvo como fin confrontar similitudes, diferencias o relaciones entre lo escrito por autores que han trabajado la temática y lo observado en esta obra particular.

La información fue obtenida de sanadores tradicionales, informantes clave, médicos generales que laboraban en instituciones del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud locales y, de una muestra de pobladores que habitaban en viviendas de las zonas consideradas al interior de la comunidad.

CAPÍTULO II. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y HUMANAS DE TAXCO DE ALARCÓN.

2.1 Rasgos generales.

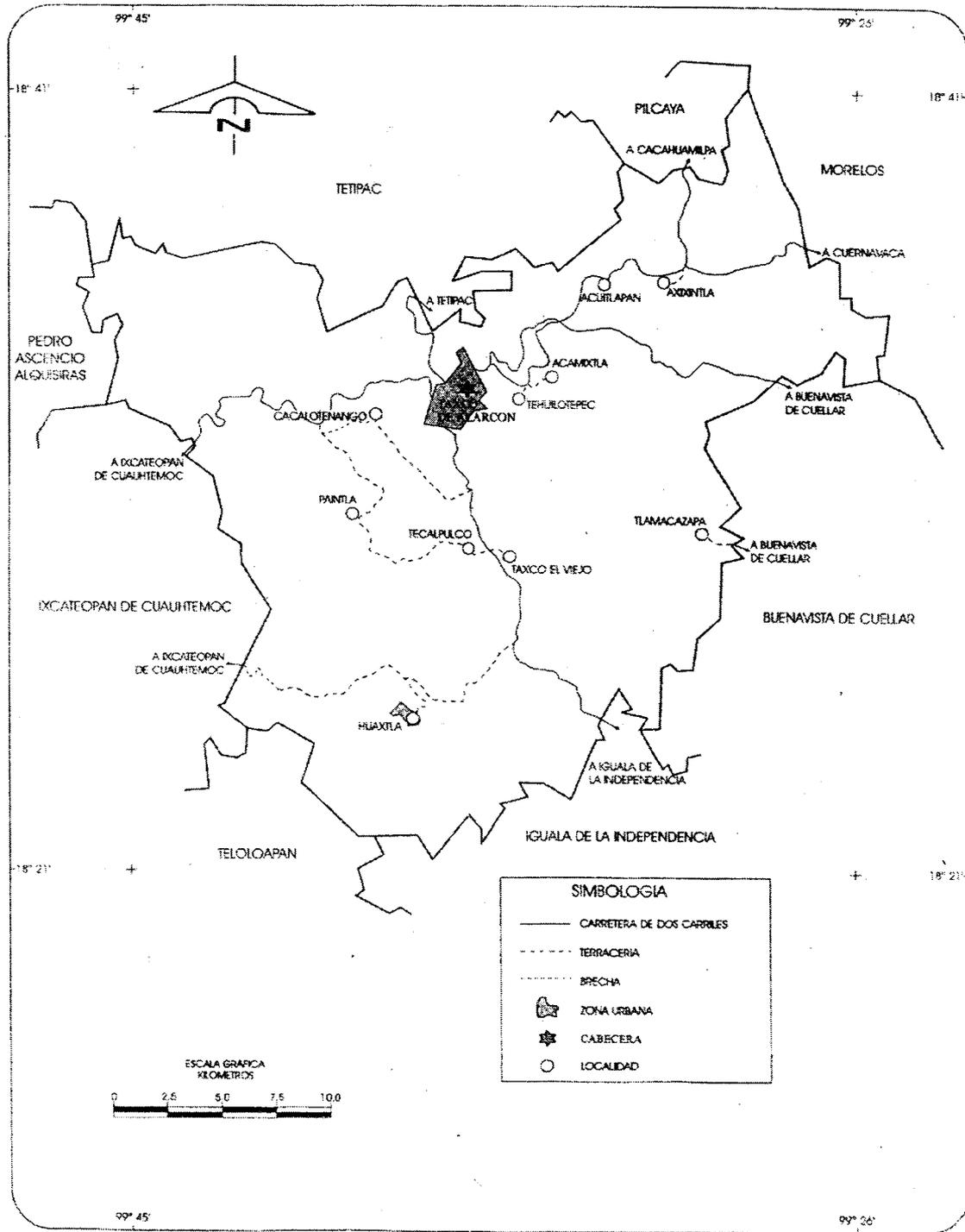
Taxco de Alarcón se ubica al norte del estado de Guerrero y se localiza entre los 18 33' de latitud norte, 99 36' de longitud oeste y tiene una altitud aproximada de 1800 msnm (INEGI, 1998).

La localidad cuenta con 50, 488 habitantes (INEGI, 2003) y es ampliamente conocida por el repertorio de artesanías de plata que se venden en pequeños y medianos comercios y grandes platerías ubicadas en sus calles principales, aunado a lo anterior el paisaje, diseño y arquitectura de la ciudad atrae cotidianamente a una gran cantidad de turismo nacional e internacional.

El municipio es denominado también Taxco de Alarcón y se encuentra conformado por aproximadamente 198 localidades (INEGI, 1998; INEGI, 2003). Dicho municipio tiene una extensión territorial de 347 kilómetros cuadrados y representa el 0.54 por ciento de la superficie total estatal (Secretaría de Gobernación-Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Enciclopedia de los municipios de México [en línea] 2004).

Según las fuentes consultadas los suelos son del tipo “chernozem o negro y café grisáceo, café rojizo y amarillo bosque con características de arcillo arenoso aptos para la agricultura por tener un alto grado de minerales y nitrógenos” (ibídem).

Figura 2.1 Municipio de Taxco de Alarcón.



Fuente: INEGI, 1998.

Las corrientes hidrológicas principales son los ríos de Taxco y Temixco, asimismo los arroyos conocidos como Tecapulco, Granados, San Juan, Plan de Campos, Las Huertas y Acatlán. Cuenta también con una presa denominada San Marcos (ibídem).

En el aspecto geológico la porción central y sur donde se encuentra asentada la comunidad pertenece al periodo cretácico y el tipo de rocas son básicamente metamórficas (meta-sedimentarias). La parte norte, noreste y noroeste corresponde al periodo terciario y está compuesto por rocas ígneas extrusivas, sobre todo la denominada toba ácida (INEGI, 1998:5).

Su fisiografía dentro del contexto municipal, forma parte de la provincia Sierra Madre del Sur y de las subprovincias llamadas Depresión del Balsas y Sierras y Valles Guerrerenses. Respecto a las topoformas el 50.3% de la superficie del municipio se enmarca en el esquema denominado sierra con cañadas, el 38.36% en sierras, el 9.12% en mesetas con lomeríos y el 2.49% restante “valle con lomeríos” (ibíd:4).

El potencial de uso de suelo es muy limitado; aquí el 61.4% de la superficie del municipio no es apto para la agricultura, solamente el 32.18% del mismo se cataloga en el rubro de uso agrícola manual estacional (ibíd:8).

El término técnico para la clasificación del clima en la comunidad es ACw2, que se traduce como semicálido subhúmedo con lluvias en verano de mayor humedad (INEGI, 1998:5,9,13). Sin embargo, habitantes del lugar lo califican como “agradable”, “ni muy frío, ni muy cálido”, pero con moderados

a considerables cambios de temperatura en estaciones de invierno y primavera.

En el mismo sentido y a nivel municipal el clima comprende los subtipos A(w1), A(w0), ACw2, ACw1, C(w2) (INEGI, 1998:5). La vegetación predominante es de selva baja caducifolia con cambio de follaje en temporada de secas (con especies de lysiloma, bahamensis y xotermani) y bosques de pino y encino (Secretaría de Gobernación-Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Enciclopedia de los municipios de México [en línea] 2004).

En la fauna a nivel municipal se han llegado a identificar especies tales como venado, águila, gavilán, iguana, conejo, tejón, mapache, culebra, víbora de cascabel, zorrillo, lagartija, rata, alacrán, paloma, zopilote, armadillo y tortola, entre las principales (ibíd).

2.2 Aspectos sobre el origen y desarrollo de la provincia.

Autores como Toussaint (1932:15-19) han llegado a mencionar como la palabra "Tasco" fue una corrupción del náhuatl Tlachco, nombre que "llevaba la población conocida por Tasco el viejo" y cuyo significado era "el lugar donde se juega pelota". Aquí también sobresale la descripción profunda sobre este juego, explicado detalladamente en la obra del mismo autor.

La versión anterior respecto al nombre de la comunidad parece ser la más difundida, esquema que concuerda con otras fuentes que abordan tal perspectiva:

Antes de la conquista el pueblo de Tlachco (hoy Taxco el viejo) estuvo habitado por náhoas. Su nombre se tradujo como “Lugar donde se juega pelota”. En el códice Mendocino está representado por un jeroglífico que tiene las formas de las construcciones o canchas que se usaban para el juego que era un ritual en honor al sol. El juego de pelota era muy singular pues se trataba de pasar una bola de caucho o pelota por un aro o piedra empotrada en la pared, usando cabeza, hombros, caderas, rodillas, codos y brazos. Menos las manos. Para presenciar este deporte asistían muchedumbres que se sentaban en el graderío, tal como hoy sucede. Tlachco tributaba a la gran Tenochitlán, cada 20 días, mantas, telas de lana y productos agrícolas que cultivaba la comunidad (Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero, 2001a).

Según las mismas fuentes con perspectiva histórica en la época prehispánica el espacio donde actualmente se asienta la localidad de Taxco se encontraba muy marginado:

El lugar donde hoy esta ubicada la bella ciudad de Taxco fue llamado, antiguamente por los indios, Tetelcingo. Era entonces un lugar con unas cuantas miserables chozas donde los indígenas explotaban algunas minas. Cerca estaba una población indígena muy importante que los indios llamaban Tlachco. Varias tribus llegaron a esta región en la época prehispánica, entre otras, los matlazincas, llegados del lugar que hoy es el Estado de México. Llegan Tlahuicas que el rey Ahuitzotl desprendiera de Cuauhnáhuac (Cuernavaca) y llegan también Chontales (ibídem).

Para finales del siglo XVI la actual población estaba conformada por cinco barrios, que también han sido referidos como “cinco pueblos”: Tetelcingo, Acayotla, Tlacncotecapa, El Convento y Cantarranas, siendo conocido el primero de ellos como sede del alcalde mayor (ibíd).

Otras fuentes consultadas llegan a abordar la situación de dicha zona en el siglo XVIII, la guerra de independencia y la construcción legal como municipio:

En el siglo XVIII se formó la organización política de la Nueva España y las alcaldías mayores se convirtieron en partidos bajo el sistema administrativo llamado de intendencias, de tal manera que el partido de Taxco pasó a depender de la intendencia de México. Había un agente administrativo que tenía la categoría de subdelegado. Durante la guerra de independencia Taxco fue testigo de importantes actos, entre los que destaca la redacción del Plan de Iguala en el convento de San Agustín de Iturbide y que tuvo como resultado la unión de las fuerzas realistas de Iturbide y los insurgentes, a cargo de don Vicente Guerrero. (Secretaría de Gobernación-Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Enciclopedia de los municipios de México [en línea] 2004).

En 1850 fue construido legalmente como municipio, siendo uno de los 38 [.....] que integraron al estado de Guerrero, cuando éste fue creado (ibíd).

Otros hechos históricos importantes que destacan son la llegada de José de la Borda en 1742, la toma de la plaza por Hermenegildo Galeana en 1815 o por Porfirio Díaz en 1865 o bien, por revolucionarios tales como Jesús Morán y Margarito Giles en 1911 (ibídem) (cuadro 2.1).

En otras obras especializadas (Toussaint, 1932) se pueden encontrar explicaciones relacionadas con la visita del Barón de Humboldt, discusiones sobre el lugar de origen de los hermanos Juan Ruiz de Alarcón o bien, la historia de algunos personajes locales tales como Becerra Tanco, Pedro de Ocampo, Agustín de Avila o José de Olivar.

Cuadro 2.1 Cronología de hechos históricos.

Año	Acontecimiento
1742	José de la Borda llegó a Taxco e inmediatamente explotó las minas de pedregal, el coyote, san Ignacio y cerro perdido.
1815	El 28 de noviembre por órdenes recibidas del general Morelos desde Cuautla llegó a Taxco Hermenegildo Galeana y tomó la plaza.
1858	El general Miramón nombró coronel a Juan Vicario y le confirió el mando de una brigada que debería posesionarse del sur, Vicario avanzó y el 18 de febrero se apoderó de Taxco.
1865	El 28 de octubre la plaza de Taxco fue tomada por Porfirio Díaz.
1911	El 24 de abril la plaza de Taxco fue tomada por revolucionarios Jesús Morán y Margarito Giles.
1916	La plaza de Taxco fue dominada por las fuerzas Carrancistas.

Fuente: Secretaría de Gobernación-Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Enciclopedia de los municipios de México [en línea] 2004.

También se llega a abordar un resumen de hechos y obras realizadas por importantes extranjeros que beneficiaron a la población (como José de la Borda), asimismo, la historia del principal templo de Santa Prisca y la descripción física y detallada de sus componentes (la fachada, las torres, la portada lateral, la puerta del bautisterio, la cruz del atrio y el altar de los dolores) o bien, la explicación del estilo de arquitectura del templo (ibídem).

Actualmente la estructura del ayuntamiento municipal esta compuesta básicamente por un presidente, un síndico, 6 regidores de mayoría relativa y 3 regidores de representación proporcional (Secretaría de Gobernación-Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Enciclopedia de los municipios de México [en línea] 2004).

Aquí la reglamentación municipal tiene su base en un bando de policía y buen gobierno, un reglamento interior del ayuntamiento, de mercados, de limpia y jardines, de salud y, de programación y presupuesto municipal (ibídem).

Aunque el municipio cuenta con 263 escuelas de diversos niveles (ibídem) el grado promedio de escolaridad es muy bajo, ya que sólo son registrados 6.67 años en dicho espacio (INEGI, 2003).

2.3 Características, estructura y evolución de la población.

En el nivel municipal los registros muestran una población total de 100,245 habitantes (INEGI, 2003). Dicha población se incrementó casi el doble en el lapso de tan sólo 40 años, desde 1960 al año 2000 (cuadro 2.2).

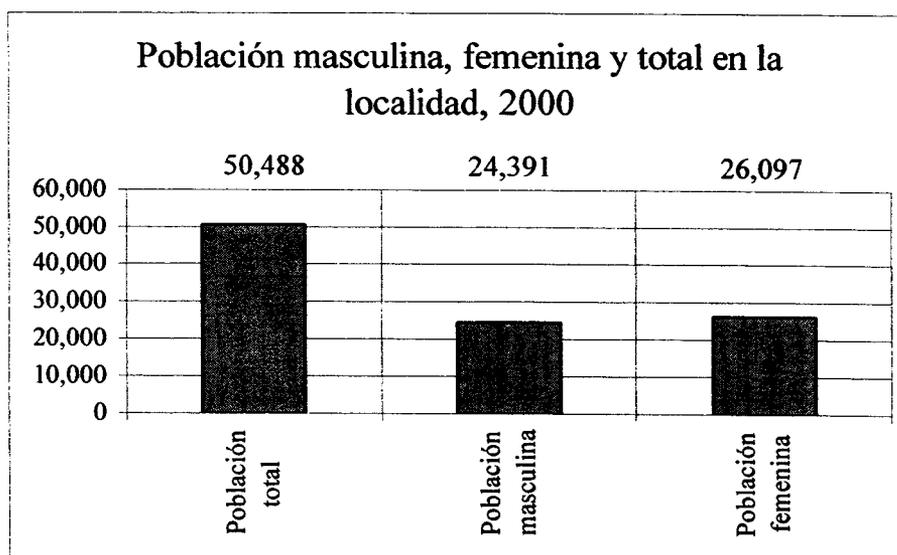
Cuadro 2.2 Evolución de la población en el municipio, 1960-2000.

Año	Población	Tasa
1960	43,567	-----
1970	58,163	2.86
1980	75,912	2.64
1990	86,864	1.34
1995	95,144	0.90
2000	100,245	0.26

Fuente: Secretaría de Gobernación-Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Enciclopedia de los municipios de México [en línea] 2004.

El censo más reciente explicita un total de 50,488 habitantes para la localidad, correspondiendo 24,391 al sexo masculino y 26,097 al femenino (figura 2.2).

Figura 2.2

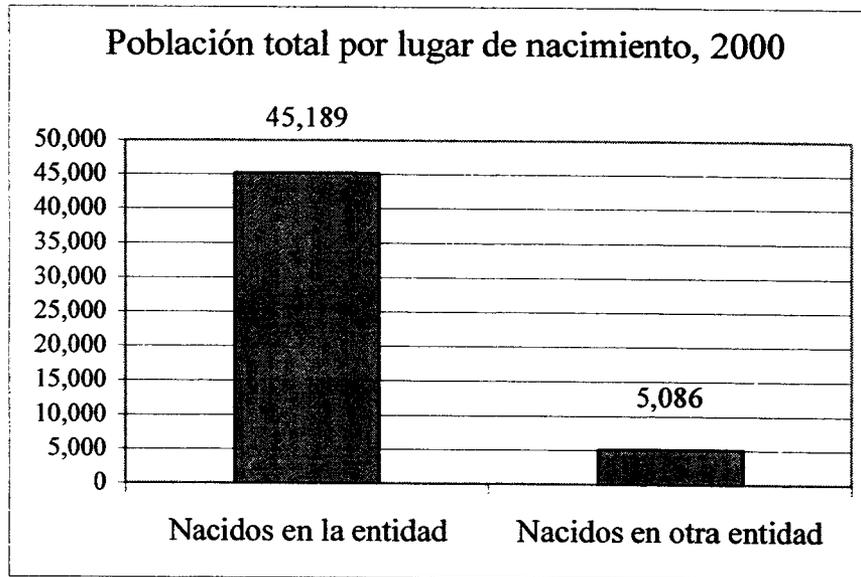


Fuente: INEGI, 2003.

El porcentaje de residentes nacidos en la entidad contrastan ampliamente con los nacidos fuera de ella, ya que la situación respecto a los primeros correspondió al 89.5% (45,189), mientras que para los segundos sólo representó el 10% (5086) (figura 2.3).

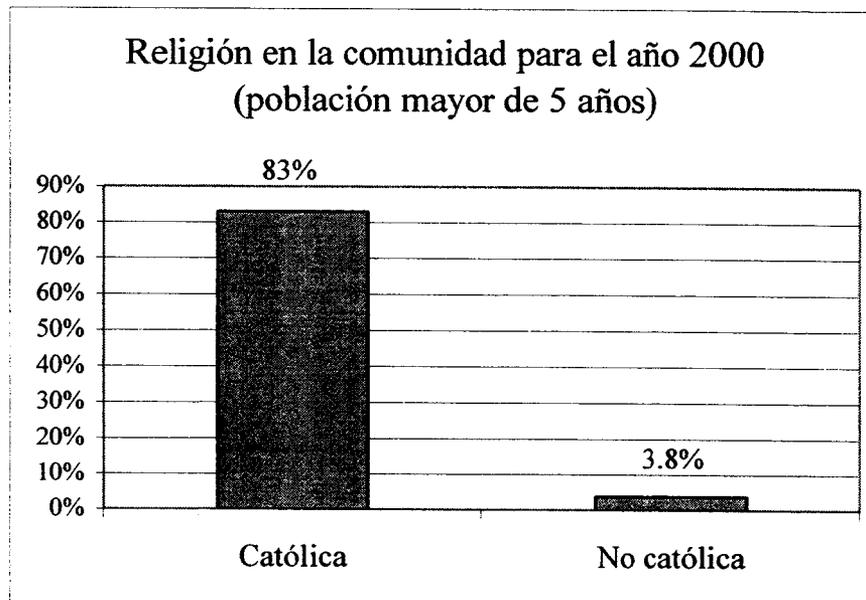
En el aspecto cultural y como en muchas comunidades del Estado la religión católica es la más extendida. Aquí sobresalieron 41,925 habitantes de 5 años y más que la profesan, ésto es 83% del rubro total. La población de 5 años y más con alguna religión no católica sólo correspondió al 3.8% (1940 habitantes) (figura 2.4).

Figura 2.3



Fuente: INEGI, 2003.

Figura 2.4

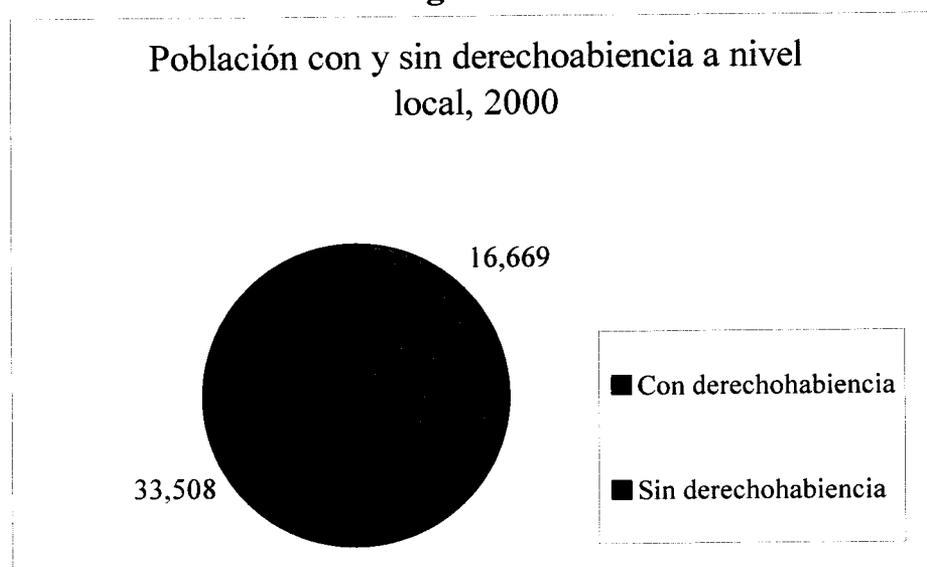


Fuente: INEGI, 2003.

Dentro de la educación el panorama con respecto al grado promedio de escolaridad a nivel local es bastante alarmante, ya que sólo se registran 8.21 años promedio de estudio, situación análoga con respecto a las personas que tienen instrucción superior, ya que la población de 18 años y más con este tipo de escolaridad sólo representó el 6,9% (3493) del total.

Asimismo, la población derechohabiente que podía acceder a los servicios de salud sólo correspondió al 33% (16,669). Es aquí la llamada “sin derechohabiencia” la que constituyó la más alta proporción: 63.3% (33,508 habitantes) (figura 2.5).

Figura 2.5



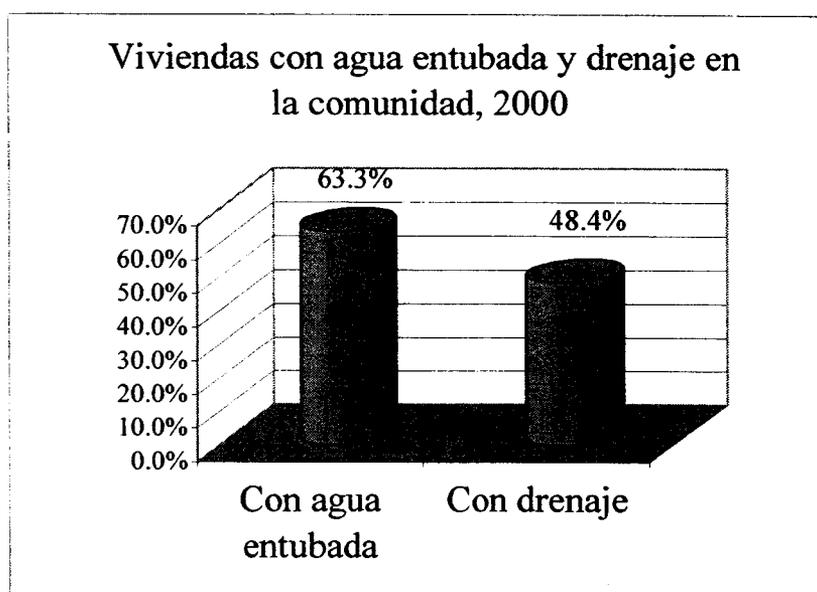
Fuente: INEGI, 2003.

El total de viviendas en la localidad ascendían a 12,015 (100%). De éstas las viviendas particulares habitadas representaron el 99.7% (11,979). Las unidades que disponían de agua entubada fueron el 63.3% (7583), mientras que las registradas con drenaje conectado a red pública sumaron casi la mitad,

traducidas en 48.4% (5808 casos). Las que no contaban con drenaje fueron solamente el 4.0% (483) del total (figura 2.6).

En dicho espacio la población económicamente activa constituyó el 34.7% (34,805), casi la misma proporción que la inactiva (35.6% o 35,650 habitantes). Dentro de la población activa el sector secundario fue el que ocupó la más alta proporción, representado por el 16.1% (16,178), seguido del terciario con 15.1% (15,159). El sector primario sólo fue el 2.6% (2629) del total (figura 2.7 y 2.8).

Figura 2.6

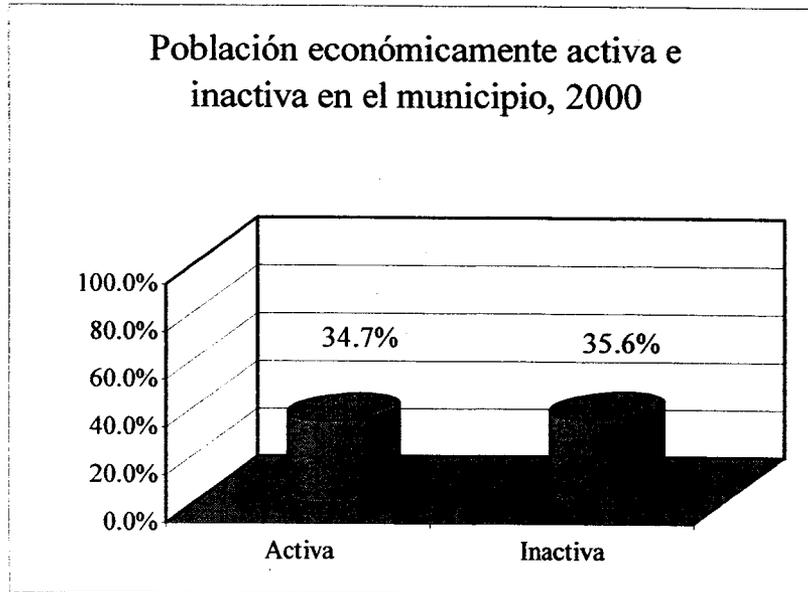


Fuente: INEGI, 2003.

El número de población económicamente activa censada a nivel local reflejó un panorama un poco más alentador (al menos en números) ya que casi el 40% (20,216) de habitantes se ubicaron en este rubro específico, mientras

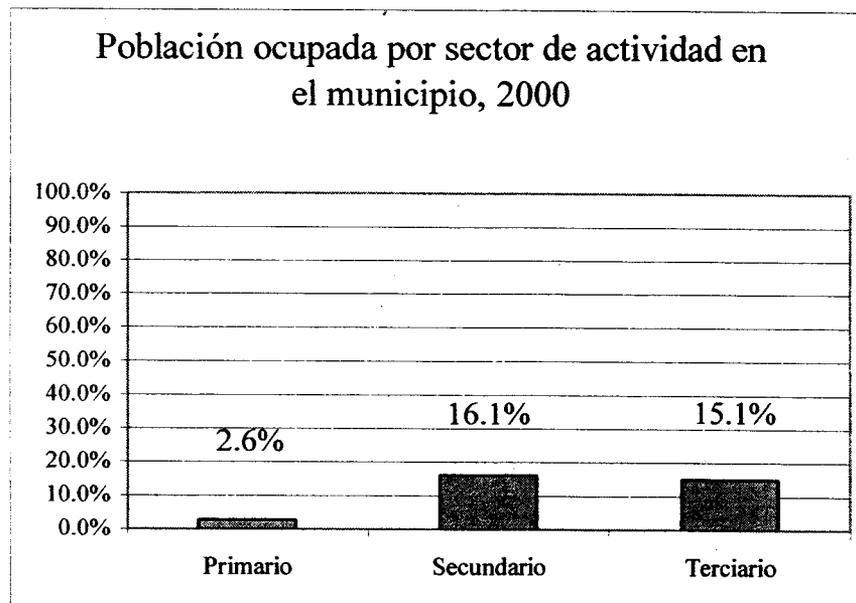
que el porcentaje de la población económicamente inactiva fue del 32% (16,400) (figura 2.9).

Figura 2.7



Fuente: INEGI, 2003.

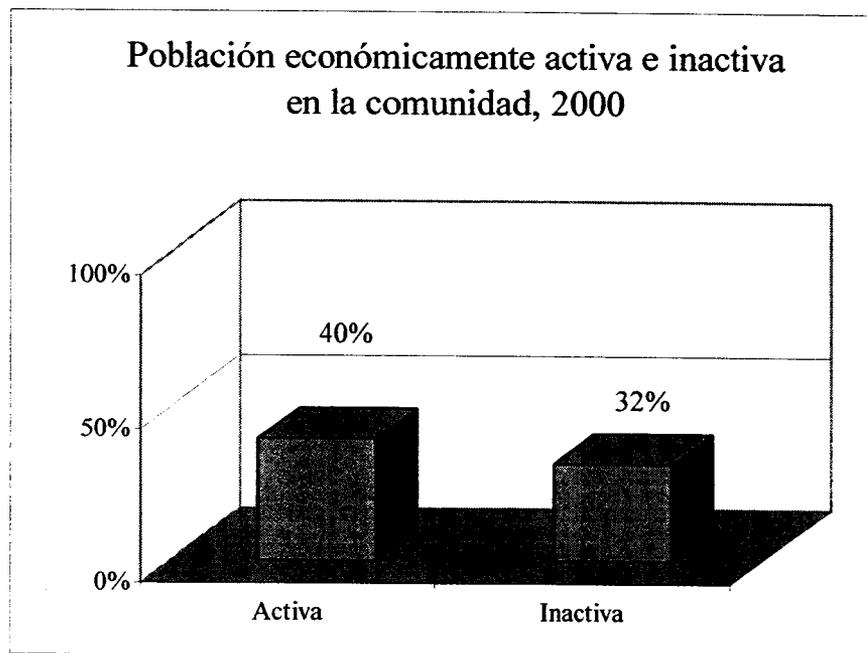
Figura 2.8



Fuente: INEGI, 2003.

