



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 75  
MORELIA, MICHOACÁN.

## El padecer en la enfermedad crónica: percepción del proceso por pacientes desde la cultura Phurépecha

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

***DRA. MARGARITA PÉREZ ORDÓÑEZ***

Morelia, Michoacán.

2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

El padecer en la enfermedad crónica: percepción del proceso  
por pacientes desde la cultura Phurépecha

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

***DRA. MARGARITA PÉREZ ORDÓÑEZ***

AUTORIZACIONES:

***DR. FERNANDO MARTÍNEZ CORTÉS***

ASESOR DEL TEMA DE TESIS.

***DRA. MARIA DE LOS ÁNGELES RENTERÍA ORTIZ***

ASESORES METODOLÓGICOS DE TESIS

Morelia, Michoacán.

2008.

El padecer en la enfermedad crónica: percepción del proceso  
por pacientes desde la cultura Phurépecha

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

***DRA. MARGARITA PÉREZ ORDÓÑEZ***

A U T O R I Z A C I O N E S:

***DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA***

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

***DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES***

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a todas las personas que colaboraron para que fuera posible la realización de mi tesis.

Y muy especialmente a:

Mi casa "la noble Institución Mexicana del Seguro Social por interesarse en mi preparación profesional y darme la oportunidad de ser mejor y poner mis conocimientos al servicio de nuestro paciente.

Al mágico pueblo- Hospital de Santa Fe de la Laguna y mis pacientes porque me dieron la oportunidad de entrar en su corazón y conocer la grandeza de su alma, porque su sufrimiento es el estímulo que me impulsa a seguirme preparando para ofrecerles la mejor atención posible, haciéndoles más llevadero su largo camino del padecer que la enfermedad ocasiona y porque sin ellos no hubiese sido posible la realización de éste estudio.

A mi familia porque en mis alegrías y penas están siempre conmigo y es ahí donde está mi refugio y encuentro la respuesta a mis dudas e inquietudes, pero especialmente a mis Padres Galdino Pérez Espinoza que, aunque físicamente no está presente vive en mi corazón y Veda Ordóñez Rodríguez por su amor y apoyo incondicional.

A mi profesor Dr. Octavio Carranza Bucio por su apoyo, comprensión y sabiduría pero sobre todo por su paciencia y por el valioso tiempo que invirtió trabajando conmigo.

A la Dra. María De Los Ángeles Rentería por su profesionalismo y dedicación porque trabaja arduamente con entrega total por amor a su vocación.

Al Dr. Fernando Martínez Cortés por su humanismo y sencillez, pero sobre todo por sus consejos, por tenerme confianza y brindarme la oportunidad de trabajar con él en este precioso trabajo tomando como guía su experiencia y sus conocimientos.

A Dios le pido, que a través de los años me ayude a mantener el interés por la sabiduría, el amor a mi profesión, la sensibilidad y el tacto para atender y entender a mis pacientes y en general a todos mis semejantes.

## INDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	8
2.- ANTECEDENTES.....	11
3.- MARCO TEORICO.....	15
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
5.- JUSTIFICACIÓN.....	25
6.- PROPÓSITOS.....	27
7.- METODOLOGÍA.....	28
8.- RESULTADOS.....	30
9.- DISCUSIÓN.....	93
10.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	97
11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99

## 1.- INTRODUCCIÓN

El objetivo de hacer un estudio etnográfico en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas del tipo de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial tiene la finalidad de explorar los elementos culturales relacionados con la forma en que se percibe el proceso de enfermar y padecer por parte de los enfermos, desde su propio marco cultural.

La idea fundamental de éste trabajo, fue estudiar las características que tiene el padecer y la experiencia socio cultural en la enfermedad y en el proceso de cura. Aquí la enfermedad se conceptualiza como elemento de la cultura, misma que está constituida por las ideas, las creencias, los conocimientos empíricos y científicos, los gustos, las reglas, los usos y las costumbres propias de una comunidad.

El padecer tiene una semiología con varios significados, en español el más común alude a “sentir una pena o un daño”. Es una serie de afecciones que agobian a las personas enfermas.

Debido a que en México el sistema Nacional de Salud propone estrategias de atención médica sin tener en cuenta la diversidad cultural de la población, frecuentemente asume las tradiciones locales como costumbres irrelevantes y juzga inadecuado el uso de la medicina tradicional para tratar enfermedades. La población indígena Phurépecha, como la de todo el País ha sido incorporada a los programas de salud sin tomar en cuenta sus costumbres y formas de vida socio-cultural.

Este trabajo da cuenta de 10 pacientes del sexo femenino que quisieron contar su experiencia a través de una entrevista clínica con enfoque antropológico. En esta modalidad de abordaje del paciente, se trata de que la consulta médica sea más un diálogo que un interrogatorio, la entrevista clínica cobra entonces un carácter peculiar; donde el paciente lleva la voz y el médico escucha con atención, utilizando los facilitadores de la comunicación y considerando al enfermo como una entidad total: biológica, psíquica, espiritual y social.

Esta investigación es un trabajo de campo. Para su realización se acudió a la comunidad, se pidió el consentimiento de las personas, previamente informándoles la finalidad del estudio y se solicitó su apoyo así como su colaboración para la realización de las entrevistas. Se realizaron aproximadamente 7-8 entrevistas con cada paciente con duración de una hora en promedio; tomando en consideración el tiempo y horario de cada persona para no interferir con sus actividades laborales.

No se hicieron apuntes ni se tomaron notas de los relatos durante las entrevistas, se utilizó una libreta de campo para hacer notas y las observaciones fueron reconstruidas al finalizar las mismas. Se construyó un genograma dinámico-estructural conforme surgió la información. Este instrumento de estudio aporta información complementaria y por ello se anexa en cada relato.

La medicina familiar como práctica pretende tener una visión más amplia de la enfermedad y el enfermo. En ella, la enfermedad es el resultado de factores múltiples relacionados con aspectos sociales, psicológicos, culturales y no solamente biológicos. En relación con el enfermo, asume que el individuo es el

resultado de su interactuar con la familia y por lo tanto, sus respuestas ante la enfermedad pueden explicarse a partir del desarrollo, la estructura y el funcionamiento de la familia.

Como es evidente este tipo de estudios no se apegan a la metodología tradicional de los estudios cuantitativos, por ello el capítulo de discusión se limita a mostrar los problemas metodológicos y epistémicos que implican este tipo de abordaje clínico.

## 2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La comunidad de Santa Fe de la Laguna se localiza en el Municipio de Quiroga en el Estado de Michoacán. Quiroga se encuentra a 60 Km de Morelia, y Santa Fe a 6 Km de Quiroga en la ribera norte del Lago de Pátzcuaro. La localidad cuenta con 6,464 habitantes, en su mayoría indígenas de la cultura Phurépecha. El 100 % hablan español, aunque en su vida cotidiana se comunican en Phurépecha. La principal ocupación es la artesanía del tipo de la alfarería.

Esta comunidad ha sido objeto de muchos estudios historiográficos debido a que fue en ella donde Vasco de Quiroga fundó uno de los Hospitales-Pueblo en 1533. Este antecedente ha hecho que toda biografía de Don Vasco de Quiroga haga referencia a esta comunidad <sup>(1)</sup>.

A pesar de los años transcurridos desde 1533, Santa Fe de la Laguna conserva la cultura tradicional y mantiene los rasgos propios de una comunidad autóctona; pese a la presión ejercida por la influencia de los medios de comunicación masiva y la cultura de masas, propia de la modernidad; el modo de vida sigue siendo el trabajo artesanal con barro que se vende fuera de la comunidad.

Históricamente las comunidades indígenas han sido presionadas para incorporarse al *desarrollo* de la sociedad moderna, poniéndose en riesgo su cultura original. Una tesis de licenciatura en turismo recientemente elaborada, asume que la mayoría de los habitantes de Santa Fe opina que es necesario el desarrollo de empresas turísticas corriendo el peligro de la pérdida del riquísimo acervo de sus tradiciones <sup>(2)</sup>.

En lo que respecta a Medicina, Santa Fe abunda en ellas. Al igual que el resto de la cultura Phurépecha los médicos indígenas practican la Herbolaria, la atención de partos por Parteras así como Sobadores (Hueseros), y Hechiceros. La concepción de la salud y de la enfermedad está íntimamente en relación con sus raíces culturales. Es decir, se trata de una manera de percibir y vivir desde el fondo de sus valores heredados por sus ancestros. Lo que ellos entienden por enfermedades, como el llamado “mal de ojo”, “empacho”, “azúcar”, “desmayos” o “torceduras” no tiene por que significar lo mismo para nosotros pues en ellos las nociones acerca del padecimiento tienen referencias histórico-sociales y socio-antropológicas<sup>(3)</sup>.

En el decir de la gente son varias las plantas que se usan cotidianamente para aliviar diversos malestares; dicho en sus palabras: “la camelina para la tos, la Chaya para la Diabetes y la desnutrición; el Cedrón para los cólicos así como la Hierbabuena, la Pasiflorina para los nervios, la Altamisa para el dolor de estómago, la Ruda para el retraso menstrual, la Prodigiosa para la bilis; la Siempreviva para los golpes, el Romero para hacer limpias y quitar cólicos, el Té de los siete azahares para los nervios”. Junto a todo lo anterior, están en su mentalidad las principales causas de morbilidad: “la mollera caída, el empacho y el mal de ojo”<sup>(4)</sup>.

La vida cotidiana transcurre tranquilamente en Santa Fe, un pueblo casi escondido e ignorado. La plaza central situada frente al templo es el centro de reunión y esparcimiento, sus calles son empedradas y los techos de las casas son bajos y de teja; tienen las puertas a la calle de madera. Dentro de la casa hay tres sitios importantes: el cuarto donde están los santos y donde se reúne la familia a

platicar, a rezar, y a recordar a los que ya se fueron; la cocina familiar, que funciona a veces como taller de alfarería, allí, en torno al fuego del hogar se sienta toda la familia en pequeñas sillas de madera a comentar la gracia del pequeño, y la noticia del grande y el cuarto-taller, en donde, sentados en un petate, trabajan todos los integrantes <sup>(5)</sup>.

En la vida de familia la jerarquía esta en función de la edad, los hijos pequeños y los nietos verán en sus padres y abuelos el signo indeleble de la autoridad de la casa. Las esposas guardan su segundo puesto y mantienen respetuosamente la ley jerárquica de la familia. El destete es tardío, y en ocasiones la madre se aplica jugo amargo de maguey o chile en el pezón para que el infante lo deje, en ocasiones la presencia del nuevo hermano hace que el niño se vuelva *chipil* o *kueneshe* <sup>(6)</sup>.

La Población de Santa Fe vive apegada a un sistema religioso. El hombre sabe que debe relacionarse con Dios, y lo hace a través de la imagen, de lo concreto, de lo visible que representa a ese Dios, a los santos, la naturaleza y lo sagrado. La vida moral coincide con el código moral cristiano y miden la vida en función de la muerte. Los Phurépechas consideran a la muerte como un fin y un principio, la vida alcanza su fin con la muerte, pero más allá está el reino de la muerte (*kumiechukuar*); donde están los que mueren. La muerte se vive como algo natural, y ante la agonía del que muere se ven tranquilos y lloran en silencio.

La medicina como práctica es solo una forma de apoyo para la vida. Existen hechiceros, curanderos, rezadores y cantores. Siempre que hay un enfermo, antes de acudir al doctor, o bien después de ver al doctor y ver que no se cura, se manda traer un hechicero del pueblo o bien, de fuera de la comunidad para que lo

cure o diga si se va a curar o no. Si el hechicero dice que no va a vivir, dejan descansar al enfermo y lo dejan bien morir. La medicina por lo tanto, es obra humana y como tal, tiene límites.

“El hospital-pueblo” es el antiguo edificio que se encuentra atrás de la iglesia, en donde la tradición y la historia confirman la presencia de Don Vasco de Quiroga, la presencia viva de un pueblo que ha tratado de mantener intactas, no solamente las paredes y su estructura, sino sobre todo su vida interna. Los uréticha y los wananchas son los que mantienen la tradición. Santa Fe mantiene al presente hospital como un sitio reverente, al que se cuida, sin embargo la fundación de Don Vasco de Quiroga iba más allá: consideraba al pueblo como “un conjunto institucional de familias que viven en espíritu comunitario de hospitalidad y caridad cristiana”.

En resumen, Santa Fe a pesar de ser un pueblo marginado está llena de historia. Contrasta su cultura tradicional con la modernidad que lo rodea. Cuando uno se sumerge entre la comunidad y camina por sus calles se tiene la sensación de intemporalidad y se siente la presencia de su fundador Don vasco de Quiroga. La población se sigue manteniendo en las mismas condiciones de miseria y de marginación pero si uno se detiene un poco más, aprecia la modernidad en pleno, la mayoría de las casas tienen sistemas de comunicación masiva y los pobladores cuando salen de la comunidad se confunden con el resto de la sociedad mexicana hasta hacer desaparecer las diferencias

### **3.- MARCO TEORICO CONCEPTUAL**

Los modelos explicativos más reconocidos en la historia de la medicina respecto a la enfermedad, su origen y naturaleza, se pueden agrupar en los siguientes paradigmas teóricos. En primer lugar, las explicaciones precientíficas; que incluyen la magia, hechicería, chamanismo y brujería. En segundo lugar, el modelo biológico-lesional que pretende explicar la enfermedad como producto de lesiones biológicas evidentes. En tercer lugar, el modelo bio-psíquico y sociocultural de la enfermedad, que intenta concebir la salud-enfermedad como una unidad indivisible y continuada. Cada una de estas propuestas tiene su manera de ser vigente tanto en la medicina científica como en las medicinas paralelas. A partir de esta visión, en éste capítulo nos proponemos la construcción del marco teórico conceptual en este trabajo.

Independientemente de la concepción teórica de la medicina, el padecer es siempre un fenómeno concreto, pues se refiere a la vivencia experimentada por la persona enferma. Como se dijo anteriormente el término padecer tiene varios significados en español. El significado más común alude a “sentir una pena o un daño”<sup>(7)</sup>. La misma fuente indica como sinónimos de padecer: aguantar, arrastrar, llevar, reprimirse, resistir, resignarse, sobrellevar el dolor. Algunas definiciones de estos verbos, sugieren que padecer implica cosas como “llevar algo en sí o sobre sí, tener paciencia, soportar medicamentos, causar pena, molestia o sufrimiento y recibir voluntariamente lo que se da”.

Padecer enfermedad tiene la misma significación cuando el enfermo siente los efectos del daño ocasionado por la misma. En el proceso de enfermar el enfermo percibe los síntomas y los interpreta de acuerdo a los referentes culturales que tiene. Por tanto, podemos decir que cada quién, según su personalidad y su marco cultural vivirá la experiencia de estar enfermo en forma diferente. En este sentido, la enfermedad tiene el efecto de un diálogo interior consigo mismo y al mismo tiempo, de interrogación con su entorno socio-afectivo

El enfermo lee e interpreta lo que siente, como dice Arnoldo Kraus <sup>(8)</sup> "Las enfermedades son libros abiertos cuyas páginas le permiten, y en ocasiones le exigen al individuo o a la sociedad crear lenguajes nuevos, crear formas de vida y relación distintas a las anteriores". La mirada de quien padece es ilimitada: se inventan fantasías, se siente distinto, se juzga diferente. El escrutinio corre del yo interno al yo externo, del yo persona al yo sociedad, del yo sano al yo enfermo. El análisis depende del poder de la patología "su capacidad de daño" y del vigor "la capacidad de preguntarse" del afectado. Ese ejercicio remeda el diván de los psicoanalistas: entre el yo interno y el yo externo queda el ser desnudo, el ser que no puede escaparse de sí mismo".

Por otro lado, María Zambrano <sup>(9)</sup> al intentar revelar "la estructura metafísica de la vida humana", propone el padecer y el trascender como dos elementos fundamentales de la existencia. Así dirá en una paradoja incomparable: "El hombre es el ser que padece su propia trascendencia". En esta paradoja el hombre vive con lo otro (el mundo y lo divino) una relación a la vez humana y sacralizada, pues jamás podrá desprenderse del padecer, y jamás abandonará su

ansia de trascendencia: el ser como humano, demasiado humano, que funda ámbitos de sacralidad <sup>(10)</sup>.

Podríamos decir, interpretando a María Zambrano que el hombre padece porque existe y existe porque padece. Padecer, pues, implica experimentar la necesidad y sobrecogimiento de la muerte; la fragilidad de la soledad, el abandono, la huida y el exilio. Todas, experiencias consustanciales al vivir. En la concepción de Zambrano; si el hombre, a diferencia del animal y de la planta que encuentran la vida hecha, ha de hacerse su propia vida, entonces el ser ya en sí mismo es el padecimiento, "el ansia de ser que el hombre padece"<sup>(11)</sup>.

Desde sus orígenes el ser humano ha experimentado la salud y la enfermedad como dos fenómenos en apariencia contradictorios, dado que lo que percibe en un caso es frontalmente distinto al otro. La salud ha sido concebida como un "estado de bien estar" y la enfermedad como un "mal estar". Pero en términos ontológicos, a partir de Heidegger <sup>(12)</sup> y especialmente en Gadamer <sup>(13)</sup> la salud se concibe como un existencial. Gadamer juzga que la salud permanece oculta al ser y solo cobra conciencia de ella en la enfermedad, la cual vendría a ser la negatividad del estado de salud.

El estado de "mal estar" que provoca la enfermedad ha sido explicado históricamente a través de diferentes modelos. En la historia de la Medicina, el médico frente al enfermo ha tomado en cuenta los síntomas y los signos percibidos por el paciente y en base a ellos, explicar el trastorno. En este intento, con frecuencia el médico suple con creencias o suposiciones su ignorancia acerca

de la etiología y patogenia de la enfermedad, de tal suerte que las teorías acerca del origen de las enfermedades llegan a ser múltiples y con frecuencia contradictorias.

Las llamadas ciencias biomédicas, dice Martínez Cortés <sup>(14)</sup> son ciencias biológicas aplicadas a la medicina; ellas constituyen gran parte de la base científica en la que los médicos nos apoyamos en nuestro diario quehacer de atender pacientes. Hoy la biología es biología molecular. En este nivel es de especial importancia la capacidad de pensar <sup>(15)</sup>, la relación entre la medicina y la cultura con lo que queda integrado el hombre como una totalidad biológica, psíquica, cultural y social, o sea como una Persona.

Lo anterior es relevante en la tarea de atender pacientes, por más de un motivo: porque si sabemos quién y cómo es la persona enferma, podemos manejar inteligente y éticamente los datos biomédicos, desde la comunicación del diagnóstico, el planteamiento y ejecución de los medios terapéuticos y las consideraciones sobre el pronóstico médico.

El enfoque antropomédico de carácter clínico tiene por base un entramado psicológico-cultural. El paciente tiene su cultura, constituida por las ideas, las creencias, los conocimientos empíricos y científicos, los gustos, las reglas, los usos y las costumbres propios del grupo o la comunidad a la que pertenece y siempre hay una manera personal de vivir todo esto, lo cual conforma la que los antropólogos califican como "Cultura" <sup>(16), (17)</sup>.

En este contexto, no se trata de la consulta médica que tiene como objetivo único el diagnóstico de la enfermedad entendida como patología molecular, o bien

el conocimiento de su evolución bajo determinado plan terapéutico. Se trata de un tipo de consulta planeada para alcanzar un segundo objetivo: el conocimiento de cómo el enfermo vive, siente, padece, sufre su condición de hombre enfermo.

De lo anterior se puede concluir que en la medicina como en cualquier práctica social, debe haber una concepción del hombre:

a) El hombre considerado como un organismo biológico constituido por moléculas, células, órganos y sistemas; sin olvidar que "Hablar del cuerpo humano obliga a aclarar más o menos uno u otro de sus aspectos: el aspecto a la vez prometéico y dinámico de su poder demiúrgico y de su ávido deseo de goce, y ese otro aspecto trágico y lastimoso de su temporalidad, de su fragilidad, de su deterioro y precariedad. De manera que toda reflexión sobre el cuerpo es ética y metafísica"<sup>18</sup>

b) Al hombre considerado también como un nudo de creencias, conocimientos, pensamientos, afectos o emociones, actitudes y conductas.

c) Finalmente, al hombre hay que considerarlo y valorarlo como persona, concepto que encierra todo lo expresado en lo multifacético desde su diario vivir. Cada una de estas concepciones implicaría un amplio análisis y diversas perspectivas filosóficas y clínicas<sup>(19)</sup>.

Por otra parte, el hombre vive en un mundo que es su entorno y por ello percibe todo aquello en lo que transcurre la vida del hombre y que comprende:

a) El mundo natural: tierra, aire, agua, luz solar y lunar, flora, fauna y, en cierto modo, la presencia de otros seres humanos como organismos biológicos.

b) El mundo social: presencia del otro, trama de relaciones, de roles diferenciados. Un mundo de normas y leyes.

c) El mundo de las ideas, de las creencias, del conocimiento empírico y científico.

- d). El mundo de los valores, de la ética o de la moral.
- e) El mundo de las emociones, de los afectos y de los sentimientos.
- f) El mundo de las cosas, de los objetos: del fogón al horno de micro-ondas, de la vela de sebo a la bombilla eléctrica; de la choza de bajareque al edificio "inteligente"; de las canicas a los juegos electrónicos, etcétera.
- g) El mundo de la cultura, el cual abarca todo lo anterior.

No obstante la medicina estudia al hombre enfermo, no al hombre en su totalidad. La medicina fragmenta, visualiza al hombre: a) Como cuerpo humano, con organismo biológico constituido por moléculas, células, tejidos, órganos y sistemas;<sup>(20)</sup> b) Como mente o psique, o sea como el conjunto de fenómenos psicológicos cuyo apoyo es el cerebro. Ahí se da el mundo de las ideas, de las creencias, del conocimiento, de la ciencia, de la técnica y la tecnología. Ahí se da también el mundo de las "fantasías" o de las "representaciones". Allí residen las decisiones, el amor y el uso de la libertad.

La salud es una serie de poderes y a la vez una serie de ausencias o inexistencias. Salud es poder comer y beber lo que nos plazca sin que "nos haga daño"; es poder caminar, correr, bailar, hacer deporte y trabajar, es poder leer y admirar el paisaje; es poder escuchar la palabra y la risa de los otros, el canto de los pájaros y el rumor del viento; es poder percibir el perfume de las flores y el de la piel recién bañada; es poder palpar redondeces, como la de la manzana en el árbol o el pecho de la mujer amada, según dijera el poeta. Todo esto gracias a la mano, que, por reunir en forma exquisita tacto y movimiento, -sincronía maravillosa con los demás sentidos,- Paúl Valery llamó en su Discurso a los cirujanos, "el órgano de lo posible".

Otro problema por considerar es la concepción médica de la enfermedad. Hay enfermedades que afean al cuerpo, que acaban con su belleza, de ahí viene la necesidad de ocultarlo o de repararlo <sup>(21)</sup>. Y no debemos olvidar la interpretación de la enfermedad como castigo divino y ya que estamos en el terreno de lo sobrenatural, tampoco hay que pasar por alto la relación de la enfermedad con ciertos "poderes" conocidos como brujería o hechicería. De estos poderes se valen quienes por envidia, celos u otros motivos quieren "dañar" a determinada persona. El "daño" puede ser la enfermedad.

En conclusión parece que en nuestros días, el ejercicio de la medicina debe tener un doble fundamento: la Biomedicina molecular y la Antropología médica de aplicación clínica. Esta es, en cierta manera, un derivado de la Antropología médica que llamaríamos clásica y no ha sido concebida por antropólogos sino por médicos que poseen la rica experiencia del trato cotidiano con pacientes; experiencia que ha puesto en evidencia la necesidad de usar otras armas, además de las biomédicas, si lo que se pretende es ayudar médicamente de la mejor manera posible a estas personas; ayuda que por desgracia no siempre consiste en la curación de la enfermedad sino, en el mejor de los casos, con lo que se llama su "control".

Para subsanar este problema es indispensable incorporar enfoques antropológicos. Laín Entralgo considera a la Antropología médica como uno de los tres "saberes" constitutivos de la medicina, los otros dos son "el saber clínico y el saber patológico". La Antropología médica de aplicación clínica es una disciplina en pleno desarrollo, su cuerpo de conocimientos y en ciertos casos el matiz de estos tiene estrechas relaciones con la cultura y lo "intercultural".

El abordaje clínico desde la Antropología médica obliga a cambiar el formato de la consulta, debe agregar un tiempo durante el cual el paciente hable de lo que para él significa, en su sentido más amplio, estar enfermo o ser un enfermo, así como todo lo demás que ya quedó anotado en páginas anteriores. Lo anterior debe acompañarse de un lenguaje corporal consecuente, expresado sobre todo en una mirada de afecto y de interesada atención. Por supuesto que todo esto solamente se realiza en un entorno adecuado. Ser y vivir diferente. Percibir de otra forma. Inventar la palabra complicidad entre el médico y el paciente: donde todo se escucha, todo sirve y al hablar, el dolor lacera distinto <sup>(22)</sup>. Los silencios también dicen mucho. Hay que saber escucharlos.

#### **4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la práctica diaria de la medicina, los médicos y en general todas aquellas personas que interactúan con el paciente, suelen advertir el padecer como la serie de afecciones que agobian a la persona enferma. Estos estados emocionales se presentan de manera independiente a la magnitud del daño “objetivo” propio de la patología, ya sea que éste consista en alteraciones moleculares, celulares y de los tejidos. La medicina moderna con frecuencia tiende a pasar por alto el padecer, asumiendo que se trata de componentes “subjetivos”, imprecisos y difíciles de estandarizar para ofrecer alternativas terapéuticas válidas.

La medicina familiar como práctica, pretende tener una visión más amplia de la enfermedad y del enfermo. Con respecto a la primera, considera que ésta es el resultado de factores múltiples, relacionados con aspectos sociales, psicológicos, culturales y no solamente biológicos. En relación con el enfermo, asume que el individuo es resultado de su interactuar con la familia y por lo tanto, sus respuestas ante la enfermedad pueden explicarse a partir del desarrollo, la estructura y el funcionamiento de ésta. En este sentido, el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar ha propuesto definir al Médico Familiar como un Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico<sup>(23)</sup>.

En el marco contextual de la Medicina Familiar y tomando en cuenta las características socioculturales de la población Michoacana que habla el idioma

Phurépecha y utiliza el español como lengua secundaria, **nos planteamos el problema de identificar las características que tiene el padecer y la experiencia sociocultural del proceso de enfermar y padecer en la población residente en Santa Fe de la Laguna.**

## 5.- JUSTIFICACIÓN DE ESTUDIO

Como se ha dicho en nuestro país, el Sistema Nacional de Salud propone estrategias de atención sin tener en cuenta la diversidad cultural de la población. El modelo de atención médica frecuentemente asume las tradiciones locales como costumbres irrelevantes y juzga inadecuado el uso de medicina tradicional para tratar enfermedades, por ello mismo, la población indígena en Michoacán ha sido incorporada a los programas de salud, sin tomar en cuenta sus costumbres y formas de vida.

En la localidad de Santa Fe de la Laguna, hoy día, muchos habitantes requieren de un intérprete en español para hacerse entender con el médico de la Unidad Médico Rural del IMSS y, desde esta triangulación el médico percibe el padecer. Este fenómeno ha ocurrido durante los últimos quinientos años de colonización americana; sin que a la fecha hayamos podido entender que los procesos culturales pueden ser interactuantes en un proceso democrático y respeto cultural, pero no se pueden sustituir en el supuesto de que una “cultura” es más válida que la otra.

Tomando en cuenta estos referentes, este estudio se ubica a partir de tres premisas básicas:

1. La población Phurépecha de Santa Fe de la Laguna en Michoacán mantiene una condición de marginación cultural con respecto a la medicina moderna y ello condiciona la posibilidad de entender cómo experimenta el proceso de padecer.

2. Si lo anterior es verdad, habría que proponer una estrategia diferente para acercar y hacer accesible el servicio de salud a la población que no habla español
3. Por tanto, este estudio puede aportar una idea sobre la distancia que existe entre el modelo de atención oficial y la realidad que experimentan las personas.

En resumen, éste estudio intenta hacer un aporte a partir del cual se modifique la forma en que se aborda a las comunidades indígenas, y se tome en cuenta su punto de vista para la definición de los modelos de atención a la salud.

## **6.- PROPÓSITOS**

Realizar un estudio etnográfico de la comunidad de Santa Fe de la Laguna para explorar los elementos culturales relacionados con la concepción de la enfermedad y el padecer

Estudiar las características que tiene el padecer y la experiencia sociocultural del proceso de enfermar y padecer en la población residente en Santa Fe de la Laguna.

Construir un genograma socio-dinámico e interpretarlo a partir de los referentes familiares de cada caso.

## **7.- METODOLOGÍA**

Universo: Población residente en la comunidad de Santa Fe de la Laguna, Municipio de Quiroga, Michoacán

Población: Pacientes con enfermedad crónica del tipo de la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial o Cáncer; ambos sexos, mayores de 40 años de edad, originarios y residentes en Santa Fe, que no hablen español, o lo utilicen como segunda lengua.

Tipo de estudio: estudio etnográfico de campo.

Instrumentos: entrevista clínica, libreta de campo, observación en la visita domiciliaria, genogramas.

La estructura de la entrevista tuvo como base el modelo de la “clínica propedéutica” que, como es bien conocido, se procede interrogando síntomas y signos de la enfermedad y se hace semiología de ellos. En este caso, cambiamos el interrogatorio médico por un diálogo donde el paciente lleve la voz y el médico escuche, utilizando facilitadores de la conversación como: los silencios, la recapitulación, la confrontación, y la interpretación<sup>24</sup>. Para lograr este objetivo, al iniciar la entrevista clínica se planteaban asuntos en forma de preguntas o temas de interés y posteriormente se reconducía el diálogo para hacerlo productivo

En la primera entrevista, por razones éticas se explicó al paciente acerca de las finalidades de nuestra presencia. Les manifestamos que nuestro interés era averiguar su vivencia con la enfermedad, sus creencias y todo aquello que estuviera relacionado con su padecimiento. Al mismo tiempo pedimos su

consentimiento para seguirlos entrevistando en la UMR o visitarlos en su domicilio. Se elaboró un programa de entrevistas subsecuentes.

Estas entrevistas subsecuentes se realizaron en los tiempos considerados. Solo se hicieron cambios cuando las actividades laborales de ellos así lo exigieron. No se hicieron apuntes ni se tomaron notas de los relatos durante la entrevista. La libreta de campo se utilizó de manera indirecta y todas las observaciones fueron reconstruidas al finalizar las mismas. Tampoco se hicieron grabaciones ni se filmaron imágenes. El genograma se fue construyendo conforme surgió la información. Se buscó que los relatos finales recogieran la esencia de lo dicho por las personas.

EL Genograma; es una representación gráfica de una constelación familiar multigeneracional (por lo menos tres generaciones), que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida gestalt de las complejas relaciones familiares y su evolución a través del tiempo. Por lo general el genograma se construye durante la primera sesión o a medida que se va obteniendo la información. El genograma se interpreta en forma horizontal a través del contexto familiar y vertical a través de las generaciones <sup>(25)</sup>.

## 8.- RESULTADOS

Al llegar a la comunidad de Santa Fe de la Laguna, acudimos a Unidad Médica Rural (UMR) para una entrevista con el Médico Pasante de la comunidad, después de explicarle los propósitos del estudio, solicitamos su colaboración y apoyo. Nos proporcionó la lista de consulta y con ella seleccionamos los pacientes según los criterios ya establecidos. El médico pasante significó desde ese momento un puente entre la comunidad y nosotros, ya que nos puso en contacto con las personas.

A partir de la lista de consulta, las personas fueron captadas y localizadas, con el nombre y domicilio, se localizaron inicialmente 40 personas, de las cuales se quedaron en el estudio 10. Las pacientes seleccionadas se citaron en un consultorio de la clínica para una entrevista inicial. A partir de ello, se programaron entrevistas subsecuentes con el paciente; cada entrevista con duración de una hora en promedio, con periodicidad semanal.

Se estudiaron diez mujeres, 4 con diagnóstico de Diabetes Mellitus y 6 con Hipertensión Arterial. Después de la entrevista inicial realizada a 40 pacientes, fueron estudiadas 10, con los otros 30 casos no fue posible continuar con el estudio; las razones fueron por no poder acudir a las entrevistas o no querer ser entrevistados. Las 10 pacientes estudiadas residen en Santa Fe de La Laguna, tienen edad entre 38 y 56 años y todas son femeninas. En cuanto a la escolaridad, 3 no saben leer ni escribir, 4 tienen estudios de primero y segundo de primaria, 2

con primaria completa y 1 con estudios de segundo de secundaria. La ocupación del 100% es la de elaborar artesanías de barro y la venta de las mismas.

El relato de las entrevistas se mantuvo lo más fielmente apegado a como fue apareciendo, reconstruyendo aquellas partes que le dieran coherencia y facilitaran su comprensión. Dada la extensión del mismo, se optó por hacer un resumen de cada caso como se presenta enseguida. Como complemento de la entrevista se elaboró un genograma con un resumen de su interpretación. A continuación presento ese material.

## El relato de Juana (1).

Juana es una mujer de 40 años de edad, dedicada a la alfarería, además de atender el hogar. Profesa la religión católica, tiene estudios hasta segundo de secundaria. Es casada. Le diagnosticaron Diabetes Mellitus hace un año y es tratada con glibenclamida. Ella es la segunda de 8 hermanos. Se casó a los 13 años de edad, cuando su esposo tenía 15. Tuvo 5 embarazos pero solo le viven 2 hijas, ambas alfareras. Actualmente convive con su esposo y su suegro. Su esposo es músico y toca en fiestas, aunque también es alfarero. Desde que se casó se fue a vivir con sus suegros. Dice que en su matrimonio le fue bien al principio, pero después, él la maltrataba, le alzaba la voz. La suegra lo consentía por ser hijo único.

Juana supo que estaba enferma hace aproximadamente un año. Empezó orinando muchas veces en el día y por la noche se levantaba a orinar, después notó que bajó de peso, no tenía hambre, ni ganas de trabajar. La gente empezó a preguntar que si estaba enferma, pero ella no creía que fuera así. Un día le dió fiebre y tuvo que ir al doctor para ver por qué. El médico se le fijó a la cara y le dijo ¿verdad que se te sube el azúcar?; entonces le dio un piquete en el dedo y le dijo que *traía el azúcar alta* y que probablemente era diabética. Le indicaron dieta, pero le informaron que no comiera mucho, sobre todo tortillas, que comiera poca azúcar, grasas y pan para ver si le bajaba el azúcar. La citaron en un mes. Al mes el doctor le dijo que sí era diabética y que la enfermedad no se curaba. Por tanto, ella debía tomar medicina; iría a la consulta cada dos meses para dársela y tomarla por toda la vida.

Esta experiencia le ocasionó más tristeza, ella dice que su vida ha sido triste; en ese momento pensó que a lo mejor *“era una enfermedad mala, pero a lo mejor se curaba con medicina. Se hizo muchas preguntas al mismo tiempo, ¿por qué será esa enfermedad, si me subiera el azúcar que me pasaría? ¿Me podré morir, por qué a mí?...”*. Sintió alivio cuando le dieron medicina, porque pensó que la medicina le iba a servir. Antes, cuando la gente le preguntaba que si estaba enferma, ella pensaba que se sentía mal por que discutía con su esposo. Cree que se enfermó por eso, pues sufría mucho, lloraba en silencio y no cree que se haya enfermado por castigo de Dios, porque sabe que no ha sido mala persona.

Otro motivo de sufrimiento fue la muerte de sus hijos, pero no cree que se haya enfermado por eso. Tampoco se siente culpable, porque ella los llevaba al doctor y de todos modos se morían. Los llevaba en la mañana y en la tarde se morían. Su vida ha cambiado mucho, ahora está más triste aunque su esposo la trata mejor, siempre esta triste y llora a escondidas por ratos, su hija le dice que no llore, que está bien, pero a ella le preocupa morirse y dejar a su hija. Ya no puede comer muchas cosas, lo que más trabajo le cuesta dejar son las tortillas, porque ella misma las hace, pero se aguanta aunque se le antojen. Antes cantaba y bailaba con la radio y ahora no le dan ganas. Su esposo sigue siendo corajudo con ella, por cualquier cosa la regaña, y le avienta las cosas. Cuando se va a tocar, empieza a gritar, preguntándole que si su ropa ya está planchada y se enoja si no está lista, aunque a veces piensa que a lo mejor es porque está cansado o se preocupa por otra cosa, ya sólo la trata mal cuando están solos, porque cuando su hija está, no le dice nada.

Juana sabe que su enfermedad no se pega, que pasa por herencia de los abuelos a los padres e hijos, que esa enfermedad ocasiona mucha hambre, que se orina mucho, que afecta los dedos de los pies, los riñones, los ojos, que se le va la vista o que después ya no pueden ver bien, también sabe que esa enfermedad no se cura. A veces las vecinas le dicen ¿qué tienes comadre, pareces enferma? Ella les dice que padece diabetes, que se le subió el azúcar, no le da pena decirlo porque sabe que no es una enfermedad contagiosa. Otras vecinas dicen que ya no se van a juntar con ella porque luego les pega la enfermedad y es que son muy chismosas, a veces le preguntan qué le pasa, pues se le nota en la cara. Juana piensa que a lo mejor más adelante su cuerpo se va ir debilitando, tal vez no va a poder trabajar, se preocupa porque quién le va a dar dinero o comida; a lo mejor la enfermedad va ir acabando poco a poco con ella. Si no tuviera hijas no le preocuparía morir, pero tiene que cuidarlas y ayudarlas a salir adelante, no sabe qué hay después de la muerte.

Ahora su vida sigue igual, hace su mismo trabajo, sólo que ahora trabaja con más dificultad, porque a veces se siente cansada, y no tiene ganas de hacer nada, pero de todos modos lo hace, aunque también a veces se siente bien. Otras ocasiones olvida tomarse la medicina cuando sale a la calle, y es cuando se siente mal y su esposo la regaña, por eso ya siempre las carga. Ya se acostumbró a estar enferma, pero siempre se está acordando de su enfermedad al tomar sus pastillas.

Últimamente no se ha cuidado mucho, porque ha ido a reuniones y se le antoja la comida. Hace un mes empezó a tomar refresco de cola, solo un medio vasito diario o de otros refrescos; por ello también su esposo la regaña y es que ya

tenía mucho que no tomaba y se le antojaba y es que nunca lo va ha poder hacer. Estos días no está llevando ninguna dieta, come de todo, pero *“poquito de todo”*, se acuerda de que está enferma y ya no se llena el plato; antes se comía 8 tortillas de las grandes, que ella hace, y las hace a mano, porque no le gustan las de máquina, le gustan gruesas y grandes. Usa azúcar canderel para el te y se lo toma con pan, y usa esta azúcar también para su esposo y cuando no tiene dinero para comprarla usa de la otra, o no toma te porque no le gusta sin azúcar.

Se le está haciendo muy difícil llevar la dieta porque su hija a veces le lleva comida o la lleva a las carnitas de Quiroga o lleva comida que no debe comer a la casa, pero ella no se la come, aunque sí se le antoja. A veces sí prueba la comida que le invitan. Ahora anda desvelada, porque apareció un Cristo a la orilla de Santa Fe de La Laguna y ya se turnó todo el pueblo para cuidarlo, 8 personas lo velan una noche y un día, y después otras 8 personas, para no dejarlo sólo porque les da miedo que lo puedan robar. Antes de estar enferma pesaba 85kgs y ahora pesa 77kgs, y mide 1.53, pero el doctor le dijo que tiene que seguir bajando de peso. Se siente bien así con ese peso, pero va ha procurar seguir bajando porque quiere estar bien

Comentario.