Existen dos sectores generales de actividad en los cuales se encontraban anexados una gran cantidad de habitantes, éstos fueron los sectores secundario 17.2% (8718) y terciario 21.7% (10,987). El rubro referido a la población ocupada como jornalero o peón sólo representó el 0.9% (448), mientras que el de empleado u obrero tuvo las más altas proporciones con un 22.6% (11,445 habitantes) (figura 2.10).

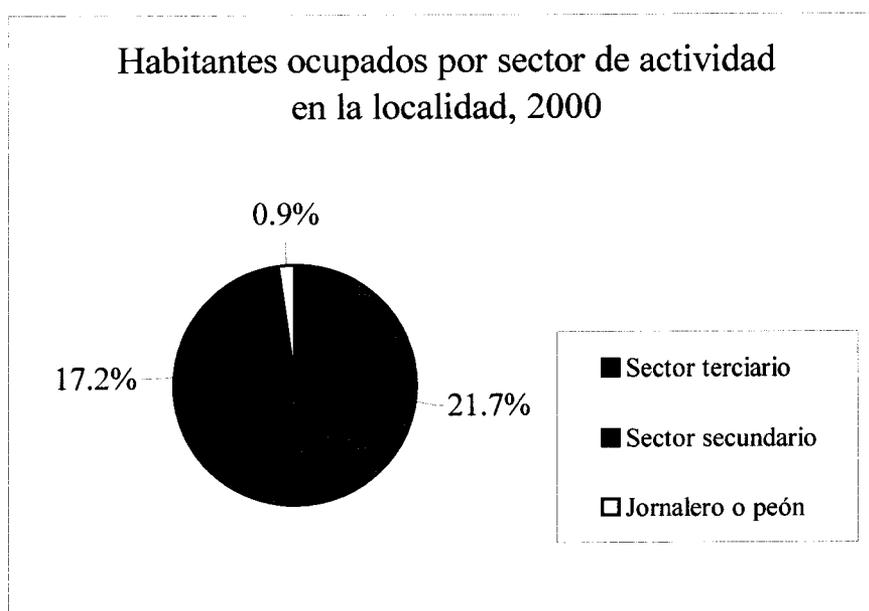
Figura 2.9



Fuente: INEGI, 2003.

La situación de salarios percibidos fue contrastante a nivel municipal ya que la población que percibió de 1 y hasta 2 salarios mínimos fue la más abundante (11.6%), seguida de los que declararon tener de 2 a 5 salarios (cuadro 2.3).

Figura 2.10



Fuente: INEGI, 2003.

Cuadro 2.3 Salarios percibidos en el municipio, 2000.

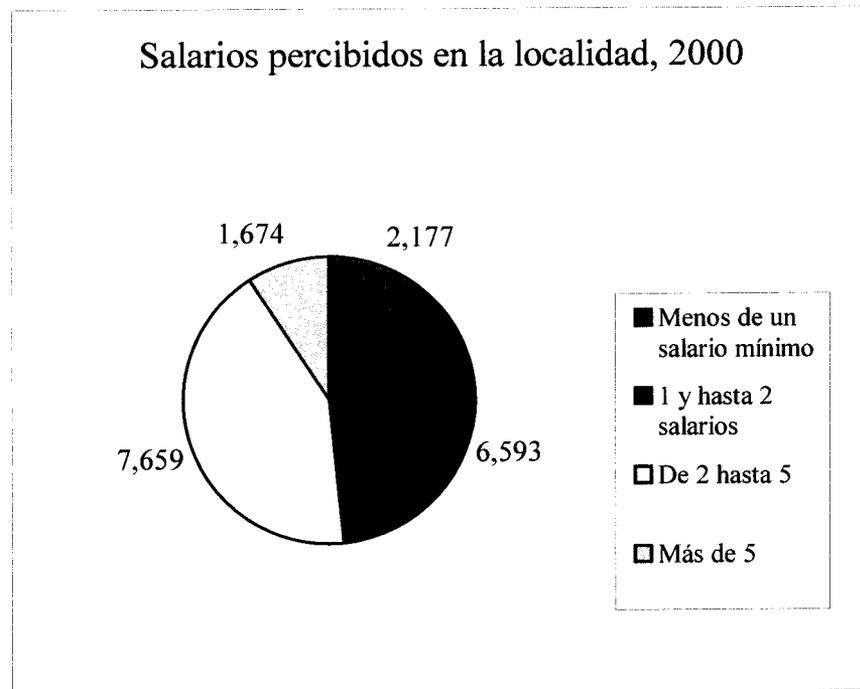
Salario	Población	Porcentaje
Menos de 1	5,756	5.7%
1 a 2	11,886	11.6%
2 a 5	10,457	10.43%
6 a 10	1,476	1.4%
Más de 10	528	0.5%

Fuente: INEGI, 2003.

En el caso del ingreso recibido a nivel de la localidad la situación fue bastante desigual, ya que la población ocupada que percibió menos de un salario mínimo mensual por trabajo fue de 4.3% (2177) y la que recibió de 1 y hasta 2 salarios fue de 13% (6593).

Los habitantes que redituaron más de 2 y hasta 5 representaron el 15.1% (7659) con una marcada minoría. Las personas que dijeron haber recibido más de 5 correspondieron solamente al 3.3% (1674) del total (ibídem) (figura 2.11).

Figura 2.11



Fuente: INEGI, 2003.

2.4 La vida en la comunidad.

Como se explicó en temas anteriores la mayoría de la gente que habita en la comunidad de Taxco se le puede considerar básicamente como mestiza, sin olvidar una minoría étnica y extranjera. Aquí la vida del grueso de la población transcurre entre ciclos monótonos y repetitivos de elaboración artesanal de artículos de plata, en empleos bajamente remunerados que se

agrupan en el rubro de servicios turísticos (hoteles, restaurantes y bares) y, en actividades de pequeño y mediano comercio.

Aunque cuenta con 50, 488 habitantes (INEGI, 2003) sólo una pequeña porción se enmarca en los estratos de grandes exportadores y propietarios de amplias platerías y dueños de la infraestructura turística local.

Debido a que es considerada una ciudad turística algunos bienes llegan a ser bastante caros, ya que duplican o triplican su valor en comparación con otras ciudades comerciales cercanas tales como Iguala de la Independencia, la cual se encuentra a aproximadamente 30 minutos si el viaje se realiza en “taxi colectivo”. Entre algunos de estos bienes materiales que comerciantes locales incrementan su valor se encuentra la ropa, los zapatos, el trabajo en herrería, las artesanías de barro, madera y joyas o bien, muchos de los alimentos que se ofrecen tanto en restaurantes como en el mismo mercado local.

El precio de las artesanías de plata tiene amplias variaciones, si éstas se adquieren con orfebres del lugar que elaboran sus productos en casa o en pequeños talleres familiares el precio es muy accesible. El precio puede incrementarse a dos, tres o más veces su valor real en los “tianguis de plata” donde los comerciantes, artesanos o familiares de éstos últimos (en pequeño y mediano comercio al mayoreo y menudeo) exponen y ofrecen su trabajo.

Es en las platerías ubicadas en las calles principales del centro donde los precios alcanzan un valor exageradamente elevado, exponiéndose al mejor postor las piezas que han concursado en la “feria de la plata” local. Algunas de

estas obras (que han recibido algún tipo de premiación) pueden llegar a costar incluso más que un automóvil “último modelo”.

Para el turista que ha visitado la localidad por unos días o unas cuantas semanas Taxco de Alarcón parecería una ciudad tranquila, sin grandes complicaciones o contaminaciones por industria manufacturera a gran escala o sobrepoblación y donde el pintoresco comercio aflora con intensidad. Sin embargo, para muchos habitantes la vida se torna monótona y con muy limitadas alternativas para acceder a la educación superior u obtener más allá de uno o dos salarios mínimos mensuales.

Las personas que perciben más de 5 salarios mínimos, ya sea por el comercio al mayoreo, por la venta directa de artesanías de plata o por el trabajo en los servicios locales son moderadamente limitadas. Esta última situación vislumbrada en campo tiene cierta analogía al observar el rubro de personas que reciben más de cinco salarios mínimos, ya que sólo en 1,674 casos se declaró percibir dicha remuneración .

La comunidad también tiene características muy distintivas tales como las calles “empedradas” donde resalta la fecha de construcción en algunas de ellas, el blanco como color obligatorio en paredes y fachadas de las viviendas por normatividad de la junta de conservación del ayuntamiento comarcal buscado dar cierta homogeneidad en el paisaje habitacional, los techos contruidos en madera y tejas (incluso su simulación si es de otro tipo de material) o bien, las líneas elaboradas con piedras de diferente color al centro de las calles indicando la vía principal de las mismas.

A lo largo de la calle más importante denominada antiguamente “avenida real” existen y derivan muchas calles angostas que parecen formar un intrincado laberinto. Algunas de éstas llevan al turista a las plazas públicas, las cuales según Toussaint (1932) fueron nombradas con el apellido de personajes ilustres (de Hidalgo o de Bernal, por ejemplo) o por la actividad que se hacía con anterioridad, tales como la “plazuela de los gallos” donde existía una antigua plaza de gallos (ibídem).

A un costado de la iglesia principal de Santa Prisca se encuentra el lugar conocido como “zócalo”, concurrido todos los días de la semana. Respecto a los templos ya Toussaint (op.cit.) ha realizado comentarios referidos al convento de San Bernardino de Sena o de las capillas de la Santa Veracruz, Guadalupe, San Miguel, San Nicolás, la Santísima Trinidad, del señor de Ojeda o bien, la descripción de la ciudad, sus plazas, calles, fuentes y de las casas de interés histórico provincial.

En Taxco de Alarcón el comienzo de las actividades es variada, aquí los comerciantes de plata (medianos y de menudeo) abren sus tiendas entre las 9:00 y 11:00 am, muchos de ellos en espera de los guías que intentan llevar grupos de turistas a sus pequeños locales. Es en estos últimos comercios donde se muestra una amplia variedad de artículos de plata e invita a las personas a observar la diversidad de artesanías disponibles en ellos.

Para los comerciantes de otro tipo de artesanías (madera, flores de papel o joyas elaboradas en piedra) y que rentan un pequeño espacio con el fin de colocar un puesto la labor empieza entre las 6:00 y 9:00 am. El día aquí transcurre entre un ir y venir de invitaciones ofrecidas a turistas nacionales y

extranjeros terminando su día de venta aproximadamente entre las 5:00 y 7:00 pm.

Una de las opciones que tienen los jóvenes que salen de la secundaria o preparatoria y adultos que no han podido completar otros estudios, es el empleo en hoteles de la localidad. Sin embargo, este tipo de trabajo es poco remunerado, esquema que se suma a las limitadas oportunidades de empleo que existen en dicha comunidad.

Una de las actividades comunes que desempeñan pobladores es la conducción de taxis en sus turnos diurno y nocturno, sin embargo éste también se encuentra muy disputado en el nivel comarcal.

Otras fuentes de empleo son los talleres de herrería, la elaboración de muebles coloniales, la pirotecnia, la manufactura de ropa típica o bien, la venta de artesanías de palma (esta última básicamente por gente originaria de la población conocida como Tlamacazapa) (Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero, 2001a).

El trabajo de elaboración de los artículos de plata es monótono y repetitivo. Generalmente el artesano trabaja en un pequeño espacio de la casa o dispone de un pequeño cuarto en donde improvisa su "taller". Es común también que varios miembros de la familia, conocidos y/o invitados trabajen en el mismo lugar.

En la elaboración de artesanías de plata (“porta retratos” por ejemplo, uno de los tantos productos artesanales) el trabajo inicia los días lunes y martes dibujando y cortando las figuras y sus partes en papel delgado, pegando éstas en láminas de metal muy delgadas y cortando con arco y segueta de acuerdo con la forma original del dibujo.

Los días miércoles se soldan las partes del producto. La mayoría de los talleres disponen de un tanque de gas y un soplete para soldar, asimismo un pequeño motor para pulir las artesanías. Los jueves y viernes se “pule” y se “da brillo”; se lija la superficie del producto con el fin de quitarle imperfecciones y para que pueda adquirir un tono brillante. Los sábados y a veces domingos se termina de “dar brillo”, se acomoda en cajas y finalmente se lleva la artesanía con los compradores o se ofrece al mejor postor en comercios de la comunidad.

Algunos “plateros” acostumbran poner otro tipo de material al interior de artículos que supuestamente son “de plata pura”, tal es el caso de algunas pulseras grandes cuyo exterior es elaborado con plata y en la parte interna es colocado solamente plomo. El producto se vende dependiendo de su peso sin ser completamente del material ofrecido.

Debido al bajo ingreso que se percibe en los empleos locales muchos jóvenes no pueden continuar sus estudios y se incorporan, ya sea al trabajo artesanal, como empleados en hoteles o bien, como pequeños comerciantes y vendedores de plata.

En dicha comunidad los habitantes se casan aproximadamente entre los 17 y 26 años de edad. El matrimonio que se realiza con los rituales religiosos católicos es muy valorado, asimismo el fundamentado con la normatividad del código civil.

Es común que el hombre recién casado lleve a la nueva esposa a la vivienda de los padres, mientras que (a veces después de décadas) tiene la oportunidad de adquirir un terreno o construir en los costados y/o en la parte superior de la vivienda de los padres. Generalmente los hijos heredan las posesiones de los padres las cuales reparten, venden o conflictúan.

El compadrazgo se realiza tanto para afianzar lazos de amistad, para apoyar en los momentos de crisis, obtener relaciones políticas o bien, para conmemorar las ocasiones importantes de la vida familiar. Ciertos rituales y normas católicas continúan teniendo un peso importante en la vida comunal, sobre todo los relacionados con las fiestas de los santos patronos, el bautizo, la primera comunión, los quince años, el matrimonio, las defunciones o bien en las hermandades de penitentes, que son los principales participantes en la semana santa. Otras festividades importantes pueden observarse claramente en los cuadros 2.4 y 2.5.

La Semana Santa cobra especial importancia debido a la gran cantidad de gente que participa en ella (cuadro 2.6). Aquí los personajes católicos son representados por esculturas veneradas en iglesias locales y por moradores de la misma comunidad (apóstoles, Judas Iscariote y judíos), estos últimos un intento de imitación de centuriones romanos.

Cuadro 2.4 Principales festividades en Taxco de Alarcón.

Festividad	Fecha
Feria nacional de la plata	Última semana de noviembre y principios de diciembre
Jornadas Alarconianas	Mes de junio
Día del platero	27 de junio
Día del Júmil	Una semana posterior al día de muertos

Fuente: Urióstegui Gema, 2001.

Cuadro 2.5 Principales celebraciones religiosas en la localidad.

Festividad	Fecha
Santa Prisca	18 de enero
San Sebastián	20 de enero
Señor de Ojeda	Primer viernes de cuaresma
Señor de Chalma	Segundo viernes de cuaresma
Señor de Chavarrieta	Segundo martes de cuaresma
Señor de la Santa Veracruz	Cuarto viernes de cuaresma
Virgen de los Dolores	Quinto viernes de cuaresma
Semana Santa	Marzo-abril (primera semana con luna llena después del equinoccio de primavera)
San Francisco de Asís	20 de mayo
Cristo de los plateros	27 de junio
La Santísima Trinidad	13 de junio
Señora Santa Ana	26 de julio
Padre Jesús	3 de agosto
Virgen de los Angeles	13 de agosto
Virgen de la Asunción	15 de agosto
San Nicolás	10 de septiembre
San Miguel	29 de septiembre
San Martín	4 de octubre
Día de muertos	01 de noviembre
Visita al cementerio	02 de noviembre
Virgen de Guadalupe	12 de diciembre

Fuente: Urióstegui Gema, 2001.

Asimismo conlleva una mezcla de tradiciones españolas y prehispánicas, es celebrada desde 1598 y según las fuentes consultadas es a mediados del siglo XVIII cuando se inician las procesiones en la comunidad

(Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero, 2001c).

La Semana Santa es una de las principales conmemoraciones que se realizan año con año y de suma importancia para el comercio local ya que atrae amplio turismo nacional e internacional. En estos días de marzo y abril la gente aprovecha para vender todo tipo de alimentos y bienes afuera de las propias viviendas, desde ropa típica y bebidas preparadas hasta una amplia diversidad de comida tradicional.

Los residentes que participan en “penitencias” son miembros de alguna de las hermandades, las cuales cuentan con normas moderadamente estrictas que regulan la entrada de los miembros y realización de ritos. Los integrantes de estas hermandades pueden intervenir como encruzados, los cuales decalzos cargan un rollo de varas zarzamora en la espalda (cuya posición de brazos asemeja “una cruz”), descubiertos del torso y protegidos por una capucha llamada “capirote” y un faldón negro.

Aquí el peso de los rollos de varas de zarzamora que sostienen es variable (ya sea 30, 40 o 50 kilogramos) dependiendo de la experiencia del participante y del tipo de promesa realizada.

Otro tipo de penitentes son los llamados “flagelantes” los cuales sostienen una cruz en los brazos y llevan un lazo al cual han sido incorporados pequeñas puntas metálicas (parecidas a clavos muy afilados) en una de las porciones terminales. Con estos lazos o “latiguillos” los flagelantes se golpean la espalda en posición hincada; aquí es común que dos o tres compañeros,

amigos o familiares lo auxilién en el transcurso de dicha procesión sosteniendo esporádicamente la cruz. La frecuencia del golpeo depende del criterio del flagelante y del compromiso realizado con su religión.

Cuadro 2.6 Rituales de Semana Santa en Taxco de Alarcón.

Ritual	Día
Procesión de San Ramos	Domingo
Procesión de las Vírgenes	Lunes
Procesión de las ánimas benditas del purgatorio	Martes
Procesión de la Santísima Trinidad	Miércoles
Visita al huerto del Padre Jesús	Jueves
Llegada de cristos de comunidades aledañas	Jueves
Visita a las siete casas	Jueves
El prendimiento	Jueves
Procesión de los cristos	Jueves
La sentencia	Viernes
Las tres caídas	Viernes
Crucifixión y desprendimiento de Jesús	Viernes
Procesión del santo entierro	Sábado
Pésame y procesión del silencio	Sábado
Sábado de gloria	Sábado
Domingo de resurrección	Domingo

Fuente: Urióstegui Gema, 2001.

Los “encorvados” son otro grupo de penitentes, pero en esta agrupación sólo participan mujeres. Las integrantes de esta hermandad caminan por las calles descalzas, encorvadas y encadenadas de los tobillos sosteniendo velas o alguna imagen sacra. Estas integrantes usualmente portan un vestido negro y el mencionado “capirote”.

En algunos trabajos también (Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero, 2001c) se han abordado con detalle características descriptivas de los cargadores de

objetos e imágenes sacras, la música de semana santa, las procesiones del domingo de ramos, de las vírgenes, de las ánimas y de la Santísima Trinidad, así como los principales actos del día jueves (la última cena, el lavatorio de pies, el prendimiento, la cárcel y la procesión de los cristos), del día viernes (procesión de las tres caídas, del santo entierro y del silencio), del sábado (visita de judíos a templos) o bien, del llamado “domingo de resurrección” (con el toque de campanas, por ejemplo).

Algunos análisis que se internan en la participación de los integrantes de las hermandades en esta conmemoración (Urióstegui Gema, 2001) llegan a discutir ampliamente las principales razones que muchos de estos penitentes tienen para realizar dichos rituales (tales como devoción, costumbre, promesa, salir de la rutina diaria, purificación de pecados, moda, status, curiosidad, desconocimiento de los motivos o incluso, por convivencia social). Este tipo de trabajos muestran una vía alternativa (de corte antropológico) respecto a las razones tradicionalmente mencionadas y conocidas sobre la participación de habitantes en esta particular celebración.

Una festividad muy concurrida también a nivel local es el llamado “día del jumil”, celebrado el primer lunes después de la conmemoración del día de muertos en el lugar conocido como “el cerro del Huizteco”, ubicado al norte de la comunidad. En esta zona la gente busca y recoge el “jumil”, insecto cuyas propiedades ya han sido estudiadas:

[...] un insecto que pertenece al orden de hemípteros y que mide uno y medio centímetros aproximadamente; es de color café y se utiliza como condimento para la comida [...] la etimología exacta parece ser la que hace derivar el vocablo del

náhuatl Xumilin que significa “insecto que chupa -o alimenta- de las hojas”. Xiutli significa pajón, pajonera, hojas. Mimilia es el verbo chupar o alimentar y Yocatzin, insecto, animalito. De estas tres palabras se compone el vocabolo Xumilin, que, apocado, nos da Jumil [...] Este insecto, según demuestran los estudios, tiene un alto contenido de yodo (Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero, 2001b).

Otra celebración importante es la denominada “feria de la plata”, festejada en la última semana de noviembre y primera de diciembre. En ésta se invita a artesanos a concursar mediante la presentación de diseños exclusivos elaborados en plata y mostrados posteriormente en uno de los museos provinciales. En ella participan también grupos artísticos de fama local y nacional, situación que atrae a residentes de comunidades y estados cercanos. Esta última celebración ha cobrado mayor importancia debido al apoyo financiero actualmente destinado por el gobierno estatal.

La zona donde se ubica Taxco de Alarcón ya era conocida siglos atrás por sus antiguas haciendas mineras. Las características de haciendas (amplias casas o construcciones con grandes patios y acueductos internos y externos donde se practicaban métodos para la obtención de plata mediante amalgamación y utilización de fuerza hidráulica) ya han sido mencionadas en artículos de Ruiz (citado en Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero, 2001d).

Como fue posible observar, resaltan en este tipo de trabajos los datos sobre su ubicación específica, el resumen respecto a los hechos históricos de mayor relevancia y, comentarios sobre la situación prevaleciente en las últimas décadas del siglo XX para algunas de ellas (cuadro 2.7).

Cuadro 2.7 Haciendas mineras en el municipio de Taxco de Alarcón.

Nombre	Ubicación aproximada con respecto a la cabecera municipal
Hacienda del Chorrillo	Taxco de Alarcón
Hacienda de San Juan Bautista	Taxco el Viejo
Hacienda de San Francisco Cuadra	4 kms. de la cabecera municipal
Hacienda de Hueymatla	9 kms.
Hacienda de Santa Rosa	15 kms.
Hacienda de San Sebastián	8.5 kms.
Hacienda de Santa Ana	18 kms.
Hacienda de Atlixnac	18 kms.
Hacienda de Atlixhuaya	18 kms.
Hacienda de Xochula	Población de Xochula
Hacienda del Frayle	10 kms.

Fuente: Ruiz citado en Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero, 2001d.

CAPÍTULO III. NOSOLOGÍA POPULAR, ENFERMEDADES RECONOCIDAS POR LA CIENCIA Y TRATAMIENTOS ANCESTRALES.

3.1 Perfil sociocultural: nosología popular y enfermedades reconocidas por la ciencia.

Los últimos años del siglo XX fueron marcados por múltiples e inesperados contrastes en los escenarios locales y en sus respectivos planos: político, comercial y tecnológico. En este entorno también los estudios acerca de aspectos inherentes a la salud de individuos, grupos, organizaciones y comunidades han cobrado especial significación.

Profundizando en el estudio de estos contrastes, es posible observar específicamente cómo actualmente ciertas nosologías tradicionales en Taxco de Alarcón tienen cierta semejanza y/o diferencia con esquemas ya registrados en obras de Martínez (1993), Mercado (1996), Piedrasanta (s/f), Sepúlveda (1988), Urióstegui Adrián (2001), Mateos (1999), Lozoya (et al.,1988), Zolla (1988), Aguirre (1980,1994b), Fassin (1994), López Alfredo (1984,1996), Viesca (1999), Rivera (1999), del Instituto Nacional Indigenista (1994) o, del Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero (2001g).

Algunas de estas nosologías reconocidas a nivel local (que continúan tratándose con sanadores tradicionales) son llamadas *mal de ojo, aire, empacho, caída de mollera, espanto, brujería, torcedura de boca, llaga enconada, bilis, abultamientos provocados por envidia, malestares*

provenientes del nahual y chaneque, sangre con toxinas, algodoncillo, púrpura, enlechado, etika y aquiztle (cuadro 3.1).

Cuadro 3.1. Principales nosologías populares.

Nosología
Mal de ojo*
Empacho*
Caída de mollera*
Aire* (en cuerpo, ojos, oídos y/o cuello)
Aquiztle**
Sangre con toxinas**
Espanto
Brujería
Torcedura de boca*
Etika**
Púrpura**
Algodoncillo**
Abultamientos provocados por envidia
Enlechado**
Llaga enconada
Anginas
Postemillas
Mezquinos*
Dificultad para hablar
Calentura
Bilis
Malestares provenientes del nahual*
Malestares derivados de chaneques

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

*Reconocidas en el diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana (Instituto Nacional Indigenista, 1994).

** No conocidas o limitadamente estudiadas.

Las enfermedades reconocidas por la ciencia y/o sus signos y síntomas presentaron una mayor variedad (cuadro 3.2).

Cuadro 3.2. Enfermedades reconocidas por la ciencia y/o sus signos y síntomas atendidos con medicina tradicional y/o otros recursos.

Sistema y/o denominación médica	Malestar y/o signo o síntoma
Sistema respiratorio	Resfriados Gripa Tos Pulmonía Infecciones de garganta Bronquitis
Sistema digestivo	Lombrices Amibas Estreñimiento Dolores estomacales Infección de estómago Diarrea Parásitos Equilibrio de digestión
Heridas	Heridas en diversas partes del cuerpo Cicatrizar heridas
Sistema nervioso	Nervios Insomnio
Sistema urinario	Cálculos renales Falta de control en la orina
Sistema osteo-muscular y articulaciones	Dolor de cuerpo y articulaciones Dolor de huesos Artritis Torceduras Fracturas Reumas Dolores de columna
Infecciosas y parasitarias	Dengue Varicela Hepatitis Hongos Piojos
Alergias	Alergia al polvo

	<p>Alergia a alimentos Asma</p>
Sistema circulatorio	<p>Embolia Varices Presión arterial alta o baja Regulación de la presión Limpieza de sangre</p>
Oído	<p>Dolor de oídos</p>
Ojos	<p>Irritación en ojos Infección</p>
Piel	<p>Erupciones Espinass en la piel Ulcerass en pies Rozaduras Cuarteaduras de pies</p>
Bucal	<p>Dolor de muelas</p>
Accidentes, quemaduras y traumatismos	<p>Golpes Machucones Quemaduras Cortadas Heridas</p>
Otras enfermedades crónicas degenerativas	<p>Diabetes Tumores</p>
Adicciones	<p>Alcoholismo Drogas</p>
Picadura de animales ponzoñosos	<p>Alacrán Viuda negra Abeja "Huachichil"</p>
Intoxicaciones	<p>Intoxicación por alimentos</p>
Nutrición	<p>Desnutrición Inapetencia de enfermos Crecimiento de niños Obesidad</p>
Otros signos y síntomas	<p>Desmayo</p>

	Mareos Cólicos Dolor de cabeza Migraña Fiebre Calentura
Sistema reproductivo	Retraso de menstruación
Genéticas	Caída de cabello
Extremidades	Dolor de pies Ulceras Callos Juanetes

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

3.2 Nosologías y enfermedades. Tratamientos, causas, consecuencias y medidas preventivas.

Los tratamientos, causas, consecuencias y medidas preventivas de dichas nosologías y enfermedades reconocidas por la ciencia presentaron amplia variación.

Tal es el caso del mal de ojo, que ha sido llamada enfermedad tradicional, nosología popular, síndrome de filiación cultural, creencia o superstición en obras de autores tales como Lozoya (et al.,1988), Mateos (1999), Piedrasanta (s/f) o Zolla (et al.,1988). Este malestar se continúa tratando en muchas localidades ubicadas en la República Mexicana.

Según Siebers (citado por Zolla et al.,1988:57) “la creencia en el mal de ojo generalmente sostiene que una persona puede causar daño al mirar o bien ser afectada físicamente por el objeto que observa”.

Actualmente en Taxco de Alarcón el mal de ojo tiene diversas causas: llega por una vista muy fuerte o caliente, tener la sangre dulce, envidia hacia la persona, “agarrar aire”, porque se considera que algunas personas tienen la vista fuerte sin saberlo afectando principalmente a niños y plantas, se tiene una vista muy pesada y mal intencionada lo que afecta principalmente a niños, se reconoce que “es algo sin explicación pero existe”, es considerada como una superstición o bien, se origina porque no los toca la gente que causó la enfermedad (cuadro 3.3).

El tratamiento es variable, en éste se tiene que 1) “quebrar” el cuerpo poniéndose sal en la lengua y escupiendo en la frente y en el estómago, “untar” una cruz con el dedo, dar apretones por todo el tronco y con ropa interior sucia limpiar la frente y todo el cuerpo, 2) pasar un chile guajillo o ancho por la frente y el cuerpo, 3) usar un huevo, 4) la ropa del papá, 5) un ojo de venado, 6) una bolsa de tela roja con ajo, chile ancho y coral de mar, 7) alguna cosa de oro adentro de la misma ropa (en donde se descarga la vista fuerte y protege al niño), 8) azabache, 9) limpiar con una camisa sucia, 10) jarilla, ruda, hinojo y santamaría, 11) alumbre, un chile verde y limón, 12) sobar con aceite, 13) quebrar el huevo en un medio vaso de agua para ver el daño, 14) escupir con sal, 15) acudir a la iglesia y observar el santísimo manifiesto, 16) golpear moderadamente al niño en los muslos, 17) lociones e incienso, 18) pasar la ropa interior del esposo o del padre de familia, 19) la persona que hizo el mal de ojo tiene que agarrar al niño que dañó, 20) se tiene que dar una limpia a la persona enferma antes de las doce del día tres veces por semana utilizando jarilla, flor de santamaría, un huevo, un chile, un limón y alcohol o 21), se usa un huevo en agua limpia y chiles de árbol “acitrados”.