Juana es una mujer que aparenta la edad que tiene, viste ropa típica de la comunidad, sensible y sincera desde la primer entrevista me brindó su sonrisa genuina y alegre, mostró disposición para conversar y hablar de sus sentimientos, sus lágrimas delataban la preocupación y el desconocimiento de la enfermedad que padece, la diabetes mellitus, dió la impresión de que se sentía cómoda y con

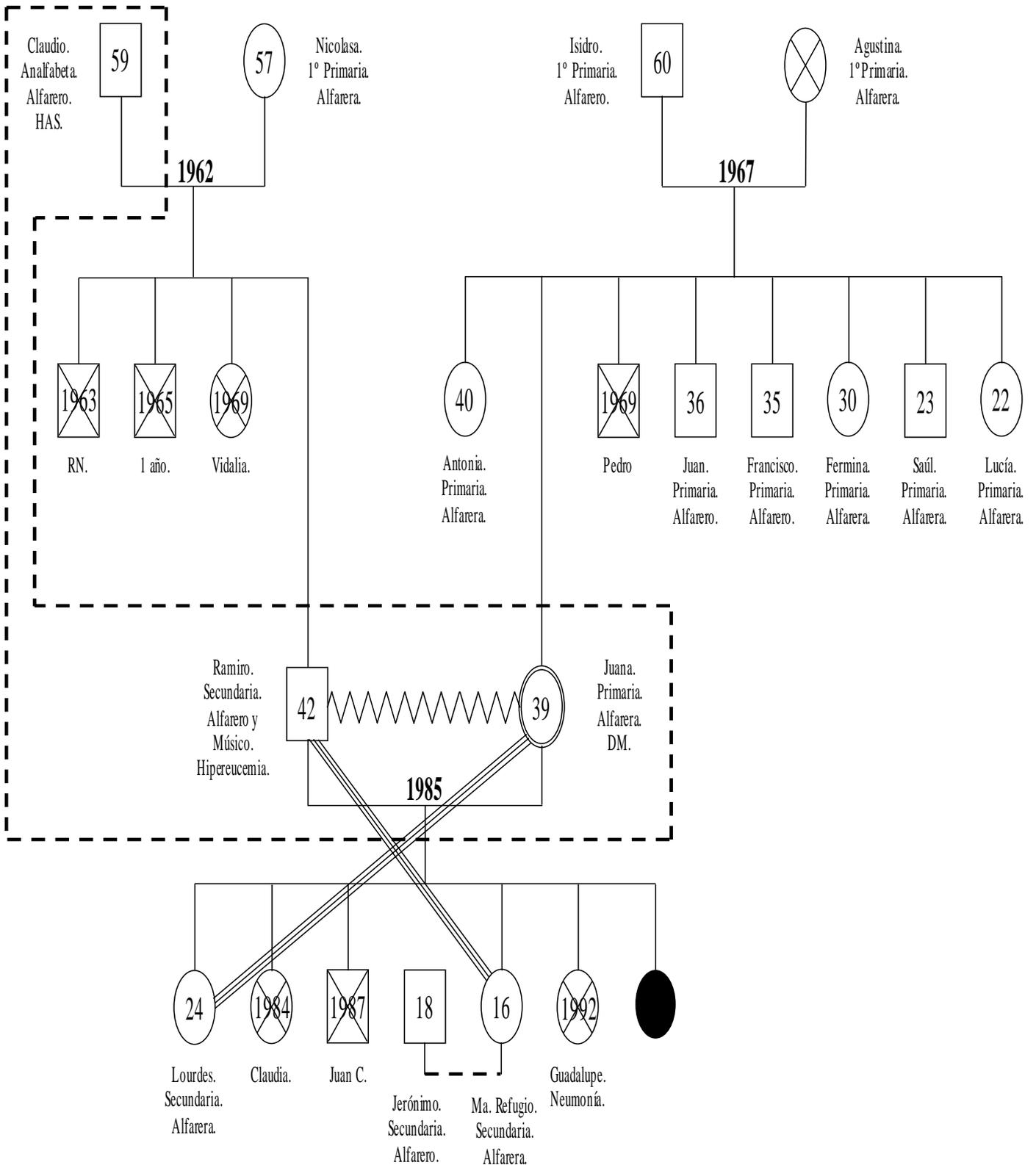
confianza, lo cierto es que al hablar de sus sentimientos más profundos, que, probablemente no se los ha comentado a nadie, se sentía confortada porque al final de la entrevista se mostraba más tranquila y se retiraba con la misma sonrisa que traía cuando llegaba. En ocasiones, al final de la entrevista se daba el lujo de bromear. Ya en las últimas entrevistas la encontré en la plaza, me invitó a su casa y me invitó un refresco de su tienda.

De acuerdo con los datos del Genograma, Juana forma parte de una Familia Nuclear Intacta, típica tradicional con relación conyugal complementaria y con adecuada experiencia en las etapas de desarrollo. No hay otros factores que modifiquen el rol de la constelación familiar, dándose por tres generaciones en el tipo de oficio o profesión "alfareros". Su etapa del ciclo vital actual es de independencia, con adecuada transición y adaptación al desarrollo del ciclo vital familiar. Hechos y sucesos dentro de expectativas normales. Sin discrepancia en edades o pautas de relación rígidas; sin circunstancias como el dejar el hogar, casamiento, separación o divorcio que difieran de lo esperado para la fase actual del ciclo vital, sin repetición de pautas a través de las generaciones tanto de adaptación como de inadaptación, funcionamiento, de relación o de estructura. El genograma registra como fechas críticas en la historia familiar aborto en 1994; la muerte de tres hijos, en 1987, 1988 y 1997 con aparente resolución del duelo. Viven actualmente la unión libre de la hija menor aún adolescente. Con adecuada adaptación al impacto de los cambios, transiciones y traumas de la vida incluyendo la muerte de tres de sus hijos y el aborto de su último embarazo. Sin aparentes reacciones de aniversario en relación a las pérdidas.

Existe en la relación conyugal “conflictiva”, lo que denota disfunción. Con pautas de relación estrechas de manera cruzada con el hijo del sexo opuesto del tipo padre –hija menor; madre-hijo mayor. En otras palabras existe una pauta complementaria de distancia marital y de conflictos con el mismo sexo y alianzas con el sexo opuesto entre las generaciones, ante lo que podemos predecir que el hijo y la hija en la tercera generación repetirán esta pauta de matrimonios distantes, de conflicto con los hijos del mismo sexo y de proximidad con los hijos del sexo opuesto.

De manera general existe desequilibrio de la familia como sistema, en particular a nivel de su funcionamiento. Se destacan como recursos las habilidades propias del trabajo artesanal, las cuales se van aprendiendo de generación en generación. Son de una misma clase social y a la fecha pese a la disfunción familiar presente permanecen juntos y mostraron disposición para participar en las entrevistas.

## Genograma de la familia de Juana.



El relato de Teresa (2).

Teresa es una mujer de 49 años de edad, originaria y residente de Santa Fe de la Laguna. Como toda la comunidad se dedica a la alfarería, es analfabeta y se declara católica. Se casó a los 13 años de edad con su esposo de 22, él también es analfabeta y se ha dedicado a la alfarería. Desde que se casó ha vivido con sus suegros, porque no tuvieron dinero para hacer su propia casa. Teresa es la segunda de 7 hermanos. Se embarazó en 6 ocasiones, de los que solo sobrevive el último (su hija María de 13 años, quién actualmente vive con su novio y sus suegros). Los demás niños murieron en el primer año de vida, ella desconoce la causa.

Padece Hipertensión Arterial y desde hace 8 años recibe tratamiento medicamentoso. Sus hijos se murieron en el primer año de vida y aunque no sabe la causa, cree que probablemente se murieron porque sufría mucho, pasaba muchos disgustos con los suegros, discutían por cualquier cosa. Si no se le hubieran muerto ahora no estaría sola. Siempre ha vivido con su esposo, y se lleva bien con él porque con él creció, la trata bien y anda a gusto.

Hace 8 años empezó a padecer de la presión posterior a la muerte de su suegra. Empezó a sentir mareos, dolor de cabeza y cansancio, por lo que pensó en ir a la clínica para que le dieran medicina. En esos días estaba Celia (la enfermera en la clínica), quién le dijo que le iba a tomar la presión a ver qué tenía, después le dijo que traía la presión alta y que tenía que venir a la consulta para que el doctor la viera, pero que iba a tener que venir cada mes a consulta y por medicina. Cuando vino con el doctor a la consulta, le preguntó sobre las

preocupaciones que tenía o por qué traía la presión alta. Ella le contestó que porque se había muerto su suegra. Entonces el doctor, le dijo, que lo que tenía, era hipertensión arterial, que no comiera muchas carnes rojas, carne de puerco, ni grasas, y le dijo “vas a tomar pastillas y no las vas a dejar de tomar. También le dijo que la enfermedad no se curaba.

Teresa platica su experiencia posterior. Lo primero que se le vino a la mente es que a lo mejor se enfermó por todos los coraje que había pasado con su suegra. Cree que se enfermó por que sufría mucho con su esposo y sus suegros, siempre se peleaba con ellos y lloraba mucho. Antes creía que a lo mejor la vecina le había hecho algo para que se enfermara, algo como brujería, porque su vecina era bien enojona y seguido se enojaba con ella por nada, pero ahora piensa que no, que ella no le hizo nada para que se enfermara porque la vecina ya se murió y ella sigue enferma. A veces ella también piensa en la muerte y no le gustaría morir, porque le preocupa dejar sola a su hija.

Siente que quiere vivir mucho para cuidar a su hija. Es por eso que se cuida, se toma la medicina para estar bien, hace por olvidar las preocupaciones. A pesar de estar enferma sigue realizando su mismo trabajo, sin embargo no lo hace con el gusto de antes, ni se siente contenta, siempre anda preocupada por su enfermedad y por problemas que tiene. A veces se le olvida que está enferma por que se controla muy bien con la medicina y por eso no deja de ir con el doctor. De tanto pensar en que se puede morir por la enfermedad ya ni le da miedo morir, “*pues si así lo quiere Dios*”, *ni modo*, pero le preocupa su hija que es la única que tiene, aún es chica y le gustaría verla crecer.

Para Teresa estar enferma es no trabajar a gusto y no tener hambre. Aunque ya se resignó, sabe que no se va a curar y tiene más ánimo, pues hace todo su trabajo. El médico le dijo que no debe de comer sal y grasas. Ahora, ya se acostumbró y ya no se le antojan mucho, pero al principio no se aguantaba y las comía. No se siente diferente a las demás personas por estar enferma y la gente la trata igual. No come carne de puerco, caldo de res, ni caldo de pollo porque con las pastillas no puede comer nada de esto, le da miedo que le hagan daño. Hace la comida para todos con poca sal, al principio cada quién le ponía la sal a su comida, pero ahora ya todos se acostumbraron a comer poca sal.

Teresa se levanta a las 6 de la mañana para amasar la tierra, hace bolitas, para después hacer las ollas. Va al molino a moler el nixtamal para hacer las tortillas. Mas tarde hace las tortillas. Desayuna y almuerza a las 10 de la mañana; avena en agua, nopales con frijoles, frijoles con huevo, pollo (una vez a la semana), bistec (una vez en 15 días ó al mes), lentejas, caldo de haba, guacamole, caldo de res (una vez al mes), queso con chile o pescado y se come 6 tortillas grandes de las que ella hace. Come a las 5 de la tarde; con la comida que quedó de la mañana o hace otro guisado similar y se come otras 6 tortillas. Vino solo toma en las fiestas; se toma dos caballitos de vino puro, y dos cervezas. Va a fiestas cada 15 días (a las fiestas de la iglesia), y fiestas familiares pero no se emborracha, si le ofrecen más vino lo tira cuando no la vean, pero sí lo recibe para que la gente que se lo ofrece no se sienta mal.

Ya se está acostumbrando a su enfermedad, ahora no se siente tan triste como antes, no le dan ganas de morirse como al principio, no llora y se siente bien. Trabaja a gusto y hace igual su trabajo, ya no sufre por no comer sal. Antes

se tomaba hasta 12 copas de vino en las fiestas, se emborrachaba; ahora sólo se toma 2 copas, porque sabe que es un veneno tomarlo con las pastillas. Trabaja porque le gusta y porque necesita el dinero, pero, aunque no lo necesitara, trabajaría. Para ella ser rico es tener dinero guardado y salir a vender la loza fuera de su comunidad, los pobres no pueden salir a vender fuera de la comunidad. La gente sana, trabaja a gusto y come de todo, los enfermos no comen bien ni trabajan bien. No sabe que va a pasar más adelante con su enfermedad, pero ella no anda a gusto estando enferma. No trabaja a gusto, porque se preocupa por su enfermedad, y no sabe que va a pasar. No sabe si algún día va a poder trabajar y andar a gusto.

Hace 6 meses que empezó con dolor de una rodilla, la derecha, y no sabe por qué, el doctor solo le dijo que era por la edad que se le inflamaba. El doctor le da pastillas, pero el dolor se le quita solo mientras se toma la medicina, y es por eso que no puede trabajar como antes, porque ahora no puede trabajar hincada, solo sentada, y en esa postura no se acomoda bien, y no puede moler la tierra en el metate. En parte también por lo de la presión. Ella, antes, trabajaba hincada en el suelo para hacer las ollas y moler la tierra. Ahora mejor se sienta en la silla pero no aguanta mucho tiempo.

#### Comentario:

Teresa aparenta una edad mayor a la cronológica, viste ropa típica de la comunidad, durante las entrevistas se mostró participativa, hablaba en forma espontánea sin preámbulos, casi siempre sin facies de expresión. Es una persona seria, reservada, tranquila, con la apariencia de enfado y de resignación,

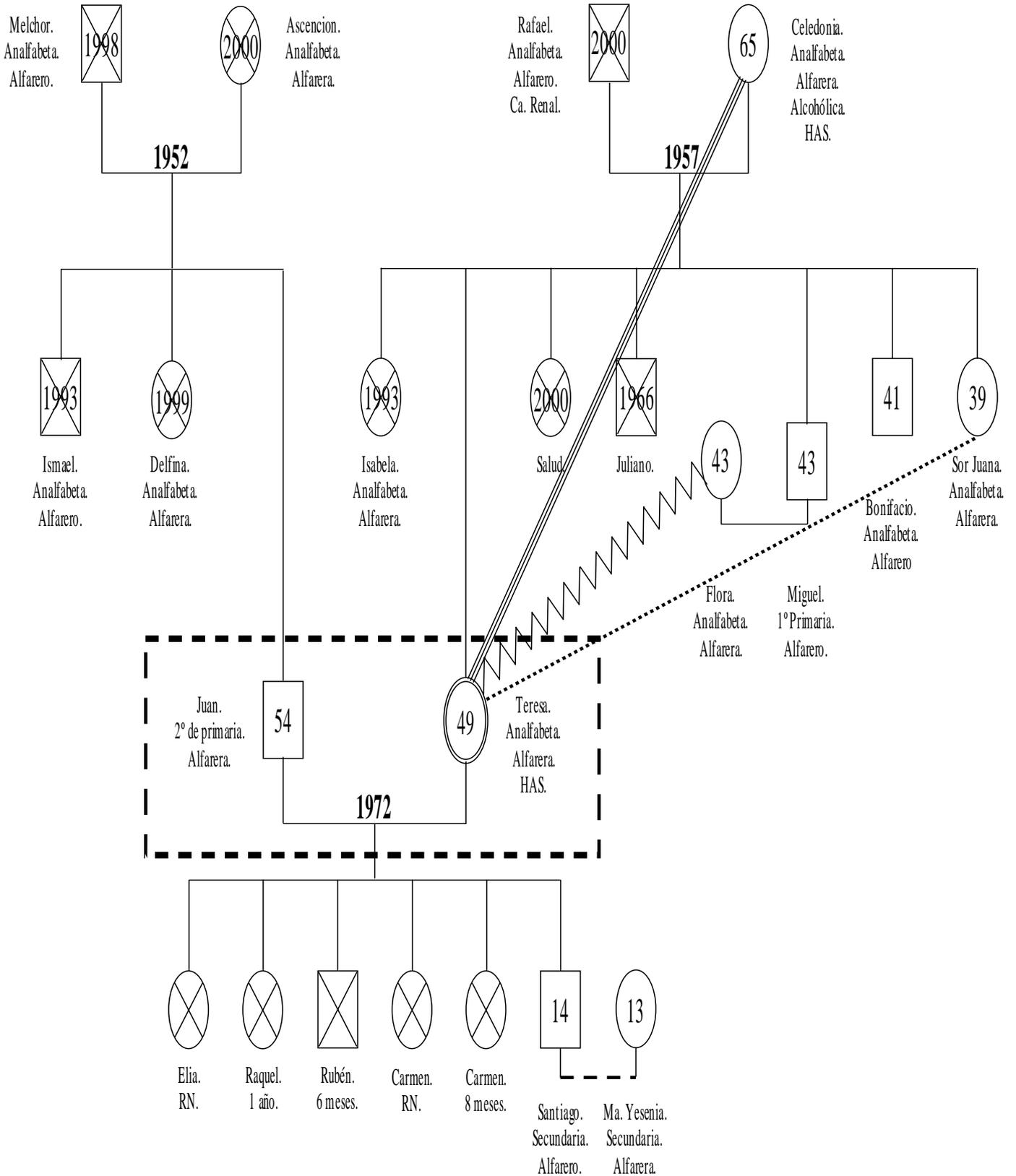
sonríe muy raramente y da la impresión de que su vida la ha hecho dura, de que no tuviera muchas ilusiones. Siempre acudió en forma puntual a las entrevistas. En una ocasión pasé por su casa, me saludó contenta y sorprendida de verme, se sentó conmigo en la banquetta pero no me invitó a pasar.

El Genograma de la familia de Teresa la ubica como nuclear intacta con rol conyugal complementario, adecuada experiencia de desarrollo infantil en cada uno de sus integrantes, sin diferencia significativa de edad entre hermanos, con adecuada influencia por convivencia infantil de la constelación fraterna. Como configuración familiar inusual destaca el oficio de artesano. La dispersión es la etapa actual del ciclo vital familiar, dándose adecuada transición de las diferentes etapas de desarrollo y sucesos dentro del ciclo vital de acuerdo a las expectativas normativas. Como repetición de situaciones a través de las generaciones destaca la presencia del analfabetismo, así como la Hipertensión Arterial Sistémica por rama materna. Dentro de los sucesos de la vida y funcionamiento familiar destacan: La muerte de 5 de sus 6 hijos recién nacidos o dentro del primer año de vida, el hecho de que la única hija, la menor de 13 años de edad, actualmente viva en unión libre, la muerte del padre de la paciente identificada (en el año 2000 por cáncer renal) y tres de sus hermanos mayores. En el cónyuge, la muerte de sus padres y dos únicos hermanos, tal parece a la fecha que el duelo por estas pérdidas ha sido superado.

Existen diversas pautas vinculares y triángulos manifiestos a través de las relaciones cerradas entre la paciente identificada y la madre, así como las relaciones conflictivas y distantes entre paciente identificada y hermana menor, existe desequilibrio en funcionamiento y los recursos de la familia, con probables

relaciones no complementarias entre los subsistemas conyugal, fraterno filial y fraterno. Los miembros de ésta familia tienen como recursos; la unión familiar, las habilidades propias del trabajo artesanal que se van aprendiendo de generación en generación, permitiendo la transmisión de su cultura y perpetuar sus tradiciones. Son de una misma clase social y tuvieron disposición incondicional para participar durante las entrevistas.

# Genograma de la familia de Teresa.



El relato de Lourdes (3).

Lourdes es una mujer de 41 años de edad, dedicada a la alfarería además de atender el hogar; estudió la primaria completa, pertenece a la religión católica, es la primera de 6 hermanos y se casó a los 22 años de edad con su esposo de 21 (Diabético y alfarero). Tienen 3 hijas de 17, 14 y 13 años que son estudiantes y dedicadas al mismo el oficio de la alfarería. Tiene diabetes mellitus desde hace 5 años tratada con hipoglucemiantes orales.

Lourdes se enteró que estaba enferma hace aproximadamente 5 años cuando en Quiroga le hicieron estudios de laboratorio para operarse de la vejiga, (sin embargo desde mucho tiempo atrás orinaba con frecuencia en el día y la noche, se sentía cansada y con mucha hambre pero no sabía que estaba enferma y pensaba que se sentía así por trabajar mucho). El doctor le informó tenía diabetes mellitus pues traía elevada el azúcar y tendría que cuidar una dieta de no comer alimentos dulces, pan, ni grasas; la medicina la tomaría de por vida ya que la enfermedad no se cura y sus hijas también tienen el riesgo de padecerla. Sintió mucha tristeza por estar enferma así como preocupación por sus hijas y pensó que podía morir. Quiso confirmar el diagnóstico y fue con otro doctor a Morelia con la esperanza de no estar enferma pero el resultado fue el mismo.

Fue también con varios doctores para que le revisaran la vejiga y no fue necesaria la cirugía, también visitó un neurólogo quién le solicitó una tomografía de cráneo y un electroencefalograma los que salieron normales, informándole el neurólogo que el dolor de cabeza se debía a una inflamación de los nervios del cerebro por trabajar mucho y le prescribió descanso. *“Unas enfermedades se le*

*van y otras regresan pero siempre está enferma*”; piensa que es porque trabaja mucho y siempre tiene cosas que hacer; ya no se acuerda que padece diabetes mellitus por estar pensando en el dolor de cabeza. Por lo mismo no deja de tomarse la medicina.

A la clínica de su localidad no acude porque la medicina que le da el médico particular es buena, se siente bien y hace sacrificio para comprarla; solo cuando no le alcanza el dinero va a la unidad médico rural de su comunidad. Cree que su enfermedad fue causada por una preocupación muy grande cuando le dijeron que tenía que operarse de la vejiga, puesto que después de la noticia empezó a sentirse cansada, con mucha hambre y orinando con mayor frecuencia día y noche.

Ya se resignó a estar enferma *“pues ya ni modo, qué puede hacer si esta enfermedad no se cura”*. Le da miedo morir porque dejaría solas a sus hijas y afirma que si no tuviera hijas no le preocuparía *“pero si le toca pues ya ni modo”*, *“algún día tenía que morir y muerta no se acordará de nada”*. Se siente diferente por estar enferma y siempre dice *¿por qué yo y no otra persona?* tal vez por que soy más pobre y trabajo más, se contesta; las personas que tienen más dinero y trabajan menos no se enferman. Su vida sí ha cambiado, antes trabajaba y comía con gusto, ahora no le dan ganas de trabajar y de todos modos lo hace porque tiene necesidad. No sabe que va a pasar más adelante con su enfermedad piensa que va a empeorar porque ha visto como se va poniendo la gente que la tiene.

Se siente triste por que no puede comer como antes, se le antojan algunos alimentos pero se aguanta y no los come porque quiere estar bien. Y sabe que la perjudicada será ella, a veces llora y se pregunta *¿por qué Dios me mandó esta enfermedad?*, su esposo le dice que *“no es Dios el causante”*. Lourdes no sabe si es Dios o no. Ahora que está enferma sus hijas y esposo la tratan mejor son más cariñosos y tratan de comer lo mismo para no enfermarse. Su hija menor la cuida para que no coma lo que le hace daño y le da ánimos. Le preocupa que también sus hijas se enfermen. No sabe si la gente habla de ella y su enfermedad o qué piensan de ella; no lo nota porque la tratan igual y ella sigue realizando el mismo trabajo para no acordarse de la enfermedad aunque ya no es lo mismo pues no trabaja con ganas y se siente triste. Siempre esta ocupada y preocupada, tanto que hasta se le olvidan las cosas no sabe si también esto la enferma más. No le da miedo morir, lo que le preocupa es dejar solas a sus hijas. Y ya se resignó a estar enferma *“pues ya qué hace”*. Antes de estar enferma comía de todo y mucho hasta 15 tortillas se comía con cada comida, en cambio ahora se como 2 o 5, con cada una quedándose con hambre. No come carne de cerdo, tampoco de res, ni frijoles fritos, y el huevo solo lo come cocido. El internista le dijo que se comiera solo 2 tortillas con la comida pero no se llenaba y empezó a sentirse débil, no supo si era por la medicina o por no comer. Ahora bajó de peso, de 80 kilos a 73; su cuerpo ya no es el mismo, no lo siente como antes sino más débil. El doctor le dijo que tiene que bajar aún más de peso.

Se acuesta a las 2 de la mañana y se levanta a las 8:00. Desayuna leche Lala con pan tostado o pan del normal porque el tostado es más caro; a las 2 de la tarde hace las tortillas y come lo que sea, solo carne no, ni comida con grasa; a

las 6 de la tarde cena con leche y pan. No toma refresco ni les compra a sus hijas aunque se enojen, en cambio come frutas de todas las que puede cuando tiene para comprarlas. En general poca y no diario, usa el azúcar Canderel para endulzar sus alimentos y toma té de azahares para los nervios y poder dormir.

También trabaja los domingos aunque los vecinos la critiquen. Para ella ser pobre es no tener dinero guardado, trabajar mucho diario, hasta los domingos y días festivos y nunca descansar, en cambio los ricos tienen dinero guardado y descansan más. No cree en los brujos, son charlatanes sacan el dinero y no curan.

#### Comentario:

Lourdes es una mujer con edad aparente igual a la cronológica, viste ropa típica de la región, desinhibida, platicadora, segura de lo que hace y emprendedora. Da la apariencia de que siempre anda de prisa porque saliendo de la entrevista se va caminando a paso agigantado y ella misma lo mencionaba, pero, durante las entrevistas hablaba en forma espontánea, disfrutando la conversación. Desde el inicio de las entrevistas se mostró con buena disposición pero en las últimas fue difícil verla con regularidad porque refirió tenía mucho trabajo encargado para entregar. Las ocasiones que la encontré en la calle me saludó alegre y continuaba caminando de prisa.

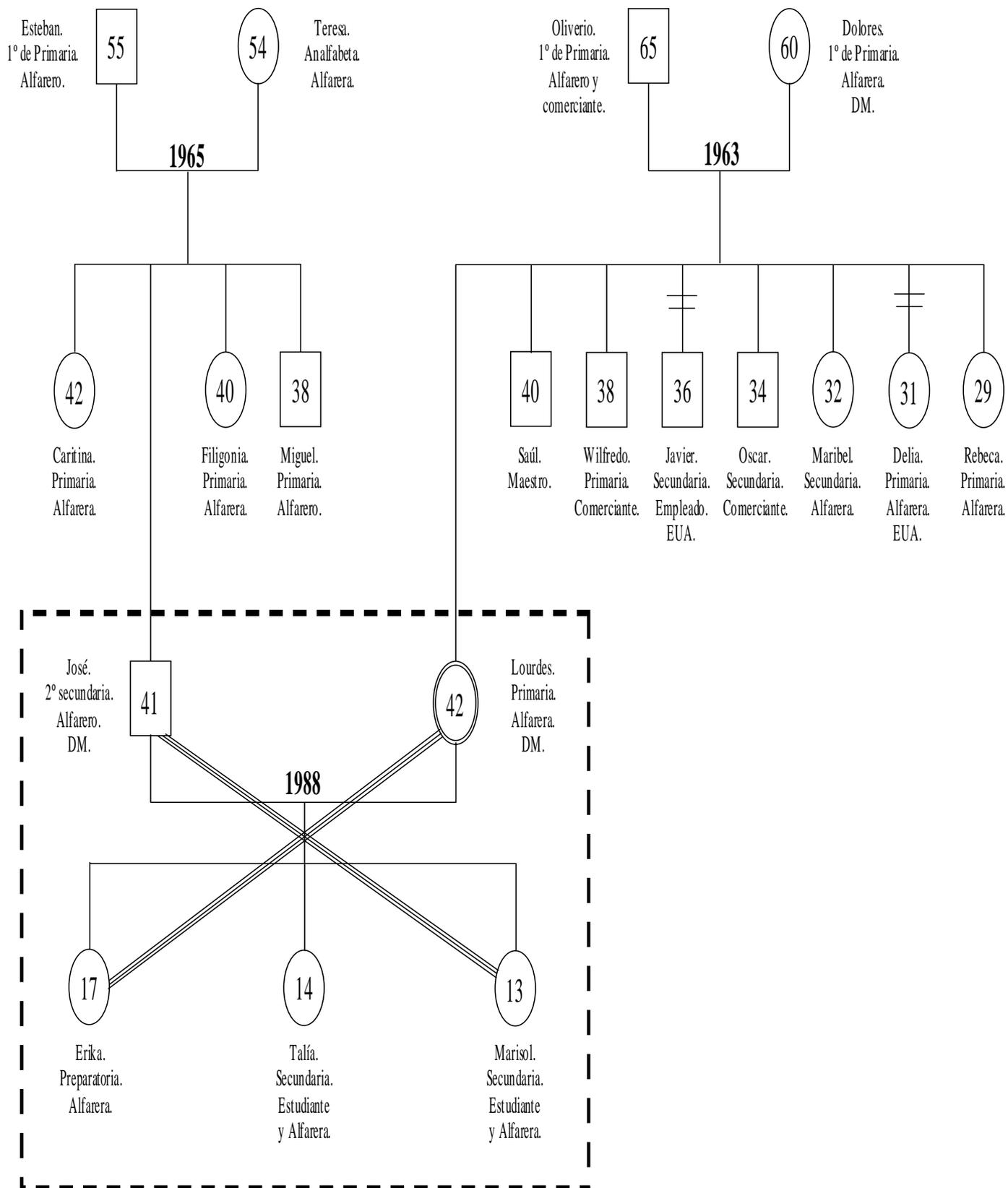
En base al genograma, Lourdes pertenece a una familia nuclear intacta, existe compatibilidad familiar pero tienen riesgo por el orden en el nacimiento de ambos cónyuges y la lucha por la jerarquía y el poder. Con experiencia adecuada

entre hermanos, sin presencia de otros factores que modifiquen el rol de la constelación familiar, se presenta reiteración del tipo de profesión u oficio: Alfareros y Comerciantes.

La etapa del ciclo vital actual es de dispersión. Hay presencia en el hogar materno de tres hijos adolescentes. Lourdes paciente identificada es un año de edad mayor que su cónyuge, tiene un espacio íntergenésico corto (un año) entre los dos primeros hijos y tienen como única repetición de pauta a través de las generaciones la Diabetes Mellitus, sin sucesos de la vida y funcionamiento familiar importantes que destacar. Hay una relación estrecha o cerrada en el subsistema paterno-filial del tipo madre-hija mayor, padre hija menor, sin distanciamiento o conflicto entre los cónyuges y sin repetición de esta estructura en otras generaciones. Existe tendencia al equilibrio en todas las áreas antes mencionadas en particular en la estructura. Los roles son funcionales, y en el estilo de funcionamiento sin contrastes evidentes, destaca la edad de los cónyuges en el momento del matrimonio un año mayor la mujer que el varón, ya que esto no es lo habitual pudiendo ser este hecho un factor de riesgo para alterar la dinámica familiar.

Cuentan como recursos, las habilidades propias del trabajo artesanal, las cuales se van aprendiendo de generación en generación lo que condiciona la comunicación y convivencia en la familia perpetuando hábitos y costumbres tradicionales. Son de una misma clase social y a la fecha permanecen juntos y mostraron disposición para participar en este trabajo.

## Genograma de la familia de Lourdes.



El relato de María del Refugio (4).

María es una mujer de 55 años de edad dedicada al oficio de la alfarería. Es casada, analfabeta, profesa la religión católica; hija única, se casó a los 15 años de edad y su esposo de 17 años, también él es alfarero; siempre han mantenido buena relación, tuvo 7 hijos dedicados al mismo oficio; padece hipertensión arterial desde hace 25 años tratada con antihipertensivos orales. Mide 1.47 Cm. y pesa 53 Kg. Actualmente vive con su esposo, dos hijas, una casada, otra soltera y 4 nietos.

Hace 25 años empezó con dolor de cabeza, náusea y fiebre. Duró aproximadamente 6 meses tomando aspirinas hasta que un día su esposo le aconsejó fuera con el doctor. Acudió con el doctor de Quiroga quién le informó traía muy alta la presión arterial y le preguntó *¿tiene problemas o alguna preocupación?* Le dijo que su enfermedad no se cura, le dió medicamentos y le recomendó no comer sal, carne de res ni de cerdo. Ella se asustó porque no la conocía y sintió era una enfermedad mala; pensó *“si me muero pues ya ni modo”*.

Cree que se enfermó porque ha estado sola, se quedó huérfana al nacer ya que su mamá murió y a los 16 años de edad murió su padre. No cree se haya enfermado por castigo de Dios.

Su vida cambió con la hipertensión arterial pues no podía trabajar igual, ni bien, ni con gusto. Ahora trabaja más lento; no supo como bajó de peso. Antes salía con los amigos y le gustaba tomar vino, pero ya no, *“pues ya ni modo se aguanta y no lo toma”*. Sabe que no debe preocuparse y trata de no hacerlo pero a veces no trabaja igual, no puede sacar la tierra ni cargar leña. Está resignada

con su enfermedad, sabe que no se va a curar y solo toma *calmantes* pero le preocupa que la medicina le dañe otras partes del cuerpo, sin embargo piensa que “no gana nada con eso”. No sabe lo que va a pasar con su mal y no quiere ni pensarlo. Frecuentemente piensa en que se puede morir pero dice “pues ya ni modo” y mejor se va al monte a caminar y traer leña para olvidar, lo que logra. Se siente diferente a las personas sanas porque ellas andan a gusto, se preocupa cuando hace trabajos pesados, cuando sale de viaje y ve a las personas sanas andar a gusto. Cree que desde que nació ha tenido mala suerte al morir su mamá. Y ya no hace igual su trabajo, desde que se sabe enferma, se cansa más aunque ya se acostumbró a su enfermedad. Sus hijas y su esposo la apoyan mucho para que se cuide y no la dejan hacer trabajos pesados, le recuerdan que se tome la medicina. Siempre viste igual que todas las personas del pueblo porque le da pena cambiar y no se le antoja vestirse con otra ropa porque la critican, pero observa que las jóvenes no se ven mal. Se levanta a las 7 de la mañana, desayuna a las 9 con avena en agua, pan, tortilla, té de hojas de limón, guayaba, o té de canela; come a las 3 de la tarde con frijoles, carne de pollo (cada 15 días), lentejas, sopa de haba o nopales y se come 4 tortillas de las que ella hace. Antes se comía 5 ó 6 tortillas. Cena a las 7 de la noche con arroz en agua, té con tortilla, o guisado del que quedó de la comida o vuelve a guisar, y se come otras 5 tortillas antes comía 10 tortillas. Ya se acostumbró aunque a veces se le olvida. Ella nunca ha fumado y sí tomaba vino, ahora ya no se le antoja solo cuando se enfada. Se sabe enferma, aceptándolo pero le preocupa morir. Recuerda lo mucho que trabajaba y cómo le dolían los pulmones, ahora no puede y le da miedo que le haga mal para la hipertensión arterial. Pensaba *¡cómo me voy a*

*morir tan chica y cómo voy a dejar a mis hijos! pero, pues “ya ni modo”, “hay que aguantarse aunque sea otro ratito”.*

Comentario.

María del Refugio viste ropa típica de su comunidad. Es una mujer tímida e insegura porque siente que no habla bien el español y cree que no le entienden, es por eso que al inicio de las entrevistas siempre se hizo acompañar de una de sus hijas para que la ayudara en la conversación. Poco a poco fue adquiriendo confianza y empezó a acudir sola; su conversación es amena y sincera, y logró no preocuparse porque no se le entendiera. Es agradable, me sonreía gustosa. Y al andar caminando un día cerca de su casa me la encontré y me saludó muy amablemente. Me dio la impresión de que le gustó verme en las calles de su pueblo.

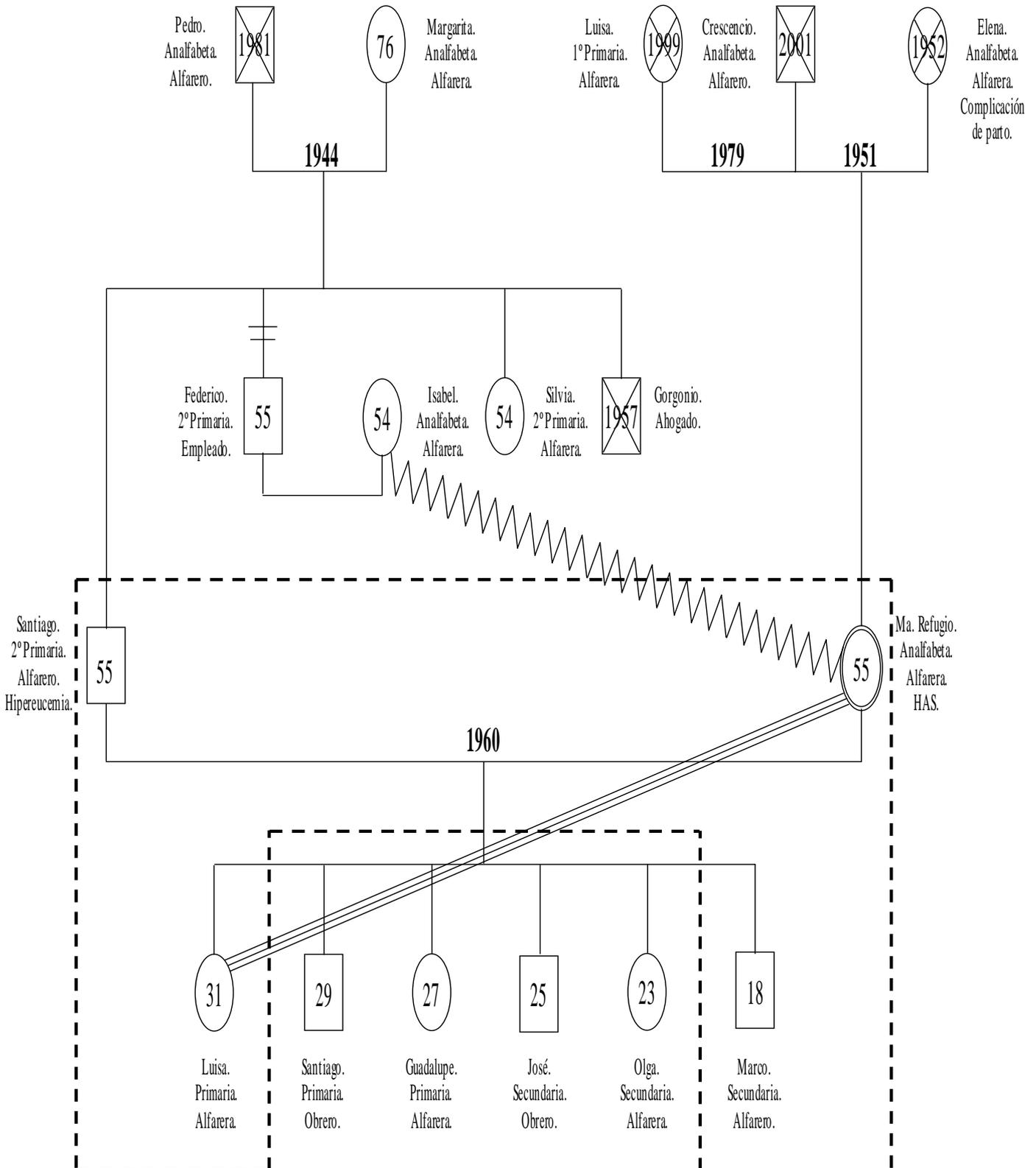
De acuerdo al genograma María integra una familia nuclear intacta, ambos miembros de la pareja fueron los primeros hijos en sus respectivas familias lo que traduce probables problemas de lucha por el poder y jerarquía en su relación como pareja. María como paciente identificada refleja probable incompatibilidad marital por ausencia de experiencia de convivencia con hermanos de ambos sexos. Por parte del cónyuge, no hay diferencia significativa de edad entre los hermanos y tienen una adecuada experiencia de convivencia fraterna sin otros factores que modifiquen el rol de la constelación familiar. Existe reiteración de oficio o profesión: alfareros y nivel de escolaridad de analfabetismo.

La etapa actual del ciclo vital es de Dispersión-Independencia con detención en el desarrollo en esta etapa por la presencia en el hogar materno de

la hija mayor. Existe espaciamiento en promedio de cinco años entre los dos últimos hijos, lo cual sale de las expectativas normativas sin repetición de pautas a través de las generaciones. Contrasta el antecedente de haber sido hija única producto del segundo matrimonio de su padre. La muerte de sus padres tuvo una adecuada resolución del duelo, pero existe una relación conflictiva con la hermana mayor de su esposo, se da relación estrecha entre la paciente identificada y la hija mayor quien vive aún en el hogar materno, lo cual sugiere probable identificación madre- hija mayor en relación al ejercicio del poder y la jerarquía ya que la paciente identificada fue hija única.

Predomina el desequilibrio familiar aun cuando es una familia nuclear intacta, con detención en la etapa de desarrollo del ciclo vital por la dificultad de la hija mayor para independizarse del hogar. María hija única con ausencia de experiencia con hermanos de ambos sexos que indirectamente condiciona problemas de complementariedad marital y lucha por el poder, así como también la carencia afectiva y emocional deseable en las primeras etapas de desarrollo en su niñez. Existe relación cerrada con la hija mayor, lo que refuerza la actitud proyectiva en relación al uso del poder. Tienen como recursos la unión familiar, la transmisión de sus tradiciones y cultura a través de la práctica de la alfarería y son de una misma clase social. Mostraron disposición para participar en las entrevistas.

# Genograma de la familia Maria del Refugio.



El relato de Juana (5).

Juana es una mujer de 42 años de edad, también dedicada a la alfarería, casada, de religión católica, con estudios de segundo de primaria y en su familia ocupa el sexto lugar de 9 hermanos, tiene 20 años de casada ya que se casó de 22 años de edad y su esposo de 20. Vive con su esposo y 2 hijas de 17 y de 9 años de edad, ambas estudiantes y dedicadas al mismo oficio, con su suegra, una hermana de su esposo, su cuñado y 2 sobrinos de 5 meses y 4 años de edad, respectivamente. Mantiene buena relación con todos. Tiene artritis reumatoide desde hace 5 años y diabetes mellitus desde hace 2 años de evolución, es tratada con glibenclamida, metformina e indarizona (indometacina/dexametazona).