Cuadro 3.3 El mal de ojo.

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
-Mal de ojo -Ojo -Daño	-Porque el niño esta bonito o gracioso -Vista muy fuerte o caliente -Tener la sangre dulce -Envidia hacia la persona -Son "sólo creencias" -el niño llama mucho la atención -Se espanta el niño -"Les calientan mucho la sangre" -Por agarrar aire -Pasar por una barranca o cueva -Porque algunas personas tienen la vista fuerte sin saberlo afectando principalmente a niños y plantas -Vista muy pesada y mal intencionada lo que afecta principalmente a niños -Se reconoce que "es algo sin explicación, pero existe" -Considerada como una superstición -Por influencias negativas de algunas personas -Porque no los toca la gente que causó la enfermedad	-"Quebrar" el cuerpo poniéndose sal en la lengua y escupiendo en la frente y en el estómago, "untar" una cruz con el dedo, dar apretones por todo el tronco y con ropa interior sucia limpiar la frente y todo el cuerpo -Pasar un chile guajillo o ancho por la frente y el cuerpo -Usar un huevo -La ropa del papá -Un fruto llamado "ojo de venado" -Una bolsa de tela roja con ajo, chile ancho y coral de mar -Alguna cosa de oro adentro de la misma ropa (en donde se descarga la vista fuerte y protege al niño) -La piedra de "azabache" -Limpiar con una camisa sucia -Jarilla, ruda, hinojo y santamaría -Alumbre, un chile verde y limón -Sobar con aceite -Quebrar el huevo en un medio vaso de agua para ver el daño -Escupir con sal -Acudir a la iglesia y observar el santísimo manifiesto -Golpear moderadamente al niño en los muslos	-Fiebre muy alta -Continuidad del malestar -Llanto -Deshidratación y severas temperaturas -Alta temperatura en la cabeza -Continuidad de la molestia -No dormir -No comer -Diarrea -Dolor -Dilatación o abultamiento de los ojos -Muerte de la persona	-Mostaza, piedra de azabache, semilla de ojo de venado -Una esclava y/o cadena de oro -Alhaja de oro, listón rojo, prendas rojas -Una piedra de diente de coyote o un colmillo del mismo

		-Lociones e incienso -La gente que hizo el mal de ojo tiene que agarrar al niño que dañó -Se tiene que dar una limpia antes de las doce del día tres veces por semana utilizando jarilla, flor de santamaría, un huevo, un chile, un limón y alcohol		
--	--	--	--	--

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Según lo observado esta nosología común continúa actualmente siendo atendida por curanderos tradicionales, por los mismos familiares de los afectados e incluso, se ha llegado a observar cómo médicos que trabajan en instituciones de salud locales recomiendan y canalizan a pacientes con los propios “terapeutas ancestrales”.

Por otra parte, en el denominado “empacho” en Taxco de Alarcón ya sanadores antiguos lo reconocen como un malestar del sistema digestivo, un desorden del mismo, un padecimiento real que puede provocar la muerte o ha sido considerado sólo como una “creencia” que la gente tiene acerca de las enfermedades de dicho sistema (cuadro 3.4).

Otros autores lo definen como una “enfermedad del aparato digestivo” (Zolla,1988:75) o bien, como un “trastorno generalmente de la infancia, caracterizado por pérdida de apetito, indigestión, flatulencia, tenesmo, dolor abdominal y estreñimiento” (Lozoya et al.,1988:66).

En la localidad la causa del empacho se ha atribuido a comida que se queda pegada, porque no se digiere la misma, se presenta en niños pequeños cuando comen cosas muy secas y en demasiada cantidad, por algo que cayó mal, por comer cosas secas, debido a que se ingieren galletas o incluso, porque se pegan cáscaras en el estómago.

Cuadro 3.4 El empacho.

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
-Empacho -Mal de empacho	-Comida que se queda pegada -No se digiere -Se presenta en niños pequeños cuando comen cosas muy secas y en demasiada cantidad -Por algo que cayó mal -Por comer cosas secas -Debido a que se ingieren galletas -Porque se pegan cáscaras en el estómago	-Masaje en toda la espalda y tomar la piel con la yema de los dedos dando un jalón firme y rápido quebrando con ello el empacho, después de dicha curación administrar una cucharada de aceite de oliva -Recurrir a las curanderas -Realizar una "sobada" con aceite, hierbabuena y carbonato -Usar manzanilla, hierbabuena y albahaca -Se administra aceite de oliva y estomaquil -Se "soba" el estómago jalando la piel	-Vómito -Pérdida de peso -Diarrea que puede derivar en disentería -Los niños lloran en exceso -No se come -Aumenta la gravedad -Muerte	-Cuidar la alimentación -No dar en cantidad a exagerada alimentos tales como galletas, bombones y chicles -No comer en la calle -Recurrir a un curandero para "sobarse" -Aumentar la higiene y la limpieza en los alimentos

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

En el tratamiento aquí 1) se da un masaje en toda la espalda y se toma la piel con la yema de los dedos dando un jalón firme y rápido quebrando con ello el empacho, después de dicha curación se administra una cucharada de aceite de oliva, 2) se recurre a las curanderas, 3) se realiza una "sobada" con

aceite, hierbabuena y carbonato, 4) se usa manzanilla, hierbabuena y albahaca, 5) aceite de oliva y estomaquil o 6), se “soba” el estómago jalando la piel.

Este malestar tradicional continúa vigente en Taxco de Alarcón; hoy día los sanadores tradicionales siguen atendiendo a pobladores que llegan buscando cura para el “mal de empacho”, situación comúnmente observada en exploraciones de trabajo de campo con dichos “especialistas” comunitarios.

Según Lozoya (et al.,1988:66) para el ejemplo del “aire” se ha llegado a mencionar que “su atribución causal es la acción de una entidad nociva exterior no siempre física (“aire”) que penetra o se adhiere a alguna parte del cuerpo”.

Existe cierta relación respecto al esquema mencionado por Sepúlveda (1988:62,63) para algunos grupos mesoamericanos referente al viento húmedo o frío causante de malestares físicos tales como “frialdad en los huesos, reumatismo, catarro, tos bronquial [y] dolores de cabeza”. Estos “aires” en los aztecas provenían de la tierra, cuevas y barrancas (Aguirre, 1980:56).

Semejante a la consideración anterior, en Taxco de Alarcón un aire frío se puede impregnar en diversas partes del cuerpo (piel, músculo, hueso o sistema respiratorio) causando dolor y enfermedad (cuadro 3.5). Sin embargo dicho “aire” es provocado principalmente por la diferencia de temperatura y viento frío, esquema que difiere del llamado “aire de noche”, que según Madsen (citado por López Alfredo, 1996:257) era referido por los antiguos nahuas como “una substancia maligna que puede atacar a los seres humanos”.

Cuadro 3.5 El aire.

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
-Aire en cuerpo -Aire en oídos -Aire en ojos -Aire en cuello	-Infecciones -Contaminación -Mentalidad de la persona -No cubrirse adecuadamente -Pasar por fuentes de agua (barrancas, aguas estancadas, tanques grandes) -Exponerse al aire -Salir en la noche o después de haber comido (pollo o huevo) -Cambios de temperatura -No cubrirse al bañarse (aunado a la entrada de agua en oídos) -Entendido como sinónimo de conjuntivitis	Aire en el cuerpo: -Limpia con jarilla y ruda -Se toma una combinación de flores de jazmín, "chon de china", albahaca y gotas de limón -Té de ruda, una muñeca de jarilla puesta en el estómago con alcohol, un trapo de tela y venda -Píldoras de éter o hierbas de santamaría y pirúl Aire en los ojos: -Se utiliza manzanilla, rosa de castilla o humo de cigarros Aire en los oídos: -Se usa el humo de cigarro soplado en dicho órgano con un cono de papel Aire en el cuello: -Altamisa, albahaca, romero y jarilla	-Vómitos -Problemas visuales -Lagrimo en los ojos -Ojos irritados -Continuidad de estos últimos malestares y padecimiento -Aumento de dolor -Exceso de llanto en los niños -Lagañas -Pérdida de la audición -Incremento de la gravedad	-No exponerse al viento -Cubrirse bien -Tomar medicamentos caseros -Evitar pasar por dichas fuentes de agua o donde se encuentre agua estancada

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

En la comunidad el aire es una afección que también deriva de no cubrirse adecuadamente, se adquiere al pasar por fuentes de agua (barrancas, aguas estancadas o tanques grandes), exponerse al viento o aire (en referencia al fenómeno metereológico), salir en la noche o después de haber comido cierto tipo de alimentos (pollo o huevo, por ejemplo), por los cambios de temperatura, no cubrirse al bañarse (aunado a la entrada de agua en los oídos),

es entendido sólo como “creencias” que la gente tiene o bien, como un sinónimo de conjuntivitis.

El aire se combate tomando una combinación de flores de jazmín, “chon de china”, albahaca y gotas de limón, té de ruda, una muñeca de jarilla puesta en el estómago con alcohol, un trapo de tela y venda, píldoras de éter o hierbas de santamaría y pirúl. En el aire en los ojos se realiza básicamente una limpieza con jarilla y ruda, manzanilla y rosa de castilla o el humo de cigarros (cuya parte final del mismo es colocado a un costado de la frente). En el aire en los oídos se usa el humo de un cigarro, el cual es soplado en dicho órgano empleando un cono de papel.

En el “enfriamiento del cuello” (variante de aire) se utilizan hierbas como altamisa, albahaca, romero y jarilla. Se le atribuye la causa también al pasar por pozos o manantiales y hay continuidad de síntomas (como vértigo o vómito) si éste no es tratado. Aquí se recomienda como medidas de protección el evitar caminar por los lugares donde se encuentre agua estancada.

Finalmente y como fue posible observar, esta nosología sigue siendo reconocida en la comunidad por gente mayor de edad e incluso, por habitantes muy jóvenes; algunos de estos últimos siguen recomendando los tratamientos usados por los ancestros para atenuar un malestar que forma parte, sin duda, de una compleja tradición médica popular local.

En el ejemplo de la caída de mollera se percibe básicamente un hundimiento en el cráneo o se le considera como un sinónimo de deshidratación. El principal tratamiento consiste en meter la cabeza del niño

en agua con el fin de que “se le suba” o se le acomode nuevamente dicha “mollera” (cuadro 3.6).

Cuadro 3.6 La caída de mollera.

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
-Caída de mollera -Hundimiento en el cráneo -“Hoyo que se tiene”	-Caída del niño -Deshidratación	-Meter la cabeza del niño en agua con el fin de que se suba o se acomode la mollera	-Continuidad del malestar -Llanto del niño -Muerte	-Dar líquidos -Evitar caídas

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

En los casos de espanto o sustos el tratamiento más común es el té de ajeno, la magnesia, el comer pan duro o el acudir con un sacerdote para que practique rezos. El origen es atribuido a golpes, caídas, una fuerte impresión y/o el observar que la persona tenga una fuerte caída. El corolario inmediato es el trauma en los niños, la pérdida de apetito, el adelgazamiento, la continuidad de la enfermedad, diabetes, insomnio e incluso la muerte. Se previene siguiendo los tratamientos recomendados y tratando de evitar accidentes en niños y adultos (cuadro 3.7).

Cuadro 3.7 El espanto.

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
-Susto -Espanto	-Golpes -Caídas -Una fuerte impresión -Ver como persona tiene una fuerte caída	-Té de ajeno -Magnesia -Comer pan duro -Acudir con un sacerdote para que practique rezos	-Trauma en los niños -Pérdida de apetito -Adelgazamiento -Continuidad de la enfermedad -Diabetes -Insomnio -Muerte	-Seguir tratamientos recomendados y tratar de evitar accidentes en niños y adultos

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Nosologías anteriores han sido registradas en otros lugares de México, sobre todo el mal de ojo, el empacho, el susto y la caída de mollera en lugares como Oaxaca, Puebla y Veracruz (Zolla et al.,1988), la caída de mollera en pueblos nahuas del altiplano central (López Alfredo, 1996:250) y en el ámbito de cobertura del programa “IMSS-Coplamar” en Chiapas y a nivel nacional (Lozoya et al.,1988; Lozoya citado por Mateos, 1999:210,211) o bien, en la región Mixe del Estado de Oaxaca (susto, mal de ojo y mal aire) (Piedrasanta, s/f).

Se presentaron también íntimas semejanzas con los principales malestares suscitados en otras comunidades purépechas, sobre todo del sistema digestivo, respiratorio, accidentes, contusiones y problemas del área bucal (Urióstegui Adrián, 2001:60,61), asimismo analogías en parasitosis y lombrices intestinales registradas en aztecas, mayas, mixtecos y purépechas (Sepúlveda, 1988:87) y en enfermedades de causa sobrenatural en grupos étnicos aztecas tales como envidia, “enfermar de antojo”, espanto o mal aire (ibíd:89).

Las ideas del susto en la comarca difieren con lo ya descrito en obras de Foster para poblaciones purépechas, sobre todo porque en estas últimas dicho desequilibrio provocaba “pérdida del alma” a partir de cualquier “choque emocional” (Foster citado por Sepúlveda, 1988:71,72).

En esta comunidad no sobresalieron malestares por consumir alimentos de naturaleza fría o caliente, ya registradas por López Alfredo (1984:17) en pueblos nahuas y mestizos o el denominado “latido” observado por Piedrasanta (s/f), ningún concepto emparentado con el “tonalli” atribuido a

“una fuerza que determinaba el grado de valor anímico del individuo” (López Alfredo, 1996:233) o bien, ninguna semejanza con las nociones africanas de “sombra” y los malestares que provoca cuando ésta abandona el cuerpo “durante el sueño” o “cuando la mente vagabundea” (Aguirre, 1980:109,110).

Las ideas sobre chaneques han sido registradas desde el México prehispánico, éstos eran “blancos, de cabello claro, y muy oscuros; se encuentran en arroyos o en las profundidades de la tierra” (Mateos, 1999:192,193). Lo anterior parece tener semejanza con los denominados “chanes”, deidad tutelar ubicada en ojos de agua con capacidad de provocar enfermedades (Aguirre, 1980:104,105).

Los conceptos locales sobre “chaneques” presentan cierto parecido y han derivado de gente proveniente del sur del Estado de Guerrero (Coyuca de Benítez sobre todo) que radica actualmente en la comunidad. Los chaneques son “niños de seis años con caras de señor” cuyo objetivo principal es el juego y pueden hacer daño en día número non con moretones, golpes o bien seguir a la persona. Se encuentran principalmente en piletas, ríos, pozos de agua, huertos o “donde están las hojas grandes”. El agua bendita y el rezo acompañado de un borracho o una prostituta en el lugar donde han sido observados son las principales medidas de protección.

La noción de “nagual” también tiene un origen prehispánico y remite a la capacidad que tiene una persona para transformarse en animal, sobre todo al anochecer (Mateos, 1999:194,195). La definición anterior presenta semejanzas con lo observado en la comunidad de estudio; esta creencia deriva de

migrantes provenientes del sur del Estado y se refiere a gente que puede adquirir forma de animales locales (leopardo, venado o aves, por ejemplo).

Según la información obtenida es necesario colocar ceniza debajo de la cama al momento de nacer para saber que animal va a ser o bien, un animal preñado. Aquí se considera que si le pasa algo al animal, también le pasará a la persona. Para conseguir protección es necesario enterrar un clavo en medio de la casa “sin que nadie se entere”, rezar en la vivienda, colocar ajos en forma de cruz o bien, usar flores rojas, albahaca, agua bendita, un huevo y alcohol.

Los desequilibrios causados por envidia (como tristeza y melancolía) ya han sido registrados en grupos otomíes y nahuas (Sepúlveda, 1988:69). La variante que presenta más semejanza en la comunidad con el concepto anterior son los abultamientos en las manos provocados por envidia.

A nivel local también se presentan similitudes con la denominada “llaga enconada” observada en los purépechas (Gilberti citado por Sepúlveda, 1988:79,80) y la denominada “bilis”, enfermedad que aparece cuando “esta sustancia que invade todo el cuerpo se coagula” (ibíd:72). En Taxco de Alarcón la llaga enconada remite a las mismas heridas infectadas, mientras que la bilis al malestar provocado por no comer lo deseado. Asimismo, el término “modorra-cansancio” (ibíd:86) tiene un significado semejante al de los grupos étnicos otomíes, ya que localmente también es empleado como sinónimo de fatiga.

En la población no se recurre explícitamente a la confesión como medio para recuperar la salud, esquema todavía registrado en poblaciones de origen náhuatl (López Alfredo, 1996:302,303).

El tratamiento de nopal para la diabetes es también comúnmente usado en la población, situación ya analizada en grupos de pacientes en Jalisco, por ejemplo (Mercado, 1996:244).

Los sinónimos de mal de ojo tales como “mal aire”, “mal viento” y “aire malo” contemplados en otros lugares de México (Zolla et al.,1988:59) no sobresalieron en las unidades de estudio.

En el padecimiento conocido como “aquixtle” (erupción de la piel parecida a quemaduras en forma de llagas) se busca el alivio con una variante de la llamada “flor de alhelí”, ésto lavando e hirviendo dicha hierba y aplicándola con vendas en forma de cataplasma. Aquí se considera que dicha erupción puede continuar si no se aplica el tratamiento y la causa ha sido relacionada con el microorganismo que provoca el denominado “herpes zoster” (cuadro 3.8).

Cuadro 3.8 El Aquixtle.

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
-Aquixtle	-Microorganismo que provoca el “herpes zoster”	-Variante de la llamada “flor de alhelí”	-Continuidad de la erupción	-Administrar dicha hierba medicinal

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Las consideraciones sobre brujería ya han sido observadas en grupos mesoamericanos mayas, huastecos, mixtecos, zapotecos, matlazincas,

totonacos y purépechas (Sepúlveda, 1988:64,65). Otros autores (Aguirre, 1980:110,111) les han atribuido a estas nociones una procedencia europea.

En el embrujo o magia negra en Taxco de Alarcón se utiliza una bolsa roja con ajo, un moño rojo o se carga un ajo macho. Esta se realiza por rencor, odio, envidia, mala voluntad, venganza y se considera que la persona afectada puede morir si no se trata con antelación. Se previene básicamente consultando a un brujo o “cruzándose las venas” (unir las venas de los brazos en forma de cruz para que la enfermedad no llegue a la persona) (cuadro 3.9).

Cuadro 3.9 El embrujo.

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
-Embrujo -Magia negra	-Rencor -Odio -Envidia -Mala voluntad -Venganza	-Bolsa roja con ajo -Un moño rojo -Carga un ajo macho -Consultar un brujo	-Muerte	-Consulta a brujo -Cruzarse las venas

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

En la localidad el “algodoncillo” se refiere a infecciones en la boca las cuales son tratadas con un hueso seco de guajolote. Si la infección se descuida puede extenderse hasta la garganta, por lo que se previene lavando la boca tres veces al día y usando desinfectante.

En dicha población otro malestar es conocido como “etika”, atribuido a la inflamación del estómago en lo niños debido a un susto muy grande. Aquí el alivio llega básicamente dando de comer una rata de campo en caldo.

Otra afección que resalta son las protuberancias, abultamientos o “bolas” debidas a envidia provocadas por gemelos o mellizos. Para conseguir

la salud es necesario que uno de los gemelos toque la zona afectada. La muerte o la pérdida del miembro es la consecuencia inmediata más grave si el tratamiento es descuidado.

También sobresale la “torcedura de boca”, malestar que deriva de pasar por lugares donde hay agua, barrancas, aguas estancadas, pozos, tanques grandes, manantiales o salir rápido después de haber comido ciertos alimentos. Su descuido provoca vértigo, vómitos o problemas relacionados con la visión (observación de “rayos de colores” por ejemplo) (cuadro 3.10).

La protección más común es la ingesta de flores de jazmín, “chon de china”, albahaca, gotas de limón y/o pasar un huevo crudo por la cara y cabeza de la persona afectada.

Cuadro 3.10 La torcedura de boca.

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
-Torcedura de boca -Boca chueca	-Pasar por una barranca -Aguas estancadas -Pozos -Tanques grandes -Manantiales -Salir rápido después de haber comido -Pasar por lugares donde hay agua	-“Limpia” -Ingesta de hierbas (flores de jazmín, “chon de china”, albahaca y gotas de limón) -Pasar un huevo crudo por la cara y cabeza de la persona afectada	-Continuación de la deformación en la boca -Quedarse con dicha deformidad	-“Limpia” (con flores de jazmín, “chon de china”, albahaca y gotas de limón -Pasar un huevo crudo por la cara y cabeza

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

La denominada “púrpura” se origina por la exposición a fertilizantes, insecticidas y virus. Para el alivio se recurre principalmente al meticorlen o prednisona y su descuido tiene consecuencias graves, tales como derrames internos, desangramiento de la persona, disminución de plaquetas en la sangre o moretones. Como protección se trata de evitar cortaduras o golpes cuando la persona tiene dicha afección.

Anteriormente y para las personas que se enterraban espinas se recomendaba usar una combinación de cola de tlacuache quemada con cebo de res; este remedio se frotaba donde las espinas se enterraban y derivaba de caídas bruscas en lugares donde abundaban nopales o magueyes. La continuidad en el dolor era la consecuencia más grave de este malestar.

Cierta gente de la comunidad en cuestión considera que un bebé se encuentra “enlechado” debido al exceso de leche administrada. Aquí se busca el alivio mediante una combinación de tela de cascarón de huevo con leche materna. De su descuido deriva la diarrea en exceso y se previene alimentando con leche al bebé en un horario equilibrado.

En las cuarteaduras de pies debido al uso prolongado de huaraches se acostumbraba utilizar la orina de la persona, administrada directamente en la parte afectada. Estas heridas continuaban siendo muy molestas si no se aplicaba dicho remedio y tenía como fin la búsqueda de cicatrización de forma rápida.

También décadas atrás las heridas en la piel se trataban con el hollín del comal extraído del lugar donde la madre de familia calentaba los alimentos, el

hollín se frotaba directamente y si éste no se hacía se corría el peligro de que dichas heridas se llegaran a infectar. Actualmente la miel virgen es una alternativa comúnmente usada.

En resumen, los tratamientos de herbolaria medicinal más utilizados y su respectivo uso científicamente comprobado se muestran en el cuadro 3.11.

Cuadro 3.11 Tratamientos locales con herbolaria y su uso comprobado científicamente.

Malestar y/o signo o síntoma	Tratamiento local	Uso comprobado científicamente
Enfermedades gastrointestinales:		
Dolor de estómago, "empacho"	Hierbabuena _____	-Carminativo (favorece la expulsión de gases del sistema digestivo), estomáquico, antiespasmódico (mitiga los espasmos o contracciones musculares involuntarias) (3),(4)
	Manzanilla _____	-Efecto sedante comprobado, acción anti-inflamatoria, antiespasmódico (3)
	Albahaca _____	-Contiene eugenol empleado como anestésico local y desinfectante, acción carminativa comprobada (favorece expulsión de gases del sistema digestivo) (3)
Infecciones del estómago y diarrea	Cempazúchil _____	-Propiedades emenagogas y antihelmínticas (4)
	Manzanilla _____	-Efecto sedante comprobado, acción anti-inflamatoria (3)
	Té de hierbabuena _____	-Carminativo (favorece la

		expulsión de gases del sistema digestivo), estomáquico, antiespasmódico (mitiga los espasmos o contracciones musculares involuntarias) (3),(4)
Parásitos, dolores y problemas estomacales	Ajenjo* "Mechichi" Ajenjo* Epazote _____	-Acción vermífuga (eficaz contra áscaris y anquilostomas: pequeños gusanos parásitos que provocan anemia general) (3) -Enfermedades nerviosas, estomáquico, tónico, vermífugo (4)
	Guayaba _____	-Antimicrobiano que actúa sobre la flora bacteriana patógena (2) -El fruto es antiescorbútico por la gran cantidad de vitamina C que contiene (3)
	Aceite de ricino _____	-Laxante de acción suave muy eficaz (3)
Parásitos	Ajo _____	-Antiséptico y antiespasmódico (3) -Antihelmíntico (4)
Amibiasis	Semillas de calabaza _____	-Antihelmíntico: teniasis y lombrices (previa fermentación) (4)
	Epazote _____	-Acción vermífuga (eficaz contra áscaris y anquilostomas) (3) -Enfermedades nerviosas, vermífugo, estomáquico (4)
	Chaparro amargoso _____	-Antiamibiano (1)

<p>Estreñimiento</p> <p>Laxante</p> <p>Equilibrio de digestión</p>	<p>Papaya _____</p> <p>Ciruela pasa* Plátano*</p> <p>Tamarindo _____</p> <p>Papaya _____</p>	<p>-Planta venenosa, eficaz contra la disentería amibiana (4)</p> <p>-“su papaína es útil como antidiapéptico y para disolver coágulos post operatorios” (3)</p> <p>-Propiedades laxantes y digestivas (3)</p> <p>-“su papaína es útil como antidiapéptico y para disolver coágulos post operatorios” (3)</p>
<p>Dolor de articulaciones, “aire”</p>	<p>a) Flores de jazmín* b) “Chon de china”*</p> <p>c) Albahaca _____</p> <p>Gotas de limón _____</p> <p>Té de ruda _____</p> <p>Jarilla _____</p>	<p>-Contiene eugenol empleado como anestésico local y desinfectante, acción carminativa comprobada (favorece expulsión de gases del sistema digestivo (3)</p> <p>-Antiséptico y astringente (3)</p> <p>-Propiedades antiespasmódicas demostradas (3)</p> <p>-Planta venenosa: estimulante de la menstruación (4)</p> <p>-Planta venenosa mortal, “la tintura en aplicaciones locales y en fricciones ha dado resultados satisfactorios para calmar dolores reumatoides y articulares. Favorece también la cicatrización de las heridas” (4)</p>

Artritis, dolor de cuerpo o articulaciones, reumas	Santamaría _____	-Referencias antiespasmódicas (4) -Mitigación de los espasmos o contracciones musculares involuntarias y súbitas (3)
	Pirúl _____	-“sus frutas y hojas son astringentes y antisépticas genitourinarias y para curar heridas de la piel y la boca. La resina es purgante peligroso” (3) -Purgante, esencia usada en enfermedades genitourinarias, resultados favorables para quitar manchas de la córnea, tópico poderoso en la curación de heridas (4) -Recomendada para la gonorrea (con otros compuestos explicados en la bibliografía consultada) (4)
	Rosa de castilla _____	-Interiormente purgante ligero, exteriormente vulnerario (4)
	a) Altamisa* b) Albahaca _____	-Contiene eugenol empleado como anestésico local y desinfectante, acción carminativa comprobada (favorece expulsión de gases del sistema digestivo) (3)
	c) Romero _____	-Referido como estomáquico (4)
	d) Jarilla _____	-Planta venenosa mortal, eficaz para dolores reumatoides y articulares (4)
	Marihuana _____	-Efecto sedante y antiespasmódico (mitiga los espasmos o contracciones involuntarias y súbitas) (3)

Fiebre "Calentura"	a) Baño de malva _____ b) Jarilla _____	-Suavizante de la piel, alivio de irritaciones en piel y membranas mucosas (3) -Planta venenosa mortal, eficaz para dolores reumatoides y articulares (4)
Erupción de la piel parecida a quemaduras en forma de llagas (aquixtle)	Variante de la llamada "flor de alhelí"*	
Sistema nervioso: Alteración nerviosa, nervios, insomnio	Té de azahar* Té de tila _____ Epazote del perro _____ Cola de caballo _____ Hierba de azar* Té de valeriana _____ Té de pericón*	-Sedante por el mucílago que contiene (3) -Antiespasmódico, mitiga los espasmos o contracciones musculares involuntarias y súbitas (3), (4) -Problemas de tos (4) -Acción vermífuga (eficaz contra áscaris y anquilostomas) (3) -Enfermedades nerviosas, estomáquico, tónico, vermífugo (4) -Propiedades bactericidas comprobadas, en decocción contra infecciones (3) -Antiespasmódico (4)

<p>Dolor de cabeza Migraña</p> <p>Espanto</p>	<p>Manzanilla _____</p> <p>Valeriana _____</p> <p>Hierbabuena (“chiquiadores”) _</p> <p>Hojas de mastuerzo* Hierbas suecas*</p> <p>Ajenjo*</p>	<p>-Efecto sedante comprobado, acción anti-inflamatoria (3)</p> <p>-Antiespasmódico (4)</p> <p>-Carminativo (favorece la expulsión de gases del sistema digestivo), estomáquico, antiespasmódico (mitiga los espasmos o contracciones musculares involuntarias) (3),(4)</p>
<p>Deformaciones físicas en boca, “torcedura de boca”</p>	<p>Flores de jazmín* “Chon de China”*</p> <p>Albahaca _____</p> <p>Gotas de limón _____</p>	<p>-Contiene eugenol empleado como anestésico local y desinfectante, acción carminativa comprobada (favorece expulsión de gases del sistema digestivo) (3)</p> <p>-Antiséptico, astringente (3)</p>
<p>Enfermedades respiratorias: Resfríos o gripe</p>	<p>Eucalipto _____</p> <p>Manzanilla _____</p>	<p>-Propiedades antisépticas (3)</p> <p>-Contiene eucaliptol eficaz en laringitis, bronquitis, catarros, resfriados y gripa (4)</p> <p>-Referencias sobre la desaparición de azúcar en un paciente diabético (4)</p> <p>-Efecto sedante comprobado, acción anti-inflamatoria (3)</p>