Desde hace 7 años se sentía mal. Recuerda haber empezado con dolor en las manos y los pies, sentía que se le entiesaban por las noches y llegó a no poder levantar las extremidades, no podía caminar; no sabía que estaba enferma y tomaba pastillas que le quitaban el dolor sintiéndose bien; pero las manos se le empezaron a entiesar más por lo que 2 años después decidió acudir con el doctor que era especialista en medicina interna, en Quiroga, quién le mandó hacer radiografías y estudios de laboratorio y le dijo que tenía artritis reumatoide. Fue hasta entonces que se dió cuenta que estaba enferma, se preocupó mucho y se sintió triste. Dejó de consultar el doctor porque le cobraba mucho \$ 600.00 de consulta y solo una ampolleta le ponía cada vez que iba.

Tiene 3 años con diabetes mellitus, empezó con mareo, veía nublado, le daba mucha hambre y orinaba con más frecuencia, pues durante la noche se levantaba 3 ó 4 veces, por lo que acudió a la clínica rural de su comunidad para

ver lo que tenía; la enfermera le realizó un destróstix y le dijo *“traes el azúcar alta, probablemente seas diabética”*, por lo que ella se asustó, preocupándose mucho y dijo *¡Ay Dios mío! ¿Por qué me mandas esta enfermedad? ¡Ya me acabaló con otra enfermedad!*. Fue a consulta con el doctor y éste le dijo que era necesario hacerse estudios de laboratorio, los que se hizo en Quiroga, se los llevó al doctor que confirmó era diabetes mellitus, que no se curaba y tendría que tomar medicina siempre. Vendría a la consulta y por medicina cada 2 meses.

También hace 8 años en el Hospital Civil de Morelia le diagnosticaron un quiste en un ovario. Se preocupó, pero pensó *“al cabo ya estoy viniendo aquí y sintió un alivio porque pensó que se curaría”*. Le dieron pastillas para que se deshiciera el quiste y al hacerle posteriormente un ultrasonido vieron que ya no tenía nada dándole de alta, pero le hicieron dar muchas vueltas a la consulta; la citaban cada 15 días o cada mes y no le quedaron ganas de volver a ir. Por eso no ha ido al hospital para que le traten la artritis reumatoide.

Cree que se enfermó porque hizo un coraje muy grande y tomó agua enojada. Cree un poco en la brujería, pero no cree que la hayan embrujado. Cuando empezó a estar enferma fue a Cherán para hacerse una limpia. Le cobraron \$ 7,000.00 pesos y no se curó. También ha ido con naturistas, ha tomado diversos remedios y sigue igual; por eso su esposo ya no la deja ir a otros lados. Tampoco cree que se haya enfermado por castigo de Dios. De la diabetes mellitus solo sabe que da mucha sed, se orina mucho, se pone seca la boca y se nubla la vista, sabe que debe tomar medicina de por vida porque la enfermedad no se cura y las heridas no sanan rápido. De la artritis reumatoide solo sabe que se entiesan las manos y los pies y dan calambres.

Su vida ha cambiado mucho, ya casi no trabaja porque no le dan ganas de hacerlo ni puede caminar rápido. A veces se siente mal. No puede comer de todo. Desde que enfermó su esposo la trata mejor. Siempre anda cansada y se preocupa. No sabe hasta cuando, pero, aún enferma quiere seguir en la lucha por estar bien y vivir más. Ya se resignó "*pues ni modo qué hace*", sabe que no se va a curar y solo toma medicina para calmar las molestias y se la toma para estar bien; no quiere morirse y no falta a sus citas con el doctor ya que resignó a estar enferma es feliz a pesar de que ya no puede trabajar.

Cuando come se queda con hambre pero se controla porque no quiere que le suba el azúcar, aunque a veces no cuida su dieta ya que no se aguanta y después se arrepiente. Cuando sus hijos ven que come mucho no la dejan y la regañan. Antes se comía 10 tortillas con cada comida, ahora sólo se come 3, ya se está acostumbrando porque antes de la comida come verdura (repollo, lechuga, pepino, o chayote) y ya cuando come está llena y come menos. Se siente diferente a las otras personas por estar enferma, porque hace sus actividades más lentamente, ve como otras personas caminan con ganas y rápido, se ríen, comen de todo y ella no puede hacer lo mismo, pero se conforma y hace como que está bien y a veces le cuesta trabajo reírse. No de le da miedo morirse "*pues ya ni modo*", *si viera que las otras personas no murieran le preocuparía, pero sabe que todos, tarde o temprano, nos vamos a morir*. Sale a la plaza a comprar comida para distraerse y se olvida de que está enferma. Ahora sus hijas y su esposo la tratan mejor pero no quiere darles preocupaciones, se aguanta y no les dice si se siente mal.

Se levanta a las 8 de la mañana desayunando a las 9:30 con té de canela, avena en agua con poquita azúcar o con leche y un bolillo. Come a las 12; 30 con frijoles, sopa, pollo (2 veces por semana), pescado (2 ó 3 veces por semana) en caldo, sopa de verduras, lentejas, nopales, habas, o carne de res (una vez por semana), con 3 tortillas aunque se quede con hambre, pone el recurso de entiesarlas en el comal. Ella antes se comía 8 tortillas con la comida y me dice que casi nunca le ha gustado lo dulce ni lo salado. Cena a las 6 de la tarde con lo quedó de la comida o huevo y frijoles y tres tortillas.

Pesaba 59 kilos, ahora pesa 51,900 y mide 1.51cm. Ha bajado de peso porque come menos. Su último destróstix fue de 200 y la presión arterial de 100/80. No come alimentos dulces como pan, dulces, agua con azúcar o le pone poca azúcar y no come carne de puerco ni toma refresco.

A veces se pone triste, pero sale a caminar para distraerse, o se va a la casa de sus papás, *“pues ya ni modo, ya le agarró esta enfermedad y pues ya qué hace”*. Aunque ella trata de aparentar que se siente bien para que su familia no se preocupe, a veces se siente mal, se le entumen las manos y los pies, que es lo que no la deja caminar sintiéndose sin ganas de nada y es cuando *“piensa que por qué Dios le mandó este castigo”*, aunque no cree que haya sido Dios y no sabe porque se enfermó.

No va a misa porque se le entumen los pies de estar tanto tiempo sentada y le da pena estarse parando. En las fiestas ya no toma como antes que se tomaba una cerveza. A veces le da pena decir que no cuando le ofrecen pero *“pues ni modo”* ya ni se le antoja. Recuerda que la gente le insistía para que tomara. Para ella estar sana, es poder hacer de todas las cosas y trabajo todo el que se quiera y

sentirse bien, no sentir dolor, y en cambio estar enferma, es no sentirse bien, no poder hacer de todo lo que se quiera hacer.

Ya no le da miedo morir como al inicio de su enfermedad.

Piensa que más adelante probablemente la medicina ya no le sirva para quitarle el dolor, porque la enfermedad va a estar más avanzada y no va a poder dejar las pastillas. Piensa que ha tomado mucha medicina y que a pesar de eso más adelante ya no va a poder caminar pues cada vez puede menos, y por eso camina “mucho “*¡ya me tocó esta enfermedad y pues ni modo!*”. Sí ha pensado visitar otros doctores en Morelia para ver que le dicen de su enfermedad (la artritis reumatoide), pero su esposo no tiene tiempo de acompañarla porque no quiere perder de trabajar. Ha hecho un esfuerzo para tratar de adaptarse a la enfermedad, trata de no pensar en ella y de no acordarse de que está enferma y cuando no tiene dolor siente que no lo está y se le olvida. Antes lloraba y su hija le decía que se iba a enfermar más, que mejor saliera al campo para distraerse, su esposo también se lo decía y es así como se ha venido acostumbrando. Desde hace 4 años ya no los acompaña a vender porque no puede subir las escaleras del metro en el D.F. La última vez que fue le costó mucho trabajo, apenas podía caminar, no caminaba rápido como ellos y se tardaban más, pero sí le gustaba acompañarlos. Ya no le dan ganas de ir y no sufre por eso ¡ya se acostumbró!

Comentario.

Juana es una mujer con edad aparente mayor a la cronológica con facies de resignación, usa ropa típica de la comunidad, sincera, seria, camina con lentitud. Acudió puntualmente a todas las entrevistas, conversaba tranquila y

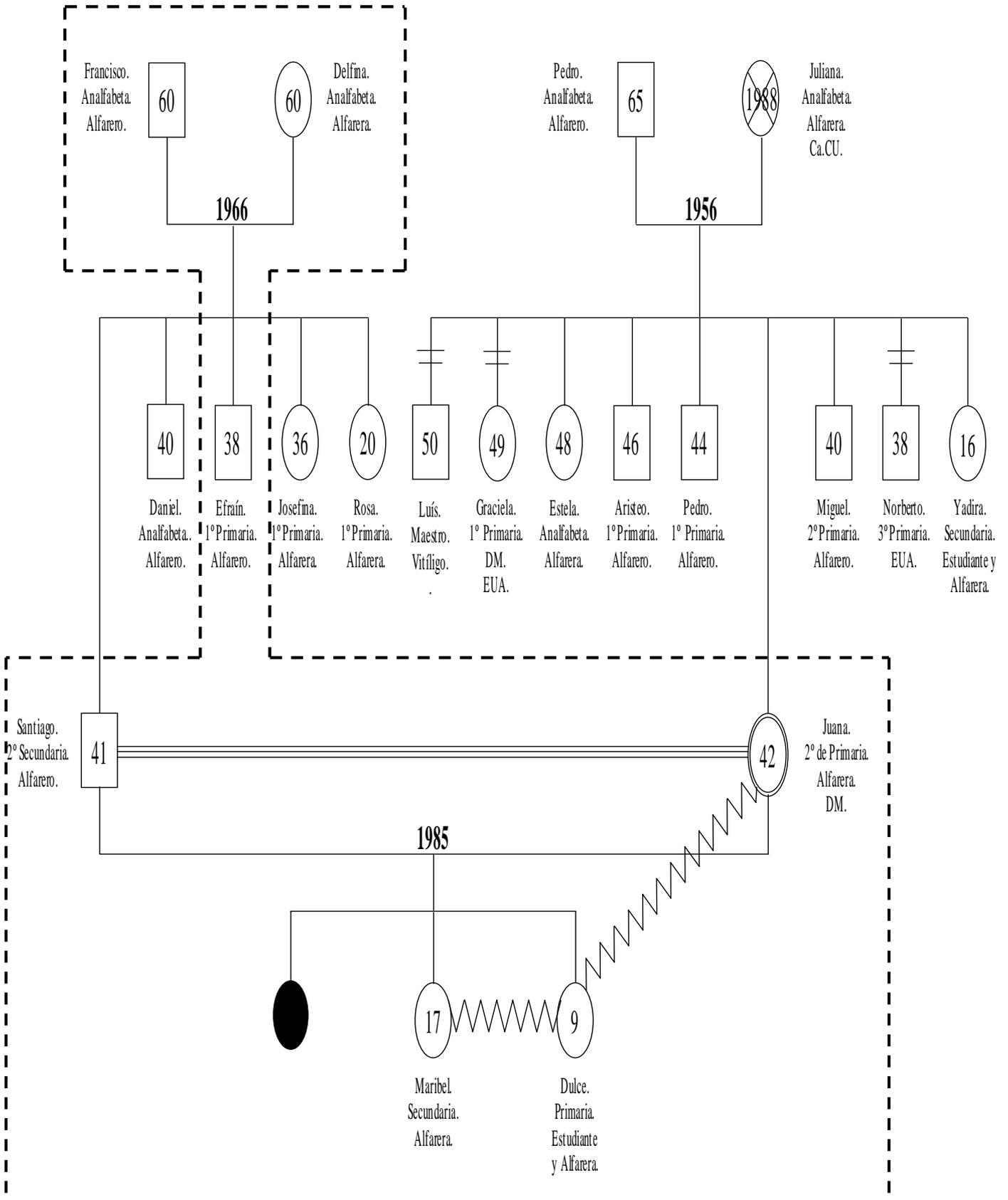
sonreía esporádicamente como sin ganas. En la mayoría de las entrevistas se hizo acompañar de su hija menor y aunque no se le citara se hacía presente.

De acuerdo al genograma, Juana pertenece a una familia nuclear extensa o de tres generaciones, ella es la sexta en un total de 9 hermanos y su cónyuge hijo mayor de cinco, lo que traduce un rol complementario; existe experiencia compartida con ambos sexos para cada miembro de la pareja lo que sugiere compatibilidad marital; el espacio ínter-genésico en promedio es de 2 años sin problema de funcionalidad y sin otros factores que modifiquen el rol de la constelación familiar hay reiteración de profesión u oficio; alfareros. Su etapa actual del ciclo vital es de dispersión. Tiene antecedente de aborto espontáneo en el primer embarazo, dos hijos del sexo femenino con diferencia de edad de 8 años, considerándose por éste hecho como hijas únicas cada una desde el punto de vista del desarrollo psicosocial, presencia en el hogar materno de familia extensa por la convivencia de los abuelos y un tío de 38 años, hechos que están fuera de las expectativas normativas, sin repetición de pautas a través de las generaciones ni sucesos de la vida y funcionamiento familiar relevantes. Relaciones estrechas o cerradas entre los cónyuges. Conflictivas en el subsistema materno-filial del tipo madre – hija menor, así como en el subsistema fraterno, relación conflictiva entre ambas hermanas aunque de manera general predomina el equilibrio familiar. La composición de familia extensa en un momento dado puede significar un recurso en la dinámica familiar, dependiendo del estilo de comunicación, valores y asunción de roles de cada miembro en el hogar, que, en

esta familia será uno de los aspectos a investigar. Existe complementariedad conyugal, y crisis paranormativas derivadas de la etapa del ciclo vital actual.

Juana tiene un patrón vincular conyugal estrecho lo que tendrá un doble significado dependiendo del contexto hacia lo positivo o a la dificultad para el desarrollo de la familia, los miembros de la familia tienen como recursos, habilidades propias del trabajo artesanal las cuales se van aprendiendo en cada generación y hay adecuada adaptación dentro de las etapas del ciclo evolutivo familiar; son de una misma clase social y permanecen juntos. Mostraron disposición para participar en las entrevistas.

## Genograma de la familia de Juana.



El relato de Ernestina (6).

Ernestina es una mujer de 49 años de edad dedicada a la alfarería, casada, de la religión católica, con estudios de segundo de primaria, es la mayor de 7 hermanos tiene dos hijos de 21 y 22 años de edad. Vive con su esposo de 56 años con estudios de preparatoria, un hijo con su esposa y dos nietos, todos dedicados al mismo oficio. Desde que se casó ha vivido con sus suegros por falta de dinero para hacer su casa. Tiene hipertensión arterial desde hace dos años y está tratándose con captópril.

Le diagnosticaron hipertensión arterial hace 2 años, pero, desde un año antes no trabajaba porque se sentía desesperada, le dolía la cabeza, no sabía lo que tenía y tomaba pastillas para el dolor hasta que un día decidió acudir a la clínica con Celia la enfermera de la unidad médico rural de su localidad. Celia le tomó la presión y le dijo, "la traes alta", después pasó con el doctor quién le informó tenía hipertensión arterial, que esta enfermedad no se curaba y necesitaría tomar medicina, la citó en dos meses para revisarla y darle medicina. Ernestina cuando recibió la noticia se asustó, sintió miedo de morir sintiéndose muy triste.

Cree se enfermó porque sufrió mucho en su infancia por la muerte de su papá y el alcoholismo de su madre, no cree sea por castigo de Dios porque reza, no cree en los brujos que sabe no pueden curar ni enfermar ya que cuando acudió a ellos lo comprobó. Su esposo e hijos la tratan igual, *no le preocupa morir "si le toca ya ni modo qué hace"*, pero quiere seguir viviendo y por eso se cuida y toma la medicina. No se siente diferente a otras personas por estar enferma, a veces ni

se acuerda de su enfermedad, la gente la trata igual pero le da miedo que su mal avance. Dice no sufrir para que su familia no sufra y les dice *“que algún día se va a morir para que no sufran cuando se muera”*.

Ahora sigue las indicaciones del doctor para que no se enoje y la regañe. Lo ve para sentirse bien y sí lo logra porque se toma la medicina aunque a veces se le olvida hasta que se acuerda por el dolor de cabeza; le preocupa tanta medicina le vaya a dañar el cuerpo pero ya puede trabajar.

Se acuesta a las 12 de la noche, se levanta a las 6 de la mañana para ir al monte a traer tierra para molerla y prepararla. Hace tres comidas al día a las 12 de la mañana a las 2 de la tarde y a las 8 de la noche. Desayuna con jugo de zanahoria, té de manzanilla o avena en agua, almuerza con caldo de pescado, caldo de haba, lentejas, frijoles ó huevo, cena con un vaso de leche o avena en agua y guisado del que quedó de la comida. Con cada comida se come 2 tortillas, antes se comía 6. No tiene problema para llevar dieta por que nunca ha tenido dinero para comer bien, ya que de niña sus papás eran alcohólicos y les descuidaron. Se acostumbró a no comer sal y no le gusta la carne de res y cerdo. Para ella ser rico es tener dinero para gastar, comer, ir al doctor, poder comprar de todo. Con su familia viven bien pero se enferman porque no tienen tiempo de ir a consulta por cuidar sus negocios y descuidan su salud por cuidar su dinero. Los pobres no tienen dinero para gastar ni para comer pero viven mejor y tienen más tiempo de ir a consulta. Las personas sanas no se preocupan, son felices y viven a gusto, las personas enfermas se sienten preocupadas y no viven a gusto.

Cuando no toma la medicina se siente mal, va a la clínica y trae la presión alta, por eso procura que no se le olvide tomarla. Pensaba que era porque come

menos; sufre de calenturas siente la cabeza y el cuerpo caliente y los doctores le dicen es porque trae la presión alta. Se baña dos veces al día y se le quita, ahora es feliz pero sufre cada vez que se acuerda de cuando era niña y siempre llora al tocar el tema.

Hace 10 años antes de que le realizaran histerectomía adelgazó mucho, Celia la enfermera de la unidad médico rural le aconsejó fuera al Hospital Civil de Morelia porque ahí le cobrarían poco. Así lo hizo y no le dio miedo operarse, al contrario se sintió bien, sabía que se iba a curar, sin embargo sufrió porque sangraba y la citaban en el Hospital Civil de Morelia hasta 2 veces por semana; apenas podía caminar y sentía que se iba a morir. Cuando le dijeron que era necesaria la cirugía sintió alivio porque se curaría y en el hospital se sintió a gusto y descansada; la trataron bien y duró 3 días hospitalizada. No sufrió por la cirugía.

Comentario.

Ernestina es una mujer tranquila viste la ropa típica de la región en todas las entrevistas se mostró sincera. Lloró e hizo mención de las desagradables experiencias que vivió en su infancia lo que no ha logrado superar, siempre acudió sola. En una ocasión en que yo andaba en la calle la encontré, me invito a pasar a su casa, me hizo sentar en una pequeña silla de madera y me regaló 2 macetas y una alcancía de barro artesanal de las que ella elabora.

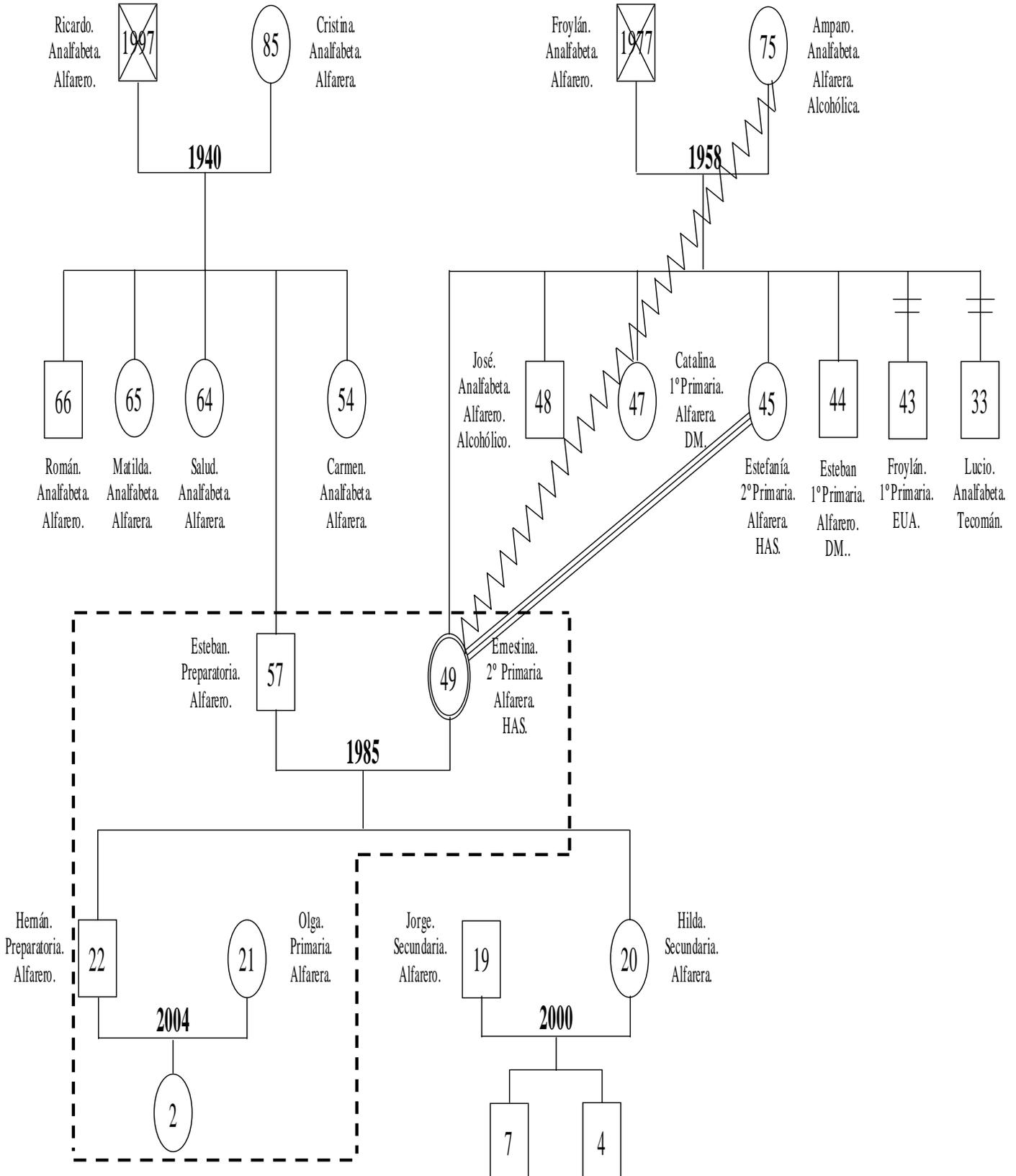
En base a los datos del genograma Ernestina pertenece a una Familia Nuclear extensa o de tres generaciones. El rol conyugal es complementario y tiene adecuada experiencia de convivencia con hermanos de ambos sexos para cada miembro de la pareja lo que traduce compatibilidad marital, presencia de

alcoholismo materno y de el hermano mayor, reiteración de profesión u oficio de alfareros así como de analfabetismo.

Etapa actual del ciclo vital familiar: de independenciam, con detención en el ciclo evolutivo por habitar en la misma casa el hijo mayor y su familia, relación conflictiva madre- hija mayor y paciente identificada con su nuera quien habita el mismo hogar, hijo mayor que tiene la misma edad de su cónyuge y nacimiento de su primer hijo a los 21 años. Existen diversas pautas de repetición a través de las generaciones del tipo del Alcoholismo e Hipertensión Arterial por rama materna y pautas de tipo vincular que ocasionan conflicto y relaciones estrechas, sin sucesos de la vida y funcionamiento familiar relevantes. Destaca la presencia de relaciones cerradas o estrechas entre los cónyuges, Relación estrecha entre paciente identificada- hermano menor, relación conflictiva entre paciente identificada- madre y paciente identificada- nuera.

En general existe de manera ambigua equilibrio y desequilibrio de manera proporcional; es una familia extensa y existe detención en la etapa de independenciam. Hay antecedente de pautas reiterativas de hipertensión, alcoholismo en la madre y hermano mayor de la paciente identificada. Así como relaciones estrechas y conflictivas en la historia generacional familiar, tienen como recursos habilidades propias del trabajo artesanal las cuales se van aprendiendo de generación en generación; son de una misma clase social y a la fecha permanecen juntos. Mostraron disposición para participar en las entrevistas.

# Genograma de la familia de Ernestina.



El relato de Angelina (7).

Angelina es una mujer de 42 años de edad, dedicada al oficio de la alfarería, es casada, de religión católica, con estudios de primaria y es la mayor de 6 hermanas. Se casó a los 18 años de edad y su esposo tenía 25 años; siempre la ha tratado bien. Tienen 5 hijos de 23, 19, 17, 15 y 7 años de edad, estudiantes y dedicados al mismo oficio, los últimos 3 embarazos terminaron en abortos; mide 1.43cm. Y pesa 70kgs, antes pesaba 77 kilos. Vive en la casa de su suegro con su esposo, sus hijos, su suegro, una hermana y un hermano de su esposo, su esposa y 4 sobrinos de 23, 15, 17 y 7 años y ahora su hijo recién casado y su esposa se van a ir a vivir con ella.

Hace 2 años le diagnosticaron hipertensión arterial pero desde hace 3 años le dolía la cabeza. Supo que estaba enferma porque en una ocasión, al estar vendiendo en Uruapan, empezó a sentirse mareada y con dolor de cabeza; pensó era por el uso del aguarrás o el tinner porque había pintando todo el día; fue con el doctor quién le informó traía la presión alta y que no era por pintar. Entonces pensó sería porque no comía o comía y no se levantaba a caminar y tomaba mucho refresco y empezó a levantarse y caminar después de comer para que la comida se le bajara y a dar vueltas en el puesto. Después fue con el doctor de la unidad medico rural de su comunidad quien le confirmó el diagnóstico anterior y le dijo: tienes hipertensión arterial vas a tomar medicina de por vida. En ese momento “se enojó mucho al saberse enferma” porque pensó ya no podría pintar. El doctor le recomendó bajar de peso, hacer ejercicio, comer menos, no comer grasas, pan y no tomar refresco para controlar la presión. Cree que se enfermó

por preocupaciones, tomar cerveza y mezcal, tomar refresco, por el sobrepeso, la falta de ejercicio, por comer mucha tortilla (se comía 15 a escondidas a la una de la mañana cuando todos dormían), porque le hicieron bujería, le pusieron algo en la comida o alguna vecina le hizo un hechizo; su esposo le “dice que *“Dios le mandó esa enfermedad para que no trabaje tanto”*. Desde que está enferma se cuida, no toma cerveza ni mezcal. Antes iba a 2-3 fiestas por mes y se tomaba 3-4 cervezas y dos copas de mezcal, sus amigas y comadres le preguntan por qué ya no toma y le invitan una cerveza, se enojan porque ya no acepta pero se aguanta y aunque le gusta mucho comer hace el esfuerzo de no comer sino 5 tortillas con las comidas. Su esposo la trata mejor. Trabaja mucho sentada todo el día, sólo se levantaba cuando se le cansaban los pies o para comer. Ahora se levanta a caminar. Cuando sale a vender usa pantalón aunque la gente la critique, se lleva un brasero para hacer la comida donde está vendiendo y guarda las pastillas en la bolsa del vestido, se le antoja comer más pero se aguanta y piensa *“ya para qué si ya está enferma”*. Se resignó a estar enferma. No siempre sufre, a veces ni se acuerda de la enfermedad y se siente feliz. Su vida no ha cambiado, hace el mismo trabajo aunque le duela la cabeza, se siente bien, la gente la trata igual y no se siente diferente a las personas que no están enfermas. Cuando se siente triste visita a su mamá o se va a la plaza y platica con alguien y se le olvida lo de la enfermedad. Le da miedo morir, por eso come menos y se toma la medicina, quiere ver crecer a sus hijos y sus nietos. Trata de no sufrir, por eso sale a caminar todas las mañanas al monte y está bajando de peso. A veces llora pero de alegría porque su esposo e hijos la tratan muy bien, piensa que a lo mejor es porque se va a morir o ellos serán los que se van a morir pronto. Se acuesta a

las 11 ó 12 de la noche y se levanta a las 6 de la mañana; antes de estar enferma se acostaba a la 1 ó 2 de la mañana por estar trabajando y se levantaba a las 4 de la mañana. Come poca sal, no come grasas ni carne de cerdo, pollo una vez en dos meses, carne de res una vez a la semana, Diario a las 7 de la mañana se come una gelatina y pan, desayuna a las 8 de la mañana con té de manzanilla, de limón o leche; almuerza a las 12 de la mañana con frijoles, nopales, huevos, bistec o verduras y 8 tortillas; come a las 5 de la tarde con huevos, queso con chile, sopa, arroz con bistec, o enchiladas, ensalada o guacamole, y 8 ó 9 tortillas de las que ella hace; come mucho quelite o acelgas con papas. Se toma el ombligo de la cáscara de lima como agua de uso para controlarse la presión. Cree estar gorda por el aire porque se levanta y no come nada. Para ella ser rico es tener mucho que comer y tener dinero para comprar de todo, los ricos tiran la comida y la verdura, los pobres en cambio no tienen dinero para comprar lo que quieren y no tiran la comida.

La van a operar de una hernia umbilical y no quiere pagar. Va a ir al DIF para que la ayuden y pagar menos. Ese dinero lo va usar para comer porque no tiene dinero de más porque gastó mucho (\$ 3000.00) en la boda de su hijo. No le preocupa la cirugía de la hernia, le preocupa más el que no va a poder trabajar. El doctor le informó que no es una cirugía riesgosa, pero necesita bajar de peso, y ya se compró una silla cómoda para trabajar a gusto sin hacer fuerza su esposo hace el trabajo pesado. Cuando va a Morelia no usa rebozo y usa zapatos de tacón ya que a su esposo le gusta se vista así, aunque la gente la critique. Piensa que la enfermedad va creciendo con los años; cuando toma vino siente que se ahoga y antes no sentía nada. Sabe de su enfermedad que es mala, no se cura,

piensa que más adelante se va a poner mal porque seguido le duele la cabeza pero con una aspirina se le quita, creyendo que es porque últimamente tiene más preocupaciones.

Hace un año se enfermó de “boca chica” porque después de una emoción se comió dos platos de res y cuando caminaba rumbo a la plaza empezó con dolor de pies, se le desvió la boca hacia un lado, los pies hacia adentro, gritaba del dolor y estaba asustada. Su esposo fue a buscar un doctor y éste le dijo “no es embolia” “son nervios”, le puso una inyección y la citó en 15 días, a la cita la boca había regresado a su lugar.

Comentario.

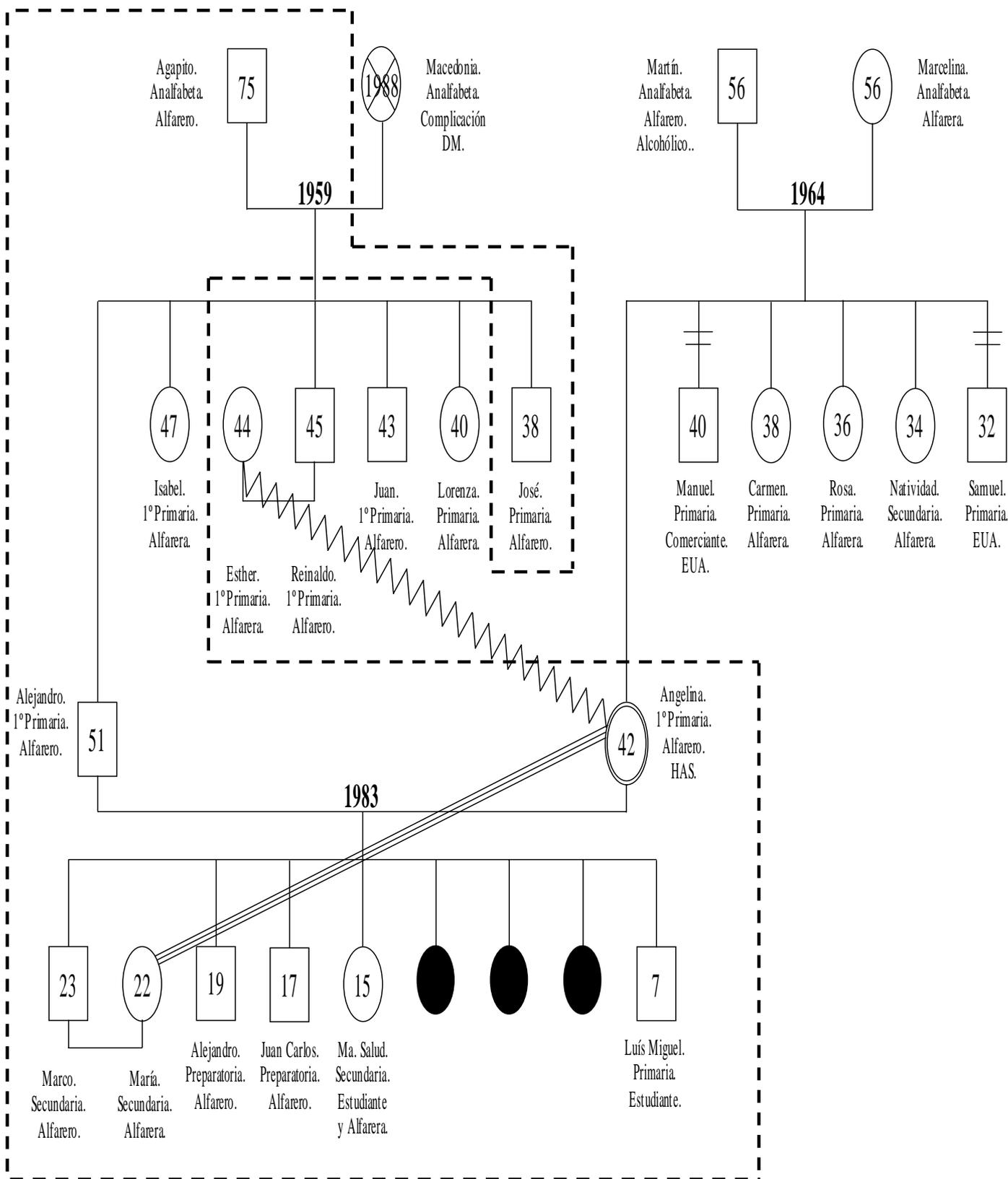
Angelina viste ropa típica de la región es una mujer alegre, abierta, habla mucho de todo, hace bromas, no da la apariencia de que sufra, se ve feliz, disfrutó las entrevistas e iba aunque no se le citara, en varias ocasiones me invitó a la casa de sus padres y me acompañó a conocer su comunidad, me tocó ver como adornan las calles; las tapizan de aserrín de diferentes colores y ponen flores en las esquinas de las cuadras por donde pasa la Virgen en las fiestas religiosas. Me regaló ollas de barro artesanal de las que ella hace.

En base a los datos del genograma Angelina pertenece a una familia nuclear extensa o de tres generaciones, con complementariedad, compatibilidad conyugal y lucha por el poder y la jerarquía. Tiene un espacio inter-genésico entre 2 y 3 años lo que traduce adecuada experiencia entre hermanos, sin otros factores que modifiquen el rol de la constelación familiar, hay reiteración del tipo de profesión u oficio: Alfareros. La etapa del ciclo vital actual es intermedia entre

dispersión-independencia, con sucesos fuera de expectativas tradicionales normativas, habitan el mismo hogar materno el suegro y dos cuñados adultos y solteros, así como sus 5 hijos, incluyendo a la esposa del mayor quien está recién casado. Resalta el espacio ínter genésico largo de 8 años aproximadamente entre los dos últimos hijos, así como 3 abortos espontáneos con aparente duelo superado, existe relación conflictiva de la paciente identificada y el tercero de sus cuñados aún cuando no habita en el hogar. Sin repetición de pautas a través de las generaciones, ni sucesos de la vida y funcionamiento familiar relevantes, hay relación conflictiva paciente identificada-cuñado y relación estrecha paciente identificada e hija mayor.

Predomina el equilibrio familiar, existe complementariedad conyugal, adecuada experiencia fraterna, buena adaptación a etapas evolutivas del ciclo vital familiar, sin pautas reiterativas de funcionalidad o vinculares. A la fecha del estudio con 24 años de unión matrimonial conservan unión familiar, tradición cultural y laboral a través de la enseñanza intergeneracional de la alfarería y son de una misma clase social. Mostraron disposición para participar en las entrevistas.

## Genograma de la familia de Angelina.



El relato de Carmen (8).

Carmen es una mujer de 48 años de edad es casada de la religión cristiana, dedicada al oficio de la alfarería, con estudios de primaria, ocupa en 5º lugar de 5 hermanos tiene 4 hijos de 25, 23, 8 y 15 años de edad dedicados al mismo oficio de la alfarería vive con su esposo dos hijos solteros y su mamá. Sus hijos se portan bien no le ocasionan problemas, mide 1.53cm, pesa 65 kilos pero, antes pesaba 79 tiene diabetes mellitus de 3 años de evolución tratada con glibenclamida.

Hace un año y 6 meses acudió a la unidad médico rural de la comunidad Celia la enfermera le hizo un destróstix y le informó traía el azúcar alta e indicó viniera al día siguiente a la consulta con el doctor. Este le informó de que su enfermedad se llama diabetes mellitus y tendría que tomar medicina de por vida, cuidarse con dieta consistente en no comer muchas tortillas alimentos dulces, harinas y grasas, comer abundantes frutas y verduras. Por el momento no se preocupó cuando el doctor le informo que tenía diabetes mellitus; no sintió nada, aunque después, sufrió mucho y le daba tristeza y preocupación. Desde entonces está tomando medicina; nunca ha sentido nada gracias a Dios se siente como si no estuviera enferma pero ve como otras personas con diabetes si se sienten mal.

Cree que se enfermó por comer cosas dulces o por brujería, dice *que hay gente en éste pueblo que hace cosas malas por envidia*. Su vida no ha cambiado, sigue haciendo sus mismas actividades tratando de no acordarse, de no preocuparse y no se preocupa, ella se siente feliz, nunca se ha sentido triste por

estar enferma, Es cristiana, diario reza y pide a Dios por ella y por todos; cree en Dios y tiene fe en que “Dios la va a curar”. Come casi de todo aunque a veces se aguanta y no lo hace, pero de vez en cuando, sí se da gusto y come de todo, después se arrepiente y dice mañana no y así la va pasando. Ya se resignó a estar enferma, sabe que las pastillas son calmantes y no la van a curar pero es feliz, a pesar de todo. Afirma que si no estuviera enferma comería de todo. Para ella, estar sana es poder comer de todo y estar enferma es no poder comer de todo ni trabajar bien; piensa a veces en la muerte pero cree que si se toma la medicina y viene al doctor va a estar bien y a vivir mucho. No se siente diferente a las demás personas por estar enferma, la gente la trata igual, ahora come de todo no creyendo le haga daño. Se levanta a las 7 ó 6 de la mañana desayuna a las 9 con atole de avena sin leche y pan; almuerza a las 11 ó 12 con pescado dorado, asado o en caldo, frijoles, lentejas ó carne de res una vez a la semana; come a las 4 de la tarde con huevo, frijoles, tortillas, lentejas o guisado del que quedó de la comida; se comía 12 tortillas con cada comida ahora se come 6. Confía en Dios y piensa que tal vez alguien le hizo algo para que se enfermara, pero no quiere afirmarlo porque ella cree más en Dios y sabe que va a estar bien.

Sabe que la diabetes mellitus es incurable siendo una enfermedad que multiplica otras enfermedades y es mala si la persona enferma no se cuida, que deja a las personas sin un pie, que no sanan las heridas y se infectan fácilmente por lo que tenemos que cuidarnos. Ahora no come igual que antes, come de todo, pero poco. Cuando se queda con hambre toma avena en agua para completarse. Siempre está con Dios y no piensa en cómo va a estar o qué va a pasar más adelante procurando estar tranquila. Piensa que va a vivir mucho tiempo para ver

y cuidar a sus nietos, cree que no va a estar como otras personas que padecen diabetes mellitus que ya están complicadas porque tiene que cuidar a su familia porque necesitan de ella. Cree que no está enferma, pero se cuida; no piensa qué va a hacer después o en lo que le va a hacer daño y no se siente triste, no se siente mal, dice que está bien. Sigue haciendo igual su trabajo, la enfermedad gracias a Dios no le ha afectado. Está contenta, se siente bien, no siente molestias; lo sabe porque nunca se levanta al baño en la noche, siente como si no estuviera enferma, es feliz y no piensa ni se acuerda de su enfermedad.