<p>“Anginas”</p> <p>Ataques de tos, infecciones de garganta o bronquitis</p>	<p>Té de limón y miel _____</p> <p>a) Naranja* b) Limón _____</p> <p>c) Guayaba _____</p> <p>Tomate caliente* Jitomate azado*</p> <p>a) Té de bugambilia* b) Guayaba _____</p> <p>a) Hojas de bugambilia* b) Borraja _____</p> <p>Limón y miel _____</p> <p>Canela* Cedrón _____</p>	<p>-Limón: astringente (3)</p> <p>-Astringente (3)</p> <p>-Antimicrobiano que actúa sobre la flora bacteriana patógena (2) -El fruto es antiescorbútico por la gran cantidad de vitamina C que contiene (3)</p> <p>-Antimicrobiano que actúa sobre la flora bacteriana patógena (2) -El fruto es antiescorbútico por la gran cantidad de vitamina C que contiene (3)</p> <p>-Suavizante, diurético y sudorífico (4)</p> <p>-Limón: antiséptico y astringente (3)</p> <p>-Antiespasmódico y emenagogo (4)</p>
<p>Sistema circulatorio:</p> <p>Presión alta o baja, regular la presión</p> <p>Limpiar la sangre de toxinas</p>	<p>Alpiste* a) Trébol* b) Hoja de aguacate _____</p> <p>Muicle _____</p>	<p>-Las semillas son antihelmínticas, eficaz en neuralgias intercostales, reumatismo (4)</p> <p>-Estimulante, antidisentérico, empleado provechosamente en</p>

		la epilepsia (4)
Sistema reproductivo: Retraso de la menstruación	Cempazúchil _____ Manzanilla _____ Té de orégano*	-Propiedades emenagogas y antihelmínticas (4) -Efecto sedante comprobado, acción anti-inflamatoria (3)
Dolor de muelas	Corteza de encino _____	-La corteza tiene propiedades astringentes (útil en pequeñas hemorragias y en la reducción de inflamaciones en la piel) -En té fortalece las encías, tomado controla la diarrea (3)
Piquetes de araña, animales ponzoñosos, mosquito	Ajo machacado _____	-Antihelmíntico (4)
Piel y mucosas: Erupciones en los labios (postemillas)	Hierbabuena machacada con sal _____	-Carminativo (favorece la expulsión de gases del sistema digestivo), estomáquico, antiespasmódico (mitiga los espasmos o contracciones musculares involuntarias) (3), (4)
Erupciones	Tepezcohuite _____ Limón _____	-Contiene en la corteza compuestos antimicrobianos y regeneradores celulares de la piel (2) -Antiséptico, astringente (3)
Ojos:		

Iritación de ojos, infección	Té de rosa de castilla _____ “Lavados” de manzanilla _____ Závila _____ Papa*	- Los pétalos frescos son un purgante ligero, vulnerario (al exterior) (4) - Efecto sedante comprobado, acción anti-inflamatoria, antiespasmódico (3) - Cicatrizante, útil en heridas y quemaduras (3) - El jugo es emoliente y estomáquico indicado en las digestiones lentas y constipaciones (4) - Purgante (4)
Extremidades Ulceras en los pies	Hojas suecas* Abrojo*	
Genéticas Caída de cabello	Zábila _____	- Cicatrizante, útil en heridas y quemaduras (3) - El jugo es emoliente y estomáquico indicado en las digestiones lentas y constipaciones (4) - Purgante (4)
Enfermedades crónico degenerativas: Diabetes	Cápsulas de nopal _____	- Disminuye la concentración de glucosa sanguínea (2)
Sistema urinario:		

Cálculos renales	Frutas cítricas (limón, naranja)	-Limón: antiséptico y astringente (4)
Cortadas	Cebolla _____ Ajo _____ Limón y sal _____	-Antigripal, bronconeumonía, preventiva de la difteria y escarlatina, curativa del cáncer (de estómago, de riñones e intestino) (4) -Antihelmíntico (4) -Antiséptico y astringente (3)
Heridas	Cebolla _____	-Antigripal, bronconeumonía, preventiva de la difteria y escarlatina, curativa del cáncer (de estómago, de riñones e intestino) (4)
Golpes	Árnica _____	-Reduce el dolor y la inflamación (3)
Quemaduras	Cebolla _____ Tepezcohuite _____	-Antigripal, bronconeumonía, preventiva de la difteria y escarlatina, curativa del cáncer (de estómago, de riñones e intestino) (4) -En la corteza existen compuestos antimicrobianos y regeneradores celulares de la piel (2)
Desnutrición	Berro _____ Alfalfa _____ Apio _____	-Alto contenido de vitaminas y minerales (3) -Alto contenido de vitaminas (3) -Frutos carminativos y sedantes, alto contenido de vitamina E (3)

Inapetencia en enfermos	Té de hojas de tomate*	
Nutrición	Aguacate _____	-Sustancias bactericidas comprobadas en semillas y cáscara, usadas para combatir infecciones digestivas y de la piel (3)

Fuentes: Trabajo de campo, 2004, 2005.

(1) Viesca, 1999.

(2) Rivera, 1999.

(3) Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero, 2001f; 2001g.

(4) Martínez, 1993.

a), b), c).....Las letras se refieren a la combinación en el empleo de plantas curativas.

*Uso no referido o no comprobado científicamente en la bibliografía consultada.

Por otra parte, en los resfríos o gripe los remedios son extensos (cuadro 3.12). Si éstos no son tratados llega el aumento del estado crónico, el traslado de la infección a oídos y ojos o pulmonía.

Cuadro 3.12 Resfríos, gripa.

Nombre	Causa	Tratamiento	Consecuencias	Prevención
-Resfrío -Gripa	-Mojarse -Quitarse la ropa mojada -Contagio -Enfriamiento -Exposición al aire en tiempo frío -Cambio de clima -Comer cosas frías -Virus -Debilidad -Falta de defensas -Falta de alguna vitamina -Mojarse con agua fría muy temprano	-Eucalipto -Miel -Tequila hervido -Tequila caliente con limón -Manzanilla y vinagre -Licuado de naranja, limón y guayaba -Pastillas comerciales (ambroxol, paracetamol, XL3 o gamicina) -Aceite de hígado de bacalao y vacaolina -Agua en alcohol y vaporud -Té de limón y miel -No tomar ningún medicamento	-Constipación en la nariz -Sinusitis -Traslado de la infección a oídos y ojos -Pulmonía -Aumento del estado crónico -Infecciones en otros órganos	-Reposo -Vitamina C -No administrar cosas frías -Eludir cambios bruscos de temperatura -Abrigarse de alguna persona que la padece -Alimentación sana

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Las “anginas” se queman con un tomate caliente, se emplea este último asado combinado con carbonato, se aprietan con los dedos hasta sentir que “revientan”, se aplican pastillas de clorato o se ingiere penicilina o bencetazil. Una posible pulmonía es la complicación más grave si se descuida dicho malestar.

En los ataques de tos, infecciones de garganta o bronquitis los tratamientos son variados: té de bugambilia con guayaba y miel, hojas de bugambilia combinado con borraja y miel, jarabes comerciales, vaporud, canela y refresco, tabletas de farmacia (ambroxol), penicilina y miel con limón o bien, se siguen las indicaciones de las recetas obtenidas con el médico privado.

En las infecciones del estómago y diarrea se recurre al cedrón, cempazúchil, manzanilla, té de hierbabuena, ajeno, la hierba denominada “mechichi”, “sobaduras”, pectina, pepto bismol, kopectate, caolín, lomotil, terramicina, recetas del personal médico, bicarbonato de sodio o refresco con limón. Entre las consecuencias si se descuida resalta el aumento del dolor abdominal, infecciones, deshidratación o muerte de la persona.

Otras nosologías populares y enfermedades reconocidas por la ciencia comunes (y/o sus signos o síntomas) así como sus tratamientos, causas y medidas preventivas son mostrados en la siguiente serie de cuadros (3.13 hasta el 3.64).

Cuadro 3.13 Presión alta o baja

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Presión alta o baja -Regular la presión	-Colesterol alto -Edad avanzada -Tensiones familiares -Estrés -Sobrepeso -Exceso de trabajo -Sustos -Alteraciones -Corajes	-Alpiste -Trébol y hoja de aguacate -Miel con leche -Refresco comercial -Chocolate -“Algo amargo” -Té de alpiste -Captopril	-Desmayos -Cansancio -Embolia -Mareos -Dolor en el cerebro -Vómito -Derrame cerebral -Paro cardíaco	-Visita al personal de salud en forma regular y seguir instrucciones -Atención oportuna -Ingesta de algún alimento amargo -Refresco comercial -Chocolate -Buena alimentación -Bajar de peso -Conocimiento de cómo se controla la misma

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.14 Parásitos y dolores estomacales

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Parásitos y dolores estomacales	-Comer alimentos sin lavar -Mala higiene al cocinar -Por la introducción de bichos -Comer sin asearse las manos	-Ajenjo -Epazote -Guayaba -Aceite de ricino -Semillas de calabaza -Telas calientes que se colocan en el estómago -Desparasitantes que distribuyen enfermeras -Medicamentos recetados en el centro de salud o por médico particular	-Infecciones	-Cuidar alimentos que se consumen -Higiene

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.15 Amibiasis

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Amibiasis	-Falta de higiene en alimentos	-Epazote -Chaparro amargoso -Jarabes	-Fueres infecciones	-Higiene en alimentos

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.16 Gastritis

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Gastritis	-No comer a horas determinadas -Ingerir picante	-Pastillas comerciales	-Ulcera	-Comer a horas previstas

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.17 Estreñimiento

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Estreñimiento	-Alimentación -Falta de fibra	-Papaya -Ciruela pasa -Plátano	-Inflamación -Dolor abdominal y de cabeza	-Buena alimentación

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.18 Limpiar la sangre de toxinas (sangre con toxinas)

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Limpiar la sangre de toxinas	-Irregular alimentación que se tiene	-Muicle en té	-Sigue el malestar	-Administrar el tratamiento anteriormente mencionado

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.19 Nervios, insomnio

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Nervios -Insomnio	-Estrés -Tensiones -Angustia -Exceso de trabajo	-Té de azahar -Té de tila -Epazote del perro -Cola de caballo -Hierba de azar -Té de valeriana -Té de pericón -Pastillas antidepresivas -Vitaminas	-Malestar general -Mal humor	-Tomar las hierbas anteriormente mencionadas

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.20 Dolor de cabeza, migraña

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Dolor de cabeza -Migraña	-Tensiones -Estrés	-Valeriana -“Chiquiadores” de hierbabuena -Hojas de mastuerzo -Hojas de valeriana en alcohol -Hierbas suecas -Pastillas comerciales -Paracetamol	-Falta de apetito -Considerado temporal sin gravedad -Volverse más aguda	-Evitar tensiones

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.21 Artritis, dolor de cuerpo o articulaciones

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Artritis de cuerpo o articulaciones	-Acido úrico	-Acido acetilsalicílico -Aspirina -XL-dol -Marihuana	-Continuidad en el dolor de cuerpo y piernas - “Cara de cansado” -Persisten las reumas -Mucho dolor en el organismo	-Administración de los remedios mencionados con anterioridad

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.22 Dolor de pies

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Dolor de pies	-Caminar en exceso -Estar mucho tiempo de pie	-Baños con agua de sal -Frescapie	-Descuido	-Problemas al caminar

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.23 Varicela

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Varicela	-Contagio	-Mezcal -Reposo	-Mayor gravedad -Granos y marcas en el cuerpo	-Vacunas -Evitar el contagio

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.24 Embolia

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Embolia	-Exceso de peso -“Hacer mucho coraje” -“Sentimiento”	-Recomendaciones y recetas del médico -Masajes	-Muerte	-Vida tranquila

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.25 Pulmonía

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Pulmonía	-Descuido que la persona tiene al presentarse el clima frío	-Seguir indicaciones del médico	-Muerte	-Seguir indicaciones del personal de salud

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.26 Torceduras y fracturas

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Torceduras y fracturas	-Accidentes	-Férula casera -Colocación de yeso	-Malformaciones	-Seguir indicaciones del personal de salud

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.27 Hepatitis

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Hepatitis	-Viral	-Comer dulces -Reposar	-Inflamación del hígado	-Evitar el contagio con personas infectadas

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.28 Dolor intenso de oídos

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Dolor intenso de oídos	-Virus -Infiltración de agua -Picarse los oídos con objetos extraños	-Limpieza -Antibióticos (pastillas y gotas) -Aplicar calor en la parte afectada	-Infección	-Evitar meter objetos extraños

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.29 Fiebre, "calentura"

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Fiebre -"Calentura"	-Cambio de clima -Infección	-Baño de malva y jarilla -Hojas de tamal con manteca -Compresas -Baño de agua fría en el estómago y/o cabeza -Poner a la persona enferma unos zapatos de manteca	-Mayores complicaciones -Infección mayor	-No exponerse al aire

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.30 Reumas

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Reumas	-Cambios de temperatura	-Hojas de marihuana en alcohol	-Deformación de los dedos	-Aplicar la mezcla mencionada en el tratamiento

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.31 Mezquinos

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Mezquinos	-Apuntar con el dedo cuando existen ciertos fenómenos climáticos (arco iris por ejemplo)	-Ácido comercial	-Continuidad del malestar	-No alternar con fenómenos climáticos

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.32 Falta de control de micción

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Falta de control de micción	-Golpear a los niños y/o jugar con fuego	-Evitar que los niños no jueguen con hogueras	-Continuidad del padecimiento	-Cuidar a los niños

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.33 Dolor de muelas

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Dolor de muelas	-Infección	-Corteza de encino	-Continuidad del dolor	-Usar dichos remedios

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.34 Piquetes de animales ponzoñosos

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Piquetes de araña -Animales ponzoñosos -Mosquito	-Descuido de la persona afectada	-Ajo machacado -Refresco comercial con yema de huevo -Apretar la lesión -Suero anti-arácnido	-Fiebre -Falta de aire -Muerte	-Cuidado de la persona

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.35 Golpes, traumas

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Golpes -Machucones	-Accidentes	-Fomentos de agua con sal -Vinagre -Alcohol	-Dolor	-Evitar los accidentes

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.36 Erupciones en labios

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Erupciones en los labios (postemillas)	-Infección de los ganglios -Inflamación	-Hierbabuena machacada con sal -Carbonato como cataplasma	-Infección -Sangrado	-Aplicar hierbabuena machacada con sal o carbonato

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.37 Irritación de ojos

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Irritación de ojos	-Tallarse los ojos con las manos sucias	-Té de rosa de castilla -"Lavados" de manzanilla	-Infección grave	-Evitar contaminar y tocar los ojos

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.38 Ulceras en pies

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Ulceras en los pies	-Mala circulación	-Hojas suecas -Abrojo -Pomada amarilla	-Infección	-Aplicar el tratamiento descrito con anterioridad

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.39 Callos

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Callos y "juanetes"	-Edad avanzada -Pisar constantemente el suelo frío -Usar zapatos apretados	-Cebo de cerdo	-Deformación del pie	-Evitar cambios de temperatura

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.40 Crecimiento del niño

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Crecimiento del niño	-Mala alimentación	-Levadura de cerveza -Aceite de ricino -Inyecciones de vitaminas	-Desnutrición -Bajos de peso	-Tomar los complementos mencionados en el tratamiento

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.41 Quemaduras

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Quemaduras	-Accidentes -Descuidos	-Cebolla -Tepezcohuite -Clara de huevo -Mostaza -Pomada amarilla -Barniz de uñas	-Infecciones -Cicatrices	-Evitar accidentes

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.42 Caída de cabello

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Caída de cabello	-Falta de vitaminas -Resequedad	-Zábila -Mayonesa -Huevo	-Continuidad en la enfermedad	-Administrar los remedios descritos en el tratamiento

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.43 Hongos

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Hongos	-Descuido -Usar zapatos apretados -Pisotones	-Pomadas comerciales (canesten o derman)	-Infecciones -Mal olor	-Pomadas comerciales

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.44 Piojos

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Piojos	-Falta de higiene -Contagio con personas infectadas	-Criolina disuelta en agua -Jabón especial -Corte de cabello	-Continuidad de la afección -Irritación del cuero cabelludo	-Usar remedios indicados con anterioridad

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.45 Retraso de la menstruación

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Retraso de la menstruación	-Periodo menstrual	-Cempazúchil -Manzanilla -Té de orégano	-Dolor abdominal	-Tomar las hierbas mencionadas en el tratamiento

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.46 Problemas del cuero cabelludo

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Caspa	-Resequedad	-Jabón en polvo -Shampo especial	-Irritación en el cuero cabelludo	-Jabón en polvo

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.47 Tumores de cabeza

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Tumores de cabeza	-Ayuda profesional -Operación	-Ingerir algún medicamento	-Muerte	-Seguir las indicaciones del personal de salud

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.48 Obesidad

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Obesidad	-Descuido en la alimentación	-Pastillas naturistas (organogol) -Cuidar la dieta	-Otros problemas en el organismo	-Alimentación equilibrada

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.49 Diabetes

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Diabetes	-Obesidad -Emociones fuertes -“Corajes” -Neurosis -Sustos (caídas del caballo por ejemplo)	-Cápsulas de nopal -Sacarosa -Glucón	-Muerte	-Estabilizar el azúcar tomando dichos medicamentos -Cuidar la alimentación -Eliminar carnes -Acudir al hospital por insulina -Comer verduras

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.50 Cálculos renales

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Cálculos renales	-No tomar suficiente agua -Deficiencias alimentarias	-Frutas cítricas	-Obstrucción de las vías urinarias	-Ingerir agua -Frutas naturales

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.51 Desorden mental

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Ideas desubicadas (un tipo de desorden mental)	-Desconocido	-Acudir al psicólogo	-Malestar a terceras personas	-Unión familiar

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.52 Cortadas

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Cortadas	-Accidentes	-Cebolla -Ajo -Limón y sal -Alcohol -Pastillas comerciales	-Infección	-Evitar accidentes

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.53 Erupciones

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Erupciones	-Infección -Grasa generada por el organismo	-Barro -Tepezcohuite -Agua oxigenada -Pomadas comerciales -Jabón neutro -Agua gaseosa	-Daño	-Utilizar el tratamiento citado

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.54 Dengue

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Dengue	-Mosquitos	-Medicamentos recetados en clínicas de gobierno o por médicos particulares	-Aumento del dolor -Incapacidad	-Seguir indicaciones del personal de salud

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.55 Fiebre reumática

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Fiebre reumática	-Tomar exceso de alcohol	-Pastillas recetadas por el médico	-Dolor extremo de pies	-Evitar el alcohol

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.56 Asma

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Asma	-Cambio de clima	-Ambroxol -Dimacol -Desenfriol	-Malestar	-Tomar medicamentos y agua -Evitar cambios bruscos de temperatura

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.57 Alergias

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Alergias	-Humedad -Tomar lácteos	-Avapena	-Complicaciones en la garganta -Ámpulas en boca y manos	-Evitar comer lácteos

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.58 Heridas

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Heridas	-Descuidos -Accidentes	-Cebolla -Tela de araña -Miel virgen -Limón	-Infecciones	-Evitar los descuidos

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.59 Problemas de lenguaje

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Niños que no pueden hablar	-Imposibilidad para abrir la boca	-Recurrir a la iglesia cercana para que el sacerdote meta la llave del sagrario en la boca del niño	-Quedarse mudo	-Realizar el procedimiento mencionado en el tratamiento

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.60 Intoxicación

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Intoxicación	-Comer alimentos en mal estado	-Pan carbonizado -Leche	-Desnutrición	-Cuidar la alimentación

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.61 Alcoholismo, drogas

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Alcoholismo y drogas	-Exceso de alcohol -Drogas	-Terapia grupal	-Muerte	-Disminución en la ingesta de alcohol y suprimir drogas

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.62 Dolores en columna

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Dolores en columna	-Carga en exceso	-Recurrir al terapeuta "alfabiótico" -Visita a sobadores en la localidad de Iguala	-Seguir indicaciones del terapeuta	-Periodos prolongados de descanso

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.63 Problemas de alimentación

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Inapetencia de enfermos	-Por enfermedad	-Té de hojas de tomate	-Desnutrición -Debilitamiento	-Alimentación

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Cuadro 3.64 Bilis

Enfermedad	Causa	Tratamiento	Consecuencia	Prevención
-Bilis	-No comer el alimento antojado	-Suministrar la comida deseada	-“Se riega la bilis”	-Proporcionar el alimento que se quiere

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

3.3 Hierbas medicinales según zona climática y origen.

Las plantas curativas registradas se han adaptado a una extensa variedad climática (desde templados y cálidos, hasta esteparios y desérticos) (figura 3.1). Asimismo dichos remedios han tenido una amplia diversidad de orígenes, esquema que incluye el Estado de Guerrero y otras demarcaciones de la República Mexicana, hasta grandes territorios tales como Rusia, Australia, Africa, Europa, Asia, América Central y del Sur (figura 3.2).

A pesar de que en la localidad una gran cantidad de hierbas fueron comúnmente conseguidas en otros estados que presentaron diferentes entornos geográficos (en relación al clima, estratos geológicos o simbiosis con fauna y flora), sí se presentaron semejanzas con respecto al empleo de herbolaria al igual que en otros grupos étnicos y mestizos para los malestares más comunes (esquema reflejado en ideas y técnicas de curación de la población en cuestión).

Si la efectividad considerada o referida es susceptible de variación (de acuerdo al entorno ambiental de origen) su comprobación científica llevaría,

finalmente, a un posible análisis comparativo de los compuestos contenidos en dichas plantas, esquema que quedaría para trabajos posteriores que puedan incluir expertos en química.

En el mismo sentido, aunque las hierbas curativas de otros continentes parecen haberse adaptado a la gradación climática del país, su uso terapéutico también ha continuado variando de forma compleja por la influencia (directa o indirectamente) de creencias, ideas y sistemas tecnológicos culturales comarcales.

3.4 Zonas de utilización de alternativas médicas.

Para realizar la zonificación se consideraron 12 indicadores disponibles en información censal de AGEBS o áreas geoestadísticas básicas a nivel localidad (INEGI, 2003) (figura 3.3). Estos indicadores (en temas de educación, salud, ingreso y servicios) se sintetizaron en:

- 1.- Población derechohabiente a servicios de salud
- 2.- Población de 15 años y más con instrucción posprimaria
- 3.- Grado promedio de escolaridad
- 4.- Población de 18 años y más con instrucción superior
- 5.- Población económicamente activa
- 6.- Población ocupada que recibe 2 y hasta 5 salarios mínimos mensual
- 7.- Población ocupada que recibe más de 5 salarios mínimos mensual
- 8.- Viviendas con servicio sanitario exclusivo
- 9.- Viviendas con drenaje conectado a red pública
- 10.- Viviendas particulares con agua entubada en la vivienda
- 11.- Viviendas particulares con techos de loza de concreto, tabique, ladrillo o terrado con vigería
- 12.- Viviendas particulares con paredes de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto

Figura 3.1 Hierbas más utilizadas en Taxco de Alarcón según zona climática.

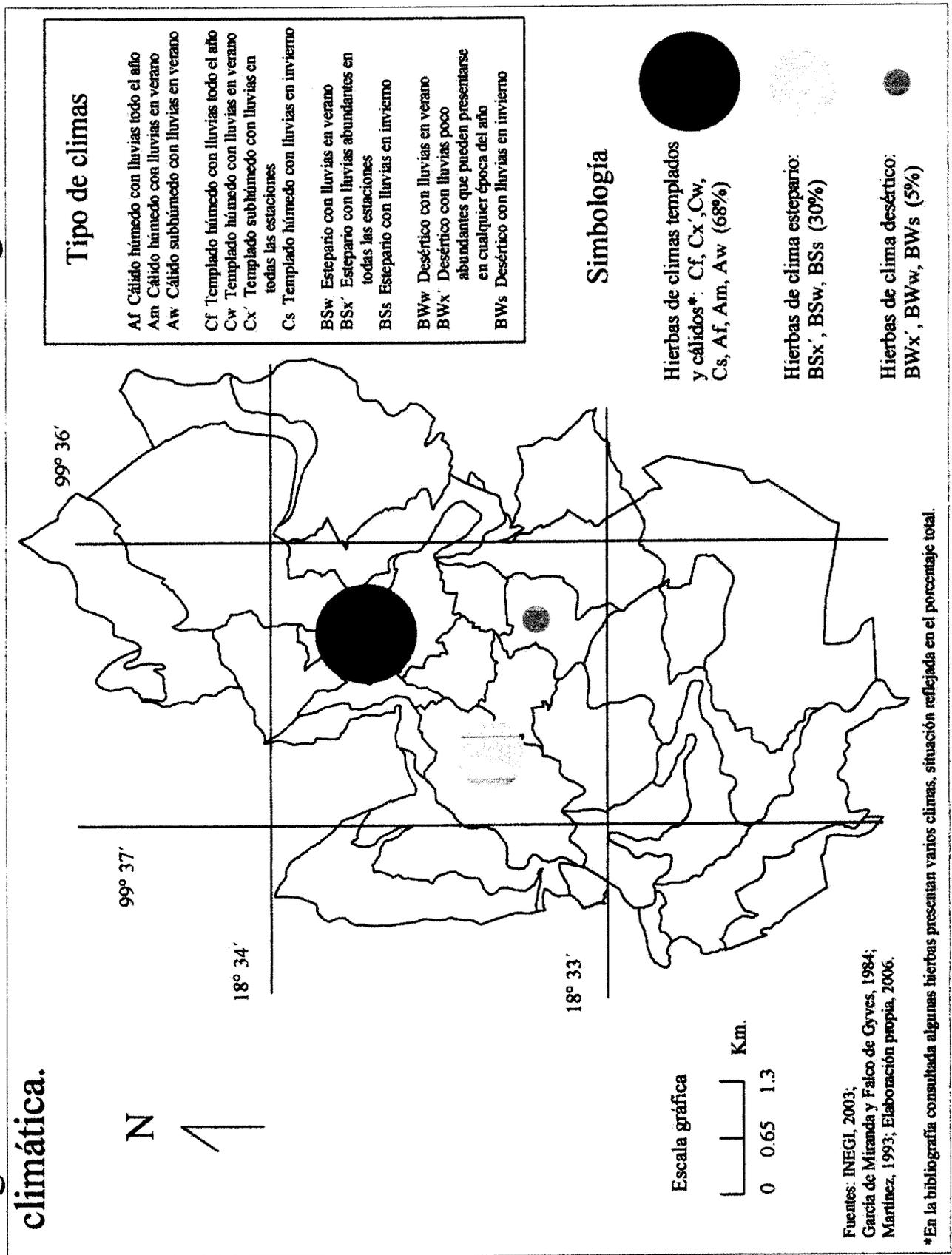
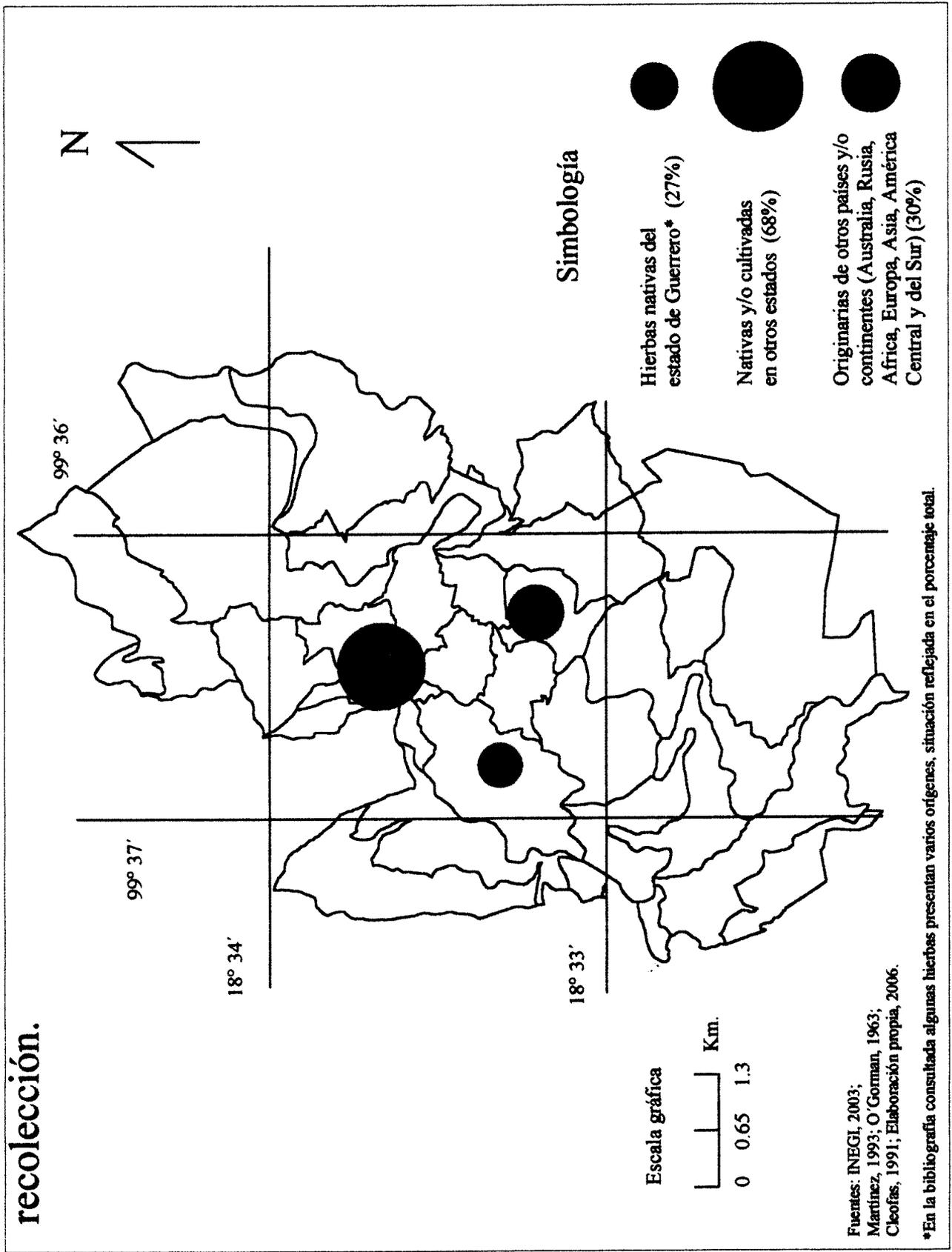


Figura 3.2 Hierbas más utilizadas en Taxco de Alarcón según lugar de recolección.



Después de considerar la metodología del valor índice medio (Torres y Delgadillo, 1990), su normalización, calificación, análisis del valor con respecto a la media, su distribución y los niveles extremos respecto a bienestar y marginación derivados⁷, se analizaron las tendencias en el empleo de opciones de salud en estas zonas. El resultado del valor índice medio y su calificación fue contrastante (cuadro 3.65 y figura 3.4⁸).

Hay varias observaciones interesantes respecto a la distribución del índice a nivel local. De acuerdo con el resultado de dicho procedimiento el 30% de las unidades fueron muy superiores a la media (ya que presentaron los mayores niveles de bienestar) y se ubicaron específicamente en la zona central y comercial de la comunidad (figura 3.4).

Las zonas denominadas “superiores” representaron un 10% y se distribuyeron básicamente al sur, este y oeste con respecto al centro de la población, mientras que las consideradas “cercanas” a la media fueron las que tuvieron la representación más baja en cuanto a porcentaje (6.67%) ubicándose en las periferias oeste y sur de la localidad.

El rubro “inferiores” significaron el porcentaje más alto (33.33%) y se distribuyeron en toda la periferia. Finalmente, las zonas que presentaron mayores carencias (20%) se ubicaron entre las periferias más apartadas del

⁷ El término *bienestar* hace referencia a los niveles necesarios de necesidades básicas, mientras que *marginación* remite a la carencia de éstas.

⁸ En la figura 3.4 las agrupaciones con colores azul marino y azul claro correspondieron al valor denominado “muy superior”. El color azul marino se incluyó para mostrar la zona con los mayores niveles de bienestar de toda la localidad (ya que fue el único con el valor máximo de 6.0).

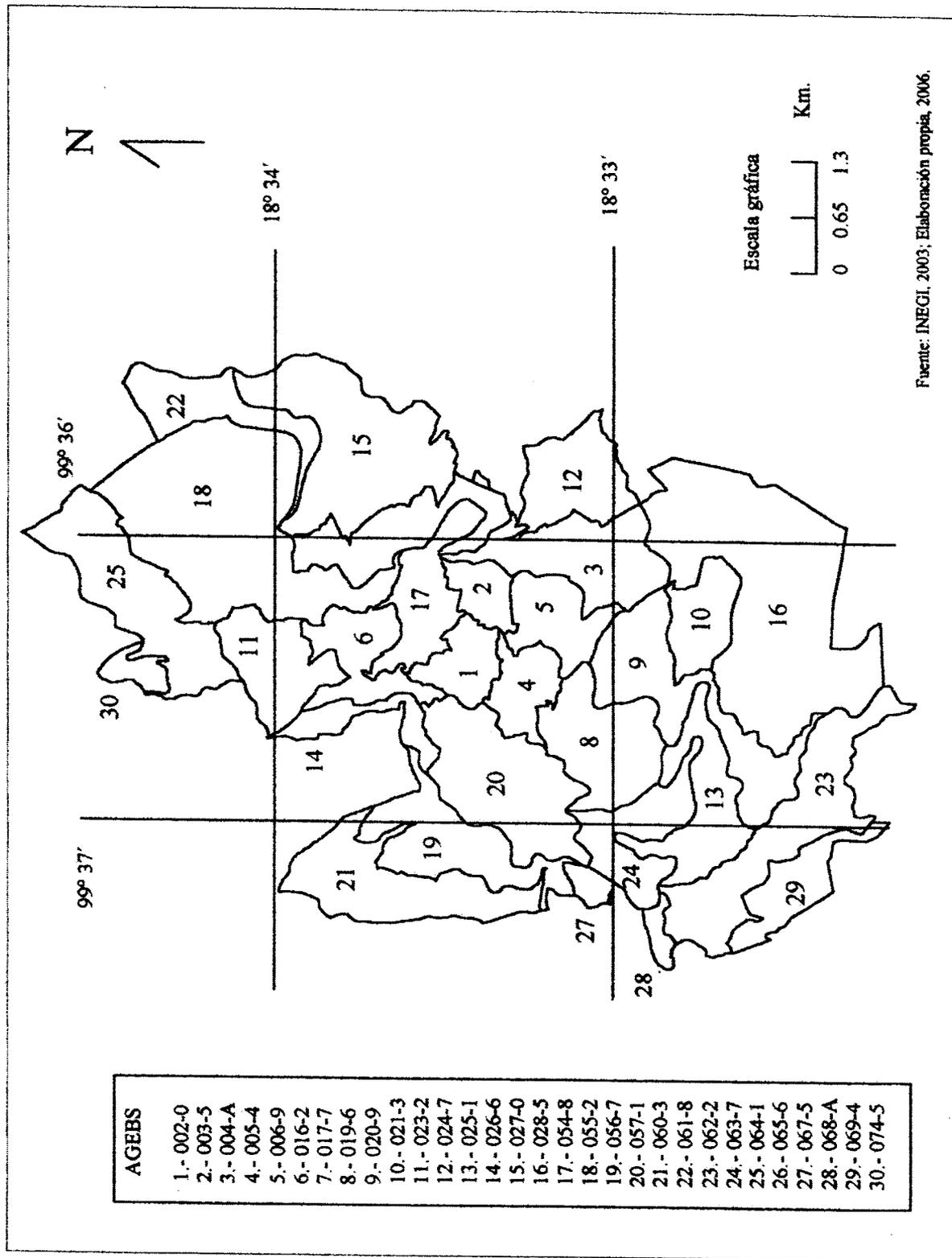
norte, este, oeste y suroeste. La unidad denominada 054-8 con calificación de 6 presentó las mayores condiciones de bienestar, al contrario de la 068-A que reflejó las mayores carencias (figura 3.5).

Cuadro 3.65 Jerarquía y calificación de acuerdo al valor índice medio.

No. Original de AGEBS según INEGI	Nueva jerarquía de AGEBS según el valor índice medio	Valor índice medio	Porcentaje
17	054-8	6.0000	Muy superiores
3	004-A	5.8462	
1	002-0	5.6923	30%
18	055-2	5.6154	
8	019-6	5.4615	
5	006-9	5.3077	
4	005-4	5.2308	
6	016-2	5.2308	
7	017-7	5.0000	
20	057-1	4.8462	Superiores
9	020-9	4.7692	
2	003-5	4.1538	10%
13	025-1	3.3077	Cercanos
19	056-7	3.3077	6.67%
23	062-2	2.9231	Inferiores
15	027-0	2.7692	
10	021-3	2.2308	33.33%
11	023-2	2.1538	
14	026-6	2.0769	
16	028-5	2.0769	
24	063-7	2.0769	
12	024-7	2.0000	
21	060-3	2.0000	
22	061-8	2.0000	
29	069-4	2.0000	
25	064-1	1.9231	Muy inferiores
26	065-6	1.8462	20%
30	074-5	1.8462	
27	067-5	1.6923	
28	068-A	1.4615	

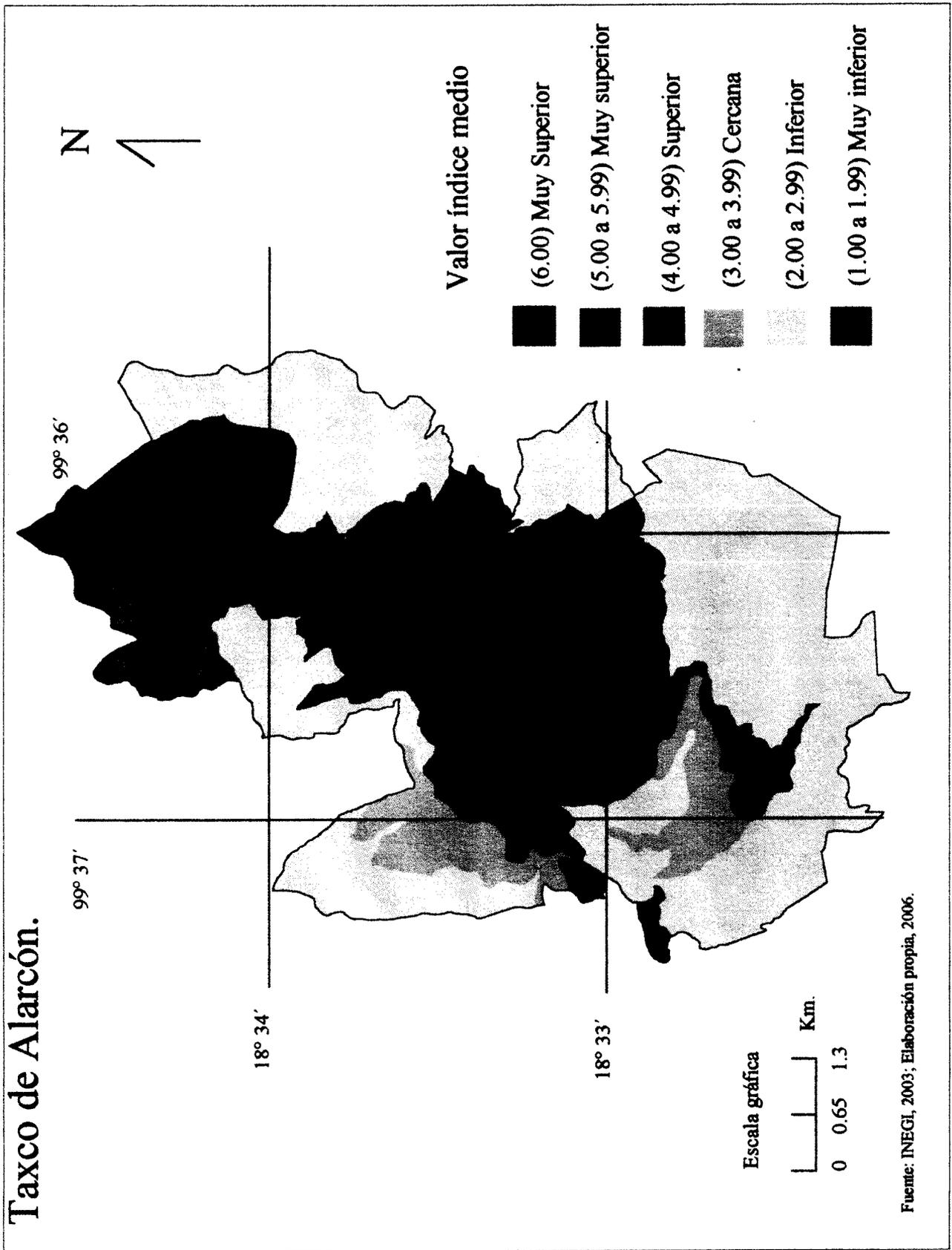
Fuentes: Elaboración propia, 2004; INEGI, 2003; Torres y Delgadillo, 1990.

Figura 3.3 Ubicación de AGEBS en Taxco de Alarcón.



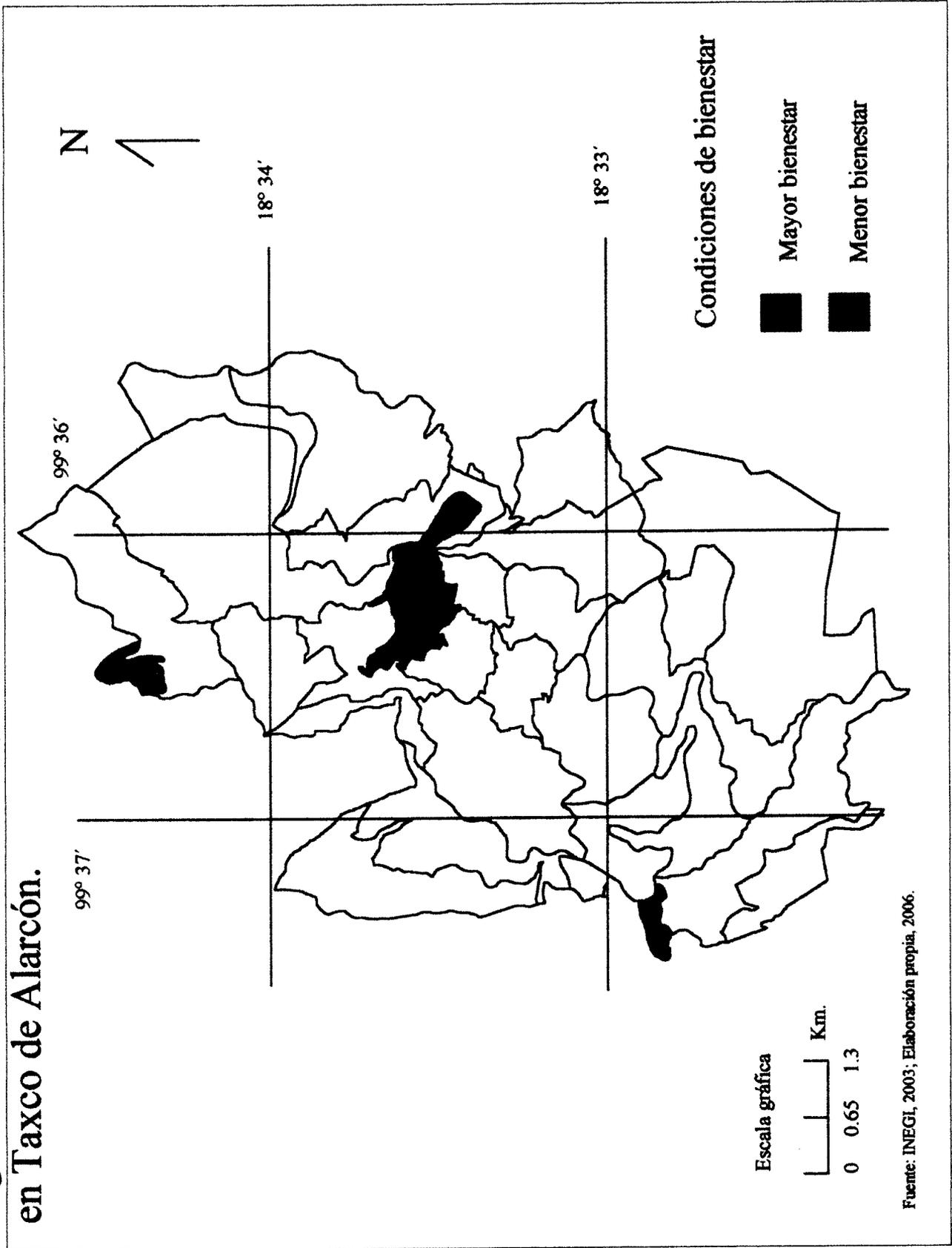
Fuente: INEGI, 2003; Elaboración propia, 2006.

Figura 3.4 Ubicación del valor índice medio en zonas al interior de Taxco de Alarcón.



Fuente: INEGI, 2003; Elaboración propia, 2006.

Figura 3.5 Zonas con las mayores y menores condiciones de bienestar en Taxco de Alarcón.

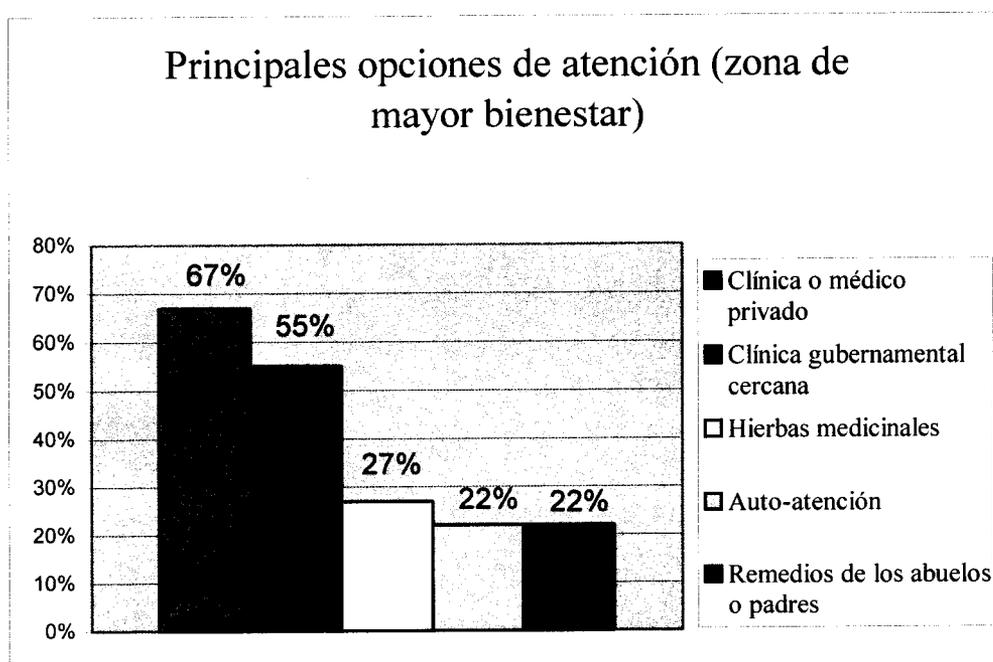


Fuente: INEGI, 2003; Elaboración propia, 2006.

El análisis de la utilización de alternativas médicas reflejó diferencias significativas. En la zona de mayor bienestar elegida, el primer recurso fueron las clínicas o médicos privados en el 67% (34 casos) del total. En segundo lugar, se dio preferencia al servicio gubernamental de salud (55%, 28 casos) (figura 3.6).

Vale la pena resaltar cómo las hierbas medicinales fueron importantes debido a que ocuparon el tercer puesto (27%, 14 casos). También con cercano porcentaje fue considerada la auto-atención (22%, 11 casos) al igual que los remedios de los abuelos y/o padres.

Figura 3.6

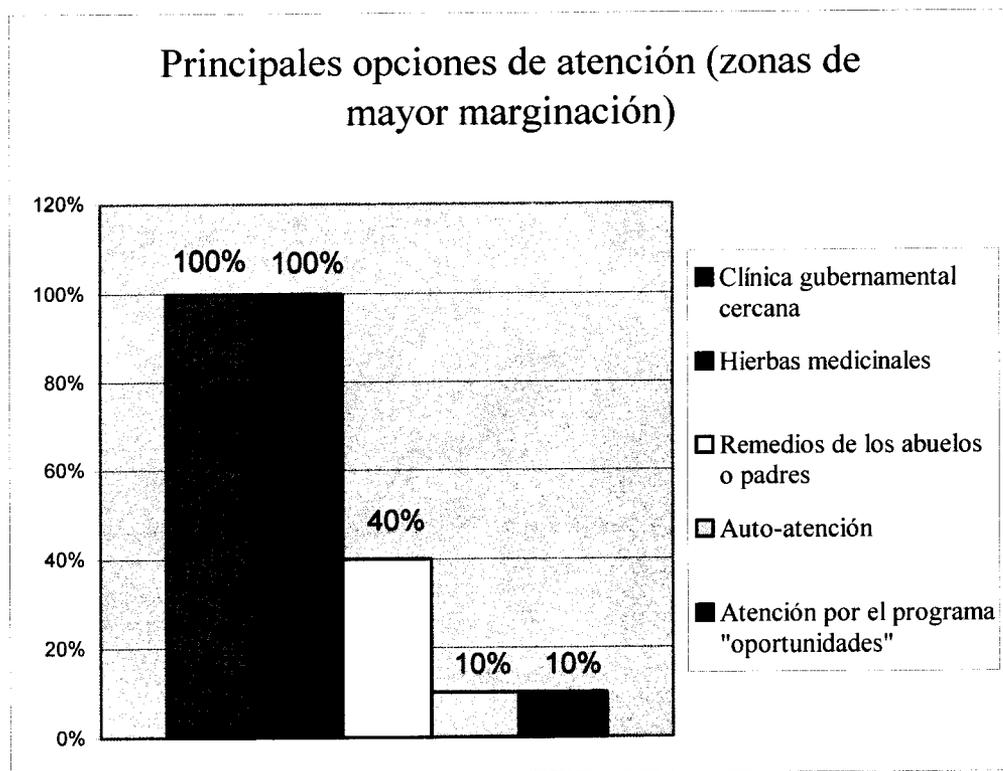


Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Hubo relativas diferencias con respecto a las zonas de mayor marginación ya que en estas últimas las plantas curativas y los hospitales

gubernamentales fueron las principales opciones elegidas en el 100% de la muestra considerada (figura 3.7).

Figura 3.7



Fuente: Trabajo de campo, 2004.

De los puntos determinantes y de mayor relevancia que se tuvieron para acudir a clínica y médico privado en la zona de mayor bienestar destacaron las cuestiones relacionadas con la atención brindada (rapidez y efectividad del servicio y atención más personalizada), situación que contrastó con el servicio de las clínicas gubernamentales, ya que aunque se acudió a éste, no cumplió las expectativas de los familiares de pacientes en cuestión (cuadro 3.66).

Un segundo esquema determinante que influenció la asistencia a los centros privados fueron los vínculos familiares que se tenían con el personal de salud, los lazos de parentesco con algún médico particular o incluso, la preferencia en la prescripción de medicamentos específicamente por este mismo personal.

Como tercer rubro destacó la desconfianza que se tenía hacia la medicina casera, aunado a las experiencias sobre la receta de medicamentos equivocados cuando se había acudido a las clínicas de salud gubernamentales.

Cuadro 3.66 Razones que fundamentaron la elección de clínicas y/o médicos privados (zona de mayor bienestar).

Razones
-Mayor confianza
-Rapidez y efectividad del servicio
-Mayor facilidad que se tiene por parte de la familia para acudir a este tipo de centros
-Atención más personalizada
-Mejor trato brindado
-Mejor alternativa el acudir con especialista
-Atención insuficiente en la clínica de gobierno
-Carencia de seguro
-Alto nivel de gravedad que presenta el paciente
-Necesidad del conocimiento de la enfermedad que se tiene
-Preferencia en la prescripción del medicamento por este personal
-Desconfianza hacia la medicina casera
-Receta de medicamentos equivocados en clínicas gubernamentales
-Por vínculos familiares que se tenían con el personal de salud
-Por lazos de parentesco con algún médico particular

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

A pesar de lo anterior también se presentó una ideología de apoyo hacia las clínicas de gobierno, fuertemente sustentada en la efectividad observada, la eficacia de los medicamentos adquiridos o bien, por el tipo de atención

brindada. Contradictoriamente y aún siendo la zona con los mayores niveles de bienestar, la falta de recursos económicos también condicionó la elección del servicio gubernamental de salud (cuadro 3.67).

Entre la nociones que desaprobaron dicho servicio destacaron sobre todo cuestiones relacionadas con la deficiente atención brindada (incluyendo indiferencia observada hacia los pacientes, falta de atención recurrente, mal servicio prestado, desinterés que el personal tenía con los enfermos y carencia de medicamentos).

Cuadro 3.67 Algunas razones por las que se acude a clínicas gubernamentales (mayor bienestar) .

Razones
-Tipo de atención y efectividad observada
-Observación de la efectividad del medicamento
-Eficiencia percibida
-Desconfianza hacia la medicina casera
-Búsqueda de todos los recursos disponibles
-Necesidad de conocer con seguridad el padecimiento que se tiene
-Recurso común o más seguro y fácil para la familia
-Se acude sólo en caso de urgencia médica
-Se visita al requerirse alguna operación mayor o análisis clínicos
-Por la cercanía
-Conocimiento previo de algunos empleados laborando en centros de salud
-Prudencia en el momento de presentarse la enfermedad
-Iniciativa personal
-Se cuenta con seguro de forma gratuita o se tiene por parte de algún familiar
-Falta de dinero para ir al servicio privado
-Evitar gastos
-Falta de recursos económicos

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

En esta zona el uso de hierbas medicinales fue la tercera opción de atención y tuvo cimientos de amplio peso, panorama que abarcó desde la

eficacia vislumbrada, el rubro económico (menor costo del tratamiento), el esquema cultural (tradición), hasta el reconocimiento de la prioridad que tiene como medicina complementaria (ya que fue empleada a la par que los fármacos industriales) (cuadro 3.68)

Cuadro 3.68 Resumen de razones por las que se recurre a plantas curativas (mayor bienestar).

Razones
-Efectividad
-Alivio en dolores moderados y leves
-Funcionamiento positivo
-Evitar recurrir en exceso a medicamentos industriales
-Utilización en problemas más usuales
-Preferencia en remedios naturales y alternativas naturistas
-Empleo al no observar resultados con otros recursos
-Tratamiento complementario al biomédico
-Es un recurso más económico
-Tradición
-Gusto personal
-Búsqueda de todos los recursos disponibles

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Aunque la auto-atención tuvo una representatividad restringida, sí se recurrió a ella también debido a la carencia de recursos.

Por otra parte, en las zonas de menor bienestar (o mayor marginación) destacaron las clínicas gubernamentales y las hierbas medicinales como primer recurso de atención. En cuanto a las clínicas no hubo diferencias significativas con respecto al espacio de mayor bienestar, ya que también se acudió a ellas por cuestiones relacionadas con la atención recibida y la confianza depositada en los medicamentos recetados por dicho personal (cuadro 3.69).

Aquí se dio preferencia a la clínica institucional a pesar de percibir la carencia de medicamentos y por la necesidad que se tenía aún cuestionando dichos hospitales. Finalmente, el considerar como “creencias” a los malestares tradicionales también tuvo influencia significativa para acudir a este tipo de unidades.

Cuadro 3.69 Resumen de razones por las que se acude a clínicas oficiales de salud (menor bienestar).

Razones
-Buena atención recibida
-Atención positiva
-Confianza en los medicamentos que ofrece el personal
-Contar con el seguro al momento del parto
-La necesidad que se tiene aún cuestionando dicha atención
-Carencia de dinero para ir a médico privado
-No contar con otro tipo de aseguramiento
-Considerar como “creencias” a los malestares tradicionales

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

La utilización de plantas curativas compartió también la primera opción y, al igual que en la zonas de mayor bienestar, las vertientes que destacaron se relacionaron con su efectividad comprobada. Contrastantemente, también se recurrió a ellas por la falta de efectividad al aplicar tratamientos biomédicos en malestares tradicionales (cuadro 3.70).

Otro aspecto determinante en su elección fueron los costos (precio muy elevado de los medicamentos) y la costumbre, la cual continuó jugando un papel preponderante para elegir dichas hierbas medicinales.

Cuadro 3.70 Razones por las que se recurre a la medicina herbolaria (menor bienestar).

Razones
-Efectividad del tratamiento
-Por el estado de bienestar real observado
-Falta de efectividad al aplicar tratamientos alópatas en malestares tradicionales
-Porque algunas no son “enfermedades de doctor”
-Precio muy elevado de los medicamentos
-La falta de posibilidades para acudir con el médico
-Continúa siendo una opción barata
-Costumbre
-Transmisión de conocimiento por parientes cercanos
-Porque el médico no cura los malestares ancestrales

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Otras ideas importantes enfatizaron la importancia del apoyo de iniciativas gubernamentales tales como el programa “oportunidades”, el cual tuvo un impacto positivo al ofrecer ayuda y medicamentos sin costo a familias en extrema marginación.

Por otra parte y según lo vislumbrado, la disparidad de condiciones socioeconómicas no tuvo diferencia significativa respecto a la incidencia de enfermedades reconocidas por la ciencia, sin embargo sí se presentó una pequeña variación respecto al esquema nosológico popular.

Lo más significativo fue el reconocimiento del espanto y torcedura de boca en la zona de mayor bienestar; malestares que no fueron mencionados en los espacios que presentaron la más alta marginación. En esta última zona la única diferencia significativa fue el reconocimiento de la caída de mollera, mientras que las afecciones restantes tuvieron amplia similitud (cuadro 3.71 y 3.72).

Cuadro 3.71 Nosologías populares (zona de mayor bienestar).

Nombre	Porcentaje
Mal de ojo	27% (14)
Aire (en el cuerpo, ojo, cuello y oídos)	18% (9)
Empacho	14% (7)
Espanto, susto	6% (3)
Malestares por magia negra, embrujo	4% (2)
Torcedura de boca	4% (2)
Enfermedades reconocidas por la ciencia	27% (14)
Total	100 (51)

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

*Se reconocieron dos, tres o más nosologías en las viviendas visitadas, esquema reflejado en los porcentajes totales.

Cuadro 3.72 Nosologías populares (zonas de mayor marginación).

Nombre	Porcentaje
Caída de mollera	20% (1)
Mal de ojo	20% (1)
Aire (en cuerpo, ojo, cuello y oídos)	20% (1)
Empacho	20% (1)
Malestares por brujería	20% (1)
Total	100% (5)

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Vale la pena resaltar la íntima analogía respecto a enfermedades reconocidas por la ciencia y/o sus signos y síntomas suscitados en todas las zonas estudiadas, sobre todo las referentes al sistema respiratorio, digestivo, circulatorio y diabetes. Aquí la diferencia más notable fue el alcoholismo, detectado solamente en las zonas con menor bienestar (cuadro 3.73 y 3.74).

Cuadro 3.73 Enfermedades reconocidas por la ciencia y/o sus signos y síntomas (mayor bienestar)*.