Comentario.

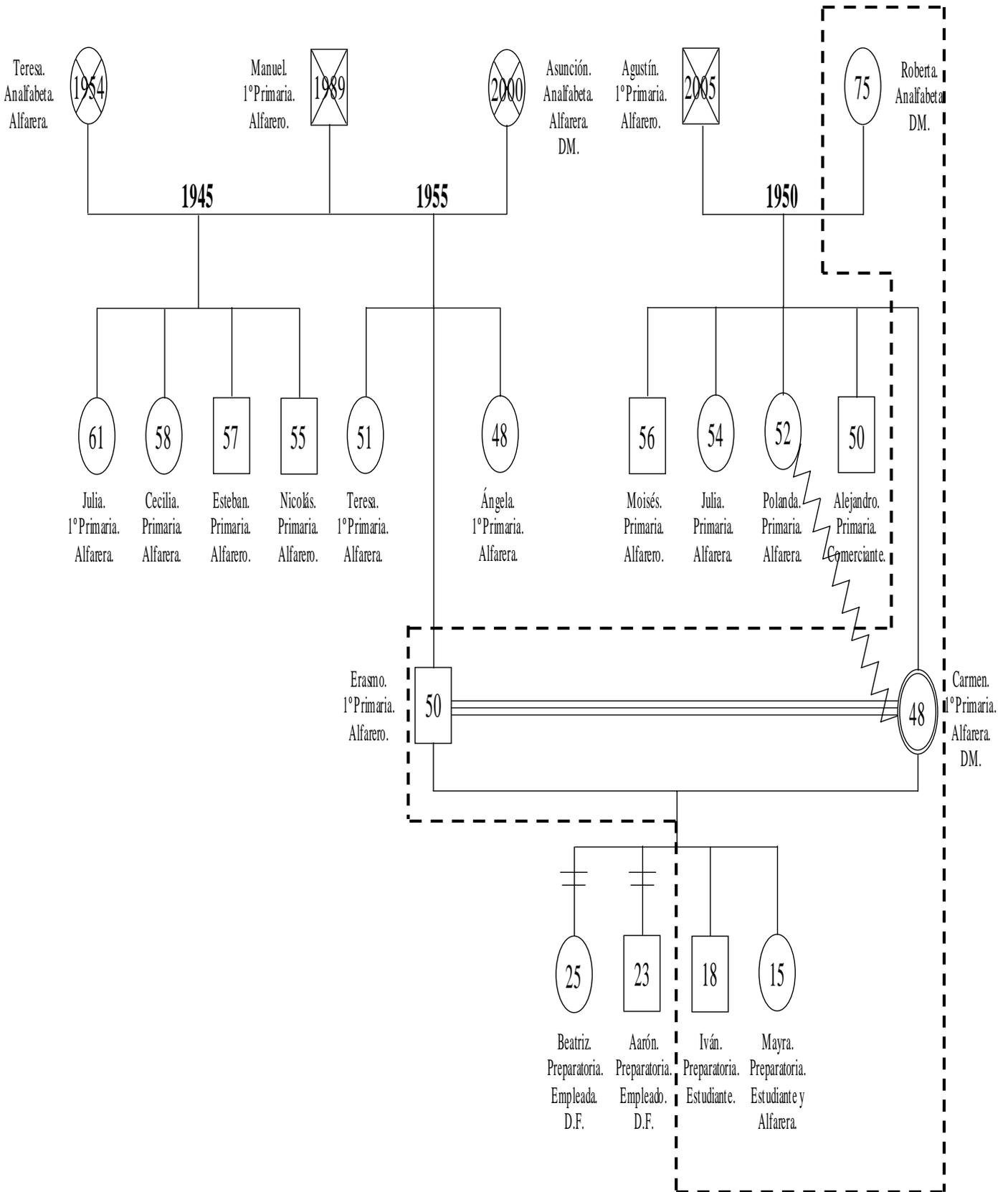
Carmen igual que todas las personas de su localidad viste ropa típica, es agradable, reservada y optimista. Acudió sin problema a las entrevistas, me regaló ollas de barro artesanales con dedicación de las que ella hace; me invitó a pasar a su casa, me hizo sentar en una pequeña silla de madera, me presentó a su esposo, me enseñó el cuarto donde trabaja y me mostró como pinta.

De acuerdo al genograma, Carmen pertenece a una familia nuclear extensa o de tres generaciones, tiene complementariedad y compatibilidad conyugal. Hay experiencia de cada cónyuge compartida con ambos sexos entre sus hermanos. El espacio ínter genésico está entre 1 y 2 años lo que traduce adecuada experiencia entre hermanos, sin la presencia de otros factores que modifiquen el rol de la constelación familiar y se da reiteración del tipo de profesión u oficio: Alfareros.

Está en la etapa de dispersión de acuerdo al ciclo vital, con sucesos fuera de expectativas tradicionales normativas. Habitan el mismo hogar, el abuelo materno de 75 años de edad quien padece diabetes. Existe relación conflictiva de la paciente identificada y el tercero de sus 4 hermanos aún cuando no habita en el hogar; destaca como única pauta a través de las generaciones la presencia de enfermedad del tipo de la diabetes, sin sucesos de la vida y funcionamiento familiar relevantes. Hay relación estrecha o cerrada entre la paciente identificada y su cónyuge.

Predomina el equilibrio familiar, existe complementariedad conyugal, adecuada experiencia fraterna, buena adaptación a etapas evolutivas del ciclo vital familiar, sin pautas reiterativas de funcionalidad o vinculares; conservan unión familiar y tradición cultural y laboral a través de la enseñanza intergeneracional de la alfarería, son de una misma clase social. Los miembros de ésta familia tienen como recursos, habilidades propias del trabajo artesanal las cuales se van aprendiendo de generación en generación. Mostraron disposición para participar en las entrevistas.

# Genograma de la familia de Carmen.



El relato de Natividad (9).

Natividad es una mujer de 56 años de edad, es casada, se dedica al oficio de la alfarería, es analfabeta, de religión católica, es la mayor de dos hermanos y de 3 medios hermanos; tiene 9 hijos dedicados al mismo oficio de la alfarería y se casó a los 13 años de edad con su esposo de 21 dedicado también a lo mismo y con el que siempre ha mantenido una buena relación, la trata bien. Tiene, hipertensión arterial desde hace 4 años tratada con captópril. Vive con su esposo, tres hijos solteros, una hija casada, su yerno y sus tres nietos.

Inició con la hipertensión arterial hace cuatro años después de que su hija se casó, sentía que caminaba como borracha, mareada, dolor de cabeza. La inscribieron en el Programa de Oportunidades donde la pesaron, la midieron y la doctora Zoila le tomó la presión diciéndole que la traía alta e indicó fuera a consulta con el doctor; en ese momento, sintió “mucho coraje por estar enferma” y preocupación por su hija, después vino a la consulta y el doctor le informó que su enfermedad se llamaba hipertensión arterial, le dió medicina, la citó cada dos meses a consulta y en ese momento pensó *¡Ay! ¿Por qué me pasó esto?, ¿Por qué tengo esa enfermedad?, ¿Cuándo me voy a recuperar?, ¿Cuándo voy a estar a gusto?, ¿No voy a poder comer de todo?*” sintió que de repente podía morir y se preocupó por sus hijos ¡quién los va a cuidar! ¡Quién les va a dar dinero para comer! Piensa que la medicina nunca la va a dejar, pero se anima porque *“todos, enfermos, sanos, ricos y pobres se van a morir”*, se cuida porque sí quiere vivir, y se la toma. El doctor que la atiende actualmente no le ha informado cuando le va a retirar la medicina ni por cuanto tiempo se va a tomar el medicamento, si la

enfermedad se cura, sólo la cita cada 2 meses y le recomendó que salga a caminar diario y baje de peso. Ella lo hace porque quiere estar bien. Tiene 2 meses comiendo zanahoria y repollo; el doctor le dijo que se va a recuperar y eso la anima.

Cree que se enfermó por una preocupación muy grande pues sufre mucho con su hija casada porque su esposo le pega, pero la enfermedad no le ha afectado la vida. Raramente piensa en la muerte creyendo que se va a curar y trata de no preocuparse porque cree que se puede enfermar más, morir y dejaría sola a su familia. El doctor le dijo que salga a caminar diario y lo hace porque quiere estar bien. Come de todo con poca sal; al principio sufría “decía *¿cómo voy a comer sin sal!*” pero así comía y ya se acostumbró. No sufre, ni se acuerda de que está enferma, sólo cuando se toma la medicina. Cree que una vecina le hizo algo para que se enfermara de hipertensión arterial porque la critica y le tiene mala voluntad. A veces piensa “¡Dios mío! *¿Por qué me mandaste esta enfermedad?*,” pero no sabe si fue Dios. Los vecinos la critican porque sale a caminar y por no tener jabón para lavar o por su forma de vestir, pero ella piensa que tiene su vida y las otras personas la suya. Al inicio de la enfermedad le daba miedo morir ahora trata de no pensar y hace su trabajo igual. Se acuesta a las 10:30 de la noche, se levanta a las 7 de la mañana, muele tierra para hacer ollas y después recoge la casa; desayuna a las 8:15 con té de hojas de limón con un bolillo o dos tortillas, -la leche no le gusta-, o atole blanco con buñuelos; come a la 1:30 con frijoles, nopales, lentejas, caldo de pollo cada y pescado cada 15 días, sopa, papas con chile rojo, chiles rellenos, huevo, coliflor, pescado con corundas,

o conserva de chilacayote y 3 o 4 tortillas, cena a las 6 de la tarde con el guisado que quedó de la comida o vuelve a guisar. No come grasas ni carne de cerdo.

Cuando sale a vender, su familia le recuerda para que se tome la medicina, sus hijos le dicen que no olvide ir a su cita con el doctor, le dicen *¡ya váyase que la doctora la está esperando!*. Para ella, ser rico es poder comprar de todo lo que se quiere y vivir cómodo, tener dinero y no trabajar mucho, comer bien *“pero el rico se muere igual que el pobre.”* Ser pobre, es todo lo contrario. Estar sano, es andar a gusto, comer y trabajar a gusto es no tener nada de enfermedad ni preocupaciones; enfermo es todo lo contrario a veces ni se puede comer a gusto por la preocupación de la enfermedad.

Vive bien y no le preocupa morirse como cuando empezó a estar enferma. Se controla bien: de su enfermedad. Para que no le suba la presión trata de no preocuparse, sale a caminar para olvidar y olvida. Se preocupa porque algunas veces se le olvida tomarse la medicina, guisa con poca sal. Antes no tomaba refresco ahora sí toma poquito, cuando le dijeron que era hipertensa no comía carne de cerdo, solo comía coliflor, repollo, calabaza y zanahoria pero ahora come de todo porque el doctor le dijo que va mejorando y no cree que le haga daño. Cuando se le sube la presión se siente sin ganas de trabajar, como si estuviera dormida y no quiere que la molesten, se levanta como cansada; sí sufre por estar enferma y se preocupa que le suba la presión pensando qué *¿cómo se va a recuperar?*, y se enfada de comer poca sal; sale diario a caminar media hora. Antes se preocupaba más por estar enferma y no comía ni trabajaba a gusto, ahora ya se le olvidó que está enferma.

No sabe que va a pasar en un futuro con ella, no sabe si Dios le mande otra enfermedad, la cure o se agrave. Ya se acostumbró a estar enferma y no sufre por ello. Cree que las personas que no se sienten bien con su enfermedad es porque no se han acostumbrado y no hacen lo que el doctor les recomienda, ella sí se cuida.

Sabe de su enfermedad, que no se vive a gusto, duele la cabeza, no dan ganas, de trabajar, de caminar ni de levantarse y que probablemente algún día de repente se pueda morir. Su vida sí cambió al inicio de su mal pues se preocupaba mucho; ahora ya no porque el doctor le informó que se está recuperando, se siente bien, está satisfecha y cree que se va a curar.

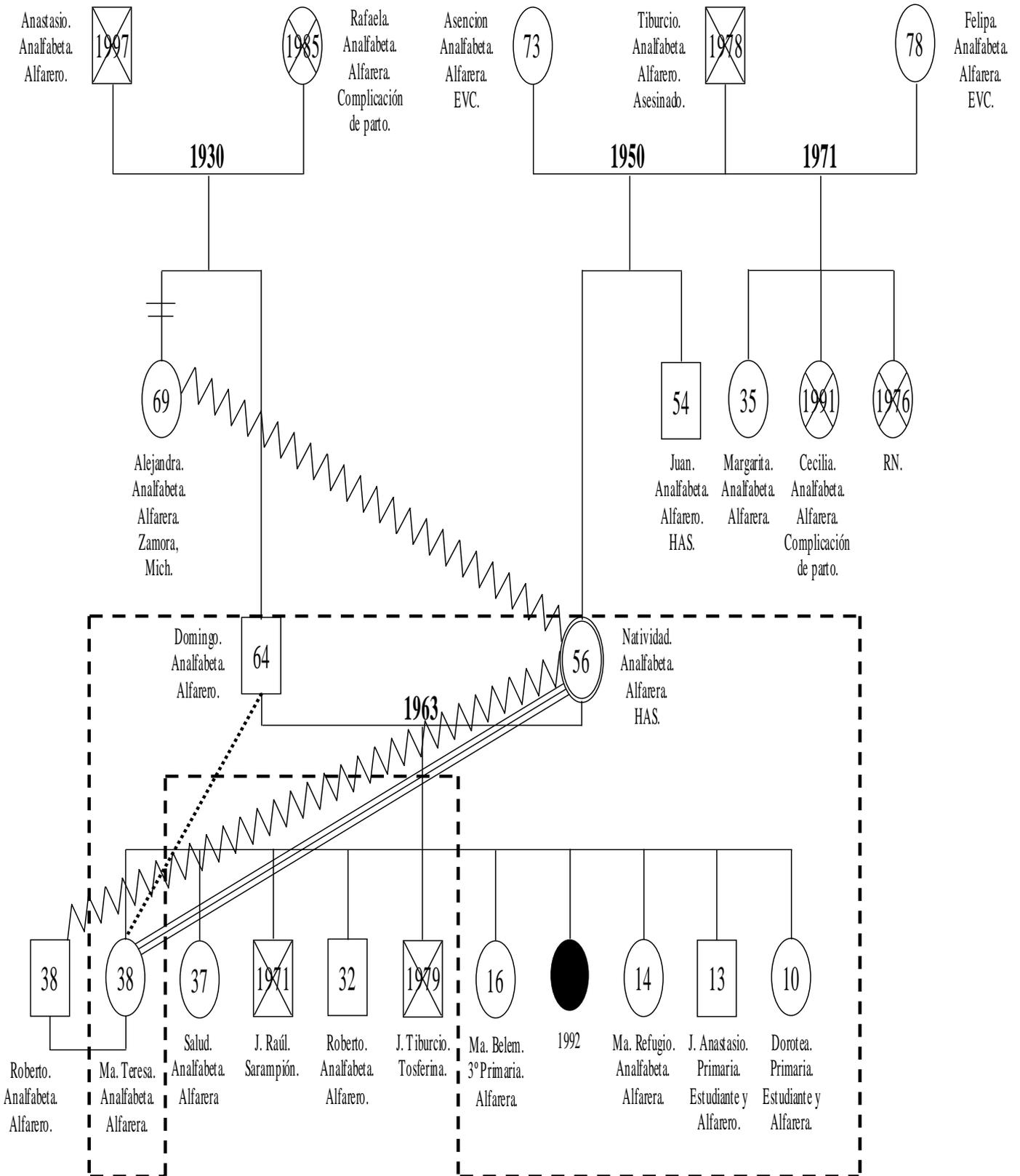
Comentario.

Natividad viste ropa típica de su localidad, es seria, tiene fascies de enfado y de resignación. Durante la entrevista en ocasiones me miraba con ojos de interrogación, con su mirada me hacía preguntas que nunca se atrevió a hacerme, en voz alta. Parecía que no comprendía el motivo de la entrevista, no se le vio llorar o triste; después de que la encontré en las calles de su comunidad la sentí con más confianza en las entrevistas y hablaba con más espontaneidad.

De acuerdo a los datos del genograma Natividad pertenece a una familia nuclear intacta con complementariedad conyugal y experiencia de convivencia con ambos sexos, tiene un espacio intergenésico promedio 1 a 2 años lo que traduce adecuada experiencia en la convivencia con los hermanos, sin otros factores que modifiquen el rol de la constelación familiar, hay reiteración de profesión u oficio, alfareros y el nivel de escolaridad es analfabetismo. Su fase actual del ciclo vital

está en etapa intermedia entre dispersión e independencia. Matrimonio de la paciente identificada a los 16 años, cónyuge de 28 años de edad (12 años de diferencia), primer embarazo a los 4 años de casados, espacio ínter genésico entre uno y tres años. Tres de los diez hijos fueron finados por enfermedad infectocontagiosa de la infancia y uno por aborto, sin repetición de pautas a través de las generaciones, ni sucesos de la vida y funcionamiento familiar, hay relaciones conflictivas entre la paciente identificada y su única cuñada, relación distante del cónyuge con sus dos hijos mayores, triangulación paciente identificada-cónyuge-hija mayor. En General en ésta familia predomina el equilibrio familiar. Existe complementariedad conyugal, adaptación evolutiva al ciclo vital familiar a pesar de diferencia de edad al matrimonio de los cónyuges y primer embarazo en madre adolescente con adaptación dentro de expectativas normativas. Triangulación del subsistema conyugal- hija mayor que será motivo de investigación posterior, se perfila como pauta reiterativa la presencia de hipertensión arterial, tienen como recursos habilidades propias del trabajo artesanal las cuales se van aprendiendo de generación en generación, son de una misma clase social y permanecen juntos. Mostraron disposición para participar en éste estudio.

# Genograma de la familia de Natividad.



El relato de Vidalia (10).

Vidalia es una mujer de 54 años de edad dedicada a la alfarería, es casada, de la religión católica, con estudios de segundo de primaria siendo la mayor de 9 hermanos. Tiene 9 hijos dedicados al mismo oficio y se casó de 17 años de edad con su esposo de 20; tiene 37 años de casada. Vive con su esposo de 57 años dedicado a la alfarería y 4 hijas solteras estudiantes dedicadas al mismo oficio con las que mantiene buena relación. Su esposo la trata bien, tiene diabetes mellitus desde hace 8 años, tratada con bi-euglucon M.

Empezó después de pasar un coraje, orinando aproximadamente cinco veces en el día y cinco en la noche y con mucha sed; su comadre le aconsejó fuera a Quiroga a consultar un doctor, después le platicó a su esposo y le aconsejó lo mismo, así que decidió ir con el doctor del Centro de Salud de Quiroga. El doctor le preguntó ¿traes estudios de laboratorio?, le hizo un destróstix y después de ver los resultados le dijo -traes el azúcar alta- y le hizo un envío a el Hospital Civil de Morelia teniendo su cita en tres días, el médico del Hospital le informó: es una enfermedad de el azúcar llamada diabetes mellitus, no se cura y vas a tomar medicina toda la vida. En ese momento se sintió triste y de mal humor pero pensó *“pues ya qué hago, yo sola tengo que controlarme”*. Ella le preguntó *¿como me voy a controlar?, ¿siempre me voy a tomar la misma medicina?* el doctor le contestó: vamos a ver como evolucionas y la citó en 6 meses. A los 6 meses le dijo: -estas bien-, le cambió la medicina y la sigue tomando. Después consultó otro doctor quién le dijo la medicina que tomas es buena y ella se quedó tranquila, sin embargo se asustó cuando le confirmaron el diagnóstico de diabetes mellitus y más cuando escuchó que no se curaba; la

primer pregunta que se hizo fue *¿qué voy a hacer?*, ¡a lo mejor más pronto me va ha ganar la enfermedad!, *¿me voy a morir?...* Cuando sale a vender guarda las pastillas en la bolsa del delantal para que no se le olviden, se lleva un brasero para cocinar donde vende y ahí duerme. Cree que se enfermó porque tuvo un coraje muy fuerte con su suegra pero antes creía que la habían embrujado, ella está bien con toda la gente y no tiene problemas con nadie, no cree que tampoco se haya enfermado por castigo de Dios. Le preocupa morir porque su comadre murió por complicaciones de diabetes mellitus y no quiere dejar solas a sus hijas. Se siente diferente a otras personas que no están enfermas porque trabajan a gusto y no toman medicina.

Su vida cambió ahora se siente triste y de mal humor. Al inicio de la enfermedad se enojaba de cualquier cosa, lloraba cuando nadie la veía, diciéndose *¿por qué me agarró esa enfermedad?* pero desde hace 6 meses piensa que debe de controlarse. Para ella ser sano es poder comer de todo e ir a donde se quiere, las personas enfermas no pueden comer de todo ni ir a donde se quiere. Los ricos tienen sirvientes que les hacen todo y buenas cosas, los pobres hacen solos todo y tienen pocas casas y no tan buenas. Concluye *¡ya ni modo, pues si Dios decidió que me enferme, ahora me tengo que cuidar!*.

Sabe de su enfermedad que no puede comer dulce, mucha tortilla, grasa, tomar vino, no puede asustarse ya porque le avanza la enfermedad, si se corta es peligroso porque no sanan rápido las heridas, si se pica un grano se puede infectar, debe tener cuidado para no complicarse y debe ir al doctor inmediatamente. Antes trabajaba bien, no le molestaba nada, ahora se cansa rápido, trata de controlarse para no enojarse. Cuando hace su trabajo se le olvida

su enfermedad se sale a la puerta o se va a la orilla de la casa. Cree que más adelante puede tener una emergencia, y hasta necesitar hospitalización, por eso se toma la medicina pero trata de no preocuparse. En las fiestas se tomaba 2 o 3 copas de vino ahora se toma solo una cerveza, ya ni siquiera se le antojan porque sabe que le perjudica. Siente que la enfermedad no le ha causado mucho daño porque se siente bien aunque en ocasiones se siente cansada y sin deseos de trabajar. No puede comer bien porque se le cayeron los dientes y no se pone placa porque su comadre tiene y se la quita para comer y le lastima. En el último estudio de hace 3 meses reporto 140 mg de glucosa se compara con otras personas que tienen la misma enfermedad y no pueden hacer nada.

Se levanta a las 6 de la mañana, limpia las flores, barre, lava la ropa, después hace lumbre pone té o leche, desayuna, después pinta y hace ollas, o se va al monte a traer tierra; para poder salir a caminar visita a su mamá porque si sale únicamente a caminar la gente la critica porque anda sola. Hace 2 años no sentía nada con 400 de glucosa, el doctor se sorprendió y le preguntó si no sentía nada y le modificó el tratamiento. Antes se preguntaba *¿por qué me enfermé?* creía que alguien la había embrujado pero ahora ve como otras personas más chicas tienen la misma enfermedad y cree que nadie le hizo daño “decía” *¿por que Dios me mandó esta enfermedad? ¡a ver si me la quita!*, ahora piensa que Dios no se la mandó, cree que sola se hizo daño porque pasaba muchos corajes, sabe que sola se va a controlar y come menos, sólo se come 3 o 4 tortillas con cada comida.

Comentario.

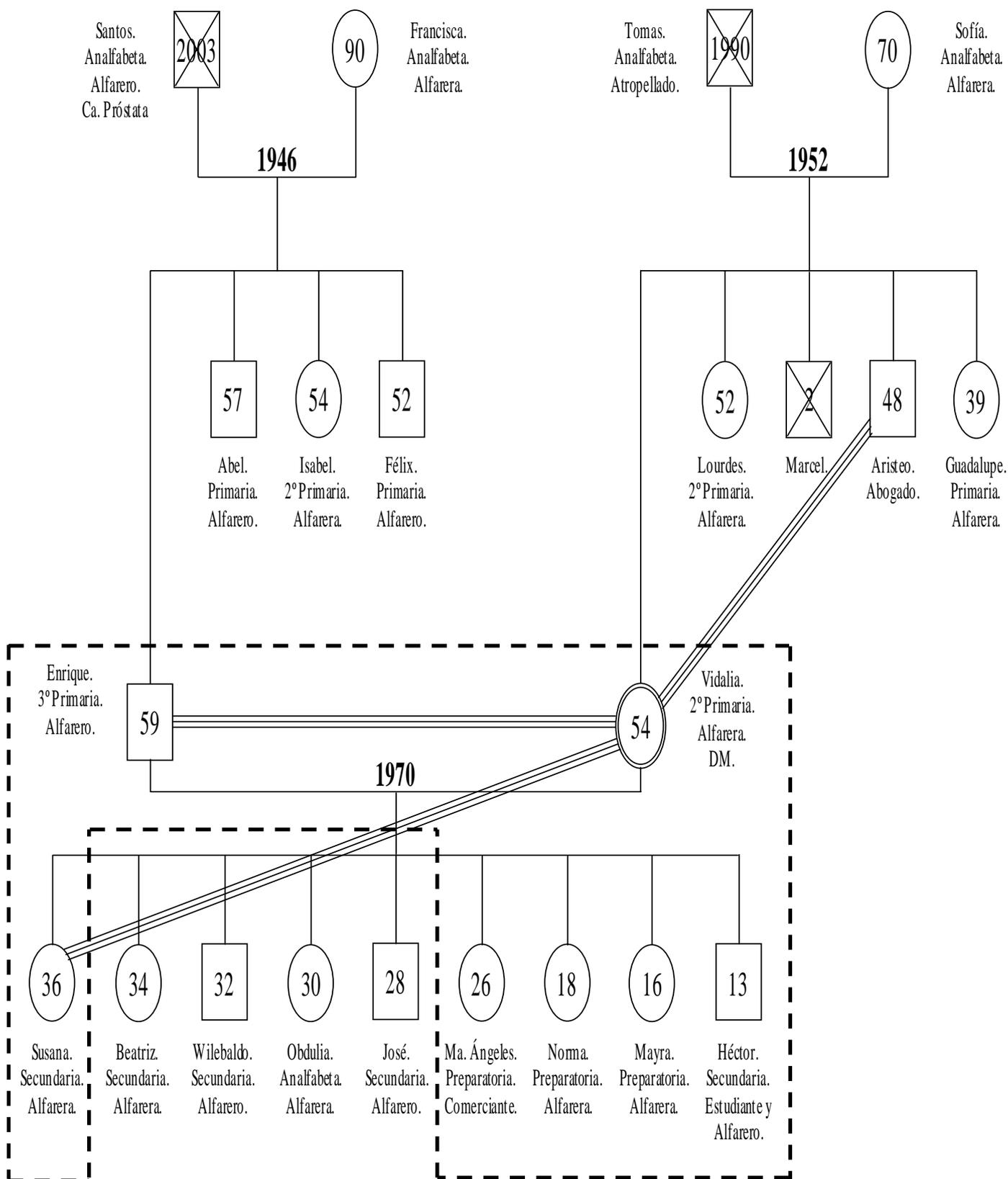
Vidalia viste la ropa típica de su localidad, es agradable, habla en forma pausada; en todas las entrevistas se mostró espontánea, tranquila y en confianza, nunca se le observó llorar o ponerse triste durante la conversación.

De acuerdo al genograma Vidalia pertenece a una familia nuclear intacta con compatibilidad marital pero con lucha por el poder y jerarquía; tiene experiencia de convivencia con ambos sexos y buena experiencia de vida entre hermanos. Sin presencia de otros factores que modifiquen el rol de la constelación familiar hay preponderancia de la misma profesión u oficio generacional que es la alfarería. La etapa actual del ciclo vital está en dispersión-independencia, con detención en el ciclo evolutivo ya que la hija mayor de 36 años aún permanece en hogar materno. Antecedente de matrimonio a los 18 años, nacimiento del primer hijo a los 19 años de edad de la madre, con espacio ínter genésico largo de 8 años entre el tercero y cuarto hijo, es una familia numerosa de 9 hijos y hay repetición de pautas a través de las generaciones de tipo vincular en relación a relaciones cerradas de la paciente identificada, su segundo hermano menor de la paciente identificada y su hija mayor, sin sucesos de la vida y funcionamiento familiar relevantes con relaciones cerradas de la paciente identificada y su cónyuge, entre la paciente identificada y su hija mayor, y finalmente entre la paciente identificada y hermano menor.

En general en ésta familia predomina el equilibrio. Existe problema de adaptación al ciclo evolutivo familiar y prevalencia de relaciones cerradas o estrechas que sugieren patrones funcionales rígidos que podrían repercutir en el

estilo de la comunicación entre ellos. La familia permanece unida, cuentan con habilidades propias del trabajo artesanal las cuales se van aprendiendo de generación en generación y son de una misma clase social. Mostraron disposición para participar en las entrevistas.

## Genograma de la familia de Vidalia.



## DISCUSIÓN

En este apartado del trabajo nos proponemos abordar tres aspectos relacionados con los resultados. En primer lugar abordamos los puntos que tienen que ver con los relatos y su estructuración; en segundo lugar, nos referimos a la importancia del genograma y las significaciones que implica en este tipo de estudios y por último intentamos presentar una visión de conjunto, ubicando aquellos puntos que pueden considerarse aportativos en relación a los que quedan pendientes para futuras investigaciones.

La entrevista clínica utilizada en la medicina ha logrado consolidarse con una técnica bastante depurada. Es un método clásico, originalmente utilizado en la tradición de la medicina francesa del siglo XIX.<sup>26</sup> En su origen fue concebida para estudiar los enfermos hospitalizados. De hecho, el vocablo *clinè* en francés alude a la cama del hospital donde está el enfermo. Para la medicina francesa desarrollada entre el XVIII y XIX, la enfermedad estaba principalmente en el hospital.

Fue en la segunda mitad del siglo XX que la medicina social mexicana extendió su influencia al campo de la medicina social, utilizando prácticamente la misma metodología. Así, durante años, la medicina comunitaria mexicana ha pretendido abordar la colectividad con métodos individuales y propios del ambiente hospitalario. Al final del siglo XX, la epidemiología aportó enfoques epistémicos y metodológicos más adecuados para afrontar los problemas de salud-enfermedad de la población.

Han sido las ciencias sociales y en especial la Antropología cultural quienes aportaron una visión distinta respecto de la investigación de la salud- enfermedad en la población. Los antropólogos han mostrado como las ideas, creencias, mitos y valores sobre salud son elementos integrados a la cultura y para estudiarlos es necesario hacerlo desde un marco teórico más amplio.

En nuestro caso, la entrevista se enfocó en un intento por desmedicalizar el proceso, la idea fue que las “pacientes” dejaran de serlo. Este propósito no se logró del todo, a pesar de que la entrevista se trasladó a la propia casa de las personas. La explicación está en que desde el principio, el primer contacto fue la clínica rural y el puente lo hizo el médico de la comunidad. Los enfermos no dejaron ver en cada entrevista la presencia de un médico.

Pese a lo anterior, se obtuvieron importantes revelaciones culturales y los relatos logran dar una idea de los sistemas de pensamiento que caracteriza a la cultura Phurépecha, misma que ha sido estudiada por otros investigadores desde hace varios años. En esencia los relatos coinciden con lo señalado en investigaciones similares.

El Genograma es un método más bien híbrido de estudio. Su historia esta ligada a los mapas genéticos utilizados en biología. Los sociólogos lo han utilizado para hacer genealogías familiares y estudios de parentesco. En medicina se empezó a utilizar en el campo de la Medicina Familiar a partir de suponer que esta especialidad debía ocuparse de la Familia. Por tanto, el genograma se toma aquí como un método de estudio de la salud familiar. Como tal, es una representación gráfica de una constelación familiar multigeneracional (por lo menos tres generaciones), que registra información sobre los miembros de esa familia y sus

relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida "gestalt " de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo. El genograma incluye por lo menos a tres generaciones de familiares así como también sucesos nodales y críticos en la historia de cada familia y en particular los relacionados con el "ciclo vital".<sup>27</sup>

La interpretación del genograma puede ser muy amplia y es un elemento importante tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de salud familiar. Para los fines de este estudio, se usó buscando información cultural complementaria a la que se obtuvo con los relatos. Por esta razón sólo se ha agrega aquello que juzgamos relevante. Dado que esta información es de interés clínico se le ha entregado al médico de la comunidad para que la utilice en el seguimiento de la patología que presentan las pacientes.

A nuestro juicio el genograma es un instrumento de abordaje familiar que debe utilizarse en la medicina general como complemento de la entrevista clínica, ya que permite realizar un análisis de la funcionalidad familiar así como del tipo de relación y vínculos emocionales dentro de la misma.

Una mirada global de los resultados de este estudio permite en parte comprender lo complejo que resulta el estudio del fenómeno salud-enfermedad, aún a nivel de una comunidad rural. La serie de variables que intervienen como determinantes de la mentalidad, las creencias y las prácticas sociales que desembocan en el uso de elementos como la herbolaria o la hechicería no se pueden comprender reduciéndolas a simples creencias absurdas, como es la pretensión de los procesos hegemónicos de la modernidad.

Sin duda la medicina moderna no solo no ha logrado construir una concepción holística de la salud y de la enfermedad a nivel individual, sino que a nivel social ni siquiera ha logrado plantear correctamente un marco de referencia a partir del cual se pueda establecer el campo de estudio inter y transdisciplinario. Por ejemplo, casi ninguna escuela de medicina en México tiene incorporada en su plan de estudios una asignatura relacionada con la antropología médica, situación que habla de la visión reeducativa que se posee.

## **CONCLUSIONES:**

Los pacientes de Santa Fe de la Laguna conciben y viven de una manera personal el padecer y la enfermedad propias de su entorno psíquico y socio cultural, sobresalen sus creencias acerca del modelo precientífico, donde la magnificencia de Dios y el mal son los principales causantes de la enfermedad, motivo por lo que invierten dinero y tiempo en visitar personas que practican la magia y la hechicería cuando se enferman y esto en muchas ocasiones es un obstáculo en la evolución y control de la enfermedad.

La lengua Phurépecha es una barrera en el sistema de salud oficial ya que aunque hablan el español no lo entienden en forma clara y precisa, se sienten inseguros en su conversación a la hora de interactuar con las personas de habla hispana, siendo necesario que el personal de salud interactúe en el idioma de la comunidad y conozca la cultura de la misma.

Podemos decir que el proceso del padecer pasa por tres etapas:

a) Primer momento: al inicio de la enfermedad no saben que están enfermos a pesar de que sufren la manifestación de la misma o bien, les da miedo aceptar la enfermedad, por lo que presumen que su malestar es secundario al sufrimiento actual o de la infancia, los problemas familiares, las emociones, el haber tomado agua después de un coraje o el coraje mismo, el hechizo ocasionado por la envidia o mala voluntad del vecino u otra persona, o bien, se lo atribuyen al castigo de Dios y dejan pasar mucho tiempo para que decidan buscar ayuda médica o empírica y retardan la consulta con el doctor. En una primera instancia deciden acudir con personas que practican la magia y hechicería pero si

estos no solucionan el problema de la enfermedad optan por visitar a un doctor, o viceversa, primero acuden con el doctor y después con el hechicero o adivino. Lo anterior aumenta su ansiedad y sufrimiento ya que gastan tiempo y dinero mientras la enfermedad progresa.

b) Segundo momento: al aceptar el diagnóstico después de una segunda o tercera opinión dado por el médico los agobia la tristeza, el miedo a morir y dejar a la familia desprotegida, se enojan y se aferran en la fe en Dios para que los cure o les mantenga en equilibrio su enfermedad, se hacen múltiples preguntas buscando la causa de su mal pero siguen las indicaciones tal cual las indica el doctor para conseguir el bienestar y la enfermedad no avance. Es así como la enfermedad logra modificar su estilo de vida y se mantiene una lucha entre ésta y el paciente.

c) Tercer momento: una vez aceptada la enfermedad, con el paso del tiempo la adoptan como propia, como parte de su forma de ser y de vivir, se resignan y viene la calma, empiezan a desechar las causas de la brujería o hechizos porque la persona de la que sospechaban les hizo daño ya murieron o bien se dan cuenta de que no son las únicas personas que padecen lo mismo, su sufrimiento y padecer se percibe en forma diferente. Ahora luchan junto con la enfermedad y empiezan a recuperar su estilo de vida en forma paulatina aunque presenten los efectos y complicaciones de sus males; así la enfermedad deja de ser un obstáculo absoluto para continuar con su forma de vivir y de ser.

Al término del presente trabajo quiero citar un párrafo del discurso de agradecimiento del Doctor Ignacio Chávez en el homenaje que se le hizo al cumplir 50 años de su vida profesional... palabras que quiero hacer más porque expresan el sentido profundo de la vida....

**“Yo sé que la vida  
de dolor está hecha  
y la ciencia y el arte y el saber  
nada valen...  
si no los baña el resplandor,  
de los rayos de la altura  
que encierra la honda palabra  
AMOR “.**

## BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup> Hernández ZEJ. Los señores de Utopía: etnicidad política en una comunidad Phurépecha. Santa Fe de la Laguna- Ueamuo. El Colegio de Michoacán, Zamora 2001.

<sup>2</sup> Rivera BCP. Difusión de la cultura y tradiciones de Santa Fe de la Laguna en Michoacán. Tesis de Licenciatura en Turismo. Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Michoacán, Unidad Morelia, Morelia 2007.

<sup>3</sup> Zolla C, Del Bosque S, Tascon MA, Mellado CV, Maqueo C. Medicina Tradicional y enfermedad. Centro Interamericano de Seguridad Social, México 1988.

<sup>4</sup> Datos obtenidos en entrevistas y conversaciones con la gente de Santa Fe, durante el trabajo de campo de esta investigación.

<sup>5</sup> Gortaire IA. Santa Fe: presencia etnológica de un pueblo-hospital. Santa Fe, Enero 1971. Tesis. Universidad Iberoamericana. ( consultad en la biblioteca del CREFAL)

<sup>6</sup> Gortaire IA. Op.cit pág: 17.

<sup>7</sup> Diccionario de la Real Academia Española. <http://www.definicion.org/padecer> 15 de Junio 2006.

<sup>8</sup> Kraus Arnaldo. La enfermedad como lectura [www.jornada.unam Mx. /2002/08/14/021a2pol. php](http://www.jornada.unam.mx/2002/08/14/021a2pol.php) printver=1 (consultada el 24 de sep-2006).

<sup>9</sup> Zambrano, M. El Hombre y lo Divino. FCE, Breviarios, México, 1997.

---

<sup>10</sup> Bravo, V. Del padecer y de la trascendencia: la filosofía poética de María Zambrano. Especulo. Revista de estudios literarios. Universidad Complutense de Madrid, 1998.

<sup>11</sup> Bravo, V. *ibidem*.

<sup>12</sup> Heidegger M. Ser y Tiempo. FCE, México 2005.

<sup>13</sup> Gadamer GH. El estado oculto de la salud. Gedisa, Barcelona 2001.

<sup>14</sup> Martínez CF. Apuntes de antropología médica aplicada a la clínica, Mayo 2006. Documento inédito.

<sup>15</sup> Epstein, R. Human molecular biology Cambridge Univ. Press Cambridge, Reino Unido, 2003. pp. 1-529.

<sup>16</sup> Hunter, D. E. Y Whitten, Ph. Enciclopedia de Antropología. Bellaterra. Barcelona, 1981, p. 197.

<sup>17</sup> Martínez Cortés, F. Consulta médica y entrevista clínica. Seminario La Medicina del hombre, México, 1979.

<sup>18</sup> Bernard, M. El cuerpo Paidós. Barcelona, 1985, pp. 11-12.

<sup>19</sup> Bercherie, P. Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico. Ed. Manantial, Buenos aires, 1980, p. 44.

<sup>20</sup> Carranza BO. El hombre fragmentado. Editorial Jitanjafora. Morelia, Michoacán. 2003

<sup>21</sup> Angel, M. The truth about the drug companies. The New York Review of books. Vol. LI, num. 12, Julio 15, 2004, pp. 52-58.

<sup>22</sup> Kraus, A. La enfermedad como casa y escritura. La Jornada Semanal. Num. 605. octubre 8, 2006 pp. 5-7.

---

<sup>23</sup> Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (PRCAMF). 5° Coloquio Nacional y 3° Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar celebrado del 15 al 17 de junio de 2005 en la Ciudad Universitaria, México, D.F. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 7 Supl. 1; 2005. p 11.

<sup>24</sup> Martínez MF. La consulta médica y entrevista clínica. Los talleres gráficos de impresiones modernas S. A. México D.F. 1979.

<sup>25</sup> Cita de interpretación de los genogramas:

(MC Goldrick y R. Gerson. "genogramas en la evaluación familiar".  
Editorial Gedisa 1996. Barcelona).

<sup>26</sup> Lían-Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Salvat.

<sup>27</sup> Cibanal L. Introducción a la sistémica y terapia familiar: genograma familiar.

[http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_terap\\_famil\\_8.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_8.htm) (consultada el 13 de Nov. 2007).