Nombre	Número y porcentaje
Sistema respiratorio:	
Gripa _____	Reconocida en 27 viviendas habitadas (53% del total)
Tos _____	12 viviendas habitadas (24% del total)
Anginas _____	3 viviendas habitadas (6%)
Bronquitis _____	2 viviendas habitadas (4%)
Sistema digestivo:	
Infección en el estómago, diarrea, gastritis, dolor de estómago	10 viviendas habitadas (20%)
Presión alta, baja	7 viviendas habitadas (14%)
Dolor de cabeza	5 viviendas habitadas (10%)
Diabetes	4 viviendas habitadas (8%)

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

*Se registraron dos, tres o más enfermedades reconocidas por la ciencia en las viviendas visitadas, esquema reflejado en los porcentajes totales.

Cuadro 3.74 Enfermedades reconocidas por la ciencia y/o sus signos y síntomas (mayor marginación).

Nombre	Número y porcentaje
Enfermedades del sistema digestivo (infecciones, parásitos, diarrea, vómito)	Reconocida en 5 viviendas habitadas (100% del total)
Enfermedades del sistema respiratorio (infección en garganta, tos, resfriados)	3 viviendas habitadas (30%)
Presión alta, baja	1 vivienda habitada (10 %)
Fiebre reumática	1 vivienda habitada (10 %)
Alcoholismo	1 vivienda habitada (10 %)

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

3.5 Matriz y estratificación espacial.

Al resumir las características de la matriz espacial fue posible vislumbrar claramente cómo el estrato denominado “muy bajo” no presentó

variación significativa ya que se continuaron presentando las mayores carencias en casi todas las variables. Sin embargo, resultó altamente resaltante (a pesar de que se reflejaron las menores condiciones de bienestar en todos los rubros) cómo la variable de “población de 18 años y mas con instrucción superior” agrupó habitantes que tenían un nivel educativo medio y alto (cuadro 3.75).

Cuadro 3.75 Matriz espacial.

Estrato o espacio delimitado	A*	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	UMT**
Muy bajo	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	5
Bajo	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	5
Medio	3	3	3	5	2	3	3	3	3	3	3	3	4
Alto	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3
Muy alto	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3

Fuentes: Trabajo de campo, 2006; Cuadro 3.65; INEGI, 2003.

***Indicadores:**

- A.- Población derechohabiente a servicios de salud
- B.- Población de 15 años y más con instrucción posprimaria
- C.- Grado promedio de escolaridad
- D.- Población de 18 años y más con instrucción superior
- E.- Población económicamente activa
- F.- Población ocupada que recibe 2 y hasta 5 salarios mínimos mensual
- G.- Población ocupada que recibe más de 5 salarios mínimos mensual
- H.- Viviendas con servicio sanitario exclusivo
- I.- Viviendas con drenaje conectado a red pública
- J.- Viviendas particulares con agua entubada en la vivienda
- K.- Viviendas particulares con techos de loza de concreto, tabique, ladrillo o terrado con vigería
- L.- Viviendas particulares con paredes de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto
- UMT** Uso de medicina tradicional

Calificación:

- 1.-Muy inferiores
- 2.- Inferiores
- 3.- Medio
- 4.-Superiores
- 5.-Muy superiores

También se presentaron dos situaciones contrastantes que vale la pena mencionar. En la primera, a pesar de que hubo población con instrucción superior ésta no se insertó en la población económicamente activa (lo que se puede explicar por el subempleo o desempleo de dicha población). En segundo lugar, las principales ocupaciones declaradas en el momento de aplicar el cuestionario fueron referidas como enfermería, auxiliar de contador, artesanos en platería y amas de casa. Básicamente las dos primeras carreras concordaron con una “instrucción superior” si se toma en cuenta que el nivel de educación en la localidad fue de 8.2 años promedio.

Por último, en éste grupo se tuvieron las más graves carencias en cuanto a condiciones de vivienda, derechohabencia e ingresos y se presentó el más alto grado de utilización de medicina ancestral; aquí el bajo nivel de ingresos tuvo influencia en la elección de este tipo de disyuntivas antiguas.

El estrato denominado “bajo” ocupó el segundo sitio en cuanto a carencias en diez de los doce indicadores considerados y tuvo el nivel más bajo en cuanto a “población de 18 años y más con instrucción superior”. A pesar del limitado nivel de educación presentó un mayor número de población económicamente activa (ya que ocupó un valor mayor a la media). Dicha población laboraba como artesanos en platería, empleados en servicios y pequeño comercio. Aquí también el sondeo mostró que la alternativa ancestral fue una de las principales opciones de atención a la salud.

En el estrato “medio” la calificación reflejó condiciones equilibradas en todos los indicadores debido a que mantuvo el promedio de tres puntos. El esquema más significativo se observó en la “población de 18 años y más con

instrucción superior” ya que ocupó el nivel más alto de todos los estratos, sin embargo esto no fue alentador debido a que mostró una de las agrupaciones con menor cantidad de población económicamente activa al momento de realizar el trabajo de campo.

En éste se confirmó que no necesariamente un mayor nivel de educación se refleja en mayores niveles de empleo. Aquí las principales actividades declaradas fueron el comercio, habitantes ejerciendo estudios profesionales, artesanos plateros y empleados. En esta unidad la utilización de remedios tradicionales también reflejó uno de los valores más altos.

El estrato “alto” tuvo condiciones elevadas en once de los doce indicadores considerados y también fue la zona con menor población de 18 años y más con instrucción superior. A pesar de lo anterior la población económicamente activa fue una de las más elevadas en todos los espacios considerados. Dichos habitantes laboraban en la venta de artículos de plata en mayoreo y medio mayoreo, exportadores y comerciantes de grandes tiendas. Aquí los remedios ancestrales sólo fueron considerados como segunda y tercera opción de atención.

Finalmente, el estrato “muy alto” no presentó mayor variación ya que en él se ubicaron los mayores niveles de bienestar en todas las variables. En éste se percibieron los mayores salarios y la alternativa ancestral fue el tercer recurso declarado. Aquí las clínicas y médicos privados y los hospitales gubernamentales fueron la primera y segunda vía de elección, respectivamente. Aunque se percibió el mayor salario de todos los estratos la vía antigua ocupó un lugar importante en la búsqueda del equilibrio orgánico.

CAPÍTULO IV. LAS INSTITUCIONES Y PROGRAMAS DE SALUD Y SU CONEXIÓN CON LA MEDICINA TRADICIONAL.

4.1 Servicios de salud.

Los servicios de salud gubernamentales (aunque muy cuestionados por los usuarios locales) continúan siendo (a la par que la opción ancestral) una disyuntiva sumamente importante en la atención a la salud. Estos servicios son vastos y especializados, sin embargo el acceso a la información estadística que se genera en algunas de sus unidades administrativas es limitado e incluso desconocido para una gran parte del mismo personal que labora en ellas.

En la comunidad se encuentran ubicadas tres de las principales instituciones gubernamentales que ofrecen atención, desde un centro de salud urbano y un hospital general de segundo nivel de la Secretaría de Salud, una clínica de medicina familiar del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), hasta un hospital general del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El centro de salud urbano de la Secretaría de Salud es muy frecuentado y cuenta con una amplia variedad de módulos⁹ donde se atiende a población no derechohabiente de la comunidad en cuestión.

⁹ Consulta externa, planificación familiar, enfermedades crónico degenerativas, del programa "oportunidades", atención al adolescente, área dental, cáncer cérvico uterino, archivo clínico, estadística, rayos X, laboratorio clínico, administración, dirección y subdirección, recursos humanos, enfermería, epidemiología, farmacia e inmunizaciones.

En este tipo de unidad laboran 101 personas siendo mayoría enfermeras, 13 médicos y 21 personas que realizan trabajo administrativo. Aquí la población puede acudir a recibir el servicio en dos turnos actualmente vigentes.

El hospital de segundo nivel de la Secretaría de Salud llamado “Adolfo Prieto” también es muy conocido a nivel municipal y cuenta con las denominadas “áreas de especialidad”¹⁰.

A diferencia del centro de salud urbano, en este hospital de segundo nivel la población puede solicitar la atención en tres turnos los 365 días del año.

Por otra parte, la clínica de medicina familiar del ISSSTE es la más cuestionada en cuanto al servicio brindado y la más limitada en recursos ya que sólo se ofrecen consultas de medicina familiar sin atención de urgencias¹¹.

Respecto al hospital general de subzona del IMSS no se proporcionó información acerca de los recursos humanos disponibles o morbilidad y mortalidad registrada a pesar de las constantes visitas. A esta institución

¹⁰ Cirugía, oftalmología, traumatología, ginecología y obstetricia, medicina interna, dermatología, pediatría, rehabilitación física, consulta externa, servicio dental, medicina preventiva, anestesiología, rayos X, trabajo social, atención al adolescente, farmacia, laboratorio y banco de sangre.

¹¹ Básicamente cuenta con dos consultorios, archivo, despacho dental, farmacia, medicina preventiva, vacunación y laboran dos enfermeras, cuatro médicos generales y dos odontólogos. El radio de acción abarca todo el nivel municipal.

recurre constantemente la población derechohabiente del municipio debido a que cuenta también con diversas áreas de especialidad ¹².

La gente que vive en la localidad o en comunidades de la comarca sólo acude a las clínicas privadas en caso de urgencia extrema, ésto debido a los costos extremadamente elevados que exigen los representantes que laboran en este tipo de unidades. Aunque existen cuatro o cinco clínicas privadas generalmente la población sin derechohabiencia acude al hospital general “Adolfo Prieto” o en su caso, al centro de salud urbano de la misma Secretaría de Salud.

4.2 Morbilidad y mortalidad.

La morbilidad en Taxco de Alarcón fue relativamente diversa. De acuerdo con información disponible en el centro de salud urbano para el nivel municipal, las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer sitio en los periodos de 1992 al 2000, sólo exceptuando el año de 1993 (cuadro 4.1).

Las llamadas infecciones intestinales por otros organismos fueron las que tuvieron el segundo lugar en cuanto a incidencia en el total del periodo comprendido. De las enfermedades del sistema digestivo fue la amibiasis la que ocupó un lugar importante en los años de 1992, 1993 y 1996.

¹² Pediatría, medicina del trabajo, ginecología, traumatología, urgencias, medicina preventiva, cirugía, consulta externa, hospitalización, servicio dental, laboratorio, rayos X y farmacia.

Causa	1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa
Inf. resp. agudas	11095	110	2912	28.9	21172	209.9	21844	216.6	18993	188.3	25870	256.5	25359	251.4	31437	311.7	31137	308.7	27518	275.4
Inf. intest. p/o. organismos	2953	29	5939	58.9	5320	52.8	3634	36	2749	27.3	3348	33.2	4807	47.7	5251	52.1	5214	51.7	5043	50.5
Amibiasis	1405	14	1842	18.3	1059	10.5	1794	17.8	1779	17.6	1675	16.6	1408	14	2016	20	1471	14.6	1145	11.5
Intox. por picadura alacrán	129	1.3	416	4.1	1405	13.9	751	7.4	680	6.7	1239	12.3	1583	15.7	1385	13.7	1207	12	1256	12.6
Otitis media aguda	125	1.2	248	2.5	225	2.2	514	5.1	587	5.8	518	5.1	530	5.3	565	5.6	695	6.9	861	8.6
Inf. vías urinarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2167	21.5	2647	26.5
Ascariasis	616	6.1	754	7.5	146	1.4	283	2.8	739	7.3	407	4	305	3	446	4.4	297	2.9	186	1.9
Hipertensión arterial	101	1	178	1.8	389	3.9	285	2.8	333	3.3	409	4.1	525	5.2	655	6.5	554	5.5	439	4.4
Otras parasitosis	507	5	0	0	629	6.2	107	1.1	527	5.2	477	4.7	201	2	233	2.3	0	0	380	3.8
Diabetes mellitus	70	0.7	175	1.7	137	1.4	214	2.1	176	1.7	281	2.8	358	3.5	452	4.5	482	4.8	348	3.5
Candidiasis urogenital	48	0.5	104	1	234	2.3	272	2.7	199	2	128	1.3	321	3.2	310	3.1	349	3.5	427	4.3
Gastritis, duoden. y úlcera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1073	10.6	903	9
Angina estreptocócica	0	0	416	4.1	85	0.8	499	4.9	322	3.2	66	0.7	81	0.8	188	1.9	0	0	169	1.7
Neumonías y broncon.	33	0.3	91	0.9	89	0.9	192	1.9	97	0.9	171	1.7	232	2.3	175	1.7	247	2.4	108	1.1
Tricomoniiasis urogenital	11	0.1	108	1.1	93	0.9	143	1.4	176	1.7	67	0.7	107	1.1	173	1.7	206	2	115	1.2
Sarna	90	0.9	142	1.4	46	0.5	141	1.4	280	2.8	125	1.2	0	0	121	1.2	0	0	65	0.7
Desnutrición leve	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	547	5.4	459	4.6
Otras micosis	0	0	240	2.4	253	2.5	55	0.5	138	1.4	95	0.9	0	0	0	0	95	0.9	0	0
Giardiasis	51	0.5	32	0.3	38	0.4	132	1.3	75	0.7	31	0.3	0	0	56	0.6	68	0.7	63	0.6
Asma	0	0	0	0	0	0	27	0.3	121	1.2	58	0.6	0	0	87	0.9	105	1	68	0.7
Desnutrición moderada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	138	1.4	78	0.8
Las demás causas	1050	10	915	9.1	6161	61.1	1115	11.1	2803	27.8	2824	28	1232	12.2	2383	23.6	2303	22.8	1558	15.6
Total	18284	181	14512	144	37481	371.6	32002	317.3	305.1	305.1	37789	374.7	37049	367.4	46028	456.4	48260	478.5	43836	438.8

Fuentes: Secretaría de Salud-Centro de Salud Urbano, 2001a.
Tasa por 100,000 habitantes.

La picadura de alacrán también ocupó un lugar importante en cuanto a incidencia, sobre todo en el periodo que abarcó de 1997 hasta el mismo 2001, seguida de la hipertensión arterial y diabetes mellitus (cuadro 4.1).

Respecto a la mortalidad general municipal resaltaron en primer lugar las enfermedades del corazón en los años de 1995 (68 casos), 1996 (54) y 1998 (72 casos). Aunque durante estos tres años del periodo comprendido se mantuvo una mortalidad elevada respecto a este último malestar, disminuyó considerablemente en el 2001 ya que se reflejaron 40 casos y una tasa de 8.32 (cuadro 4.2).

Otra causa de muerte importante fue la diabetes mellitus principalmente en los años de 1995 (51 casos), 1996 (56), 2000 (61) y 2001 (59). La mortalidad por tumores malignos también tuvo un lugar preponderante en 1995 (59 casos) y 1996 (63 casos), reflejando una moderada disminución para el resto de los años subsiguientes.

Los accidentes también fueron otra de las principales causas de mortalidad, esquema observado en 1995 (56 casos), 1996 (63 casos), 1999 (48 casos) y 2001 (48 casos). Con una importante incidencia se mantuvo la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado para 1995 (26 casos) y 1998 (21 casos) (cuadro 4.2).

Las estadísticas tuvieron cierta variación a nivel localidad. Tomando en cuenta la información disponible en el centro de salud urbano de la Secretaría de Salud, las enfermedades que ocuparon el primer sitio desde 1998 hasta el

2002 fueron las infecciones respiratorias agudas, destacando en segundo orden las enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo (en el rubro definido como otros organismos y mal definidas), seguidas de las parasitosis y amibiasis intestinales (desde 1998 hasta el año 2000) (cuadro 4.3).

Para el año 2001 y 2002 hay una diferencia notable ya que las infecciones de las vías urinarias, desnutrición leve y úlceras ocuparon el tercero y cuarto lugar respectivamente, a diferencia de los años 1998, 1999 y 2000 donde las parasitosis y amibiasis intestinal tuvieron sólo el tercero y cuarto lugar.

Como puede apreciarse, fueron las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades infecciosas y parasitarias del sistema digestivo e infecciones de las vías urinarias los malestares más comunes registrados en este centro a nivel provincial.

En el mismo sentido la información de morbilidad varió notablemente en el hospital general que forma parte de la misma Secretaría de Salud. Aquí fueron las denominadas causas obstétricas directas y el parto único espontáneo los que ocuparon el primero y segundo sitio en cuanto a incidencia desde 1999 hasta el año 2003 (cuadro 4.4). Respecto a mortalidad las enfermedades del corazón, la diabetes y las enfermedades del hígado presentaron la mayor proporción en cuanto a incidencia en dicho periodo (cuadro 4.5).

Causa	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa	caso	tasa
Enfermedades del corazón	68	14.14	54	11.23	53	11.01	72	14.97	47	9.77	51	10.6	40	8.32
Diabetes mellitus	51	10.6	51	10.6	40	8.32	45	9.36	56	11.64	61	12.68	59	12.27
Tumores malignos	59	12.27	63	13.1	29	6.03	42	8.73	48	9.98	42	8.73	48	9.98
Accidentes	56	11.64	23	4.78	10	2.08	17	3.53	31	6.45	13	2.7	28	5.82
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	26	5.41	18	3.74	18	3.74	21	4.37	17	3.53	23	4.78	18	3.74
Enfermedad cerebrovascular	28	5.82	28	5.82	12	2.5	13	2.7	23	4.78	20	4.16	17	3.53
Trastornos mentales y comp. por OH	4	0.83	73	15.18	5	1.04	0	0	4	0.83	6	1.25	ND	0
Neumonías e influenza	20	4.16	9	1.87	15	3.12	19	3.95	21	4.37	16	3.33	26	5.41
Ciertas afecciones originadas en el periodo	19	3.95	15	3.12	11	2.29	7	1.46	8	1.66	14	2.91	10	2.08
Bronquitis, efisema y asma	8	1.66	15	3.12	6	1.25	25	5.2	12	2.5	8	1.66	4	0.83
Homicidios	13	2.7	9	1.87	7	1.46	13	2.7	5	1.04	13	2.7	6	1.25
Nefritis, sx. nefrótico y nefrosis	13	2.7	4	0.83	11	2.29	17	3.53	4	0.83	5	1.04	8	1.66
Enfermedades infecciosas intestinales	10	2.08	0	0	8	1.66	14	2.91	4	0.83	1	0.21	10	2.08
Deficiencia de la nutrición	5	1.04	10	2.08	10	2.08	11	2.29	3	0.62	0	0	4	0.83
Neumoconiosis y otras enfermedades pulmonares	4	0.83	7	1.46	6	1.25	0	0	6	1.25	0	0	0	0
Úlcera gástrica y duodenal	6	1.25	4	0.83	0	0	6	1.25	5	1.04	0	0	0	0
Malformaciones congénitas	12	2.5	0	0	0	0	2	0.42	0	0	4	0.83	3	0.62
Anemias	8	1.66	6	1.25	0	0	0	0	0	0	3	0.62	2	0.42
Tuberculosis	0	0	0	0	4	0.83	3	0.62	3	0.62	2	0.42	10	2.08
Enfermedad por VIH (SIDA)	5	1.04	4	0.83	4	0.83	4	0.83	5	1.04	2	0.42	4	0.83
Septicemia	5	1.25	0	0	3	0.62	2	0.42	0	0	5	1.04	5	1.04
Disritmias	6	3.74	1	0.21	2	0.42	0	0	4	0.83	0	0	0	0
Signos y síntomas mal definidos	18	16.01	4	0.83	8	1.66	5	1.04	1	0.21	3	0.62	4	0.83
Las demás causas	77	16.01	67	13.93	45	9.36	8	1.66	28	5.82	26	5.41	23	4.78
Total	521	108.33	465	96.69	307	63.83	346	71.94	335	69.66	318	66.12	329	68.41

Fuente: Secretaría de Salud-Centro de Salud Urbano, 2001b.
Tasa por 100,000 habitantes.

Lugar	1998	1999	2000	2001	2002	casos
1 IRA	2475 IRA	2658 IRA	2893 IRA	2631 IRA	2002 IRA	1830
2 EIPSD (omd)	376 EIPSD (omd)	349 EIPSD (omd)	396 EIPSD (omd)	387 EIPSD (omd)	EIPSD (omd)	306
3 Parasitosis	291 Amibiasis	305 Amibiasis	282 Inf. vías urinarias	310 Inf. vías urinarias	Inf. vías urinarias	265
4 Amibiasis intestinal	149 Otras parasitosis	209 Otras parasitosis	261 Desnutrición leve	183 Ulceras	Ulceras	123
5 Otitis media aguda	120 Otitis media aguda	124 Desnutrición leve	240 Ulceras, gastritis	180 Parasitosis	Parasitosis	111
6 Candidiasis urogenital	78 Traumatismos y env.	96 Inf. vías urinarias	225 Parasitosis	171 Otitis media	Otitis media	76
7 Traumatismos	64 Diabetes mellitus	65 Otras dermatosis	137 Dermatitis	140 Amibiasis	Amibiasis	65
8 Neumonías, bronconeum.	29 Candidiasis	58 Ulceras, gastritis, duodenitis	116 Amibiasis intestinal	123 Hipertensión	Hipertensión	60
9 Diabetes mellitus	29 Dermatosis	31 Otros traumatismos	83 Otitis media aguda	100 Diabetes	Diabetes	58
10 Tricomoniasis	18 Hipertensión	27 Otitis media aguda	70 Traumatismos	84 Desnutrición leve	Desnutrición leve	57

Fuente: Secretaría de Salud-Centro de salud urbano, 2002.

IRA = Infecciones respiratorias agudas.

EIPSD (omd) = Enfermedades infecciosas y parasitarias del sistema digestivo (por otros organismos y las mal definidas).

Lugar	1999	2000	2001	2002	2003	casos
1 Causas obstétricas directas	432	Parto único espontáneo	480	Parto único espontáneo	417	COD*
2 Parto único espontáneo	390	COD*	397	COD*	397	Parto único espontáneo
3 Traumatismos y env.	302	Traumatismos y env.	288	Traumatismos y env.	253	Traumatismos y env.
4 Afec. periodo perinatal	116	Aborto	128	Aborto	162	Afec. periodo perinatal
5 Aborto	112	Influenza y neumonía	120	Afec. periodo perinatal	124	Influenza y neumonía
			114	Aborto		

Fuente: Secretaría de Salud-Hospital general Adolfo Prieto, 2004.

COD = Causas obstétricas directas.

* Excepto aborto.

c	1999	c	2000	c	2001	c	2002	c	2003	c
1	Enf. del corazón	6	Diabetes	8	Diabetes	13	Enf. del hígado	9	Enf. del hígado	5
2	Enf. Alcohólica	3	Enf. del hígado	8	Tumores malignos	5	Influenza y neumonía	6	Diabetes	4
3	APP	4	APP	6	APP	5	APP	6	Enf. cerebrovasculares	3
4	Diabetes	2	Enf. del corazón	5	S/D	-	Diabetes	5	Tumores malignos	2
5	Influenza y neumonía	2	S/D		S/D	-	Enf. del corazón	5	Enf. del corazón	2

Fuente: Secretaría de Salud-Hospital General Adolfo Prieto, 2004.

C= Casos.

APP= Afecciones del periodo perinatal.

S/D= Sin datos.

En el ISSSTE sólo se contaba con notas numéricas muy dispersas y limitadas en cuanto a morbilidad general (un sólo año). En esta institución fueron las infecciones respiratorias e infecciones intestinales agudas las que ocuparon los primeros lugares. La hipertensión arterial y diabetes también tuvieron importancia significativa ya que ocuparon el quinto y sexto lugar respectivamente. (cuadro 4.6)

	Ranking de morbilidad en el Hospital ISSSTE	Casos
1	Infecciones respiratorias agudas	1222
2	Infecciones intestinales por otros organismos	630
3	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	343
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	160
5	Hipertensión arterial	77
6	Diabetes	65
7	Amibiasis intestinal	60
8	Otitis media aguda	58
9	Hipertensión arterial	53
10	Infecciones de las vías urinarias	28
11	Asma y estado asmático	27
12	Intoxicación alimentaria bacteriana	26
13	Intoxicación por picadura de alacrán	25
14	Otras infecciones debidas a protozoarios	18
15	Gingivitis y enfermedad periodontal	10
16	Giardiasis	6
17	Enfermedades cerebrovasculares	4

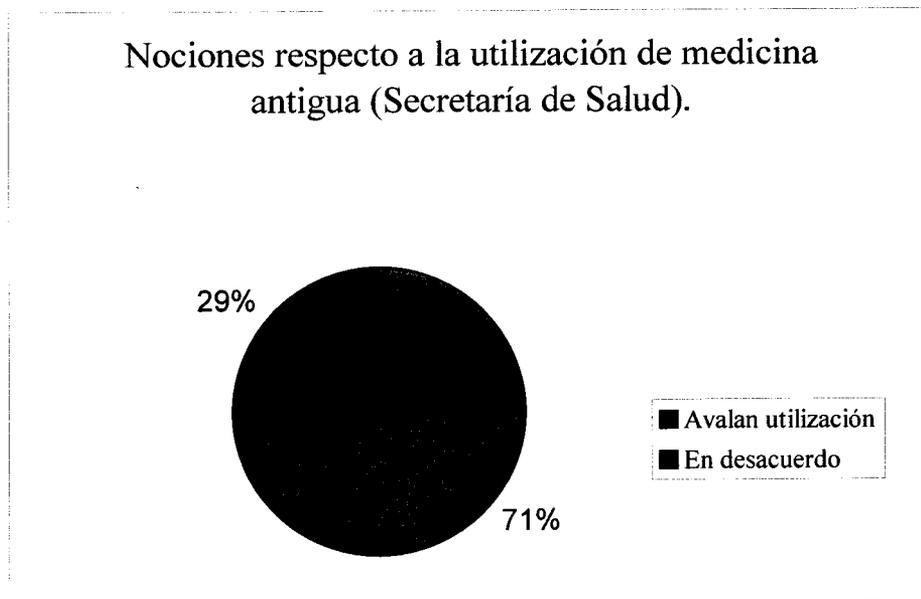
Fuente: ISSSTE, 2004.

4.3 Personal de salud y medicina “antigua”.

Las tendencias mostradas por el personal de salud con respecto al uso de medicina tradicional tuvieron propensiones contrastantes.

Al momento de aplicar el censo en el centro de salud urbano de la Secretaría de Salud laboraban un total de 7 médicos generales. Es sobresaliente mencionar aquí cómo en el mayor porcentaje (71%, 5 casos) se avaló la utilización de medicina tradicional¹³ (figura 4.1).

Figura 4.1



Fuente: Trabajo de campo, 2004.

De los puntos que vale la pena destacar (determinantes y de mayor relevancia en el apoyo de la alternativa en cuestión) se refieren sobre todo al

¹³ Esta institución fue muy frecuentada y el personal se encontraba en constante contacto con pacientes que acudían de todas las comunidades del municipio.

reconocimiento de la efectividad vislumbrada al aplicar hierbas curativas (fuertemente respaldado por ideas que atribuían los principios activos de fármacos industriales en dichas plantas antiguas).

Lo anterior se reflejó en la misma práctica biomédica ya que incluso, en algunos casos se recomendó primero el remedio herbolario antes que el fármaco de patente (agua de manzanilla como astringente en hemorragias nasales o corteza de encino en dolores e inflamaciones bucales, por ejemplo).

En esta institución el concepto de ahorro en la economía familiar e individual al utilizar remedios antiguos tuvo un segundo orden de importancia. Asimismo y aunque el personal reflejó conocimientos limitados respecto a la estructura cultural local, sí destacó reconocimiento, respeto y búsqueda de diálogo con las costumbres y creencias más conocidas.

Esta última situación resaltó tanto en generaciones de médicos generales que contaban con amplia experiencia profesional como en representantes de salud muy jóvenes, incluso se distinguieron casos en donde se permitió la intervención de la curandera común para sanar familiares del propio médico familiar:

“Vi el mal de ojo, no creía nada pero cuando empezaron a ver mi niña pidieron permiso para tocarla [.....] la lamió toda y la encerró en una cobija sin bañarla 3 días, sí se lo quitó, uso un huevo y se lo pasó por todo el cuerpo, lo rompió y se formó un ojo con pestañas, era viscoso, le dio tres curadas con el huevo, varias veces hizo el tratamiento recorriendo el pase de huevo, en el vaso tiene que salir una cosa blanca [.....] como cuando se hace un huevo tibio” (Fuente: informante anónimo, 2004).

Finalmente, las posturas filosóficas del mayor porcentaje del universo censado que aprobó dicha alternativa no distaron de las nociones preventivas incluidas en el concepto normativo de la medicina cosmopolita (sobre todo el evitar tratamientos dañinos o intoxicaciones graves).

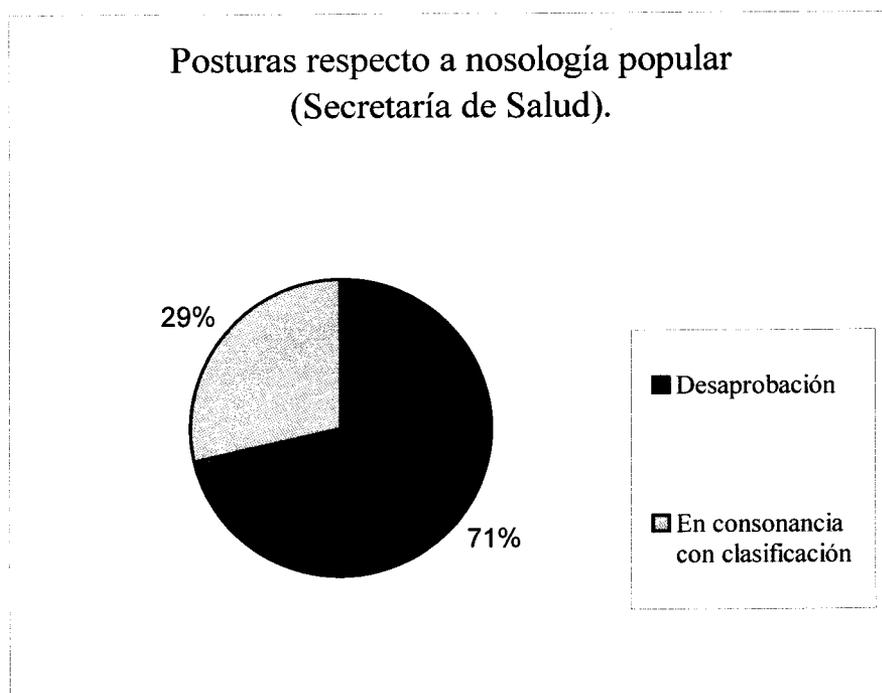
Las consideraciones que desaprobaron dicho empleo abarcaron un menor porcentaje (29%) y se focalizaron en ideas que intentaban desarraigar costumbres dañinas para el organismo y evitar engaños encubiertos.

Los esquemas y nociones anteriores no se alejaron de fundamentos ideológicos positivistas y experimentales enmarcados en objetivos institucionales que buscan evitar la expansión patológica a nivel provincial.

En contraposición a lo anterior (y a pesar de que en esta institución se atendía al mayor número de pacientes en el ámbito local) la nosología popular (mal de ojo, aire, empacho, susto, caída de mollera, pérdida del alma, etc.) tuvo fuerte desaprobación en el mayor porcentaje de los casos censados (71%) (figura 4.2).

Hay varias vías que permiten explicar el rechazo y antagonismo hacia dicha clasificación popular. En un primer rubro, la misma formación profesional del personal considerado dio continuidad al choque ideológico entre los conocimientos biomédicos y los andamios conceptuales que sustentan la certeza de las convicciones comunales, destacando incluso un sentido despectivo del tema (muy restringida en cuanto a veracidad, irreal, solamente tradiciones o cuestiones de fe, por citar algunos ejemplos).

Figura 4.2



Fuente: Trabajo de campo, 2004.

A lo anterior se sumaron nociones que enfatizaban la falta de credibilidad hacia dicha nosología (malestares con diagnóstico y tratamiento bien definido o signos y síntomas manejados por gente tradicional e inexperta). Este panorama deslegitimó determinadamente manifestaciones inmersas en las ideas colectivas referentes a la salud y enfermedad, de suma importancia incluso en la escala municipal.

En esta institución sólo el menor porcentaje del personal (29%) avaló dicha clasificación. El fundamento de esta aceptación tuvo origen en la constante observación de tratamientos (para empacho, caída de mollera y/o aire) en experiencias personales y en la confirmación de “malestares antiguos” que incidieron en propios familiares, situación que se vinculó a la búsqueda de explicaciones científicas, repercusiones y/o aciertos de algunos de los

remedios usados y en el reconocimiento de la existencia (e importancia) que estas entidades nosológicas tienen en el nivel regional.

En esta unidad de salud los alcances y problemáticas observados en programas relacionados con la disyuntiva antigua fueron moderadamente variados. Aquí en el 71% (5 casos) se tenía conocimiento de algún programa relacionado con dicha iniciativa y sólo en el 29% (2 casos) se manifestó desconocerlas.

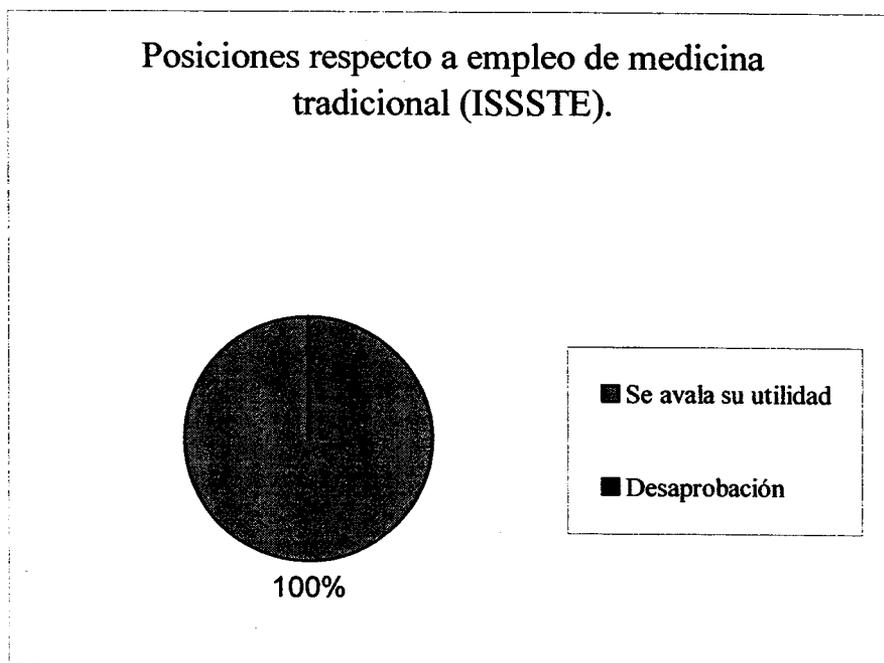
Las problemáticas mencionadas continúan interfiriendo en estrategias y metas de programas vinculados con terapeutas ancestrales (siendo constante la renuencia a la capacitación, la dificultad para dejar prácticas inadecuadas, la deficiente atención brindada o incluso, el desconocimiento y la falta de identificación de factores de riesgo por parte de curanderos locales).

En los alcances vislumbrados adquirió suma importancia la confirmación del diálogo e intercambio de ideas y técnicas de curación entre personal biomédico y ancestral, la obtención de resultados al usar herbolaria con igual efectividad que los fármacos industriales y sobre todo y lo más influyente, la reducción de la mortalidad comarcal.

En general en este universo institucional destacó (en mayor medida) una ideología de franca apertura hacia tratamientos inmersos en la tradición e inclusive, fueron ampliamente aceptadas otras alternativas de apoyo (tales como la masoterapia, la hidroterapia y/o la herbolaria combinada con terapia emocional, por ejemplo).

En el caso del ISSSTE laboraban un total de 5 médicos generales. Aunque en esta institución se atendía al menor número de pacientes a nivel local, el 100% del personal censado avaló positivamente la utilización de dichas terapias ancestrales (figura 4.3).

Figura 4.3



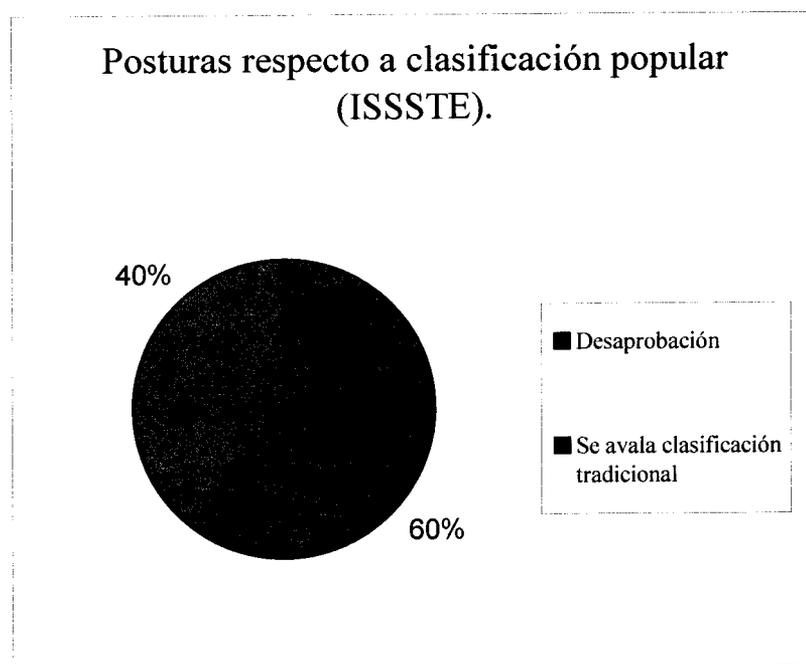
Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Inclusive las objeciones del personal censado sólo fueron mínimas y concordaron con la orientación profesional referente a la prevención de intoxicaciones o en el reconocimiento de la peligrosidad de sustancias contenidas en dichos remedios.

En esta unidad el costo de los medicamentos y su alza constante tuvo un peso determinante, ya que también fue considerado prioritario y una de las principales razones para acceder a la alternativa en cuestión.

A diferencia de lo anterior, en un mayor porcentaje (60%) se desaprobó la clasificación nosológica popular (figura 4.4).

Figura 4.4



Fuente: Trabajo de campo, 2004.

La desaprobación derivó sobre todo de la supuesta “falta de sustento” del lenguaje popular, ya que contradecía los principios teóricos de la historia natural de la enfermedad. También fue importante la diferencia observada entre la práctica y la teoría (existencia de signos y síntomas de alguna enfermedad que han sido traducidos en el idioma de la población) o bien, la confirmación de malestares que tienen su respectiva “explicación científica”.

Las nociones registradas comprobaron la búsqueda de legitimación de técnicas y acciones institucionales minimizando la importancia de las

creencias comunales, estas últimas inmersas profundamente en los sistemas ideológicos familiares.

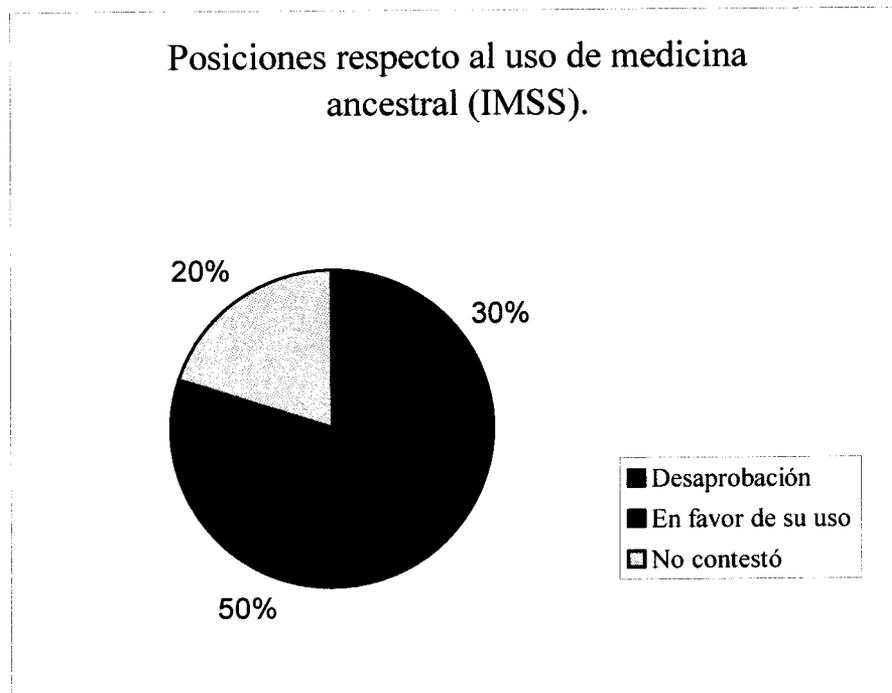
El respaldo a dicha nosología se reflejó en un menor porcentaje (40%) y enfatizó un mayor entendimiento hacia la cultura provincial, resaltó la necesidad de considerar estos padecimientos por el mismo médico general y sobre todo, reconoció la negación de la ciencia de estas agrupaciones

En esta institución en el mayor porcentaje de los casos censados (60%) se desconocía la existencia de programas relacionados con dicha alternativa, no se tenía contacto con personal laborando en esta especialidad o bien, se ignoraba de iniciativas vinculadas con medicina étnica.

De los que habían tenido conocimiento de estos programas (40% del total) la problemática observada se relacionó sobre todo con la falta de disposición de recursos económicos para adquirir medicamentos. En los alcances vislumbrados el énfasis sólo fue puesto en la confirmación de la utilidad de remedios caseros y en el aumento del respeto (previamente observado) en la aplicación de otras medicinas alternativas.

Por otra parte, en el IMSS local se encontraban laborando 10 personas en el área de medicina familiar al momento de aplicar el cuestionario. En esta institución el mayor porcentaje (50%, 5 casos) aprobó dicho empleo (figura 4.5).

Figura 4.5



Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Lo más destacado en esta institución fue la legitimación y reconocimiento de la disyuntiva antigua fundamentado en la importancia histórica de su utilidad. También fue resaltado el amplio peso que han tenido los tratamientos herbolarios en la elaboración de medicamentos industriales.

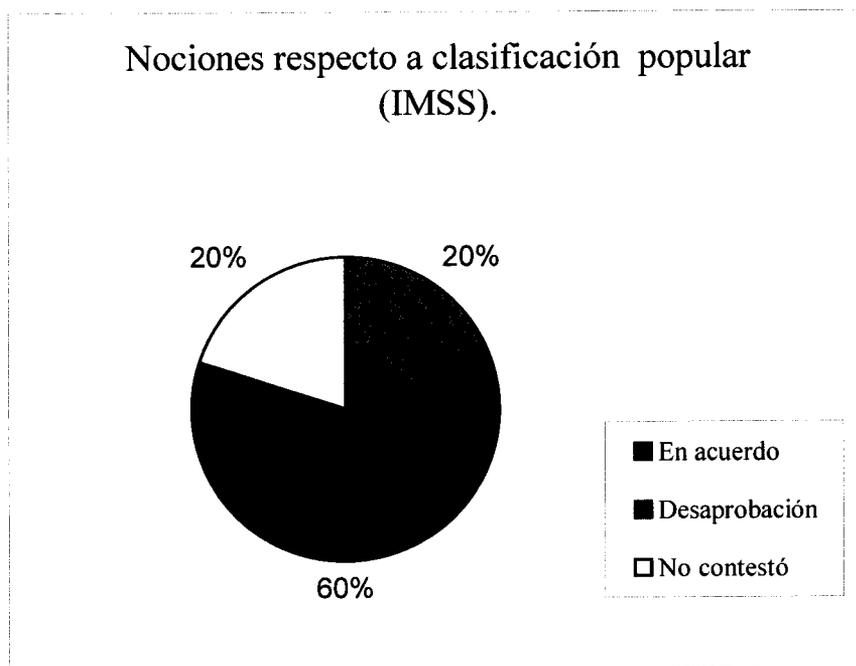
Otras ideas importantes enfatizan la necesidad de discernimiento entre prácticas inofensivas y peligrosas de curación y, los requerimientos de experiencia que se deben tener para lograr alcances equilibrados en su aplicación. Finalmente, la efectividad vislumbrada al emplear el recurso en la experiencia profesional fundamentó posturas de conformidad.

Por otra parte, en el 30% se desaprobó enfáticamente dicha utilización. Esta divergencia tuvo cimientos en la falta de conocimiento de la disyuntiva

ancestral (tales como la peligrosidad extrema debido al desconocimiento de sus efectos tóxicos, la falta de información sobre la consecuencia terapéutica verdadera e incluso, la alteración de la evolución del padecimiento por el empleo de medidas empíricas).

En esta unidad las tendencias referentes a nosología popular tradicional fueron negativas en el mayor porcentaje (esto es 60%, lo que representó 6 casos) (figura 4.6).

Figura 4.6



Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Estas tendencias confrontaron abiertamente las representaciones étnicas sobre la curación, el equilibrio orgánico y el malestar. La información obtenida aludió sobre todo a recursos empiristas y conceptos “mágico

religiosos” manejados por “gente con escasa educación” o bien, como situaciones favorecidas por la “indiosinracia”.

A lo anterior se sumaron ideas que sustentaron la falta de fundamento experimental de las clasificaciones populares o fueron considerados solamente como interpretaciones de la población ante respuestas del organismo.

Con menor porcentaje (20%) también destacaron posturas que avalaron dicha nosología. El cuerpo de nociones que fundamentó la existencia de la clasificación comarcal mostró intenso acatamiento hacia las costumbres comunitarias aún a pesar del reconocimiento de las deficiencias de técnica de los terapeutas tradicionales, a lo anterior se sumó la consideración por dicha “casta” o bien, expresiones que evitaron negar este tipo de manifestaciones:

“el no tener una explicación científica o no saber traslapar una entidad específica no nos da derecho a negarlas ni mucho menos a ridiculizarlas” (Fuente: informante anónimo, 2004).

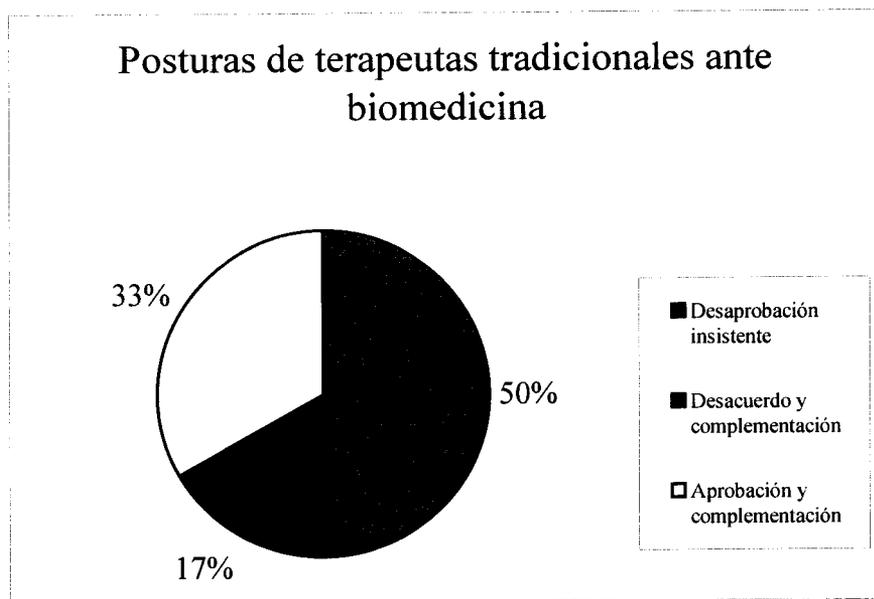
Las problemáticas observadas en programas relacionados con esta alternativa fueron las más variadas del estudio (ya sea desacreditamiento por charlatanería, dificultad de mantener dosificaciones, falta de unificación de posología, complicaciones en la evolución del cuadro clínico, difusión inadecuada, falta de escuelas y maestros capacitados para su enseñanza o la intoxicación de pacientes, por citar algunos ejemplos).

Aquí los alcances vislumbrados en la implementación de programas vinculados con la disyuntiva ancestral fueron alentadores, ya que abarcó desde

el rubro económico (reducción de los costos en los tratamientos y la accesibilidad en cuanto a costos), el marco cultural (mayor identificación con la indiosincracia e ideas de la gente) hasta inclusive, las rasgos positivos que pueden derivar de la interrelación de medicinas (como la consonancia en sustituir fármacos industriales o el apoyo que la técnica ancestral puede brindar al conocimiento institucional al existir estudios que la respalden).

Respecto a los 6 (100%) terapeutas tradicionales entrevistados, en el 50% (3 casos) se manifestó desaprobación insistente hacia la medicina científica y sus representantes. En un 17% (1 caso) se estuvo en desacuerdo con las terapias biomédicas y sin embargo también llegaron a sobresalir posturas de complementación. En el restante 33% (2 casos) resaltaron básicamente nociones de aprobación y complementación.

Figura 4.7



Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Finalmente, agrupando resultados y tomando en cuenta la metodología del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (1999) se crearon grupos con tres grados de elaboración de acuerdo con lo registrado en las instituciones visitadas (cuadro 4.7).

Cuadro 4.7 Niveles porcentuales respecto a consideraciones sobre el uso de medicina ancestral.

Institución	Total de médicos generales censados	Grupo 1. Nociones que avalan, apoyan y/o recomiendan su empleo	Grupo 2. Nociones que avalan y condicionan	Grupo 3. En confrontación y/o desaprobación	Grupo 4. No contestó
Secretaría de Salud	7	71%	-----	29%	-----
ISSSTE	5	80%	20%	-----	-----
IMSS	10	50%	-----	30%	20%

Fuentes: Trabajo de campo, 2005; Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, 1999.

En resumen, los mayores porcentajes de médicos generales que avalaron, apoyaron y recomendaron su empleo se encontraban laborando en el ISSSTE (80% del total). En el 20% restante aunque se estuvo de acuerdo también se manifestaron condicionantes que limitaban su utilización (como la posibilidad de intoxicaciones graves, por ejemplo).

La Secretaría de Salud ocupó la segunda posición en cuanto a tendencias favorables (71%) y fue en el IMSS en donde se presentaron altos porcentajes de desaprobación y confrontación (confirmando a dichas ideas

como factor desencadenante de roces constantes entre practicantes biomédicos y representantes de la tradición antigua municipal). En esta última unidad también se presentaron las mayores proporciones en donde no se contestó o se abstuvieron de participar en el censo.

4.4 La disyuntiva ancestral y su vinculación con programas de salud vigentes en la comunidad.

En este apartado el análisis fue enfocado en los puntos medulares, implementación, problemáticas y alcances de una de las iniciativas oficiales actualmente vigentes e íntimamente relacionadas con la medicina tradicional: el programa de las parteras empíricas.

La iniciativa se encuentra actualmente en curso y tiene amplia vinculación con dicha disyuntiva antigua, ya que son algunas de las mismas parteras empíricas las que a principios del siglo XXI continúan tratando malestares tradicionales en el contrastante entorno comarcal.

El programa de la parteras empíricas inició en 1973 teniendo como fin el adiestramiento e incorporación de terapeutas a los servicios regulares de salud (Pineda, 1984:283), desde este periodo la iniciativa se ha venido implementando en los medios oficiales de salud.

Para el año 2004 los objetivos intentaban disminuir la mortalidad materna e infantil y brindar consejería acerca de métodos modernos de planificación, el cuidado del recién nacido y la lactancia materna (Gobierno del Estado de Guerrero-Secretaría de Salud, 2003a, 2003b).

La capacitación a parteras empíricas por la Secretaría de Salud se realizó mediante cursos mensuales y la responsabilidad de implementación recayó en una coordinadora administrativa y cuatro personas relacionadas con la especialidad de enfermería¹⁴.

Lo más sobresaliente en las entrevistas a profundidad y en el censo aplicado a la totalidad del personal encargado de capacitar a las parteras (5 miembros en total) fue el extenso cúmulo de problemáticas y alcances que transcurrieron en la implementación del programa (cuadro 4.8).

Cuadro 4.8 Problemáticas y alcances registrados en el programa de parteras empíricas.

Problemas registrados	Alcances sobresalientes
-Retraso prolongado del pago	-Disposición para enlazar conocimientos ancestrales y científicos por el coordinador local del programa
-Mayor preferencia para acudir con terapeutas empíricas en la atención del parto	-Recomendación del personal médico para visitar al curandero en desequilibrios tradicionales y en caso de infertilidad
-Poco apoyo por parte de la institución	-Respeto hacia concepciones acerca de los ciclos lunares que afectan el parto
-Medicamentos limitados	-Visita a terapeutas por los mismos integrantes del equipo capacitador en la búsqueda de la salud
-Poca afluencia de parteras a los cursos debido al costo del transporte	-Disposición para evitar confrontaciones con las parteras
-Pérdida y robo del material al interior del centro de salud	-Utilización de medicamentos alópatas y tradicionales
-Carencia de material	-Asesoría respecto al parto y puerperio
-Analfabetismo en parteras	-Dotación de manuales en cursos
-Falta constante de atención respecto a indicaciones	-Iniciativas novedosas (como “arranque parejo”) incluidos en el programa local de salud reproductiva
-Falta de motivación	
-Confrontaciones de las parteras por el temor de perder pacientes	

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

¹⁴ Tres integrantes realizaron el trabajo en campo cubriendo 28 localidades a nivel municipal y a cada partera se le proporcionó un botiquín básico (paracetamol, suero oral, penicilina y vendas), una remuneración mensual de 250 pesos y hubo traductores para grupos de parteras que no hablaban español.

Sobre las posturas referentes a malestares populares solamente en un caso (20 %) se llegaron a considerar como “creencias que a nada llevan y que pueden poner en peligro la vida del producto”.

El restante 80% apoyó y respetó su empleo e inclusive, varios tratamientos antiguos fueron difundidos por participantes del equipo en cuestión (cuadro 4.9). Aquí también destacó la aprobación de tratamientos herbolarios en el 100% de dicho personal censado.

Cuadro 4.9 Observaciones registradas en la implementación del programa.

Observaciones
-Visita de las propias capacitadoras del programa con terapeutas antiguos para buscar alivio en desequilibrios ancestrales
-Canalización de pacientes con curanderos por parte de las mismas educadoras
-Convicción y la creencia real en la existencia de algunos malestares tradicionales por parte del coordinador del programa
-Prescripción de ambos tratamientos (industriales y antiguos) a pacientes por el equipo educador
-Postura de interacción cooperativa y de complementación entre ambas medicinas por dicha coordinación
-Difusión de tratamientos antiguos por el dirigente principal del equipo
-Elaboración de teorías alternativas para la explicación de desequilibrios antiguos

Fuente: Trabajo de campo, 2004.

Aportaciones analíticas.

En resumen, entre las aportaciones analíticas que derivaron del presente trabajo llegó a sobresalir:

- La construcción teórico-metodológica referente a las zonas de utilización de alternativas médicas, la cual permitió estudiar fundamentos en la elección de opciones en la búsqueda de la salud tomando en cuenta una diferenciación espacial.
- Las tendencias conflictivas territoriales entre diferentes representantes de medicinas a nivel micro.
- El análisis de conceptos conocidos y nuevas nociones sobre clasificación popular, asimismo el reconocimiento de plantas locales no estudiadas científicamente a profundidad en bibliografía disponible, las cuales pueden contener sustancias o compuestos que reflejen una vía alterna para contrarrestar la morbilidad comunal (como la hierba tlamalate para las heridas infectadas o la variante de flor de alhelí para el herpes zoster, por citar un ejemplo).

Consideraciones descriptivas, metodológicas, empíricas y vías de exploración para trabajos posteriores.

Entre estas consideraciones destacó básicamente:

- La aplicación de una metodología estadística en la medición del bienestar y marginación, la cual dio cimiento a una específica cartografía relacionada con el cuidado de la salud.
- Información empírica vinculada al punto anterior, enriqueciendo las áreas de Geografía de la Salud y Geografía Cultural del cuidado de la salud.
- El conocimiento de problemáticas y alcances en la implementación del programa de parteras empíricas y su relación con la cuestión tradicional.
- La descripción de la morbilidad y mortalidad local, datos desconocidos inclusive en sanatorios y centros de higiene comarcales.

Finalmente, entre las vías que podrían llamar la atención para la realización de trabajos posteriores se distinguió sobre todo:

- La necesidad de análisis de otro tipo de recursos empleados por la población como consecuencia de la cuestionada calidad de atención y deficiente trato ofrecido en los centros gubernamentales de higiene.

- Otras herramientas que permitan registrar el grado de antagonismo que los mismos pacientes tienen ante los servicios institucionales y privados de salud.
- El estudio de la relación entre la ubicación de unidades médicas y, la aceptación de dicho servicio, cuyos resultados podrían cuestionar (hipotéticamente hablando) la supuesta disminución de los desequilibrios sociales y territoriales en salud¹⁵.
- Otra vía por explorar serían las nociones y consideraciones construidas por los pacientes (tomando en cuenta características de su entorno cultural y modo de vida) en relación a la ubicación de las unidades médicas. Estos resultados podrían reflejar un análisis alternativo (e incluso antagónico) al esquema de los analistas de la salud y de las políticas estructuradas por planeadores e ideólogos relacionados con el ámbito de los servicios de higiene.

¹⁵ Debido a la detección en trabajo de campo de pacientes que, aún contando con el servicio en la clínica oficial de tercer nivel de atención del IMSS, con derecho a medicamentos gratuitos y muy cercana en términos de ubicación espacial (10 minutos a pie o 5 minutos en transporte colectivo), paradójicamente los pacientes no acudían a dichos sanatorios.

Conclusiones.

A nivel local la medicina tradicional ha sido una opción prioritaria décadas antes de la fusión náhuatl, matlazinca, chontal, tlahuica y española del siglo XVI. Según lo observado dicha alternativa ha cobrado actualmente suma importancia en el ámbito terapéutico comunitario.

Aun sin conocer toda la variedad de propiedades comprobadas científicamente, su uso empírico y su efectividad derivada ha sido reconocida y recomendada por representantes del ámbito biomédico comarcal, asociado en un primer o segundo plano, a un menor costo económico y más accesible que otras disyuntivas galénicas disponibles.

Destacó en la bibliografía consultada cómo este tipo de vía antigua no fue tomada en cuenta en el entorno gubernamental en las primeras décadas del siglo pasado. Fue hasta los sesentas, setentas y ochentas cuando resaltaron trabajos teórico-empíricos que abordaron la complejidad médica antigua en relación con iniciativas implementadas por representantes del ámbito institucional.

Aunque la nosología popular continuó arraigada en ideas colectivas comunales el fenómeno fue limitadamente comprendido y altamente inaceptado; esquema que fue totalmente divergente respecto al empleo de tratamientos herbolarios, intensamente aprobados y sustentados en la efectividad curativa históricamente comprobada.

Como se observó, las zonas de utilización de alternativas médicas derivaron de una sistematización científica, tomaron en cuenta la teoría de la región cultural y, permitieron analizar las razones de elección de disyuntivas y el grado de diferenciación (en términos de análisis espacial) en el empleo de las mismas.

De esta delimitación resaltaron zonas con condiciones “muy superiores” en cuanto a comodidad y unidades con características “muy inferiores” (especificando la mayor marginación en el contorno comunal), asimismo, una matriz espacial con la que fue posible verificar cómo la disparidad de condiciones socioeconómicas influyó limitadamente en el uso de esta vía tradicional.

El análisis de zonificación tuvo diferencias y concordancias notables en cuanto a nosologías; la caída de mollera sólo se registró en unidades de mayor marginación, mientras que el espanto y la torcedura de boca solamente se presentaron en el intervalo de mayor comodidad. El mal de ojo, aire, empacho y malestares provocados por brujería fueron comunes en todos los espacios de estudio, así como también las enfermedades del sistema respiratorio, digestivo y circulatorio.

En la zona de altos niveles de bienestar los centros y médicos privados fueron la principal opción de atención, secundado por las clínicas institucionales, esquema contrario en las unidades de mayores carencias en donde la herbolaria ancestral fue el primer recurso al igual que los centros gubernamentales de higiene.

Respecto a la confrontación de hipótesis resaltó cómo la alternativa tradicional fue el primer recurso de atención en las zonas de mayor marginación y la tercera en el espacio de mayor comodidad, situación que concordó con los planteamientos iniciales respecto al alto grado de importancia que tiene este tipo de vía curativa en el entorno provincial.

Asimismo y tomando en cuenta el planteamiento inicial, fue posible vislumbrar contrastantes semejanzas y diferencias de nosologías comunitarias con malestares ya registrados en obras realizadas en otras partes de la República Mexicana. Según lo vislumbrado los desequilibrios ancestrales diseminados (en un proceso de aculturación) en los últimos cinco siglos han tenido un impacto profundo en la cultura médica local; en el mismo sentido, los curadores empíricos y practicantes biomédicos siguen jugando un papel preponderante ya que continúan tratándolas, cuestionándolas e incluso, persisten relaciones de reciprocidad para intentar sanar este tipo de desequilibrios “antiguos”.

En el mismo camino y en relación al planteamiento hipotético inicial, se registraron construcciones nosológicas y tratamientos no compendiados, descritos o analizados de manera científica en el lugar de estudio considerado, situación que se sumó a la carencia de iniciativas dirigidas a comprender el amplio peso que tienen las clasificaciones populares en la misma ideología familiar provincial.

Básicamente los malestares desconocidos o no registrados en la bibliografía consultada y que fueron observados a nivel comunitario se agruparon en lo que fue denominado *sangre con toxinas* (afección originada

por la acumulación de toxinas de todo tipo en la sangre), *etika* (inflamación del sistema digestivo en niños debido a emociones o sustos muy grandes), *algodoncillo* (infecciones en la boca), *púrpura*, (malestar provocado por la exposición a fertilizantes, insecticidas y virus), *niños enlechados* (desequilibrio provocado por un exceso de leche administrada) y *aquiztle* (erupción de la piel parecida a quemaduras en forma de llagas).

Las nosologías restantes (tales como caída de mollera, aire, bilis, etc.) se han presentado desde el México prehispánico y continúan sobresaliendo actualmente en espacios mestizos y donde habitan grupos étnicos aztecas, mayas, mixtecos, purépechas, otomies, nahuas, huastecos, zapotecos, matlazincas, totonacos e incluso, algunos (como el mal de ojo) en unidades territoriales tan extensas como Hispanoamérica, Norteamérica, diversos países europeos, Asia, Oceanía y Africa.

La diseminación de ideas respecto a la eficacia de la herbolaria medicinal a nivel comunal fue determinante (ésto a pesar de que una misma planta curativa fue adquirida o conseguida en diferente entorno climático o lugar). También se utilizaron de manera semejante o igual a otros grupos étnicos y mestizos (sobretudo en lo referente a los malestares más comunes del sistema digestivo, respiratorio, de la piel y/o circulatorio). La respectiva comprobación de la eficacia de las plantas curativas y su relación con los factores geográficos de los lugares donde son conseguidas, sus compuestos orgánicos e inorgánicos derivados y su efecto en el cuerpo humano quedaría, finalmente, para complejos estudios en donde sea posible incluir otras disciplinas científicas.

Como se planteó inicialmente en la hipótesis, se confirmaron los fenómenos de conflicto, complementación y aprobación entre alternativas de atención y sus principales tendencias empíricas. Asimismo, las experiencias del personal censado (que ha participado en programas vinculados con dicha opción) ratificaron su aprobación y empleo a la par que fármacos industriales.

El principal hallazgo enfatizó que las mayores tendencias porcentuales en el universo censado reflejaron una mayor apertura, aprobación y complementación ante la alternativa tradicional e incluso, se presentaron casos de practicantes médicos que acudían con curanderas al manifestarse un malestar popular (mal de ojo, por ejemplo) buscando reforzar su disciplina “occidental”.

El mayor porcentaje de estas tendencias de compatibilidad y complementariedad se confirmaron en el ISSSTE (100%) y en la Secretaría de Salud (71%).

También en el IMSS el mayor porcentaje (50%, 5 casos) aprobó el empleo de la alternativa en cuestión y sólo en el 30% (3 casos) se presentó confrontación y desaprobación.

En este caso el modelo médico hegemónico tuvo una restringida expansión conflictiva a nivel local, ya que en el mayor porcentaje del universo censado se reconoció la importancia de utilización de sistemas alternativos antiguos.

Un segundo hallazgo resaltó las tendencias de desaprobación insistente en la mitad (3 casos) de los 6 (100%) terapeutas ancestrales entrevistados. Esta censura fue dirigida hacia las técnicas de la medicina científica y sus representantes, asimismo estos curanderos buscaron legitimación justificando la utilidad de sus recursos, situación que no discrepó de las exposiciones teóricas ya descritas respecto a la lucha por dicha legitimación. Esta última situación se sumó a una constante carrera por ganar pacientes “potenciales”.

Aunque en mínimo porcentaje, el mantenimiento del control ideológico por parte de practicantes biomédicos se fundamentó en la búsqueda de la salud por medios “científicos”, prevenir la expansión del charlatanismo, evitar la administración inadecuada de tratamientos antiguos altamente tóxicos e incluso, mantener el “status” y posición con respecto a la población comunal.

Este control ideológico concordó con posturas aculturadoras tendientes a intentar un cambio conductual dirigido, cuyos cimientos filosóficos se sustentaron en la prevención de prácticas destructivas y en la búsqueda de eficacia de esta compleja alternativa ancestral.

Sin embargo, hubo diferencias notables respecto al intento de mantenimiento del control económico por parte del personal biomédico censado; este control no fue determinante ya que se laboraba en centros de gobernación donde las cuotas o pagos de registro de pacientes eran administradas por diferente personal burocrático.

Si bien hubo mayor complementación hacia tratamientos y recursos médicos tradicionales, la situación fue discrepante respecto la clasificación

nosológica popular de enfermedades, ya que en las mayores tendencias porcentuales se desaprobó dicha división (71% en la Secretaría de Salud, 60% en el ISSSTE y 60% en el IMSS). En contraposición, este tipo de clasificaciones continúan registrándose en amplios sectores de la población mexicana, situación ya observada en trabajos de Mateos (1999), Piedrasanta (s/f), Martínez (1993), Viesca (1999), Rivera (1999) y/o en escritos del Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero (2001f, 2001g).

Tal parece que los datos empíricos y esquemas porcentuales locales destacan mayor aprobación hacia recursos ancestrales que presentan elevada efectividad, no así para la categorización popular de afecciones. El primer esquema no está divorciado de las observaciones surgidas en los cincuenta y sesenta respecto a la búsqueda de tomar en cuenta prácticas proverbiales en el medio gubernamental de atención, ni discrepan de la necesidad de coexistencia médica institucional-ancestral considerada ya desde mediados y finales de los noventa.

Finalmente las problemáticas, alcances y cuestionamientos mencionados por el personal que ha participado en proyectos relacionados con dicha disyuntiva a nivel local continúan enriqueciendo el marco empírico de esta contrastante articulación “biomédica-tradicional”.

Bibliografía.

Aguirre Gonzalo (1980). *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. México: INI.

----- (1994a). *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Fondo de Cultura Económica.

----- (1994b). *Antropología Médica*. México: Universidad Veracruzana-INI-Gobierno del Estado de Veracruz-Fondo de Cultura Económica.

Álvarez José et al. (1984). "Servicios médicos rurales cooperativos en la historia de la salubridad y asistencia de México". En Hernández Héctor (Comp.). *La atención rural en México. 1930-1980*. México: IMSS.

Boltanski Luk (1977). *Descubrimiento de la enfermedad. Medicina popular y medicina científica*. Buenos Aires: Editorial Ciencia Nueva.

Boas Franz (1896). "The growth of indian mythologies: a study based upon the growth of the mythologies of the north pacific coast". En *The journal of american folk-lore*. USA: Kraus Reprint Co. (Reimpresión, New York: Kraus Reprint Co., 1979).

Blalock Hubert (1978). *Estadística social*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bloom Samuel, Wilson Robert (1998). "La extensión marxista del paradigma del conflicto". En Freeman Howard et al. (Comp.). *Manual de sociología médica*. México: Secretaría de Salud-Fondo de Cultura Económica.

Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero (2001a). "Taxco de Alarcón". En *Así somos. Órgano quincenal de información cultural, centro de investigación y cultura de la secretaría de desarrollo social del gobierno del Estado de Guerrero*. México: Gobierno del Estado de Guerrero-Secretaría de Desarrollo Social. Número 26.

----- (2001b). "El día del jumil en Taxco". En *Así somos. Órgano quincenal de información cultural, centro de investigación y cultura de la secretaría de desarrollo social del gobierno del Estado de Guerrero*. México: Gobierno del Estado de Guerrero-Secretaría de Desarrollo Social. Número 77.

----- (2001c). "La semana santa en Taxco". En *Así somos. Órgano quincenal de información cultural, centro de investigación y cultura de la secretaría de desarrollo social del gobierno del Estado de Guerrero*. México: Gobierno del Estado de Guerrero-Secretaría de Desarrollo Social. Número 83.

----- (2001d). "Las haciendas mineras de Taxco". En *Así somos. Órgano quincenal de información cultural, centro de investigación y cultura de la*

secretaría de desarrollo social del gobierno del Estado de Guerrero. México: Gobierno del Estado de Guerrero-Secretaría de Desarrollo Social. Número 134.

----- (2001e). "Taxco visto por Manuel Toussaint en 1928". En *Así somos. Órgano quincenal de información cultural, centro de investigación y cultura de la secretaría de desarrollo social del gobierno del Estado de Guerrero*. México: Gobierno del Estado de Guerrero-Secretaría de Desarrollo Social. Número 164.

----- (2001f). "Plantas medicinales de Guerrero, 1a parte". En *Así somos. Órgano quincenal de información cultural, centro de investigación y cultura de la secretaría de desarrollo social del gobierno del Estado de Guerrero*. México: Gobierno del Estado de Guerrero-Secretaría de Desarrollo Social. Número 179.

----- (2001g). "Plantas medicinales de Guerrero, 2a parte". En *Así somos. Órgano quincenal de información cultural, centro de investigación y cultura de la secretaría de desarrollo social del gobierno del Estado de Guerrero*. México: Gobierno del Estado de Guerrero-Secretaría de Desarrollo Social. Número 180.

Cleofas Celestino (1991). *Plantas de la región náhuatl del centro de Guerrero*. México: CIESAS-Cuadernos de la Casa Chata.

Erich Robert y Henderson Gerald (1976). "Area cultural". En *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*. España: Aguilar.

Fassin Didier (1994). *Antropología y salud en comunidades indígenas*. Ecuador: Instituto Francés de Estudios Andinos.

Foster George (1980). *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Fresquet José Luis y López María Luz (1999). "Plantas mexicanas en Europa en el siglo XVI". En *Arqueología mexicana, plantas medicinales prehispánicas*". México: Editorial Raíces-Instituto Nacional de Arqueología e Historia. Vol.VII, no.39.

Fujigaki Augusto (1984). "Los programas de bienestar rural en México". En Hernández Héctor (Comp.). *La atención rural en México. 1930-1980*. México: IMSS.

García de Miranda Enriqueta, Falco de Gyves Zaida (1984). *Nuevo atlas porrúa de la República Mexicana*. México: Editorial Porrúa.

Gesler Wilbert (1992). *The cultural geography of health care*. USA: University of Pittsburg Press.

Gobierno del Estado de Guerrero-Secretaría de Salud (2003a). *Curso de capacitación para actualizadores de parteras tradicionales*. Gobierno del Estado de Guerrero-Secretaría de Salud.

----- (2003b). *Capacitadores de parteras, manual de capacitación*. Gobierno del Estado de Guerrero-Secretaría de Salud.

González Francisco (2003). *Las comunidades vegetales de México*. México: SEMARNAT-INE.

Hernández Héctor (1984). "La atención médica en el medio rural mexicano". En Hernández Héctor (Comp.). *La atención médica rural en México. 1930-1980*. México: IMSS.

Hernández Roberto et al. (2000). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Herskovits Melville (1937). "African gods and catholic saints in new world negro belief". En *American anthropologist*. USA: The American anthropological association. Volume 39. (Reimpresión, New York: Kraus Reprint Co., 1969).

Herskovits Melville (1971). *Life in haitian valley*. New York: Doubleday & Company, INC.

Holmes Willian (1915). "Areas of american culture characterization tentatively outlined as an aid in the study of the antiquities". En *Anthropology in north America*. New York: G.E. Stechert & Co. (Reimpresión, New York: Kraus Reprint Co. 1972).

IMSS (1982a). *Características del programa de interrelación de la medicina tradicional con las actividades del IMSS-COPLAMAR. Estado de Chiapas*. México: IMSS.

----- (1982b). *Resultados de la encuesta preliminar aplicada en las unidades médicas rurales*. México: IMSS. No. 3.

----- (1986). *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas de México*. México: IMSS.

----- (1994). *Programa IMSS-Solidaridad, 1988-1994*. México: IMSS.

INEGI (1996). *Información estadística del sector salud y seguridad social*. México: INEGI. Cuaderno 12.

----- (1998). *Cuaderno estadístico municipal. Taxco de Alarcón, Estado de Guerrero*. México: INEGI.

----- (2003). *Science 2000*. INEGI: México. Mimeo.

Instituto Nacional Indigenista (1994). *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*. México: Instituto Nacional Indigenista

ISSSTE (2003). "Morbilidad en Taxco 2003". Mimeo.

Kroeber Alfred (1963). *Cultural and natural areas of native North American*. USA: University of California Press.

López Alfredo (1984). *Textos de medicina náhuatl*. México: UNAM.

----- (1996). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. México: UNAM. Tomo I.

López Flor (2003). "Las políticas sociales y la cobertura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la ciudad de México". Tesis de maestría, inédita.

Lozoya Xavier et al. (1988). *La medicina tradicional en México. Experiencia del programa IMSS-COPLAMAR, 1982-1987*. México: IMSS.

Malvido Elsa y Del Amo Silvia (1999). "Médicos y farmacéuticos mexicanos en el siglo XIX. En *Arqueología mexicana, plantas medicinales prehispánicas*". México: Editorial Raíces-Instituto Nacional de Arqueología e Historia. Vol.VII, no.39.

Martínez Maximino (1993). *Las plantas medicinales de México*. México: Editorial Botas.

Mateos Rosa María (1999). *Medicina y cultura*. México: Plaza y Valdéz.

Mc GEE W.J. (1898) "Piratical Acculturation". En *The american anthropologist*. Washington: Judd & Detweiler Printers to the Scientific Societies of Washington. Volume XI. (Reimpresión, New York: Kraus Reprint Co., 1971).

Menéndez Eduardo (1992). "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales". En Campos Roberto (Comp.). *La antropología médica en México*. México: Instituto Mora-UAM. Tomo I.

----- (1997). "El punto de vista del actor, homogeneidad, diferencia e historicidad". En *Relaciones*. México: El Colegio de Michoacán. No. 69.

Mercado Francisco (1996). "Entre el cielo y el infierno. Un estudio sobre la experiencia de diabetes en un barrio popular de Guadalajara". Tesis de doctorado, inédita.

Minako Maykovich (1980). *Medical sociology*. USA: Alfred Publishing Co. INC.

Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (1999). *Percepciones ambientales en la sociedad cubana actual*. Cuba: CIPS-CIGEA.

Moreno María Eugenia (1990). *Madres Médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México: Ediciones de la Casa Chata-CIESAS.

Murdock George (1951). "South American culture areas" En *Southwestern journal of anthropology*. Albuquerque: University of New Mexico. Volume 7.

----- (1959). *Africa*. New York-Toronto-London: McGraw Hill Book Company.

----- (1994). *Guía para la clasificación de los datos culturales*. México: UAM-Iztapalapa.

Nahmad Salomón (1988). "Corrientes y tendencias de la antropología aplicada en México". En *Teoría e investigación en la antropología social mexicana*. México: UAM-CIESAS.

O'Gorman Helen (1963). *Plantas y flores de México*. México: UNAM.

Piedrasanta Ruth (s/f). "Salud, cultura y migración en áreas rurales: nosología popular y atención de padecimientos frecuentes. Región mixe baja, Oaxaca, México". En *Asociación mexicana de población, AC. Investigaciones sociodemográficas en algunas regiones de México*. México: Asociación Mexicana de Población, AC.

Pineda Cuahutémoc (1984). "Los programas de salud rural en México". En Hernández Héctor (Comp.). *La atención rural en México. 1930-1980*. México: IMSS.

Rodríguez Aida María et al. (1994). *Algunos factores sociales presentes en la aplicación del modelo de atención integral a la salud del programa IMSS-Solidaridad*. México: IMSS.

Secretaría de Salud-Centro de Salud Urbano (2001a). "Principales causas de morbilidad general del municipio de Taxco". Mimeo.

----- (2001b). "Principales causas de mortalidad general del municipio de Taxco". Mimeo.

----- (2002). "Relación de enfermedades que se registraron durante el año 1998,1999,2000,2001 y 2002 en el centro de salud de Taxco, Gro.". Mimeo.

Secretaría de Salud-Hospital General Adolfo Prieto (2004). "Diagnóstico de Salud". Mimeo.

Sepúlveda Maria Teresa (1988). *La medicina entre los purépechas prehispánicos*. México: UNAM.

Signorini Italo, Lupo Alassandre (1989). *Los tres ejes de la vida*. México: Universidad Veracruzana.

Spicer Edward (1976). "Aculturación". En *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*. España: Aguilar.

Ritzer George (2002). *Teoría sociológica moderna*. España: Mc Graw-Hill.

Rivera Erika (1999). "Investigación reciente sobre plantas medicinales mexicanas". En *Arqueología mexicana, plantas medicinales prehispánicas*". México: Editorial Raíces-Instituto Nacional de Arqueología e Historia. Vol.VII, no.39.

Rodríguez Aida María et al. (1994). *Algunos factores sociales presentes en la aplicación del modelo de atención integral a la salud del programa IMSS-Solidaridad*. México: IMSS.

Smith David (1980). *Geografía Humana*. Barcelona: Oikos Tau, pp. 1-55.

Torres y Delgadillo (1990). *Bienestar social y metodología del espacio social*. México: UNAM.

Toussaint Manuel (1932). *Historia de Taxco*. México: Editorial Cultura.

Urióstegui Adrián (2001). "Evaluación formativa en una comunidad purhé". En prensa.

Urióstegui Gema (2001). "Ritos de flagelación (encruzados, flagelantes y ánimas) de semana santa en Taxco de Alarcón, Estado de Guerrero". Tesis de licenciatura, inédita.

Viesca Carlos (1999). "Usos de las plantas medicinales mexicanas". En *Arqueología mexicana, plantas medicinales prehispánicas*". México: Editorial Raíces-Instituto Nacional de Arqueología e Historia. Vol.VII, no.39.

Wissler Clark (1922). *The american indian: an introduccion to the anthropology of the new world*. New York: Oxford University Press.

Zolla Carlos et al.(1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: CIESS.

Zovari B. et al. (1983). "Aplicación de los programas de atención integral a la salud". En *Foro mundial de la salud*. Washington: OMS, vol. 4.

Fuentes en documentos electrónicos.

Organización Internacional de Normalización, Mauricio Silva Carreño, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Norma internacional ISO 690 [en línea]. 1987, 12ª ed. Disponible en internet:
<http://biblioteca.ucv.cl/herramientas/citasbibliograficas/iso690/iso690.htm>

Organización Internacional de Normalización. Comité Técnico de la ISO-690 TC 46, Subcomité 9. Norma ISO 690-2 SO/TC 46/S C9 [en línea]. 1997. Disponible en internet:
http://www.ugr.es/~pwlac/G00_Referencias_electronicas.html

Secretaría de Gobernación-Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Enciclopedia de los municipios de México [en línea]. 2004. Disponible en internet: http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM_guerrero.

Entrevistas.

Lilia Juárez, Taxco de Alarcón, 16/09/2003.
María Gracia Espinoza Salgado, Taxco de Alarcón, 13/09/2003.
Hermíla Díaz Martínez, Taxco de Alarcón, 20/09/2003.
Rocío Aranda Gómez, Taxco de Alarcón, 13/09/2003.
Rafael Benítez López, Taxco de Alarcón, 13/11/2003.
María de los Ángeles Navarrete, Taxco de Alarcón, 11/12/2003.
Servando Martínez Bahena, Taxco de Alarcón, 11/12/2003.
María Helena Gómez Vargas, Taxco de Alarcón, 11/12/2003.
Sofía Valdéz Cantú, Taxco de Alarcón, 12/12/2003.
Ofelia Rodríguez Luna, Taxco de Alarcón, 12/12/2003.
Irma Zulema Gómez Cambray, Taxco de Alarcón, 13/12/2003.
Lilia García Carvajal, Taxco de Alarcón, 22/02/2004.
Juana Rojas Valladares, Taxco de Alarcón, 23/02/2004.
Dolores Díaz Zagal, Taxco de Alarcón, 24/02/2004.
Teodoro Giles López, Taxco de Alarcón, 25/02/2004.
Trinidad Masón Villa, Taxco de Alarcón, 26/02/2004.

Glosario.

Aguacate (*Persea americana*): Las semillas son antihelmínticas, eficaz en neuralgias intercostales, reumatismo (4).

Ajo (*Allium sativum*): Antiséptico y antiespasmódico (3), Antihelmíntico (4).

Albahaca (*Ocimum basilicum*): Contiene eugenol empleado como anestésico local y desinfectante, acción carminativa comprobada (favorece expulsión de gases del sistema digestivo) (3).

Alfalfa (*Medicago sativa*): Alto contenido de vitaminas (3).

Antihelmíntico: Expulsa o destruye los gusanos intestinales (áscaris, oxiuros o tenias) (3).

Antiespasmódico: Mitiga los espasmos o contracciones musculares involuntarias (3),(4).

Apio (*Apium graveolens*): Frutos carminativos y sedantes, alto contenido de vitamina E (3).

Árnica (*Heterotheca inuloides*): Reduce el dolor y la inflamación (3).

Berro (*Nasturtium officinale*): Alto contenido de vitaminas y minerales (3).

Borraja (*Borago officinalis*): Suavizante, diurético y sudorífico (4).

Calabaza (*Cucurbita pepo*): Antihelmíntico: teniasis y lombrices (previa fermentación) (4).

Carminativo: Favorece la expulsión de gases del sistema digestivo (3).

Cebolla (*Allium cepa*): Antigripal, bronconeumonía, preventiva de la difteria y escarlatina, curativa del cáncer (de estómago, de riñones e intestino) (4).

Cedrón (*Aloysia triphylla*): Antiespasmódico y emenagogo (4).

Cempazúchil (*Tagetes erecta*): Propiedades emenagogas y antihelmínticas (4).

Cola de caballo (*Equisetum robustum*): Propiedades bactericidas comprobadas, en decoción contra infecciones (3).

Chaparro amargoso (*Castela tortuosa*): Antiamibiano (1), planta venenosa, eficaz contra la disentería amibiana (4).

Emenagogo: Estimula la menstruación (3).

Encino (*Quercus crassipes*): La corteza tiene propiedades astringentes (útil en pequeñas hemorragias y en la reducción de inflamaciones en la piel). En té fortalece las encías, tomado controla la diarrea (3).

Epazote (*Chenopodium ambrosioides*): Acción vermífuga (eficaz contra áscaris y anquilostomas: pequeños gusanos parásitos que provocan anemia general) (3), enfermedades nerviosas, estomáquico, tónico, vermífugo (4).

Estomáquico: Provoca efecto estimulante para la digestión difícil (4), eficaz en las digestiones lentas y acidez.

Eucalipto (*Eucalyptus globulus*): Propiedades antisépticas (3), contiene eucaliptol eficaz en laringitis, bronquitis, catarros, resfriados y gripa, referencias sobre la desaparición de azúcar en un paciente diabético (4).

Guayaba (*Psidium guajava*): Antimicrobiano que actúa sobre la flora bacteriana patógena (2), el fruto es antiescorbútico por la gran cantidad de vitamina C que contiene (3).

Hierbabuena (*Mentha piperita*): Carminativo (favorece la expulsión de gases del sistema digestivo) (3), estomáquico, antiespasmódico (mitiga los espasmos o contracciones musculares involuntarias) (4).

Jarilla (*Senecio salignus*): Planta venenosa mortal, “la tintura en aplicaciones locales y en fricciones ha dado resultados satisfactorios para calmar dolores reumatoides y articulares. Favorece también la cicatrización de las heridas” (4).

Laxante: Facilita la evacuación del intestino al aumentar el volumen de las heces o estimular los movimientos peristálticos (3).

Limón (*Citrus aurantifolia*): Antiséptico y astringente (3).

Malva (*Malva rotundiflora*): Suavizante de la piel, alivio de irritaciones en piel y membranas mucosas (3).

Manzanilla (*Helenium quadridentatum*): Efecto sedante comprobado, acción anti-inflamatoria, antiespasmódico (3).

Marihuana (*Cannabis sativa*): Efecto sedante y antiespasmódico (mitiga los espasmos o contracciones involuntarias y súbitas) (3).

Muicle (*Jacobinia spicigera*): Estimulante, antidisentérico, empleado provechosamente en la epilepsia (4).

Nopal (*Opuntia streptacantha*): Disminución de concentración de la glucosa sanguínea (2).

Papaya (*Carica papaya*): “su papaína es útil como antidiséptico y para disolver coágulos post operatorios” (3).

Pirúl (*Schinus molle*): “sus frutas y hojas son astringentes y antisépticas genitourinarias y para curar heridas de la piel y la boca. La resina es purgante peligroso” (3), esencia usada en enfermedades genitourinarias, resultados favorables para quitar manchas de la córnea, tópico poderoso en la curación de heridas, recomendada para la gonorrea (con otros compuestos explicados en la bibliografía consultada) (4).

Ricino (*Ricinus communis*): Laxante de acción suave muy eficaz (3).

Romero (*Rosmarinus officinalis*): Referido como estomáquico (4).

Rosa de castilla (*Rosa centifolia*): Interiormente purgante ligero, al exterior vulnerario (4).

Ruda (*Ruta graveolens*): Propiedades antiespasmódicas demostradas (3), planta venenosa: estimulante de la menstruación (4).

Santamaría (*Chrysanthemum parthenium*): Referencias antiespasmódicas (4), mitigación de los espasmos o contracciones musculares involuntarias y súbitas (3).

Sedante: Calma y regulariza la actividad de los nervios (3).

Tamarindo (*Tamarindus indica*): Propiedades laxantes y digestivas (3).

Tónico: Reconstituyente.

Tepezcohuite (*Mimosa tenuiflora*): Contiene en la corteza compuestos antimicrobianos y regeneradores celulares de la piel (2).

Tila (*Tilia occidentalis*): Sedante por el mucílago que contiene, antiespasmódico, mitiga los espasmos o contracciones musculares involuntarias y súbitas (3), (4), problemas de tos (4).

Valeriana (*Valeriana ceratophylla*): Antiespasmódico (4).

Vermífugo: Eficaz contra áscaris y anquilostomas (pequeños gusanos parásitos que provocan anemia general), expulsa o destruye los gusanos intestinales (áscaris, oxiuros o tenias) (3).

Vulnerario: Eficaz en llagas y heridas de la piel.

Zábila (*Aloe vulgaris*): Cicatrizante, útil en heridas y quemaduras (3), el jugo es emoliente y estomáquico indicado en las digestiones lentas y constipaciones, purgante (4).

Fuentes:

(1) Viesca, 1999.

(2) Rivera, 1999.

(3) Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero, 2001g.

(4) Martínez, 1993.

Nombres científicos: O’Gorman, 1963; Cleofas, 1991; Martínez, 1993.

Anexos.

Anexo 1.

Cuestionario dirigido a población muestral ubicada en zonas delimitadas.

Ocupación _____ Grado de escuela _____

Dirección _____ Edad _____

Marque con una cruz una o más de las anteriores.

1.- ¿Cuándo se enferma usted o su familia a quienes recurre?

- a) A la clínica oficial cercana (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud)
- b) Clínica privada o médico privado
- c) Usa hierbas medicinales
- d) Va con el curandero, huesero, sobador, partera, hierbero
- e) Se atiende usted mismo en casa
- f) Lo atienden sus familiares
- g) Usa remedios de los abuelos, de sus padres
- h) Se apoya en su religión (reza, va a la iglesia o con un sacerdote)
- i) Usa otra alternativa diferente a las anteriores (anote cual) _____

2.- ¿Por qué razón acude usted a las alternativas que señaló anteriormente?

¿Como le llama al malestar o enfermedad?	¿Qué tratamiento usa? (anote también las hierbas que utiliza)	¿Por qué cree que se origina esta enfermedad?	¿Que consecuencias tiene si no la trata?	¿Qué medidas para protegerse usa usted?

Anexo 2.

Cuestionario dirigido a personal médico general laborando en clínicas gubernamentales.

Escuela donde estudió _____ Especialidad _____
Edad _____ Lugar de nacimiento _____

1.- ¿Qué opina sobre la utilización actual de medicina tradicional por gente de la comunidad?

2.- ¿Qué piensa acerca de malestares tales como mal de ojo, aire, empacho, susto, caída de mollera, pérdida del alma o algún otro similar que conozca usted?

3.- Si ha escuchado de programas relacionados con medicina tradicional ¿qué problemáticas y alcances favorables ha observado?

Problemáticas:

Alcances favorables: