



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**POSGRADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA
SALUD**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
CAMPO DISCIPLINARIO: ANTROPOLOGÍA EN SALUD**

**CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DEL PADECIMIENTO “ESCAPULARIO”
O “SANTO”, EN NIÑOS DE 1-4 AÑOS, EN COATETELCO, MIACATLÁN,
MORELOS**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS**

**PRESENTA
JESSICA MARGARITA GONZÁLEZ ROJAS**

TUTOR: DOCTOR ROBERTO CAMPOS NAVARRO
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional

MÉXICO, D.F. Diciembre de 2014



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.

Dedicatoria



Esta tesis es dedicada a la población de Coatetelco

“Porque el escuchar nos acerca al otro o a los otros no sólo para comunicarnos sino para establecer lazos de compañerismo y amistad”

Carlos Lenkersdorf

Agradecimientos

En primer lugar celebro formar parte del Programa de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, perteneciente a la Facultad de Medicina de la UNAM, agradezco el apoyo brindado para continuar con mi formación profesional, incluyo a los coordinadores y docentes que estuvieron presentes en el proceso que impulsó a la primera generación del campo disciplinario de Antropología en Salud. Aunado está el CONACYT, ya que con el financiamiento otorgado pude lograr satisfactoriamente el término de la maestría.

Todo trabajo no es posible sin la colaboración de un grupo de personas involucradas, por lo que nombro a toda la gente que facilitó el camino. Agradezco enormemente al maestro Alfredo Paulo Maya por ser el primero en motivarme a realizar dicha investigación, sus enseñanzas fueron primordiales para centrarme en el estudio; en segundo lugar, a mi tutor el doctor Roberto Campos Navarro, por haberme guiado y recordado que cualquier acción a emprender debe disfrutarse en la medida de lo posible.

Agradezco a amigos, compañeros y conocidos por dedicar un rato valioso de su tiempo para ayudarme en áreas de conocimiento poco exploradas por mí, en especial a Cynthia, Bianca, Lorena, Martha y Rosy; así como también a Eréndira, Erika, Nancy y Raúl por su participación en cuestiones técnicas.

Me complace mucho dar las gracias a toda la gente de la localidad de Coatetelco con la que en algún momento interactué y pasé momentos muy agradables, reflexivos y también frustrantes pues además de tener el papel de investigadora igualmente tengo el de ser persona, de esta manera, agradezco a las autoridades, médicos, familias y curanderos partícipes. Sé que son muchos los nombres que tengo en el pensamiento, pero por ser imposible escribirlos aquí, tan solo hago una mención especial para doña Félix (+) y doña Mar ¡Muchas gracias por acogerme fraternalmente!

A mi familia, que sin saber en qué estoy metida o darle poca credibilidad a lo que hago, le agradezco infinitamente por creer mí, a mis padres, a quienes admiro por tener el tesón de ser mejores en el papel que desempeñan, a mi hermana Nancy por darme palmaditas en la espalda y a mis cinco encantadores sobrinos por mantenerme revitalizada, Violeta, Alejandro, Santiago, Emiliano y Aranza.

Gracias a quienes ya invirtieron tiempo en leer el trabajo y a quienes están por hacerlo.

Resumen

El trabajo de investigación está centrado en un padecimiento conocido como “escapulario” o “santo”. Éste es un fenómeno de salud alrededor del cual giran representaciones y prácticas sociales expresadas en un proceso de salud/enfermedad/atención dentro de un contexto sociocultural específico.

El escapulario está ubicado únicamente en la región poniente del estado de Morelos, para los fines del estudio, se eligió Coatetelco, a razón de que en dicha localidad el padecimiento tiene mayor demanda para su atención.

La investigación se enfocó en indagar a través de curanderos, médicos, familias seleccionadas (seis) y población en general; las ideas y concepciones alrededor del padecimiento escapulario; se reconstruyeron trayectorias de atención de seis niños que ya lo habían padecido; se examinó el cuidado del infante y las prácticas alimentarias en la propia dinámica familiar; y las condiciones socioeconómicas, sanitarias y servicios de salud en el ámbito estatal, municipal y local.

Los resultados de la investigación plasmaron que el escapulario es un padecimiento vigente en Coatetelco y los adultos son quienes lo están padeciendo más en comparación a los menores. La temporada para enfermar sigue siendo a partir del segundo semestre del año (periodo de lluvias), esto depende de las malas condiciones de saneamiento. De este modo, por falta de servicios sanitarios no se protege la salud, lo cual contribuye para generar enfermedades de tipo gastrointestinal en cualquier grupo de edad. Respecto a los niños, los episodios diarreicos y la desnutrición son un daño a la salud y aunque en otro momento el problema era más agudizado, ello no significa que los infantes no sigan teniendo tales repercusiones.

La representación social reveló que el escapulario es un tipo de aire, éste proviene de dos santos, San Antonio y Santo Domingo, quienes después de morir se convirtieron en santos, pero al no ser bautizados de acuerdo a los preceptos católicos transitaron a una esencia incorpórea. El aire de los santos es una entidad volátil que anda en busca de satisfacer necesidades básicas (alimento) y por esta razón causa enfermedad en la gente, manifestando diversos síntomas y malestares.

El estudio concluye que el escapulario no es un hecho de salud aislado de su contexto, todo lo contrario, enaltece y expone parte de la realidad social.

Índice general

Capítulo I.- Protocolo de investigación.....	11
1.1 Introducción.....	11
1.2 Planteamiento del problema.....	13
1.3 Objetivos.....	15
1.4 Hipótesis.....	17
1.5 Justificación.....	18
1.6 Metodología.....	19
1.6.1 Identificación y operacionalización de variables.....	19
1.6.2 Diseño de investigación y plan de análisis.....	22
1.7. Alcances y limitaciones.....	27
1.8. Descripción sintética de capítulos.....	28
Capítulo II.-Marco teórico.....	29
2.1 Marco teórico referencial: epidemiología sociocultural.....	29
2.2 Marco teórico conceptual.....	35
2.2.1. Proceso salud-enfermedad-atención con un enfoque relacional.....	35
2.2.2 Illness/padecimiento.....	36
2.2.3 Modelo explicativo de la enfermedad.....	40
2.2.4 Padecimiento v/s síndrome de filiación cultural u otros.....	41
2.2.5 Construcción sociocultural del padecimiento.....	44
2.2.6 Pluralismo médico y formas de atención.....	44
2.2.7 Trayectoria de atención.....	46
2.2.8 Representaciones y prácticas sociales.....	46
2.2.9 Familia y estructura familiar.....	48
2.3. Antecedentes etnográficos del “escapulario” o “santo”.....	50
Capítulo III. El escenario estatal, municipal y local.....	57
3.1. Ubicación del lugar.....	57
3.2. Patrimonio histórico y cultural.....	58
3.3. Perfil demográfico y socioecómico.....	59
3.3.1 Dinámica poblacional.....	59
3.3.2 Educación.....	60
3.3.3 Economía.....	62
3.3.4 Migración.....	64
3.3.5 Rezago social y pobreza.....	66
3.4. Entorno sanitario.....	69
3.4.1. Vivienda.....	70
3.4.2 Situación de los recursos hídricos.....	71
3.4.3 Agua potable: cobertura y distribución.....	73
3.4.4. Sistema de alcantarillado.....	75
3.4.4.1 Manejo de aguas residuales.....	76
3.4.5. Aspectos históricos y políticos del agua y saneamiento.....	78
3.4.5.1. Marco legal y normativo del agua y saneamiento.....	78
3.4.5.2. Administración del agua y saneamiento desde los organismos operadores.....	81
3.4.5.2.1 Organismo Operador Municipal (Miacatlán).....	81
3.4.5.2.2 Comité de Agua Potable (Coatetelco).....	84
3.4.5.2.3 Recapitulación de la situación.....	88
3.4.5.3 Calidad de agua.....	89
3.4.5.4 Condiciones y daños a la salud en un recorrido histórico.....	95

3.5. Perfil epidemiológico.....	98
3.5.1 Morbilidad y mortalidad general a nivel estatal.....	98
3.5.1.1 Morbilidad estatal.....	98
3.5.1.2. Mortalidad estatal.....	102
3.5.2 Morbilidad y mortalidad general a nivel municipal.....	104
3.5.2.1 Morbilidad municipal.....	104
3.5.2.2 Mortalidad municipal.....	105
3.5.3 Morbilidad y mortalidad general a nivel local.....	108
3.5.3.1Morbilidad local.....	108
3.5.3.2 Mortalidad local.....	113
3.6 Servicios de salud.....	116
3.6.1 Seguridad social, sector público y privado.....	116
3.6.2 Servicios locales institucionales (públicos y privados).....	119
3.6.2.1 Divergencias en los servicios institucionales locales.....	121
3.6.2.2. Problema de salud (niños) identificado por servicios locales institucionales.....	124
3.6.2.3. Problema de salud (niños) y la organización de los servicios locales institucionales.....	125
3.6.3. Servicios locales populares.....	128
3.6.3.1 Caracterización de curanderos.....	128
3.6.3.2 Demanda de atención de los principales padecimientos con expresión cultural.....	130
3.6.3.3 Espanto (susto).....	131
3.6.3.4. Aires.....	135
3.6.3.4.1. Tipología de aires.....	135
3.6.3.4.2. Aire de muerto (aire de calle).....	136
3.6.3.4.3. Aire de campo.....	137
3.6.3.4.4. Aire echado.....	138
3.6.3.4.5. Aire de imagen.....	139
3.6.3.4.6 Aire de daño.....	140
3.6.3.4.7 Aire de santo.....	141
3.6.3.4.8 Recapitulación de tipología.....	142
Capítulo IV. La familia en su cotidianidad.....	145
4.1 Estructura familiar.....	145
4.1.1 Patrón de residencia y composición.....	145
4.2 Condiciones físicas y espacios en las viviendas.....	150
4.2.1 Materiales de construcción y distribución de espacios.....	151
4.2.2 Convivencia con fauna doméstica y de crianza.....	152
4.2.3 Basura y excretas humanas o de animales.....	153
4.2.4 Manejo del agua potable.....	154
4.3 Perfil socioeconómico.....	156
4.3.1 Afiliación a los servicios de salud pública, seguridad social, programa Oportunidades.....	156
4.3.2 Escolaridad, ocupación e ingresos familiares.....	158
4.3.3 Roles y reglas en la distribución del dinero.....	160
4.4 Prácticas alimentarias.....	164
4.4.1 Jerarquía en la preparación de alimentos.....	164
4.4.2 Almacenamiento y conservación de alimentos.....	166
4.4.3 Hábitos higiénicos en la preparación de alimentos y comer.....	166
4.4.4 Consumo de alimentos calidad/cantidad.....	167
4.4.5. Intervalos y horarios alimenticios.....	173
4.4.6 Distribución de alimentos.....	175
4.5 Dinámica familiar alrededor del niño.....	178
4.5.1 Roles familiares.....	178

4.5.2 Tensiones familiares.....	181
4.5.3 Tipo de afectos.....	185
4.5.4 Tipo de cuidados (salud).....	188
Capítulo V.- El escapulario y sus representaciones sociales.....	191
5.1 Referencias del escapulario.....	191
5.1.1 Denominación.....	191
5.1.2 Características precedentes.....	193
5.2. Situación actual del escapulario.....	194
5.2.1 Registro en un periodo.....	195
5.2.2 Ocurrencia.....	197
5.3 Causalidad.....	199
5.3.1 San Antonio y Santo Domingo.....	199
5.3.2 Santa Muerte.....	201
5.3.3 Manifestación de los santos.....	202
5.3.4 Los aires y su la relación con el escapulario.....	203
5.4. Representación sobre la enfermedad.....	205
5.4.1 “Agarrar”.....	205
5.4.2 “Quiere santo”.....	207
5.4.3 Mujer embarazada o amamantando “quiere santo”.....	209
5. 5 Sintomatología.....	211
5.6 Procedimiento diagnóstico.....	217
5.6.1 Doméstico.....	217
5.6.2 Curandero.....	220
5.6.2.1 La limpia.....	220
5.6.2.1.1 La limpia con huevo y alumbre.....	221
5.6.3 Validación de diagnósticos a partir de otras enfermedades.....	223
5.7 Tratamiento de atención.....	225
5.7.1 Tiempo, espacios y actores en escena.....	225
5.7.2 Primer curso de atención.....	225
5.7.2.1 Ritual curativo “Avisar”.....	227
5.7.2.2 Descripción del escenario.....	230
5.7.2.3 ¿Qué quiere el enfermo?.....	234
5.7.3 Segundo curso de atención.....	236
5.7.3.1 Ritual curativo “Dar santo”.....	236
5.7.3.2 Descripción de los actores.....	239
5.7.3.2.1 Padrinos.....	239
5.7.3.2.2 Caseros.....	240
5.7.3.2.3 Especialista en poner huentle.....	242
5.7.3.3 Descripción de escenas.....	242
5.8 Validación de la atención.....	257
5.8.1 Eficacia e ineficacia del tratamiento.....	257
5.8.2 Tratamiento “Sencillo” y “Quiere bien”.....	262
5.8.3 Experiencia en la atención.....	264
5.8.4 Otras experiencias en la atención.....	266
5.9 Complicaciones.....	267
5.9.1 No atención.....	267
5.9.2 “Fuerte santo”.....	270
5.9.3 Muerte.....	270
5.10 Prevención.....	273
5.11 Recapitulación.....	275

5.11.1 Representación de la enfermedad y el alimento.....	276
5.11.2 Representación del alcohol como parte “remedio”.....	278
5.11.3 Cambios alrededor del escapulario.....	281
5.12 ¿Qué saben los médicos del escapulario?.....	285
Capítulo VI. Un recorrido en la salud del infante alrededor de las trayectorias de atención.....	290
6.1 Salud infantil.....	290
6.1.1 Embarazo-Parto-Puerperio de la madre.....	290
6.1.2 Desarrollo comunicacional y psicomotor.....	296
6.1.3 Antecedentes médicos.....	297
6.2 Trayectorias de atención durante el padecer de escapulario.....	302
6.2.1 Ocurrencia de escapulario en cada historia de vida.....	303
6.2.2 Experiencias previas de escapulario.....	303
6.2.2.1 Descripción de las trayectorias previas del padecer	303
6.2.2.1.1 Daniel, dos eventos previos	303
6.2.2.1.2 Gabriela, dos eventos previos	305
6.2.2.1.3 Yuri, cuatro eventos previos.....	306
6.2.2.1.4 Lili, un evento previo	309
6.2.2.2 Interpretación de las trayectorias previas del padecer	310
6.2.3 Experiencia del último evento de escapulario	314
6.2.3.1 Descripción de las trayectorias del último evento del padecer.....	314
6.2.3.1.1 Daniel, último evento	314
6.2.3.1.2 Gabriela, último evento.....	316
6.2.3.1.3 Yuri, último evento	317
6.2.3.1.4 Abel, último evento.....	318
6.2.3.1.5 Lili, último evento	319
6.2.3.1.6 Alina, último evento	220
6.2.3.2 Interpretación de las trayectorias del último evento del padecer	321
6.3 Recapitulación	326
Capítulo VII. Análisis y conclusiones.....	329
7.1 Diseño y desarrollo de la investigación	329
7.2 Reflexiones teóricas, conceptuales y etnográficas.....	332
7.3 Escenario contextual	338
7.4 Escenario familiar	341
7.5 El escapulario un padecimiento de relevancia	344
7.6 El proceso de enfermedad-salud-atención	348
Bibliografía.....	352
Anexos.....	363
Anexo 1. Consentimiento informado para la población.....	363

Índice de tablas, diagramas, mapas, genealogías y fotografías

Tabla No. 1. Características de tipología.....	22
Tabla No. 2. Tipos de entrevistas.....	24
Tabla No. 3. Grupo de edad por municipio.....	60
Tabla No. 4. Tipo de trabajo por municipio.....	62
Tabla No. 5. Población de 5 años y más por lugar de residencia (según sexo)	65
Tabla No. 6. Indicadores y grado de rezago social, 2000, 2005 y 2010	66
Tabla No. 7. Municipios con mayor y menor porcentaje de población en situación de pobreza, 2010.....	69
Tabla No. 8. Parámetros (conductometría y sólidos disueltos totales).....	93
Tabla No. 9. Parámetros (bacterias coliformes totales y bacterias coliformes fecales).....	94
Tabla No. 10. Diez principales causas de morbilidad 2009 y 2010	98
Tabla No. 11. Causas de enfermedad por grupo de edad 2009	99
Tabla No. 12. Causas de enfermedad por grupo de edad 2010	100
Tabla No. 13. Diez principales causas de muerte 2009 y 2010	102
Tabla No. 14. Principales causas de mortalidad por grupos en 2009	103
Tabla No. 15. Principales causas de mortalidad por grupos en 2010	104
Tabla No. 16. Distribución de casos nuevos de enfermedades, grupo de edad y municipio, 2009	105
Tabla No. 17. Distribución de casos nuevos de enfermedades, grupo de edad y municipio, 2010	105
Tabla No. 18. Tasa de mortalidad, según grupo y municipio, 2009	106
Tabla No. 19. Tasa de mortalidad, según grupo y municipio, 2010	106
Tabla No. 20. Morbilidad general 2008-2011	109
Tabla No. 21. Infecciones gastrointestinales 2008-2011	110
Tabla No. 22. Morbilidad en menores de 5 años 2008-2012	111
Tabla No. 23. Desnutrición en menores de 5 años 2008-2012	112
Tabla No. 24. Desnutrición en menores de 5 años 2012	112
Tabla No. 25. Mortalidad general 2008-2012.....	113
Tabla No. 26. Mortalidad por causa específica	115
Tabla No. 27. Mortalidad en menores de 5 años 2008-2012	116
Tabla No. 28. Tipo de servicios de salud en el municipio.	118
Tabla No. 29. Tipo de servicios de salud en la localidad	118
Tabla No. 30. Familias participantes en el estudio	146
Tabla No. 31. Distribución del agua en las viviendas	154
Tabla No. 32. Intervalos de comidas	173
Tabla No. 33. Intervalos y horarios por familia	173
Tabla No. 34. Enfermos de escapulario por grupo de edad, 2012	196
Tabla No. 35. Enfermos de escapulario según mes, 2012	197
Tabla No. 36. Ocurrencia de escapulario en las familias	198
Tabla No. 37. Sintomatología por causa de los santos	211
Tabla No. 38. Sintomatología en adultos.....	213
Tabla No. 39. Sintomatología en niños.....	214
Tabla No. 40. Antecedentes médicos de recién nacido a 2 meses de edad.....	297
Tabla No. 41. Antecedentes médicos de 2 meses a 1 año de edad.....	298
Tabla No. 42. Ocurrencia del escapulario en cada niño	303
Tabla No. 43. Experiencias previas: síntomas y malestares	310
Tabla No. 44. Experiencia del último evento: síntomas y malestares.....	322
Diagrama No.1.Límites en la percepción de la epidemiología institucional.....	30
Diagrama No.2.Aportes para una epidemiología sintética.....	32
Diagrama No.3. Primera forma de ubicar a los santos sobre la mesa.....	231
Diagrama No.4. Segunda forma de ubicar a los santos sobre la mesa.....	231

Diagrama No.5. Conceptos doctores en la investigación.....	334
Mapa No. 1. Área de estudio	57
Genealogía No.1. Angélica-Daniel.....	147
Genealogía No.2. Julieta-Gabriela.....	147
Genealogía No.3. Lourdes-Yuri.....	148
Genealogía No.4. Romina-Abel.....	148
Genealogía No.5. Rutila –Lili.....	148
Genealogía No.6. Yeni-Alina.....	149
Fotografía No.1. Objeto terapéutico.....	192
Fotografía No.2. Ubicación de los santos en la mesa.....	232
Fotografía No.3. “Avisar” a los santos y al enfermo	234
Fotografía No.4. Elaboración de recursos terapéuticos.....	244
Fotografía No.5. El huentle para los santos y el enfermo.....	246
Fotografía No.6. Limpia con velas de cebo por la especialista en poner huentle.....	247
Fotografía No.7. Punto de reunión.....	249
Fotografía No.8. El padrino asume su papel en la curación.....	250
Fotografía No.9. Momento crucial al interior de la vivienda donde se colocó el huentle.....	252
Fotografía No.10. Afuera del huentle sigue el baile y la convivencia.....	254
Fotografía No.11. Agradecimiento: “Aunque pobremente”.....	255
Fotografía No.12. Se cansó el enfermo y se van los santos	256
Fotografía No.13. ¿Cómo amaneció el ahijado?	257

Capítulo I

Protocolo de investigación

1.1 Introducción

En contextos globalizados, la salud y enfermedad son acontecimientos de la vida diaria que constantemente están pensándose y re-haciéndose, por ello, este tipo de fenómenos resultan de interés para los investigadores que estamos centrados en la comprensión de dichos temas.

A su vez, las sociedades por estar sujetas a constantes cambios al interior y exterior de sus estructuras, requieren ser apreciadas desde diferentes perspectivas para alcanzar a entender de mejor manera, qué es lo que les aqueja en cuestión de salud, lo cual es un reto para las ciencias del conocimiento. Hoy en día, es una obligación profesional acercarse bajo enfoques holísticos con el fin de observar y explicar, qué ocurre alrededor de los procesos de la salud y la enfermedad.

En este sentido, cuando las problemáticas de salud son complejas por su naturaleza misma, deben ser exploradas por cualquier dirección que ofrezca posibilidad de respuestas, así, comienzo a introducir el presente estudio.

En el campo de la medicina existen instrumentos que formalizan la clasificación internacional de las enfermedades; la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuenta con un Manual de Clasificación de las Enfermedades (CIE-10), uno de cuyos apartados (F) está dedicado especialmente a los trastornos mentales; por otro lado, está la Asociación Americana de Psiquiatría que utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)¹ y la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) contiene la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLAPD).

Dentro del DSM IV se incluye, el “Apéndice J”, nombrado: Guía para la formulación cultural y glosario de “síndromes dependientes de la cultura” y la GLAPD integra en su “Apartado F”, “síndromes culturales latinoamericanos”.

Los “síndromes dependientes de la cultura” así nombrados por el DSM IV, son definidos como: “Patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionadas o no estarlo con una categoría diagnóstica del DSM-IV” (DSM IV, 1997).

Con el antecedente aquí descrito, queremos resaltar que la medicina a través de la psiquiatría ha intentado agrupar en sus clasificaciones a un grupo de cuadros clínicos a los que ha llamado “síndromes culturales”. Los cuales pese a no ser de su dominio, están siendo contemplados como aquellos que tienen una connotación peculiar a cada contexto sociocultural. Así, podemos decir que de alguna manera está reconociéndose que cada sociedad tiene códigos culturales que dan sentido a ciertos malestares que afectan la salud mental de las poblaciones. Sin embargo, esto no es tan significativo para el campo de las ciencias sociales pues a pesar de

¹ El 22 de mayo de 2013 fue publicado el DSM V, nosotros seguiremos citando el número IV, por ser el que revisamos y estaba vigente durante el inicio de nuestra investigación (2011).

vislumbrar algo que antes ni siquiera era visto, falta mucho por avanzar. En todo caso ponemos en tela de juicio ¿Cuál será el curso de cómo serán comprendidos, tratados y atendidos esos “síndromes culturales”? Es decir, qué fin tiene considerarlos y para qué.

Al interior de la medicina, aparece otro de los campos que resulta de interés para nosotros, la epidemiología, la cual siendo la encargada de registrar la frecuencia y distribución de las enfermedades presentadas en determinadas poblaciones; ésta no incluye en sus estudios epidemiológicos la inscripción de los “síndromes culturales”, por lo que al no tener atención en ello, la epidemiología ha ignorado en su terreno a estos síndromes que llevan explicaciones implícitas.

La epidemiología desconoce cuántos “síndromes culturales” pueden existir, en qué países o regiones ocurren con mayor frecuencia y en qué grupos de edad podrían correrse mayores riesgos; pero sobre todo qué protección o daños a la salud pueden tener. En México, las estadísticas oficiales no contemplan esas manifestaciones culturales que pueden expresarse en problemas de salud; su interés está centrado en una tendencia a la biologización y a la tecnificación, por lo que hay abandono del papel que juegan los factores culturales y sociales².

Con estos dos rubros, lo único que pretendemos exponer es la mirada segregada que tiene la medicina en torno a fenómenos de salud con expresión cultural y la manera en que los aborda o excluye; nosotros creemos que es de su incumbencia aproximarse a espacios que no son propiamente los suyos.

De este apunte, pasaremos ahora, a una de las ciencias sociales que sí ha realizado trabajo etnográfico y ha generado conocimiento en torno de los “síndromes culturales”³, la antropología, concretamente la antropología médica. Al interior de la misma, han surgido propuestas y debates teóricos sobre la forma de nombrar a estas “enfermedades”⁴ y cómo son representadas por los grupos sociales. Los aportes etnográficos son diversos y fructíferos por su manera de observar, describir e intentar explicar la lógica de su existencia.

Sin embargo, la antropología desde su propia trinchera ha sido cuestionada al momento de reflexionar ¿De qué manera está interpretando y cómo está observando a esos “síndromes culturales”? ¿Qué peso asigna a la cultura y qué valor otorga (si es que lo hace) a otros aspectos que no son exclusivamente los culturales?

Por ello, desde sus paradigmas teóricos y empíricos apunta a que, debe haber nuevos e innovadores enfoques emergentes que tengan acercamiento no solo en lo sociocultural del

² En los hospitales llamados “mixtos” como en Cuetzalan, Puebla y Amealco, Querétaro, recientemente se ha intentado generar estadísticas en los servicios médicos otorgados.

³ Destacan: susto, empacho, mal de ojo, caída de mollera, aires, daño (brujería), etc.

Consultar la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional:

<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/alfa.php?letra=J&opcion=D>

⁴ Principalmente les han llamado: “enfermedades populares, enfermedades tradicionales, padecimientos folk, síndromes de filiación cultural, síndromes culturalmente delimitados, síndrome culturalmente específicos”, entre otros.

fenómeno, sino también en elementos que posibiliten dimensiones históricas, biológicas, ecológicas, económicas y políticas⁵.

Tan es así, que en antropología médica ha surgido una perspectiva que pretende abordar a las problemáticas de estudio desde esa visión multifactorial y relacional, denominada “epidemiología sociocultural”⁶, misma que será de referencia teórica en este trabajo de investigación.

Por todo lo expuesto aquí, resulta necesaria la complementación entre medicina y antropología, pues será a través de este puente que podremos explorar lo que cada una está dejando fuera de sus terrenos de investigación, ya que mientras el objeto de estudio de la medicina es tangible, el de la antropología no lo es.

1.2 Planteamiento del problema

El “escapulario” o “santo”⁷, es un fenómeno de salud alrededor del cual giran representaciones y prácticas sociales⁸ que están manifestadas en un proceso salud/enfermedad/atención, dentro de un contexto sociocultural específico.

Las localidades particulares del estado de Morelos, en las que se expresa el escapulario son: Cuentepec (municipio de Temixco), Xoxocotla (Puente de Ixtla), Ocotepc (Cuernavaca), Santa Catarina, Cabecera Municipal (Tepoztlán) y Coatetelco (Miacatlán); por la ubicación geográfica, dicho acontecimiento de salud está asentado sólo en la región poniente de Morelos.

Existe una complejidad lingüística, histórica y cultural para denominar al padecimiento⁹; por lo que cada población le asigna una denominación diferente: “mixcotón”, “micho”, “mizton” (gato), “santo”, “escapulario”, “quinequi mizton” (quiere de gato). Para el caso, que aquí nos ocupa, en Coatetelco le nombran escapulario (santo).

El bagaje bibliográfico, indica que el escapulario es un padecimiento con mayor prevalencia en niños. En los lugares mencionados, cuando los enfermos tienen ciertos malestares, recurren a diagnósticos y tratamientos peculiares, como puede ser la consulta de un curandero, quien lo identifica y confirma.

En el campo de la antropología, existen escasas investigaciones etnográficas que hayan abordado este fenómeno de salud; por lo que hasta el momento se desconoce qué factores

⁵ En México, destacamos el trabajo de Paul Hersch, titulado: “Tlazol, ixtlazol y tzipinación de heridas: implicaciones actuales de un complejo patológico prehispánico”. Consultar en línea: <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/?p=1535>

⁶ Será en el marco referencial teórico donde exponemos esta propuesta, sus alcances y que elementos serán utilizados.

⁷ Al ser contemplados en su significación cultural como sinónimos, evitaremos repetir y poner comillas a las dos palabras, por lo que durante el desarrollo de todo el texto solo lo nombraremos escapulario.

⁸ Entendemos por representaciones sociales ideas y formas de pensar la realidad, mientras que las prácticas son las acciones llevadas a cabo por el grupo social.

⁹ Hacemos hincapié en que a partir del planteamiento del problema en adelante nombraremos “padecimiento” en lugar de “síndrome de filiación cultural”. En la discusión conceptual, aclaramos por qué hacemos uso de la categoría padecimiento y no del concepto más usado en la medicina tradicional.

pueden estar correlacionados y qué riesgos “reales” a la salud puedan estar plasmados con un padecimiento interiorizado culturalmente por su población.

Del material revisado, queremos destacar el trabajo de Alfredo Paulo Maya, quien ha realizado etnografía en Morelos, este antropólogo puntualiza que la “chipilés”¹⁰ es el síndrome más registrado etnográficamente en el estado morelense (Paulo y Venegas, 2009); sobre este punto el investigador interpreta: “Respecto a los casos de mixcotón o de quinequi miston, que resultan ser los casos extremos de chipilés, estos se caracterizan por generar una comezón constante en la piel del niño enfermo. Lo cual se asemeja a uno de los rasgos característicos de la malnutrición infantil, ya que la pérdida de nutrientes en el cuerpo se manifiesta a través de la resequedad de la piel del infante” (Paulo 2002: 56).

Resaltamos también el trabajo de F. García (2011), quien desde su perspectiva médica hace algunas anotaciones sobre lo que observó: “Es precisamente el estado carencial nutricional de estos niños lo que produce estas aberraciones del apetito y da una de las características del mizcotón relacionados con la preferencia de tortilla, de carne, etc. Lo anterior pone de manifiesto que las características socioeconómicas de los lugares asiento del mizcotón han sido por siempre de las más bajas del estado, resultando los índices más altos de desnutrición infantil...Esta desnutrición se puede intensificar por episodios diarreicos, que son más importantes en el periodo de lluvias precisamente cuando se presenta el mizcotón”.

Sin embargo, a pesar de que ambos investigadores han tenido una aproximación al fenómeno desde un enfoque encaminado a la salud, esta literatura no es suficiente ni basta para entender en qué momento el escapulario puede o no convertirse en un problema de salud y qué otros elementos, además de la cultura, pueden tener alguna relación.

Pusimos hincapié en los datos etnográficos que A. Paulo y F. García ofrecen sobre el padecimiento en los niños, por lo que nos dimos a la tarea de problematizar en el lugar de estudio y por eso, buscamos los reportes epidemiológicos.

Para el 2009¹¹, de las tasas representativas de mortalidad por causas diversas según municipio, Miacatlán fue:

- I).- 1er lugar a nivel estatal en mortalidad por enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años, con una tasa de 0.51¹², mientras que la media estatal es de (0.05) y la nacional (0.10).
- II).-1er lugar a nivel estatal en mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en niños de 1-4 años, con una tasa de 0.64¹³; mientras que la media estatal es de (0.02) y la nacional (0.04) (SSM, 2009).

¹⁰ Chipiles, es una enfermedad que se presenta en el lactante o en el hijo menor como consecuencia de un nuevo estado de preñez de la madre. Se caracteriza por la aparición de trastornos físicos y emocionales que desaparecen poco después del nacimiento del nuevo hermano, o por medio de diversas terapias. Consultar la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=chipilez&id=5887>

¹¹ En el portal de internet los servicios estatales de salud del Estado de Morelos han actualizado sus resultados de Mortalidad para el año 2010, no obstante, al momento en que iniciamos la investigación (2011) sólo estaban disponibles los del 2009.

¹² Tasa por 1,000 habitantes, según grupo de edad.

¹³ Tasa por 1,000 habitantes, según grupo de edad.

Como puede observarse, el municipio presenta las tasas más altas en los dos rubros antes mencionados; está por arriba de la media estatal y la media nacional; lo que obliga a centrar la atención en este dato crítico¹⁴. Además, considerando que Miacatlan tiene una población de 24,990 habitantes y la población de Coatetelco es de 9,094 habitantes, se calcula un 36.9% de la población perteneciente al municipio (INEGI, 2010). De todas las localidades, Coatetelco es la que tiene mayor número de habitantes a nivel municipal, por arriba de la cabecera municipal. Entonces, considerando estas referencias, Coatetelco en relación a Miacatlán ocupa una posición poblacional importante.

Para delimitar el problema de investigación, diremos que, dado que no se ha especificado con detalle qué es el escapulario, que no ha sido estudiado ampliamente sobre los daños a la salud, que existen dos apreciaciones etnográficas de que el padecimiento es más frecuente en los niños y puede tener relación con la desnutrición y que la epidemiología revela un dato duro en Mortalidad por Diarreas Agudas según municipio en niños de 1-4 años, es que, suponemos estar frente a un padecimiento con respuestas multifactoriales, por lo que nos preguntamos, como problema de investigación:

¿Cuáles son las representaciones y prácticas sociales de los principales actores que interactúan en torno al padecimiento escapulario; cómo esas representaciones están ligadas a las acciones que decidieron llevar a cabo para atender el padecer; y qué condicionantes de la vida familiar, además de su contexto estatal, municipal y local pueden influir para desarrollar el padecimiento?

Bajo este planteamiento, será necesario investigar, por qué la gente padece escapulario y qué necesidades básicas de salud están ocultas en este padecimiento para acceder a un diagnóstico, prevención y tratamiento específico.

1.3 Objetivos

Objetivo General:

Describir y analizar la construcción sociocultural del padecimiento escapulario, a partir de las representaciones y prácticas sociales de los curanderos, médicos y madres¹⁵ que intervienen en el proceso salud-enfermedad-atención de los menores; además, reconstruir la trayectoria de atención que siguen las madres de familia a partir de la representación del padecimiento en torno a sus propias prácticas; y finalmente, observar las prácticas cotidianas de la familia con relación a los cuidados del infante, así como también las condiciones socioeconómicas, sanitarias y servicios de salud del ámbito estatal, municipal y local donde viven.

¹⁴ Es importante mencionar, que Miacatlán es un municipio complejo por sus tasas de mortalidad, para mayor detalle ver capítulo III.

¹⁵ Aclaremos, que son considerados como actores principales: curanderos, médicos y madres de familia, pero también serán incluidas otras personas que resulten significativas para el estudio.

Objetivos específicos:

1.- Describir y analizar las representaciones y prácticas sociales sobre el padecimiento escapulario

- 1.1 Describir y analizar las representaciones sociales que tienen los curanderos sobre el escapulario: denominación y cambios, relación con los santos de la religión católica, temporalidad, percepción sobre enfermedad, causalidad, sintomatología, procedimiento diagnóstico, prevención, tratamiento de atención, eficacia de las terapéuticas utilizadas y complicaciones leves o graves que podrían conducir a la muerte.
- 1.2 Describir y analizar las representaciones sociales de las madres de familia sobre el escapulario: denominación y cambios, relación con los santos de la religión católica, temporalidad, percepción sobre enfermedad, causalidad, sintomatología, procedimiento diagnóstico, prevención, tratamiento de atención, eficacia de las terapéuticas utilizadas y complicaciones leves o graves que podrían conducir a la muerte.
- 1.3 Describir y analizar las representaciones sociales de otros actores significativos sobre el escapulario: denominación y cambios, relación con los santos de la religión católica, temporalidad, percepción sobre enfermedad, causalidad, sintomatología y prevención, tratamiento de atención, eficacia de las terapéuticas utilizadas y complicaciones leves o graves que podrían conducir a la muerte.
- 1.4 Describir y analizar a nivel local, la situación actual del escapulario en un período sincrónico (registro de datos por grupo de edad, sexo y temporalidad), con la participación de la población que observa el acontecimiento.
- 1.5 Describir y analizar las representaciones sociales de los curanderos sobre los principales padecimientos demandados y su posible relación con el escapulario.
- 1.6 Describir y analizar la opinión del personal institucional (público y privado) sobre el escapulario: qué sabe, qué piensa e interpreta, relación del padecimiento con alguna (s) enfermedad de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades).

2.- Describir y analizar la trayectoria de atención que siguió la madre de familia cuando el niño (1-4 años) padeció escapulario

- 2.1 Describir y analizar el padecer de escapulario en cada historia de vida.
 - 2.1.1 Describir y analizar experiencias previas del padecer: temporalidad, síntomas y signos, elección de diagnósticos y tratamientos.
 - 2.1.2 Describir y analizar el último evento del padecer.
 - 2.1.2.1 Temporalidad: Año en que sucedió y edad.
 - 2.1.2.2 Síntomas y signos del último evento del padecer.
 - 2.1.2.3 Selección de diagnósticos durante el último evento del padecer: Orden secuencial, manifestaciones de alivio, persistencia de malestar.
 - 2.1.2.4 Elección de tratamientos durante el último evento del padecer: Orden de utilización, interrupción de tratamientos, facilidades y dificultades en la atención, qué sirvió, percepción sobre la eficacia, intervención familiar durante el proceso de atención.

3.- Describir y analizar las prácticas cotidianas de la familia respecto al cuidado de los niños, así como las condiciones socioeconómicas, sanitarias y servicios de salud del ámbito estatal, municipal y local donde viven

3.1 Familia

- 3.1.1 Describir y analizar la estructura familiar: tipo de residencia y composición de la familia.
- 3.1.2 Describir y analizar el perfil socioeconómico: escolaridad, ocupación de los integrantes, ingresos económicos (incluidos por migración), roles y reglas en la distribución del dinero, afiliación a los servicios de salud pública, seguridad social, programa Oportunidades.
- 3.1.3 Describir y analizar el tipo de vivienda y uso de los espacios: materiales de construcción, utilización y distribución de los espacios (altar religioso, botiquín), convivencia con fauna doméstica y de crianza, manejo del agua, basura y excretas humanas o de animales.
- 3.1.4 Describir y analizar los cuidados, afectos y tensiones familiares con relación al niño: autonomía o dependencia de la madre en la toma de decisiones, tipo de cuidados, tipo de afectos, conflictos de la familia que repercuten en el niño.
- 3.1.5 Describir y analizar las prácticas alimentarias y condiciones higiénicas: almacenamiento, conservación, jerarquía en la preparación de alimentos, intervalos y horarios alimenticios, hábitos higiénicos, consumo (calidad/cantidad) y distribución de alimentos.
- 3.1.6 Describir y analizar la historia de salud del niño: etapa embarazo-parto-puerperio, desarrollo comunicacional y psicomotor, antecedentes médicos.

3.2 Ámbito estatal, municipal y local

- 3.2.1 Describir y analizar el perfil epidemiológico de morbilidad y mortalidad a nivel estatal, municipal y local.
- 3.2.2 Describir y analizar a nivel estatal, municipal y local, el perfil demográfico y socioeconómico (dinámica poblacional, educación, economía, migración, salud, vivienda, rezago social).
- 3.2.3 Describir y analizar a nivel estatal y municipal, los servicios de salud pública, privada y seguridad social.
- 3.2.4 Describir y analizar a nivel local, los servicios institucionales (públicos-privados) y populares.
- 3.2.5 Describir y analizar la organización del sector público en referencia a las principales problemáticas de salud en niños menores de cinco años (principalmente 1-4 años).
- 3.2.5 Describir y analizar la operatividad histórica, política, económica y social de las acciones sanitarias a nivel estatal, municipal y local (Órgano municipal y Comité) que administran y abastecen el servicio de agua potable y drenaje público.
- 3.2.6 Describir y analizar estudios de otras áreas profesionales que aporten información sobre las condiciones de sanidad en la localidad (calidad de agua potable).

1.4 Hipótesis

A partir de la pregunta de investigación, el objetivo general y los objetivos particulares presentamos tres hipótesis:

1.- El escapulario es un padecimiento que tiene representaciones sociales que son identificadas y reconocidas de diferente manera por los actores involucrados (madres de familia, curanderos y médicos); cada uno desde su propio componente cultural aprueba o desaprueba lo que es factible para la recuperación del infante; mientras que las madres y curanderos comparten, reproducen y re-configuran el sentido del padecimiento, los médicos descalifican la forma de pensarlo y afrontarlo, tienen tolerancia al percatarlo pero no lo aceptan.

2.- Las madres de familia por su experiencia personal, familiar y comunitaria tienen elementos que les permiten validar la atención del padecimiento escapulario bajo sus propios códigos

culturales, son ellas quienes actúan como uno de los principales ejes que guían el proceder del diagnóstico y tratamiento en el proceso de salud/enfermedad/atención de los niños, es así, que reformulan el curso del padecer a partir de la legitimidad que otorgan al curandero y al ser partícipes de la atención colectiva en la que han sido sociabilizadas.

3.- El escapulario es un padecimiento que constantemente está replanteándose a través de los cambios acelerados al interior y exterior de la localidad, por lo que ante condiciones precarias en vivienda, alimentación, ingresos económicos, escolaridad, insalubridad en los servicios públicos, falta de seguridad social y deficiencia de los servicios de salud institucionales (públicos y privados), es que seguirá experimentándose un padecer que ofrece respuestas desde la atención popular.

1.5 Justificación (por qué y para qué de esta investigación)

Resulta conveniente enfatizar que actualmente la antropología en salud es una subdisciplina preocupada por plantear nuevos y avanzados paradigmas que proponen distintas maneras para observar e interpretar los problemas que aquejan la salud, enfermedad y atención.

De esta manera, es un quehacer de la antropología en salud registrar las problemáticas que requieren una investigación científica para su mejor entendimiento, tal es el caso, de los padecimientos con expresión cultural. Si bien es cierto, que estos son desconocidos por los servicios oficiales de salud, la realidad apunta que al interior de ciertos grupos sociales siguen reproduciéndose y siendo permeables ante las transformaciones políticas y económicas en las que se encuentra el país.

Cabe señalar que como alumna del diplomado de antropología médica, impartido por el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina en la UNAM, durante una estancia de campo realizada en el 2010, tuvimos el primer encuentro con la población de Coatetelco, situación que nos permitió observar el fenómeno social del escapulario, de ahí surgió el interés profesional por investigar la lógica cultural que los habitantes tienen para atender su padecer.

Además, ese interés profesional al que nos referimos, está justificado para realizar un posgrado en la maestría de antropología en salud. Así, al realizar esta investigación podremos formarnos académicamente durante el lapso de dos años y poder obtener el grado de maestría. Situación que nos motiva para seguir desarrollándonos profesionalmente y poder aportar elementos al campo de la antropología, esperando que en algún momento puedan ser consultados y referidos en posteriores investigaciones.

En lo que respecta a la utilidad que puede tener este trabajo, diremos que son convenientes las ventajas científicas y empíricas de llevarlo a cabo, pues el enfoque teórico y metodológico de la epidemiología sociocultural implica estar atento a las variables cuantitativas y cualitativas en que están insertados ciertos padecimientos de orden cultural.

Actualmente es demandante realizar este tipo de trabajos en el espacio de la antropología en salud, pues se intenta explorar lo que es desconocido por el sistema biomédico; partimos de premisas cualitativas que explican las cualidades y los “por qué” de un problema de salud. De

esta manera, al haber contemplado a los actores sociales involucrados, podremos entender sus necesidades de salud.

Por las razones expuestas, la presente investigación, a través de dos miradas, la antropológica y la médica, bajo el rumbo de la epidemiología sociocultural que incluye aspectos culturales, sociales, políticos, históricos y económicos en torno de la salud y la enfermedad, trataremos de abordar el problema de estudio de una manera holística.

Finalmente, partiendo de que hoy en día los campos del conocimiento ya no pueden tener la tendencia de fragmentar, reducir o excluir lo que no es propio de cada área del saber, el estudio presentado resulta ser inevitablemente observado por la medicina. Esperando que en un futuro próximo, este tipo de trabajos puedan ser contemplados por los servicios institucionales de salud para generar una retroalimentación mutua sobre lo que aqueja a las poblaciones.

1.6 Metodología

1.6.1 Identificación y operacionalización de variables

Hemos mencionado que el escapulario se presenta en la zona poniente del Estado de Morelos; sin embargo, acotamos que para los fines de la investigación, elegimos la localidad de Coatetelco, municipio de Miacatlán, Estado de Morelos.

La formación antropológica nos obligó a mirar en primer lugar a la metodología cualitativa, la cual “permite profundizar en ciertas explicaciones, al mismo tiempo que posibilita captar la dinámica micro social de los procesos estudiados. En este sentido, más que identificar, aislar y controlar una o más variables y evaluar su peso específico en la incidencia, el desarrollo o funcionamiento de tal o cual proceso, o incluso establecer relaciones de causa-efecto, la perspectiva metodológica que planteamos, intenta describir y analizar cuáles son las estructuras que sobre determinan un proceso particular, cuál es su dinámica, significación y lo que viene a ser más relevante, cuáles son las relaciones entre ellas” (Aguirre Beltrán, 1986).

Con la premisa de A. Beltrán, reiteramos que la ruta del trabajo a desarrollar parte del método cualitativo, cuyo propósito será catalogar variables no en sentido estricto de lo cuantitativo, sino a partir de detallar y comprender la correlación de elementos que giran alrededor del padecimiento escapulario.

Esto no quiere decir que exista la intención de eliminar completamente el método cuantitativo, por el contrario, proponemos reunir ambos caminos metodológicos para abrir la posibilidad de interpretar el proceso salud/enfermedad/atención; así, la revisión estadística y epidemiología será de suma utilidad para conocer el escenario donde está presente el problema de estudio.

Al mismo tiempo, compartimos con E. Menéndez, que “una parte de los antropólogos más o menos memoriosos recuerdan —y algunos usamos— la existencia de aproximaciones cualitativas que posibilitan cierto tipo de generalizaciones. Las dos principales metodologías que

hacen posible las generalizaciones no estadísticas son las que utilizan el “tipo ideal”¹⁶ y las que usan modelos, las cuales no sólo posibilitan generalizaciones sino que sobre todo proponen interpretaciones o explicaciones respecto de los procesos analizados” (Menéndez 2008: 16-17). Por lo tanto, la investigación llevada a cabo, seleccionó a los actores sociales a partir de la construcción teórica metodológica de los “tipos ideales”; de tal manera que con este elemento, tuvimos la posibilidad de hacer trabajo campo y buscar a los posibles informantes que fueron el eje medular del estudio.

Debemos aclarar que el grupo de edad fue elegido de acuerdo al dato epidemiológico mencionado en el planteamiento de investigación, a razón de ser, el grupo de 1-4 años el que presentaba mortalidad a nivel estatal, que si bien, no nos enfocamos exclusivamente en la mortalidad en diarreas agudas, resultó importante delimitar al objeto de estudio a partir de un dato estadístico que revelaba un problema de salud. Y debemos recordar que además coincidía con el trabajo etnográfico, el cual indicaba que el padecimiento escapulario se manifestó sobre todo en los niños.

Entonces, buscamos a niños de 1-4 años que ya habían padecido de escapulario, el objetivo fue reconstruir su proceso de salud-enfermedad-atención; así, un mecanismo para poder realizarlo fue a través de las trayectoria de atención. En este sentido, aclaramos, que aunque la unidad de análisis es el proceso de salud-enfermedad-atención de los niños, buscamos información de aquellos actores que de alguna manera intervinieron o participaron en ese proceso. Singularmente fue a partir de las madres de familia de quien obtuvimos la mayor parte de la información con respecto a los niños¹⁷.

Así, partiendo del hecho de que un niño (1-4 años) al requerir de cuidados al interior de cada grupo familiar, la propuesta de la tipología fue en torno a las características de las madres responsables de su cuidado.

Los criterios de inclusión y exclusión para la unidad de análisis (niños) fueron:

Criterios de inclusión

- ✓ Niños de 1-4 años.
- ✓ Niños de 1-4 años que hayan padecido de escapulario.
- ✓ Niños de 1-4 años que fueron atendidos en Coatetelco y ser localizados durante los dos años de estudio (pese a que cambiaron de residencia)¹⁸.

Criterios de exclusión

- Niños menores de 1 año o mayores de 4 años.
- Niños de 1-4 años que ninguna vez han padecido escapulario.

¹⁶ El tipo ideal —con este o con otros nombres— fue utilizado por Émile Durkheim y por Max Weber desde fines del siglo XIX y principios del XX, respectivamente... Debemos recordar además que el tipo ideal fue utilizado intensamente por la antropología de los Estados Unidos y de América Latina durante el lapso 1940-1970, especialmente a partir de sus propuestas sobre los tipos de campesinado y sobre el continuum folk-urbano que recurrían a las concepciones de Durkheim y de Weber, pero también de Marx en autores como E. Wolf o S. Mintz (Menéndez 2008:17).

En palabras de Weber: “Un tipo ideal... se obtiene... mediante el realce unilateral de uno o de varios puntos de vista y la reunión de una multitud de fenómenos...” (1982:79-80. En: Sánchez de Puerta, 2006).

¹⁷ Otros sujetos sociales como los curanderos, médicos y otros habitantes de la localidad fueron contemplados en el estudio.

¹⁸ Este criterio aplicó cuando los niños cambiaron de residencia a otra localidad pero la atención del escapulario ya había precedido al momento de la investigación.

- Niños de 1-4 años que no fueron atendidos en Coatetelco y no podían ser localizados durante los dos años de estudio.

Para las características de la tipología, las madres de familia que potencialmente la conformaron y fueron seleccionadas, tenemos:

1.- Representaciones sociales.

- Madre del niño que viva en la misma residencia de su madre.
- Madre del niño que viva en la misma residencia de su suegra.

2.- Trayectoria de atención.

- Madre de familia que atendió el padecimiento como acontecimiento único.
- Madre de familia que atendió el padecimiento más de una vez.

3.- Familia y contexto.

- Madre de familia con bajos ingresos económicos.
- Madre de familia con altos ingresos económicos.

La característica número uno fue considerada porque partimos de reflexionar que lo que piensan las mujeres, su conocimiento o percepciones acerca del escapulario podría expresarse a través de su convivencia con otras mujeres que vivan en la misma residencia, lo que tendría que ver con la re-significación de ideas, toma de decisiones, o en su caso, existir conflictos de interés en relación al cuidado del niño. Retomamos el trabajo de Paulo y Venegas (2009) cuando hablan de la relación entre suegra y madre en una residencia común y cómo esa organización familiar afecta la crianza cotidiana y la atención de salud de los niños.

La característica número dos, fue valiosa debido a que pretendimos conocer las diferentes formas de atención a las que recurrieron las madres de familia para enfrentar el padecimiento escapulario, por lo que fue fundamental partir de la experiencia de las madres para atender ese acontecimiento como único o repetido (varias veces) durante la historia médica del niño. Rosa M. Osorio (2001) plantea que es importante apreciar la experiencia que las mujeres ya tienen establecidas por su aprendizaje socializado, pauta que les permite ocupar ciertas estrategias de atención para futuras experiencias.

La característica número tres, fue incluida partiendo de que los estudios epidemiológicos y sociales enuncian que la situación económica puede condicionar -o no- el desarrollo de ciertas enfermedades, de esta manera, los ingresos familiares fueron integrados bajo el rubro de altos y bajos ingresos económicos. Dentro de dicha polaridad contemplamos los siguientes aspectos: Sin/con programa Oportunidades, sin/con seguridad social, madre económicamente no/activa, sin/con ingresos de familiares migrantes.

La manera de llegar a estas características fue a través del trato directo con las madres de familias y por la presentación o recomendación de algunos curanderos u actores representativos de la localidad que permitieron generar empatía con las mamás.

En síntesis, la combinación de características, forman la siguiente tipología:

Tabla No. 1
Características de tipología

Tipo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Madre del niño (1-4 años) que viva en la misma residencia de su madre. • Madre de familia que ha atendido al padecimiento escapulario como acontecimiento único. • Madre de familia con altos ingresos económicos.
Tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> • Madre del niño (1-4 años) que viva en la misma residencia de su suegra (o viva sola). • Madre de familia que ha atendido al padecimiento escapulario como acontecimiento repetido. • Madre de familia con bajos ingresos económicos.
Tipo 3	<ul style="list-style-type: none"> • Madre del niño (1-4 años) que viva en la misma residencia de su suegra (o viva sola). • Madre de familia que ha atendido al padecimiento escapulario como acontecimiento único. • Madre de familia con bajos ingresos económicos.
Tipo 4	<ul style="list-style-type: none"> • Madre del niño (1-4 años) que viva en la misma residencia de su madre. • Madre de familia que ha atendido al padecimiento escapulario como acontecimiento repetido. • Madre de familia con altos ingresos económicos.
Tipo 5	<ul style="list-style-type: none"> • Madre del niño (1-4 años) que viva en la misma residencia de su suegra (o viva sola). • Madre de familia que ha atendido al padecimiento escapulario como acontecimiento repetido. • Madre de familia con altos ingresos económicos.
Tipo 6	<ul style="list-style-type: none"> • Madre del niño (1-4 años) que viva en la misma residencia de su madre. • Madre de familia que ha atendido al padecimiento escapulario como acontecimiento único. • Madre de familia con bajos ingresos económicos.
Tipo 7	<ul style="list-style-type: none"> • Madre del niño (1-4 años) que viva en la misma residencia de su madre. • Madre de familia que ha atendido al padecimiento escapulario como acontecimiento repetido. • Madre de familia con bajos ingresos económicos.
Tipo 8	<ul style="list-style-type: none"> • Madre del niño (1-4 años) que viva en la misma residencia de su suegra (o viva sola). • Madre de familia que ha atendido al padecimiento escapulario como acontecimiento único. • Madre de familia con altos ingresos económicos.

Teniendo como referencia las (8) tipologías, buscamos una de cada tipo, sin embargo, en gran parte dependió de la disposición de las mujeres para participar en el estudio y del tiempo que requirió la investigación. Al final, trabajamos con seis, justo en base a circunstancias factibles y favorables al trabajo.

Como conclusión diremos que, los “tipos ideales” asumen que al ser construcciones metodológicas, su formulación está hecha para problematizar la realidad por estudiar; de ahí, que el valor de la “tipología” no radica en la representatividad estadística, sino en la posibilidad de caracterizar a los niños (1-4 años) en grupos familiares peculiares, que nos permitan comprender su proceso de salud-enfermedad-atención.

1.6.2 Diseño de investigación y plan de análisis

“Es necesario enfatizar que la calidad del dato cualitativo se obtiene como producto del trabajo en intensidad, más que en extensión, y su confiabilidad y validez se sustentan en el rigor metodológico y en el estrecho “control” que el investigador tiene sobre la información que ha obtenido durante el periodo de trabajo de campo” (Osorio 2001: 43).

En la primera etapa del estudio, el diseño de investigación estuvo enfocado a la delimitación del protocolo de investigación, identificando la unidad de análisis en un lugar específico. Que como hemos mencionado a lo largo de este texto, esa unidad está centrada en el proceso de salud-enfermedad-atención del niño que padeció escapulario. La investigación estuvo estimada para realizarse en un período de dos años, incluyendo primordialmente la culminación del trabajo de campo. Hicimos tres estancias de campo, la primera fue en un período de mes y medio (diciembre 2011, enero y febrero 2012), en ese momento exploramos el escenario donde llevaríamos a cabo la investigación¹⁹; hicimos un sondeo de las personas que podían fungir como informantes claves²⁰ e intentábamos acercarnos a las madres de los niños que habían padecido escapulario (búsqueda de tipología).

La segunda estancia de campo fue la más larga, intensa y fructífera (junio y julio 2012), ahí con el precedente que habíamos logrado durante la primera estancia, comenzamos a hacer alianzas con las personas que habían decidido participar en el estudio, obtuvimos favorable respuesta de autoridades civiles, madres de familia seleccionadas, del personal de salud y de otros actores significativos de la localidad, no así, de los curanderos, quienes a pesar de acceder a ser entrevistados, aún persistía cierta resistencia a ser parte de su cotidianidad.

En la tercera estancia de campo (enero, febrero y marzo de 2013) cerramos el trabajo directivo de investigación, es decir, afinamos, confrontamos y triangulamos información²¹, que a decir verdad, la salida nos costó trabajo por la afinidad y empatía que habíamos construido con la población²².

El trabajo de campo propio del método cualitativo, no podía ser posible sin una etnografía “intensa” como menciona R. Osorio. Hicimos uso de ésta como guía metodológica, la cual nos permitió desplazarnos al “lugar de los hechos” y poder recabar información a través de dos técnicas ampliamente reconocidas: observación participante y entrevistas a “profundidad”.

¹⁹ Llegamos con personal de los servicios de salud jurisdiccional y local (Centro de Salud), con autoridades civiles, con curanderos y con la población en general. Presentamos cartas emitidas por la Facultad de Medicina de la UNAM para oficializar la entrada a la localidad, resguardar seguridad personal y observar si la población aceptaba el trabajo de investigación que pretendíamos llevar a cabo.

²⁰ Un informante clave, es aquella persona de la localidad que conoce su entorno, es legitimado socialmente por la población y tiene disposición de participar en la investigación.

²¹ En este período, al replantear la trama de la investigación, nos dimos cuenta que había cosas que debíamos cubrir, por ejemplo, nos adentramos más al contexto local y municipal por lo que nos presentamos con las autoridades municipales, registro cayubtivil y Comité de Agua Potable.

²² Aproximadamente realizamos una estancia prolongada de 6 meses, durante tres periodos más o menos largos (de mes y medio a dos) y estancias cortas que detonaban en fines de semana, días festivos religiosos, festividades civiles, funerarias o en el mejor de los casos invitaciones a escapularios. Recuérdese también, que al ser estudiante del diplomado en antropología médica (2010), ya hacíamos visitas esporádicas a la localidad (escapularios).

Las entrevistas fueron de dos tipos, estructuradas (encuentros formales y con guión establecido²³) y no estructuradas (encuentros informales²⁴ y sin guión establecido).

La observación participante, permitió permanecer el mayor tiempo posible en los hogares de las madres de familia, a quienes previamente les explicamos (consentimiento informado-verbal)²⁵ la intención de las visitas a sus espacios privados. Inicialmente comenzamos con visitas domiciliarias, posteriormente fuimos ganando confianza y llegamos a ser invitados para pernoctar en sus viviendas, o en su caso, ser invitados y acompañar en sus eventos cotidianos al interior de la localidad.

Adicionalmente, ocupamos otros instrumentos metodológicos que complementaron la información. Unos son conocidos dentro del campo cualitativo, otros en el campo cuantitativo, y otros fueron creados de acuerdo a las necesidades de la investigación. Hablamos de genealogías, videos-fotografías; historia clínica²⁶ del niño, diagnósticos situacionales del Centro de Salud, datos epidemiológicos, estadísticos, censos y archivos oficiales; formato de situación actual del escapulario²⁷ y estudios sanitarios, ambientales, municipales (registro civil, archivo muerto).

El procesamiento de datos estuvo hecho a partir de la transcripción literal de los audios de las entrevistas (estructuradas y no estructuradas) que realizamos; aunado a ello, codificamos (clasificar) de acuerdo a los guiones que seguimos, para la codificación utilizamos el software Atlas-ti (versión 6.2).

Consideramos que la recaudación de datos en campo fue de gran alcance, en el siguiente cuadro podemos observar la secuencia del plan de trabajo.

Tabla No. 2 Tipos de entrevistas						
Periodos	Entrevistas estructuradas				Entrevistas no estructuradas	Total de cada estancia
	Madres de familia	Curanderos	Médicos públicos	Médicos particulares	Otras personas significativas	

²³ Realizamos diferentes tipos de guías para entrevistas y observación participante, específicamente para madres, curanderos y médicos (con los dos últimos no seguimos un guión de observación participante).

²⁴ Los encuentros informales a los que preferimos denominarles “espontáneos”, fueron los más gratificantes en la interacción con la gente, pues reflexionamos que éstos ampliaban las expectativas de la investigación, la enriquecían y se generaban en un ambiente más cómodo. Este tipo de eventos estuvieron presentes cuando las circunstancias lo ameritaban.

²⁵ El consentimiento informado fue implementado en dos sesiones, en primer lugar fue verbal y en segundo lugar fue formalizado con una carta de consentimiento informado firmada por las participantes, esto fue un aprendizaje durante la investigación pues reflexionamos que era necesario llevarlo a cabo por las implicaciones ética que conlleva hacer investigación.

²⁶ La historia clínica del niño es un instrumento de utilidad para recopilar situación médica, cotejar fechas, y enfermedades recurrentes.

²⁷ El formato fue diseñado por cuenta propia (contemplamos fácil utilización) con el propósito de registrar la demanda del padecimiento en un tiempo sincrónico, indagamos y esquematizamos tres datos básicos: edad, sexo y fecha (atención). Para hacer uso de este, solicitamos la participación de algunos informantes claves.

1ª. Estancia de campo.	0	6	3	3	3	15
2ª. Estancia de campo	Guión A-6 Guión B-6 Guión C-5	1	1	0	13	32
3ª. Estancia de campo	Guión C-1	7	0	0	5	13
Total por actor social	18	14	4	3	21	60

De las sesenta entrevistas realizadas, transcribimos cuarenta y ocho; y codificamos treinta y seis. Esto no da la pauta para medir nuestro trabajo en cantidad, pues no fue nuestro objetivo, pero sí es menester mencionar que tratamos de invertir nuestro esfuerzo en una etnografía detallada del fenómeno. Además siempre complementamos el trabajo etnográfico con los encuentros informales que mencionamos en párrafos anteriores: las visitas a los hogares de las familias, acompañamiento en las prácticas cotidianas en la localidad, y principalmente, eventos de escapularios, en los cuales pudimos observar de primera mano las interacciones culturales, las representaciones y prácticas sociales; asistimos a veintiuno.

Nos dimos cuenta, que el método de codificación, propio de la teoría fundamentada, permite clasificar un amplio espectro de datos en categorías (agrupa por rubros) y subcategorías (forma parte de un rubro), este encuadre hace accesible el fácil manejo de información para poder ser analizada en grupos o temáticas que el investigador haya identificado en su propia obra de trabajo. En nuestro caso, la manera de llevar a cabo la codificación fue la siguiente; a partir de los conceptos teóricos y objetivos particulares de la investigación, creamos los guiones de entrevistas estructuradas, después de haber obtenido esa información, comenzamos la codificación de acuerdo a la misma lógica, utilizando los referentes conceptuales (categorías) y las temáticas de los guiones (subcategorías).

De manera breve, diremos cómo llevamos a cabo el análisis a partir del método de codificación. Una vez concluida la selección de información de acuerdo a cada categoría y subcategoría correspondiente, comenzamos la redacción partiendo de que estaban agrupadas por “estamentos” (grupo de personas con ciertas características), los cuales fueron curanderos, madres y otros personajes significativos; fue así que ocupamos los reportes de información por cada uno de estos, después nos dimos a la tarea de ver las coincidencias en los discursos, resaltar los relatos más representativos y extraerlos para difundirlos en el texto.

En todo momento, recurrimos a la triangulación de información entre los diferentes grupos de actores, pero también entre varias categorías cuando así lo ameritaba el análisis. De acuerdo a Cisterna (2005), se entiende por proceso de triangulación hermenéutica: “la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el corpus de resultados de la investigación”. De esta manera, no sólo ocupamos los resultados de la codificación sino también de aquellos surgidos en el registro etnográfico, principalmente de la observación participante.

El plan metodológico para sistematizar y analizar la información de campo fue a partir de dos estrategias, una es, el método de caso extendido, el cual es útil por uno de los principios de la

ciencia reflexiva –el proceso- el cual contempla que: “Los fenómenos a observar están inmersos en un espacio y tiempo específico, éstos no pueden congelarse sino que están en un flujo continuo. Lo que se busca es obtener múltiples lecturas de un caso para reconstruir un proceso social” (Burawoy 1998). Por lo tanto, partimos de ver al proceso de salud-enfermedad-atención del niño que padeció escapulario como un proceso social y de vida situado en un transcurso diacrónico-sincrónico.

La etnografía requirió que la descripción y la observación participante estuvieran centradas alrededor de ese proceso. Por ello, abordamos lugares y momentos distintos, por ejemplo, indagamos con qué personas interactuaron las madres de los niños en el momento de atender el padecimiento escapulario, cómo lo hicieron y qué estrategias les parecieron las mejores. Adicionalmente contemplamos a otros actores alrededor de la atención, la cual pese a no ser directamente del caso de ese niño, nos dimos a la tarea de reconstruir las ideas, pensamientos y formas de entender esa atención (nos referimos a curanderos y médicos)

Así, con las percepciones y actuaciones de esos actores involucrados en el proceso (cómo se mueven), de lo que se habla, calla, actúa; buscamos las contradicciones entre lo que la gente dice y hace. Pretendimos ver las variaciones del comportamiento sobre el fenómeno de salud, cuál es el patrón y qué es lo atípico.

La segunda estrategia metodológica es la narrativa, la cual de manera similar tiende a rescatar los procesos pero está tiene como referencia a la historia y a los discursos de los actores. “El discurso de la experiencia: se puede caracterizar como el discurrir de la vida en cuanto actuada por alguien, es el relato de lo que se hace, de los saberes que implica este hacer, de las imágenes y representaciones que la acompañan y de ella brotan, de las normas que acotan y dan sentido, proyección, es el saber hacer, el por qué se hace y qué le ocurre a uno en ese hacer y saber” (Marinas 2007).

Debemos aclarar que la narrativa propuesta por A. Kleinman ó B. Good fue ocupada pero no necesariamente en el ámbito clínico, nos sirvió para armar los “modelos explicativos” del padecimiento escapulario, lo cual va de la mano de la construcción narrativa que M. Marinas propone, la cual incluye dos elementos: la historia de vida y la historia oral: “la historia oral y la historia de vida son útiles para reconstruir la diacronía de los sujetos, su tiempo, sus tiempos. Y al decir sus tiempos estamos hablando de la interacción de los sujetos” (Ibídem).

Específicamente de la historia de vida retomamos una parte de la totalidad de vida de los niños, centrándonos en su momento de nacer, crecer y sus antecedentes médicos; en cambio de la historia oral abarcamos más aspectos, debido a que esta contempla sujetos plurales alrededor del proceso de salud-enfermedad-atención del infante. Fue así que, incluimos ampliamente los discursos de las representaciones sociales y las representaciones de las prácticas.

Como dice M. Marinas (2007), “de todos modos, esta separación, que tiene interés en la planificación de cualquier estudio, se torna flexible. Y cuando se reúnen las dos estamos hablando de la construcción narrativa del sujeto”.

1.7.- Alcances y limitaciones

En este apartado comenzaremos expresando que pese a ir formándonos (posgrado) en antropología en salud, muchas veces nos sentimos limitados por no tener una formación oficial en medicina, es decir, ser biomédicos. Viniendo de las ciencias sociales, especialmente de la antropología, no podemos negar que apelamos a la incompetencia para comprender los procesos patológicos de las enfermedades biológicas. Sin duda, este conocimiento pudo modificar en mucho el planteamiento inicial de nuestro problema de investigación, no obstante, nos dedicamos a trabajar con los recursos y habilidades aprendidas con las que ya contábamos. Esperamos que esta limitación no haya segado nuestra comprensión y análisis del fenómeno a estudiar.

Aunado a esto, también tuvimos otras necesidades profesionales, como fueron las epidemiológicas y estadísticas, pues al retomar un enfoque teórico referencial como la epidemiología sociocultural, teníamos que echar mano de lo básico para buscar y después analizar los datos hallados de primera mano (Centro de Salud y registro civil), la manera de solventarlo fue a través de compañeros expertos en el área que pudieron asesorarnos para sistematizar los datos de la mejor manera.

Otras áreas afines entre sí, con las que nosotros tuvimos obstáculos fueron la biológica, química y ecológica, pues por tener en uno de nuestros objetivos particulares, la descripción y análisis de la situación sanitaria de la localidad, teníamos la intención de conseguir apoyo de un laboratorio dedicado a valorar la calidad del agua. Inicialmente buscamos ayuda en el Instituto de Ecología, de la UNAM (en el laboratorio del departamento de ecología de la biodiversidad); sin embargo, sólo nos asesoraban con la interpretación de resultados no así con la toma de muestras, ahí mismo nos sugirieron cotizar un laboratorio certificado, seguimos el procedimiento indicado pero no fue posible solventar los gastos económicos requeridos. Por lo tanto descartamos esta opción y buscamos otras alternativas sin ningún costo.

Por fortuna existió la posibilidad de ser parte de un grupo de profesionales que estaban interesados en hacer salud colectiva en la localidad de Coatetelco, los integrantes eran médicos, epidemiólogos, antropólogos, trabajadores sociales y tecnólogos médicos²⁸. Entre los intereses del grupo y los particulares (principalmente de los últimos referidos), estaba hacer muestras de agua para su posterior análisis. Esto generó una gran expectación de nuestra parte, pues era la manera de resolver y cubrir de lo que carecíamos.

Respecto a una de las mayores dificultades con las que nos topamos fue llevar a cabo observación participante con los curanderos, si bien, desde la primera estancia de campo accedieron a participar en el estudio, realizándoles entrevistas, la penetración en sus espacios íntimos de curación no fue posible en ninguna de las estancias, nos acercábamos con cautela y quisimos ganar su confianza pero no lo logramos, durante todo el tiempo mostraban recelo

²⁸ El concepto de tecnología médica se ha forjado a partir de las definiciones suministradas por la Office of Technology Assessment (OTA) de los Estados Unidos de Norteamérica a principios de los años setenta. Según la OTA, conforman la tecnología médica: los medicamentos, los aparatos, los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas organizativos con los que se presta la atención sanitaria. Por lo tanto, la tecnología médica no son sólo las máquinas o medicamentos, sino también la propia práctica clínica y el modo en que esta se organiza (Guerrero et., al, 2004).

hacia sus saberes, cierta desconfianza y temor de que denunciáramos su práctica. Deducimos que en parte se debió a las creencias imperantes que giran alrededor de la “brujería”, pero a la vez reconocemos y no negamos que pudo haber falta de experiencia o habilidad para trabajar con estos personajes en la localidad.

Finalmente, diremos que, la ventaja que tenemos los investigadores cualitativos es la flexibilidad que ofrece nuestro método, por ello, durante el transcurso de la investigamos estuvimos haciendo ajustes de acuerdo a lo que teníamos en el camino. Por ejemplo, algo que no esperábamos fue ahondar más de lo que habíamos planeado con respecto a otros padecimientos culturales atendidos por los curanderos, sin embargo, tuvimos la obligación de hacerlo al momento de darnos cuenta que era inherente al fenómeno de salud que estábamos indagando (esto requirió búsqueda de nueva bibliografía, diseño de otros guiones de entrevistas y realización de las mismas).

1.8. Descripción sintética de capítulos

La estructura del trabajo está dividida en siete capítulos, en el primero presentamos el diseño de la investigación que guió la manera de llevarla a cabo; el segundo capítulo abarca el marco teórico referencial de la epidemiología sociocultural, el conceptual y los antecedentes etnográficos sobre el escapulario; el tercer capítulo tiene el cometido de mostrar el contexto dónde el escapulario se manifiesta como un fenómeno de salud, ahí exponemos las condiciones históricas, demográficas, socioeconómicas, políticas, sanitarias, epidemiológicas y los servicios de salud otorgados a la población; en el capítulo cuarto la etnografía muestra la vida cotidiana de Coatetelco a través de las familias participantes en el estudio; el capítulo cinco ofrece adentrarse al mundo de las ideas construidas alrededor del escapulario, partiendo de las nociones de los actores sociales; el capítulo seis presenta la condición de salud del niño, desde el inicio de la gestación, los antecedentes médicos recurrentes y las trayectorias de atención de las experiencias del padecimiento (escapulario); en el capítulo siete se retoman las exposiciones de los capítulos previos para concluir y analizar los resultados de la investigación.

Capítulo II Marco teórico

2.1 Marco teórico referencial: epidemiología sociocultural

Para comenzar una investigación en salud resulta inevitable la búsqueda de datos epidemiológicos que seguramente tendrán alguna explicación inesperada con ciertos padecimientos de tipo cultural, fue por esa razón, que planteamos utilizar un marco teórico referencial que pudiera ofrecer múltiples respuestas. Es así, que para entender de qué principios parte este marco, haremos un breve recorrido por su creciente desarrollo dentro de la antropología médica o también llamada antropología en salud.

Por ello, exhibiremos su surgimiento en base a los cuestionamientos realizados hacia la epidemiología convencional, sus alcances metodológicos, campo aplicativo y desafíos que están constantemente re-configurándose.

La propuesta de un enfoque sociocultural en la epidemiología fue retomada en México por Eduardo Menéndez (durante la década de los 80); a partir de los estudios realizados sobre epidemiología sociocultural que se hicieron en Canadá por el grupo GIRAME (Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et en Ethnopsychiatrie)²⁹.

“La explicación de la situación sanitaria a partir de un solo modelo, como el biomédico introduce un sesgo en el abordaje de la realidad social y de salud al considerar exclusivamente las entidades nosológicas reconocidas en el paradigma médico dominante. Este sesgo se incrementa en comunidades rurales e indígenas, en cuyo contexto cultural opera un conjunto de problemas de salud que, aun cuando son percibidos por la población, carecen de equivalente en la nosología médica oficial y, por tanto, no son detectados por las instituciones de salud. De lo anterior resulta una serie de situaciones de susceptibilidad, riesgo y enfermedad no caracterizadas o definidas en términos epidemiológicos como necesidades de atención”.³⁰ Sin embargo, estos "síndromes de filiación cultural"³¹ y otros numerosos y diversos padecimientos de índole sociocultural, no dejan de ser problemas reales en la cotidianidad de la población, onerosos para la unidad familiar y generadores de incapacidad laboral y sufrimiento (González y Hersch 1993: 394).

El siguiente diagrama representa el tamaño que la epidemiología institucional tiene frente a la morbilidad “oculta”³², aquella que es significativamente menor en el terreno del conocimiento científico.

²⁹ Grupo de investigación interuniversitario de la antropología médica y etnopsiquiatría.

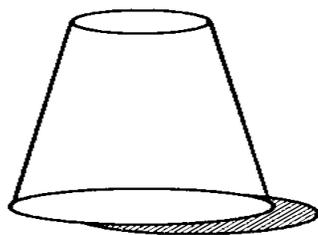
³⁰ El autor cita: 1. Pedersen D, Coloma C. Perspectivas de salud, organización social y modelo de comportamiento: estudios de caso en la Amazonía, Sierra y costa de Ecuador. Informe final de investigación: PAHODOC, PNSP/84-53). Quito, Ecuador: OPS, OMS y MSP, 1984.

³¹ En el desarrollo de este apartado señalamos la definición de este concepto.

³² Turner (1980), señala algo similar en torno a la brujería: “No se ha reconocido suficientemente la estrecha relación de las creencias sobre brujería con las altas tasas de enfermedad y mortalidad que afligen a la mayor parte de las sociedades tribales. La enfermedad, como la lluvia, presenta con frecuencia distribuciones fuertemente localizadas. Los análisis sobre brujería deberían incluir en el futuro estadísticas locales de muertes y enfermedades, ya que es muy probable que el carácter repentino e impredecible de las afecciones graves explique en parte el carácter azarosamente maligno e inmotivado atribuido a muchos tipos de brujería”.

Diagrama No. 1. Límites en la percepción de la epidemiología institucional

Epidemiología institucional



Morbilidad sociocultural
no percibida

Fuente: C. Zolla, 1985. Comunicación personal

FIGURA 1. Límites en la percepción de la epidemiología institucional

Tomado de: González y Hersch 1993.

Así pues, ante la premisa descrita, la epidemiología institucional centra su atención en enfermedades sólo reconocidas por la biomedicina pero ignora otras de tipo sociocultural, por lo que vale la pena decir que es necesario explorar otros horizontes que se “acerquen” a un tipo de epidemiología que no solo identifique las patologías biológicas sino que analice el contexto en el que se encuentran sumergidas o interrelacionadas esas “otras”, y además, se atreva a “verlas”, aunque sean distintas y desconocidos para la ciencia médica.

Si bien es cierto que la epidemiología ha tenido repercusiones de relevancia y trascendencia para el “saber científico” en beneficio de la población, tal como lo muestra su historia a través de tres etapas identificadas³³, sus paradigmas se han dirigido de manera exclusiva a las explicaciones de causa y efecto en torno a un fenómeno dado como “unicausal” y no como “multifactorial”.

Desde las ciencias sociales, son distintos los argumentos que respaldan esta tendencia. Hersch y Haro (2007) argumentan que “frente a esta problemática, en epidemiología convencional se documenta una escasa teorización acerca de los problemas que estudia desde un punto de vista colectivo, tendiendo a adoptar los esquemas explicativos elaborados desde la biomedicina, con la cual comparte una postura reduccionista respecto a los esquemas causales de las enfermedades y una falta de actualización y reflexión en lo que respecta a los factores que son determinantes de la salud y la enfermedad en los colectivos humanos...para el cual solo lo medible y cuantificable puede caracterizarse como veraz y científico, sin advertir que esta perspectiva reduce la complejidad de los fenómenos en virtud de su homogeneización”.

³³ En la Epidemiología como disciplina, pueden distinguirse al menos tres grandes momentos relacionados con la dinámica epidemiológica de las sociedades. Un primer momento caracterizado por la primacía de un paradigma denominado como “estadísticas sanitarias” (primera mitad del siglo XIX), dominado por el concepto de “miasmas”; un segundo momento claramente influido por la noción de “germen” (finales del siglo XIX y mitad del XX), ligado al desarrollo de la enfermedad infectocontagiosa; y un tercer momento, donde la emergencia de la enfermedad crónica como problema de salud prevaeciente ha dado origen a un acercamiento denominado de “caja negra” (desde la segunda mitad del XX hasta hoy) (Susser y Susser 1996. En: Fajreldin 2006: 99).

“Desde por lo menos la década de los setenta, se ha señalado que los estudios epidemiológicos no documentan ni analizan información sobre enfermedad en términos de sufrimiento humano, ni incorporan el sentido y significado que los sujetos y grupos -incluido el personal de salud- dan a los sufrimientos” (Menéndez 2008:12). De aquí radica la importancia por intervenir desde otras áreas profesionales que tengan una “mirada” médica pero que también contemplen otros “factores” que influyen en el campo de la epidemiología ya conocida.

G. Álvarez (2008) reflexiona sobre las limitaciones de esta epidemiología y critica lo que debe eliminarse: “El vacío en el conocimiento de la salud y la enfermedad no podrá ser cabalmente superado si no se exploran, discuten y ponen en práctica nuevas propuestas de pensamiento que trasciendan el marco epistemológico positivista. En este tenor, lo que la disciplina requiere es abandonar la posición objetivista y biologicista que caracteriza a la biomedicina, para acceder a un nuevo modelo conceptual sobre la salud y sus determinantes en sus dimensiones objetivas, subjetivas, intersubjetivas y también ecológicas”.

De la cita anterior, señalamos que el objetivo de la discusión no es atacar a una disciplina medular para el entendimiento de la frecuencia y distribución de los problemas de salud en la población, sino proponer la ampliación de un marco de referencia que integre otras posibilidades de comprensión al estudiar la enfermedad; L. González y P. Hersch (1993) le llaman “complementariedad”. “El sentido en que se adjetiva aquí a la epidemiología, no implica exclusión o rechazo...sino complementariedad”.

Por lo tanto, ante esta proposición, es conveniente explorar el campo de conocimiento denominado “perfil sociocultural”, el cuál es un constructo abstracto que está desarrollándose desde la Antropología Médica. Quiénes, a nuestro punto de vista lo define como tal, son los autores antes mencionados, ellos sostienen que, “la caracterización del perfil epidemiológico sociocultural permite tomar en consideración un conjunto de situaciones antes no detectadas; no implica el planteamiento de una intervención mecánica: de este conjunto es posible deslindar espacios de intervención y de no intervención, los primeros relativos a la expresión de daño orgánico evitable o de coincidencia parcial con la nosología médica oficial, reconociendo en tales espacios su eficacia resolutive mayor. En cualquier caso, la detección de tal conjunto permite, sobre una base más precisa, derivar problemas de manera más adecuada” (Ibídem: 401).

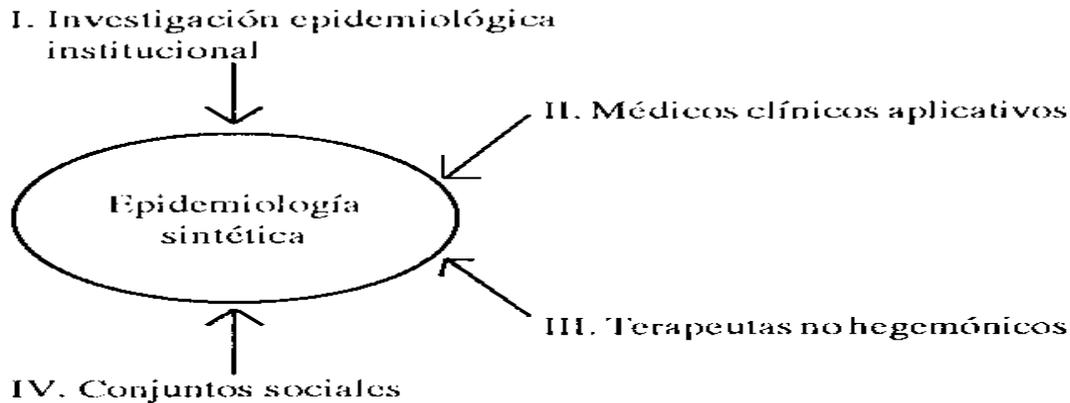
La propuesta de un enfoque sociocultural subraya la necesidad de conformar una epidemiología “sintética” que nutra el perfil construido científica e intencionalmente por la investigación en salud pública actual, pero además integre otros perfiles como son: conocimiento epidemiológico provenientes del saber y de la práctica de los médicos clínicos aplicativos, de los terapeutas no hegemónicos y de los conjuntos sociales mismos (figura 2)³⁴ (Ibídem: 394).

Así que, en este apartado resulta fundamental interrogarnos ¿Quiénes integran el otro perfil epidemiológico?, ¿Quiénes son? ¿En dónde los localizamos? ¿Qué sentido tiene identificarlos y para qué? ¿Qué respuestas interesantes pueden tener? ¿Por qué tienen otras explicaciones?

³⁴ El autor cita: Menéndez E. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, 1990:179.

Las interrogantes son resueltas a partir del siguiente diagrama, donde nos proponen a algunos protagonistas que pueden estar incluidos y así poder entender el enfoque sugerido.

Diagrama No. 2. Aportes para una epidemiología sintética



Fuente: Referencia 6

FIGURA 2. Aportadores para una epidemiología sintética

Tomado de: González y Hersch 1993.

Partiendo de los puntos antes mencionados, distinguiremos de aquí en adelante qué actores sociales están incluidos en la investigación al momento de re-construir el padecimiento escapulario. Primero diremos, que la intención de llegar a una epidemiología sociocultural, estuvo centrada en involucrar a los personajes que formaban parte del fenómeno social, pues coincidimos en que a partir de ellos, podemos aproximarnos a un registro sistemático y minucioso que otorgue la pauta tanto de tipo cuantitativo como cualitativo.

Retomando el diagrama expuesto, enumeran: I. Investigación epidemiológica institucional, II. Médicos clínicos aplicativos, III. Terapeutas no hegemónicos, IV. Conjuntos sociales. Siguiendo su lógica de explicación, la única diferencia es que los nombramos de distinta manera: I. Epidemiología convencional, II. Médicos biomédicos, III. Curanderos³⁵ y IV. Madres de familia.

Iniciaremos diciendo que la (I) epidemiología convencional es un recurso al que debe acudir en el momento de armar un perfil epidemiológico sociocultural, de lo contrario, no sería posible conocer a gran escala las tendencias de las enfermedades ni el reflejo de sus valores globales. Si bien es cierto que es imprescindible el ámbito cultural también es demandante el panorama general estadístico, pues nos sitúa y guía como un antecedente.

³⁵ Roberto Campos (1997) habla del curanderismo como “práctica social curativa “tradicional”... “significa para nosotros el conjunto de saberes, prácticas e ideologías, sustentadas y usadas (sin exclusividad) por miembros de las clases sociales subalternas donde se fusionan diferencialmente aquellos elementos considerados como “tradicionales” (transmitido por generaciones previas) con elementos contemporáneos procedentes de otras prácticas, sobre todo la científica y donde confluyen explicaciones y tratamientos basados en la empierea, con el uso real o supuesto de poderes mágico religiosos siendo el curandero el depositario y experto en este campo”. Desde el inicio del texto la palabra curandero ha sido utilizada, por lo tanto, con la definición aquí citada confirmamos usarla para el resto del documento.

Otro aspecto a considerar (II) son los biomédicos, quiénes en el nivel local son los responsables directos de atender a la población, brindando la conocida “atención primaria” establecida por las políticas del sector salud, de esta manera son ellos quiénes pueden tener acceso a la información de primera mano con respecto a la morbilidad, pero no sólo eso, también tienen ideas, percepciones y opiniones que no siempre son expresadas en las instituciones oficiales a las que pertenecen. Para nosotros es importante retomar su subjetividad y a la vez su visión objetiva como médicos.

El tercer elemento (III) que influye para crear un perfil sociocultural son los curanderos, quiénes no pueden quedarse fuera, es irrevocable, en el sentido de que en el tiempo contemporáneo la gente sigue recurriendo a éstos servidores de la salud. En las páginas finales de un importante ensayo, Jesús Kumate y colaboradores insertan la siguiente afirmación: “En las áreas rurales los distintos tipos de curanderos son consultados con más frecuencia que los médicos” (En: Zolla 1983: 25).

Finalmente, en el cuarto rubro (IV) consideraremos a las madres de familia, ya que distintos antropólogos las consideran fuente de información primaria. Los estudios han sacado a la luz que ellas son las que suelen tener el control sobre la salud de la familia, acompañan y ejercen poder en la toma de decisiones. Por ello, deben ser incluidas para rescatar su saber no solo en torno a las formas de curación en salud sino también en la prevención de ciertas enfermedades o padecimientos³⁶.

La importancia de integrar a las mujeres en materia de salud familiar había sido identificada por Eduardo Menéndez y Carlos Zolla en sus trabajos sobre autoatención y medicina doméstica, respectivamente. María Eugenia Módena analiza en su libro: “Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica” (1990), la manera en que ellas, en una región Veracruzana utilizan los diversos recursos terapéuticos a su alcance, provenientes de la medicina tradicional, la medicina institucional e, incluso de fuentes religiosas. Y, Rosa María Osorio, lleva a cabo una investigación en Huixquilucan, Estado de México, donde recupera el punto de vista de las madres en cuanto a una atención estratégica hacia los infantes³⁷.

Concluido este abordaje, ahora nos acercaremos a explicar qué mecanismos interactúan entre lo micro y lo macro social; expondremos que se entiende por “sociocultural”, cuáles son sus alcances en un estudio de investigación, y por qué tienen razón de ser en los problemas de salud.

“Los todos socioculturales son necesariamente cognoscibles únicamente mediante procesos de abstracción lógica y empírica a partir de los datos de la observación de sus partes, las menores de las cuales son las actividades y pensamientos de los individuos” (Harris 2007: 51-52).

³⁶ Debo resaltar, que el autor habla de “conjuntos sociales”, entre estos puede estar cualquier sujeto social que tenga participación significativa en torno a la salud, de ahí que nosotros dejamos abierta la categoría en caso de identificarlos durante el desarrollo de la investigación.

³⁷ El estudio está plasmado en el libro: Osorio Carranza R. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles/CIESAS: INAH: INI, 2001.

Nosotros asumimos que cualquier aspecto sociocultural está impregnado por un proceso de relaciones, que es difícil conocer a primera vista, pues es un constructo que está reconfigurándose continuamente y desde diferentes plataformas, por lo tanto, identificar el complejo y sus componentes inherentes tienen que irse reconociendo paso a paso, al hacer investigación, una forma de aproximarse es a través del recurso metodológico que ofrece la antropología, la etnografía.

Consideramos que lo sociocultural no debe encajonarse necesariamente en un rubro específico y delimitado, y bajo la lógica de lo que debería ser social o cultural, la apertura debe ser concedida desde cada cultura y con base a ello, saber qué se relaciona, con qué y cómo.

Establecemos que, a partir de los sujetos sociales podremos entender el fenómeno de tipo sociocultural, el cual incluye no solo al conjunto, sino también lo individual, y no solo lo que se ve en el primer instante, si no lo que no se ve (inconsciente colectivo), o lo que es “totalizante”, es decir, no podemos dejar fuera de la observación, el sistema en el que está ubicada la sociedad, hablamos de qué sistema político y económico predomina, y qué tiene qué ver en la comprensión de la realidad.

“De hecho, todos los fenómenos de la vida humana parecen socioculturales en el sentido de Benveniste o de Jakobson: la red de dependencias sociales llamada «estructura social es inimaginable en ninguna forma que no sea cultural, al mismo tiempo que buena parte de la realidad empírica de la cultura señala y posibilita la existencia del orden social consumado por las limitaciones establecidas” (Bauman 2002:242).

En este tenor, al incluir en nuestro análisis los factores socioculturales que debemos observar a través de la mirada de diferentes protagonistas sociales es que retomamos el enfoque de la epidemiología sociocultural, la cual está explícitamente definida por E. Menéndez: “la epidemiología sociocultural se caracteriza por varios rasgos, pero en particular por tres. En primer lugar, por plantear la necesidad de incluir (...) no solo los aspectos sociales, sino también los culturales y los económico-políticos, junto, por supuesto, a los biológicos y ecológicos. Subrayamos que estos aspectos deben ser tratados no como variables epidemiológicas, sino sobre todo como procesos socioculturales y bioecológicos. En segundo lugar, por proponer un tipo de trabajo que realmente utilice y articule las aproximaciones estadística y cualitativa. Y tercero, por la aplicación de un enfoque relacional que incluya no solo los diferentes factores que operan respecto a un problema determinado, sino que incorpore el conjunto de actores sociales-significativos que viven, sufren y actúan respecto de dicho problema” (En: Haro, en prensa).

Finalmente, para ampliar y resumir que retomaremos del referente teórico mencionado, nuevamente citamos a Haro (Ibídem), quien intenta recopilar elementos definitorios de una epidemiología sociocultural; no obstante, para los fines de la investigación únicamente ocuparemos los siguientes aspectos específicos:

“La epidemiología sociocultural y su teoría proponen:

- Identificar dimensiones complementarias e inherentes en la morbilidad: enfermedad, padecimiento, malestar.

- Describir y analizar los elementos simbólicos como origen de hechos de relevancia epidemiológica.
- Se nutre de saberes (representaciones y prácticas) y recursos reconocidos como científicos, pero también de saberes y recursos locales y/o no reconocidos como científicos.
- Indaga cómo operan los distintos sistemas médicos en patologías de alcance colectivo.
- Más que enfocarse en factores de riesgo, focaliza escenarios de riesgo. Valida la percepción de vulnerabilidad como posible marcador epidemiológico.
- Aplica un enfoque relacional que incluya no sólo múltiples factores implicados, sino que incorpora la opinión del conjunto de actores sociales significativos que viven, sufren y actúan respecto de dicho problema.

La epidemiología sociocultural y su metodología proponen:

- Incorporar las perspectivas y experiencias de diversos actores sociales (significativos)
- Integrar y/o articular aproximaciones cuantitativas y cualitativas.
- No pretende la medición exacta y exhaustiva, sino entender su dinámica de forma indicial y pragmática (“ciencia prudente”).
- Más que estandarizar, busca particularizar y contextualizar los problemas de salud” (Ibídem).

2.2 Marco teórico conceptual

A partir de este momento vamos a hacer una exposición de todos aquellos conceptos que guiarán el quehacer de la investigación tanto teórica como metodológica, con el objetivo de plasmar cómo guiaremos la recaudación e interpretación de los datos en el proceso salud-enfermedad-atención de los niños que padecen escapulario.

2.2.1 Proceso salud-enfermedad-atención con un enfoque relacional

En América Latina un teórico notable que ha emprendido diversos estudios del proceso de salud/enfermedad/atención con características netamente relacionales, de interacción o como él las ha designado, “transaccionales”³⁸, ha sido Menéndez.

“El proceso s/e/a opera en la mayoría de las sociedades actuales latinoamericanas en un campo sociocultural heterogéneo, que implica la existencia de diferentes formas de desigualdad y estratificación social, las cuales suponen no sólo la presencia de relaciones de explotación económica, sino de hegemonía/subalternidad en términos ideológico-culturales. Esto opera a nivel de los sujetos, de las instituciones y de los conjuntos sociales” (Menéndez 1994: 73).

El planteamiento de Menéndez, de que el proceso s/e/a debe ser visto como relacional, es sugerente, debido a que tenemos el interés de conocer cuáles son las interacciones que pueden

³⁸ La relación transaccional, vista entre el modelo teórico de la autoatención y el modelo de la biomedicina, según Menéndez, es una apropiación de parte de los actores que ante la oferta y demanda que promueve el aparato médico profesional en los espacios de consulta o a través de los medios de comunicación (venta de fármacos) hace uso de lo que está a su alcance; y en su decisión intervienen aspectos como, los recursos económicos con los que se cuentan, lo pragmático que resulte para la salud y la internalización del discurso que indique que es lo “mejor” (Menéndez, 2005)

entretrearse respecto a un padecimiento “tradicional”³⁹, en ese sentido, resulta necesario plantear un fenómeno a partir de todas las partes y no, verlo de manera separada o aislada, pues esto generaría una limitación en la interpretación.

Es indudable que los fenómenos sociales tienen que ser descritos y analizados a partir de lo micro y lo macro; de lo contrario no existiría alcance integrador, sería un trabajo sesgado. De aquí, que las “representaciones y prácticas sociales”⁴⁰ deben ser consideradas en cualquier proceso, para poder contrastar la información.

Para complementar qué entendemos por proceso s/e/a; Rosa M. Boixareu dice que: “es un continuum a lo largo de la vida y la estrategia para abordarlo no es solamente sociosanitaria, sino también existencial: afecta a la persona en todos sus ámbitos y relaciones... La perspectiva relacional contempla que todo acto humano se inscribe en el nivel de las relaciones sociales, y éstas pueden asumir diversas características, además de relacionarse con todos los espacios de la vida” (Boixareu 2008: 195-199).

Entonces, por proceso s/e/a, entendemos un proceso en sí mismo, un recorrido que no tiene límites ó determinantes en cuestión de salud, debe estar observándose permanente para ver cómo es moldeado, cambiado y reconfigurado, pues está ligado a una estructura social en momentos y espacios determinados. Así, la salud, la enfermedad y la atención son comprendidas en un marco netamente interactivo y dinámico.

Puntualizamos que del proceso s/e/a no tenemos interés en observar la continuidad ó discontinuidad del escapulario; es decir, sí es o no tradicional, tampoco si los curanderos adquieren legitimación o no de parte del sistema biomédico, sino la relevancia que puede tener ese padecimiento como un problema de salud. Ante esa situación comprender cuáles son las respuestas llevadas a cabo durante dicho proceso para resolver la problemática.

“En la también llamada historia sociocultural de la enfermedad se considera la respuesta social a los problemas y también la historicidad, el carácter relacional y en suma el nivel contextual en que ocurren los fenómenos humanos. Ello implica no considerarlos estáticos ni demasiado parecidos, sino captarlos en su forma dinámica sin dejar de apreciar sus tendencias y diferencias” (En: Haro en prensa).

2.2.2 Illness/padecimiento

Aquí presentaremos los puntos fundamentales que guiarán el proceso/salud/enfermedad atención, examinando tres conceptos básicos disease (enfermedad), illness (padecimiento) y sickness (malestar).

“La mirada sociológica se ha propuesto dilucidar la discrepancia entre la enfermedad y el padecer. No está muy claro quién señaló inicialmente esta diferencia; sin embargo, Susser fue quien trató de aclarar la confusión al proponer la enfermedad (disease) como proceso

³⁹ “Es en la descripción y análisis de estos procesos relacionales que observaremos el lugar que ocupan lo “tradicional” o lo “científico”, pero lo haremos en términos del sistema de prácticas y representaciones que está teniendo lugar en la realidad de un enfermo atendido en el hogar, o por una hierbera, o por un médico alópata, o por un espiritualista o, como puede ocurrir, por todos ellos en forma sucesiva” (Cosminsky 1986. En: Menéndez, 1994).

⁴⁰ Más adelante definimos qué son las representaciones y prácticas sociales.

fisiopatológico o enfermedad objetiva, y padecer (*illness*) como mal, dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo. Recientemente algunos antropólogos han retomado de Parsons la categoría de disfunción social (*sickness*), referida a las acciones y comportamientos del individuo enfermo en la sociedad” (Moreno 2007: 68).

Los autores que serán discutidos en este apartado serán trascendentales para el enfoque metodológico y teórico del presente trabajo, será quizá el más próspero, pues nos interesa realizar la interpretación de un padecimiento poco investigado en el campo de la antropología en salud; por lo que pretendemos interpretar a través de los discursos de la población qué significado está detrás del padecer, cómo lo sufren y explican desde su realidad cultural.

Comenzaré con A. Kleinman, quien al igual que Susser y Parson también define al *disease*, *illness* y *sickness*. “Kleinman ha integrado los conceptos de enfermedad (*disease*), haciendo referencia al modelo biológico, como la alteración o disfunción de órganos o sistemas, padecer (*illness*), como una categoría que incorpora la experiencia y la percepción, y malestar (*sickness*), como el producto de la relación de los anteriores (malestar igual a enfermedad más padecimiento), enfatizando la importancia del padecer en su connotación social y cultural” (Moreno 2007: 68).

A. Kleinman es pionero en la antropología médica pero también ha sido criticado por su pragmatismo al querer incorporar la antropología a la clínica descontextualizando los aspectos macrosociales en economía ó política. Sin embargo, pese a esa limitación en su enfoque, nosotros reconocemos sus aportes teóricos, por ello ciertas categorías conceptuales nos servirán para obtener, sistematizar y analizar información.

Es aquí donde conviene enfatizar que el concepto de *illness* (padecimiento), fundamentado por A. Kleinman, es el que guiará el abordaje de nuestra investigación. De esta manera resumimos que la enfermedad no solo tiene una explicación científica y objetiva, sino una percepción subjetiva vista por el que padece la enfermedad, donde puede entrar lo que se cree, interpreta y deduce, pero además acompañada de un conocimiento previo o socializado. Así, resaltamos que será de suma utilidad enfocarnos en el *illness*, ya que esta categoría nos permitirá observar las dimensiones culturales y sociales de la enfermedad; logrando así la reconstrucción del padecer.

Para detallar con detenimiento el concepto, nos acercamos a lo que A. Kleinman define por padecimiento: “El padecimiento se refiere a cómo los enfermos, miembros de la familia o la red social perciben, viven, y responden a los síntomas y la discapacidad....El padecimiento consiste en la evaluación de los procesos como el tratamiento de esperar...La experiencia del padecimiento incluye categorizar y explicar el sentido común del grupo social, así como las formas de la angustia causada por los procesos fisiopatológicos. Cuando hablamos del padecimiento incluye juicios del paciente acerca de la mejor manera de hacer frente a la angustia y el problema práctico en la vida diaria que genera” (Kleinman, 1988).

Con esto confirmamos que, utilizaremos dicha conceptualización porque nos permite analizar cómo la gente mira una forma peculiar de enfermar, a su vez, cómo en base al estar enfermo

se siguen unos tratamientos y no otros; el sentido común a seguir según el mecanismo fisiopatológico presentado. Y en general la forma de afrontar el problema.

Cabe señalar que esta perspectiva solo puede contemplarse del discurso de los principales actores ¿Quiénes? Los que tienen el padecer u acompañan al que lo padece. Por eso, resulta pertinente recordar que en este trabajo, los principales actores serán los niños que padecen escapulario, pero también otros actores serán incluidos (médicos, curanderos, familiares, población), de quienes rescataremos su discurso. El objetivo primordial será mirar cómo todos esos discursos construyen socialmente al padecimiento.

En cambio, “la enfermedad es lo que los profesionales han sido entrenados a ver a través de las lentes teóricas de su forma particular de la práctica... El practicante reconfigura al paciente... La enfermedad es el problema desde la perspectiva del practicante” (Kleinman, 1988)

La pregunta que tenemos en la mesa, es: ¿Qué hace diferente a la enfermedad del padecimiento y por qué ocupar un concepto y no otro? Nos hemos dado cuenta que la perspectiva antropológica impulsa los estudios de la enfermedad considerando la parte subjetiva, pero pocos investigadores de corte social le nombran así –enfermedad-, quizá la postura de la gran mayoría es que este término pertenece al gremio de la Biomedicina. Nosotros consideramos que ésta es una postura rígida por pensar que el uso del término solo debe estar en manos de la práctica profesional científica. Diremos, entonces, que la enfermedad es interpretada por otro, alguien ajeno a la vivencia, un lector ó un espectador.

Según nuestra consideración, aprendemos de A. Kleinman que: “El padecimiento como enfermedad siempre será distintivo porque depende de las biografías individuales únicas” (Kleinman, 1988) Por lo tanto, como no es de nuestro interés la “perspectiva del practicante”, aquí solo nos centraremos en las historias personales de los pacientes y por ello decidimos ocupar el concepto de padecimiento y no de enfermedad.

Entre otras razones porque pensamos que el concepto de padecimiento es amplio y flexible, pero sobre todo, por partir del sentido común al interior de una cultura. Como bien dice Rosa M. Boixareu: “El concepto illness es complejo. Se refiere a la dimensión subjetiva de la enfermedad: aquel sentimiento de incapacidad para las relaciones y las actividades del día al día que acompaña al enfermo paciente” (Boixareu 2008: 208).

Continuando con la discusión teórica, brevemente mencionáramos las aportaciones de H. Fábrega. Dentro de la perspectiva de la etnociencia, etnosemántica o nueva etnología, él ocupa un papel importante, ya que a partir de la estructura del lenguaje y la estructura de la cognición, sus estudios tendieron a entender cómo los miembros de la sociedad percibían su cultura. H. Fábrega utilizó técnicas etnosemánticas para identificar las categorías de la enfermedad de los nativos y sus síntomas.

Dentro de la conceptualización, H. Fábrega (1979) dice que illness es: “Cualquier comportamiento que deriva de una condición de enfermedad, representa o simboliza esta condición”. Hace una distinción entre que la enfermedad tiene signos de enfermedad y el padecimiento símbolos de enfermedad, esto es: “El padecimiento visto como una realidad social

condicionada por el sistema grupal de símbolos sociales... Esa estructura del padecimiento es la forma en que se conectan o coinciden las manifestaciones sociales y corporales” (Ibídem). H. Fábrega propuso una etnografía del illness, retoma a detalle el método más que la teoría, pero en parte esa fue contribución para contextualizar los términos disease e illness. Algunas de sus ideas sobre el padecimiento son: procesos de enfermedad, signos físicos de enfermedad, nivel de conciencia y bienestar, percepciones corporales, teorías de enfermedad, orientaciones sociocognitivas, teorías de personalidad, sucesos relevantes de ambiente médico, comportamiento del padecer.

Debemos decir que los estudios de H. Fábrega como referente general podrán servirnos para hacer la etnografía del padecimiento que queremos investigar, sin embargo, esto solo es una generalidad metodológica de la que echaremos mano, ya que en sí, no nos es útil seguir su forma de trabajo. En sentido estricto porque no nos enfocaremos únicamente en la perspectiva de la etnomedicina, es decir, no sólo daremos la voz a los actores de la medicina popular (curanderos) para hacer la clasificación nosológica de los síntomas, pues como mencionamos anteriormente, sí los consideramos en el trabajo pero no dependerá sólo de ellos reconstruir la experiencia del escapulario.

Finalmente hablaremos de B. Good, quien colabora y hace trabajos similares a los de A. Kleinman, su enfoque parece ser el mismo, pero existen variaciones importantes. Por ejemplo, B. Good hace énfasis en el discurso semántico, el cual es recopilado mediante los relatos y narrativas de los informantes.

Para tener mayor claridad diremos que fue él quien propuso el término de “red semántica”; con lo que dice: “La enfermedad tiene significados a través de representaciones unívocas en el cuerpo y la enfermedad como producto de interconexiones” (Good, 2003). Y es precisamente en el análisis de red semántica que sugiere entender las diversas afirmaciones o quejas que se tienen acerca de la enfermedad, las cuales pueden sintetizarse y objetivarse culturalmente.

Con lo anterior, entendemos que para B. Good la cultura puede verse como un conjunto de signos, mismos que tienen significado y son los que nos indican como puede ser la complejidad de cualquier sociedad. Ahora bien, al trasladar esta idea al proceso de la salud y la enfermedad, nos presenta que ambas dualidades por sí mismas están llenas de semántica.

Con esto lo que queremos decir, es que B. Good, al igual que A. Kleinman retoma los relatos y las narrativas para interpretar qué significado le da la gente a sus enfermedades. De esto, consideramos que B. Good, resulta ser más sistemático en su procedimiento metodológico, pues hace uso de la semántica del lenguaje, lo cual implica observar a detalle la forma cómo se le nombra a las cosas.

Ahora bien, ¿Qué de su enfoque servirá en nuestro trabajo? Contemplaremos a los relatos como una técnica metódica que nos permitirá obtener información pero centrándonos en la cultura de la localidad. A nuestro parecer, Good es quien enfatiza a la narrativa desde un aspecto más concreto de la vida, la enfermedad; pues le interesa observar la experiencia al momento de narrarse y de modo específico, cómo es inherente a la cultura.

A diferencia de otros exponentes de la narrativa, B. Good se caracteriza por ocupar en su estrategia narrativa tácticas subjuntivadoras, es decir, incluye a varios actores y perspectivas múltiples con el objetivo de triangular información y recuperar una narrativa.

2.2.3 Modelo explicativo de la enfermedad

Recapitulando los conceptos que interactúan en el proceso s/e/a, debemos reiterar que será concretamente a partir del illness que la categoría teórica “modelo explicativo de la enfermedad” propuesto por A. Kleinman tiene justificación en el presente trabajo de investigación. Hacemos una pequeña acotación para saber de dónde surgió la categoría conceptual.

“El alegato más fundamental desde la tradición centrada en el significado sostiene que la enfermedad no es una entidad sino un modelo explicativo. La enfermedad pertenece a la cultura, y especialmente a la cultura especializada de la medicina. Y la cultura no es sólo un medio de representar la enfermedad, sino que es esencial para su propia constitución como una realidad humana” (Kleinman, 1973b; B. Good y M. Good, 1981. En: Good, 2003: 109).

Puntualizamos que al interesarnos en un padecimiento poco conocido (etnográficamente) como es el escapulario, la intención de hacer uso de dicho modelo explicativo de la enfermedad será para indagar qué explicación tiene la gente de ese padecer. De tal manera que con la narrativa busquemos comprender qué validez le es otorgada, cómo es percibido, experimentado, quién lo vive o quién está cerca del enfermo, sólo así podríamos saber cómo se construye el padecimiento.

Para especificar mejor: “Un modelo explicativo de enfermedad” (explanatory model of illness) abarca el conjunto de creencias sobre (a) la etiología, (b) el conjunto de síntomas, (c) la fisiopatología, (d) el curso de la enfermedad (en cuanto a severidad y tipo de rol del enfermo) y (e) el tratamiento”. Para Kleinman su estudio es muy relevante para la práctica médica pues indica cómo los pacientes entienden los episodios de enfermedad y cómo eligen y evalúan los tratamientos particulares” (Haro: en prensa).

El diseño de las narrativas que A. Kleinman formuló fue hecho para el gremio de los médicos, sin embargo, nos damos cuenta que también puede ser ocupado por antropólogos, debido a que los criterios de uso son abiertos. En todo caso, nosotros tenemos ciertos límites para abordarlo, enseguida diremos, por qué.

En el trabajo de investigación estamos contemplando a las madres de familia como las principales responsables del proceso s/e/a de niños que padecen escapulario, por tanto, serán ellas las que proveerán información respecto al cuidado y atención de los niños. Los biomédicos y los curanderos de la localidad también son contemplados para obtener información, sin embargo, en el momento de triangular la información no lo haremos como lo plantea metodológicamente Kleinman, es decir, no reconstruiremos los casos bajo un enfoque clínico que recupera la perspectiva de todos aquellos que intervienen en la atención del caso.

Entonces, lo que haremos será re-construir la narrativa del padecimiento a través de una serie de preguntas destinadas al entendimiento del significado del padecer, incluyendo algunos elementos del modelo explicativo de la enfermedad, como son: identidad étnica (si es que la

hay), intervenciones terapéuticas y su eficacia, competencia cultural de los médicos, relaciones con la familia, cuestiones religiosas, sentido o expectativas de la vida misma, tensiones emocionales, apoyos o redes sociales, dificultades familiares y problemas económicos.

En síntesis, esta categoría será de utilidad debido a que pretendemos saber qué es lo que piensa y hace la gente cuando atiende un padecimiento con expresión cultural, para fines del planteamiento del problema, cómo ciertos conjuntos sociales construyen al padecimiento escapulario; y bajo esa lógica, interpretar a través de sus discursos el significado que está detrás de ese padecer, cómo lo sufren y explican desde su realidad cultural.

2.2.4 Padecimiento v/s síndrome de filiación cultural u otros

En antropología ha sido un debate permanente cómo debemos nombrar a todas aquellas enfermedades que no son identificadas, conocidas y registradas por la biomedicina, pero que en el campo antropológico han resultado atractivas para su estudio y bajo esa premisa se les ha tenido que llamar de alguna manera.

Vamos a iniciar una pequeña discusión del concepto teórico convencional, para ello citaremos algunas definiciones que han sido expuestas en la antropología, después mencionaremos las razones por las que no usaremos dicho concepto.

C. Zolla (1988) les llama, “síndromes de filiación cultural” y los define como: “Aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de eficacia simbólica para lograr la recuperación del enfermo”. A. Fagetti (2004) los denomina igual y respecto al uso conceptual hace un señalamiento importante: “Un síndrome de filiación cultural sin duda representa una manera de señalar la autonomía de los sistemas médicos...es, en suma, una manera de demandar su reconocimiento y aceptación de pedir respeto pleno frente al “otro”, a quien no se le reconoce y en ese no reconocimiento se le descalifica e intenta suprimir practicando una hegemonía sobre una compleja realidad que no es comprendida”.

Sobre “síndrome culturalmente delimitado” diversos autores coinciden en que: “En general, hay un acuerdo en que su delimitación cultural se refiere al hecho de que es un tipo de dolencia reconocida principalmente por los miembros de un determinado grupo cultural y que no son reconocidos como tales por la biomedicina. Su expresión no solo remite a una estructuración sintomatológica particular, sino que involucra un conjunto de significados para el que la padece, en su relación con el mundo social, simbólico e ideológico que le rodea, por lo que de alguna manera puede estar expresando una serie de relaciones sociales conflictivas con los otros, quienes también comparten dichos significados” (Simons y Hughes, 1985; Helman 1990, en: Osorio 2001).

Sobre las dos definiciones antes citadas, nosotros reflexionamos que ambas son similares en su concepción y hablan acerca de que existen ciertas dolencias que no son reconocidas oficialmente por las instituciones científicas y por tanto descalificadas de parte de los grupos de poder, como es la Biomedicina. Es así que, esas dolencias son manifestadas por grupos culturales específicos que le otorgan un sentido cotidiano y las hacen inherentes a sus procesos

de enfermar. La postura conceptual muestra que son válidas y dignas de ser observadas para su comprensión y poder proporcionar explicación de las mismas.

Sin embargo, encontramos a otros antropólogos que están en desacuerdo con la creación conceptual del síndrome de filiación cultural y a favor de no usar el término en antropología.

Mencionaremos la postura de Vargas y Casillas (en prensa), quienes acotan lo siguiente: “En antropología hemos incorporado a nuestro léxico el barbarismo síndrome de filiación cultural, traducción sin crítica y simplista de los culture-bound syndromes de la literatura escrita en inglés... Al emplear esta denominación, menospreciamos la capacidad de sociedades distintas a la Occidental para agrupar conjuntos de las manifestaciones de los problemas de salud en enfermedades, al igual que lo hace la biomedicina. Pero además les otorgamos un papel subordinado y alejado de una supuesta verdad científica. Sin darnos cuenta aceptamos de manera tácita la hegemonía de la biomedicina y discriminamos a los demás sistemas para la atención de los problemas de salud. Por lo tanto debemos llamarlas llanamente enfermedades, ya que lo son”.

Como puede observarse la postura es crítica, de acuerdo a lo antes planteado, están en total desacuerdo con utilizar al síndrome de filiación cultural, argumentan que es un concepto que no es cuestionado en su uso y es retomado de la biomedicina; además que al no llamar “enfermedades a las enfermedades”, los antropólogos estarían cayendo en la discriminación y en la subordinación del grupo cultural que están estudiando.

Al respecto, estamos de acuerdo y coincidimos en llamarlas enfermedades y no síndromes culturales de filiación, no hay problema en ello, reconocemos esa aportación de Vargas y Casillas; sin embargo, no compartimos la idea de que no puedan ocuparse ciertos términos que son ajenos a la antropología como lo es, “síndrome”, lo decimos porque el intercambio de palabras entre las disciplinas complementa y el empleo de metáforas hace más fácil el entendimiento en la construcción de cualquier conocimiento. Además, no creemos que los antropólogos que decidan usar ese concepto teórico estén discriminando o subordinando a los grupos sociales que crean cultura, por el contrario, están resaltando que es importante mirar lo que es diferente a la hegemonía, pues pese a que no opera en su misma lógica también es importante ver otro sentido de las cosas.

E. Peña y L. Hernández igualmente comparten la idea de no utilizar el concepto de síndrome de filiación cultural, mantienen una postura similar a la de Vargas y Casillas –las llaman también enfermedades o padecimientos-; no obstante, de ellas rescatamos la mala aplicación del término antropológico en el ámbito formal de la salud, esto es, al existir un concepto que habla de las enfermedades y sus diferencias culturales, la biomedicina hace uso de ese concepto antropológico que previamente ha sido desarrollado teóricamente, de esta manera, es usado para ciertos intereses científicos, hablan concretamente de los “síndromes dependientes de la cultura” así re-nombrados en el Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

Peña y Hernández (2013), comentan: “Se posiciona al concepto en una categoría de enfermedad no reconocida frente a un sistema de salud oficial, forzándola a ser valorada,

descrita, clasificada y analizada a través del conocimiento científico y no solo por su referente de cosmovisión particular, en vez de considerarla sencillamente enfermedad propia del sistema de salud tradicional...la cual no presenta equivalente real en el sistema de clasificación de las enfermedades de la medicina científica... por lo que también en dicho sistema de salud se les ha llegado a considerar no solo como enfermedades de segundo orden sino que se han relacionado con trastornos psicossomáticos o mentales”.

Finalmente, pese a que Vargas y Casillas son contundentes para descartar el concepto síndrome de filiación cultural y Peña y Hernández confirman su mal uso (re-interpretado) en el área de salud mental, ambos coinciden en que no debe crearse una categoría diferencial a lo que ya en medicina se conoce como entidad nosológica, pues dicen que al final de cuentas todas son enfermedades y por tanto también todas son culturales.

Por lo tanto, estamos de acuerdo en parte con lo que ellos plantean, no así en descalificar que el concepto síndrome de filiación cultural (o en su caso síndrome culturalmente delimitado) pueda ser utilizado por los investigadores sociales que así lo decidan hacer. Para fines de este apartado, más que presentar una evaluación del término o si debe o no utilizarse en antropología por ser “bueno” o “malo”; el único interés en nuestro trabajo, es justificar por qué al escapulario preferimos denominarle padecimiento y no síndrome de filiación cultural.

Así, comenzamos argumentando que una razón por la cual no fue utilizado el concepto síndrome de filiación cultural fue porque existió cierta incertidumbre al buscar y no encontrar suficiente material etnográfico que haya fundamentado y definido qué era el escapulario; por ello, decidimos nombrarle padecimiento.

Por otra parte, al tener un primer acercamiento con la población de estudio, tuvimos algunos indicios de que el escapulario estaba configurado por múltiples representaciones sociales, por ejemplo, en cuanto a síntomas y signos; la gente relataba no solo tener dolores físicos reflejados en su cuerpo sino también angustias, miedos o temores, es decir, situaciones emocionales que incluso podían ser proyectados en sueños y eso era expresado como malestar. Este aspecto, en su momento aportó ciertos elementos para pensar que el escapulario no estaba sólo representado en el ámbito biológico sino también emocional, lo cual nos obligaba a indagar cómo era padecido y qué significados giraban a su alrededor.

Más tarde, otro aspecto que otorgó pistas, fue que, el escapulario no estaba delimitado sólo a su ubicación geográfica (Coatetelco) sino que otros conjuntos sociales estaban haciendo uso de su práctica pese a que no compartían los mismos códigos culturales (ideas, percepciones, nociones). Esto nos puso a pensar si debíamos llamarlo síndrome de filiación cultural.

Por las razones expuestas, priorizamos ocupar un concepto amplio y flexible que no acotara las explicaciones halladas, todo lo contrario, las incluyera.

Como conclusión, para tener un concepto que permita acceder al campo del padecer sin restringir su observación en el proceso s/e/a, presentamos la definición que cumple con esa expectativa. E. Menéndez define padecimiento como: “Desde esta perspectiva y para tener noción cabal de lo que estamos proponiendo, debo precisar que, cuando hablamos de

padecimientos, nos estamos refiriendo a una extensa variedad que va desde dolores episódicos de cabeza, dolores musculares leves, temperaturas poco elevadas, resfriados o escozores transitorios, a dolores del alma, estados de tristeza, ansiedades o pesares momentáneos. Toda una serie de dolores, procedentes de golpes, accidentes o relaciones sociales, operan durante parte del día o de la semana en algunos de nosotros” (Menéndez 2005: 59).

2.2.5 Construcción sociocultural del padecimiento

“Los antropólogos médicos, entonces, han dado énfasis a los estudios sobre la historicidad de la construcción social de la enfermedad. Dentro de ello, especial importancia ha tenido identificar agentes productores de enfermedad y dinámicas políticas de dominación social y control sobre las poblaciones. Si ignoramos tales dimensiones y niveles transversales e históricos en el ámbito social en la producción de la enfermedad no podremos, a nivel de salud pública, encontrar a los verdaderos “motores” de la conducta individual” (Fajreldin 2006: 100).

Para tener claro a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de construcción sociocultural del padecimiento, citamos: “Modos de significación intersubjetiva –es decir, socialmente compartidos– por los cuales los procesos de salud/enfermedad son identificados, designados, tipificados, vivenciados y aprehendidos por los sujetos, a través de un cúmulo de representaciones y prácticas sociales en el marco de una dinámica de institucionalización y legitimación social” (Osorio 2001: 31).

La intención de ocupar la categoría construcción social, radica en la inclinación primordial del tema de investigación, que en palabras de Rosa María Osorio, lo problematiza de la siguiente manera: “Cuando se está señalando la importancia de recuperar aspectos epidemiológicos desde el campo de la antropología médica, se refiere a la necesidad de describir y analizar, tipos, distribución, frecuencia, causalidad, gravedad, letalidad, prevención y terapéuticas de las enfermedades, en términos del sistema de representaciones sociales de la población que se está investigando. Son prácticamente inexistentes los datos cuantitativos –al menos de manera aproximada o para grupos pequeños– qué tan frecuente puede ser el mal de ojo... cuál es su distribución según grupos de edad y sexo, estado fisiológico o psicológico, o cuál es su impacto en términos de la morbilidad y sobre todo de la mortalidad y en qué situaciones se haya asociado a determinados padecimientos, según la óptica de la población” (Ibídem).

Diremos que en antropología médica o antropología en salud, las investigaciones que realizan la construcción sociocultural de los padecimientos aterrizan en los cotidianos donde se procesa el padecer y lo que permite esa reconstrucción es contemplar un sinfín de elementos integradores (socioculturales, históricos, políticos, económicos, ecológicos) porque de otra manera no podrá lograrse.

2.2.6 Pluralismo médico y formas de atención

En antropología médica destacan marcos teorizantes conocidos como “modelos médicos”⁴¹, entiéndase por modelo: “construcción teórica elaborada a partir de aquello observado y

⁴¹ Los modelos dependen del encuadre de interpretación, A. Kleinman (1988), propone tres: sector profesional, sector folk y sector profesional; E. Menéndez (2004) los llama: modelo médico hegemónico, modelo médico alternativo subordinado, y autoatención y C. Zolla (1983) les denomina: medicina institucional, medicina tradicional y medicina doméstica o casera.

vivido...son sistemas de representación, facilitan la comparación con otros sistemas y con otros discursos... con otras formas de comprenderla e interpretarla” (Boixareu, 2008: 229)

Vemos entonces que estos modelos médicos son construcciones abstractas que definen la realidad de los sistemas de salud y su interacción constante, sin embargo, en este trabajo no analizaremos qué interacción puede generarse entre dichos modelos médicos, tan solo nos concentraremos en identificar las “formas de atención” utilizadas en la trayectoria de atención⁴². En ese sentido, en la investigación existe el interés por saber qué sistemas de salud son utilizados por la población para afrontar sus problemas de salud y qué opera de manera inmediata en la atención.

“Más allá de la situación de clase o de la situación étnica (...) lo que se conoce como pluralismo médico, -es el- término que refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud” (Menéndez 2005: 35).

El pluralismo médico, no es otra cosa, que el conjunto de recursos humanos -o no- que utiliza aquella persona que quiere restablecer su salud, pero esta elección, no viene por sí sola; lo que queremos decir, es que no sólo depende del individuo dar solución a su problema, también de su relación con otros (familiar, comunitario, sistemas).

“Desde una perspectiva antropológica las formas de atención⁴³ de los padecimientos se refieren no sólo a las actividades de tipo biomédico sino a todas las formas de atención, que en términos intencionales buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (Menéndez 2005:34).

Resaltamos que las formas de atención son seleccionadas y potencializadas por los conjuntos sociales de acuerdo a la experiencia de su molestia, dolor o sufrimiento. Sin embargo, algunas formas de atención suelen ser imperceptibles y ordinarias, al deducirse que el enfermo solo visita al biomédico por ser el profesional institucional, sin dar mayor importancia a otros medios de curación.

Es probable que la mayoría de formas de atención estén presentes en el proceso s/e/a del niño que padece escapulario, con probabilidad una forma predominará sobre otra, aunque nosotros deducimos que lo popular y/o tradicional jugará un papel fundamental. Sobre el terreno lo comprobaremos, veremos si nuestro supuesto es cumplido o desechado, de ahí la importancia de no comenzar desde un modelo médico peculiar, sino explorar cómo nos lo presenta la realidad.

⁴² El siguiente apartado define trayectoria de atención.

⁴³ Formas de atención de tipo biomédico,

- a) Formas de atención de tipo “popular” y “tradicional”
- b) Formas de atención alternativas, paralelas o “new age”
- c) Formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina,
- d) Formas de atención centradas en la autoayuda (Menéndez 2005: 39).

2.2.7 Trayectoria de atención

“La categoría de carrera curativa o carrera del enfermo, deriva del concepto de “carrera moral” de Goffman (1988), en su estudio sobre los pacientes mentales, que es planteada como...cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida” (En: Osorio 2001: 40).

Así, junto a las ideas reveladas por Goffman, surgen otras denominaciones, cuyo contenido es similar, “se refieren al proceso asistencial (Comelles, 1985); itinerario terapéutico (Werner, 1996) o bien la conducta de búsqueda de la salud (health seeking behavior), utilizada por (Chrisman y Marezky 1982, Kleinman 1980, Berman et al., 1994) que con algunas variaciones internas, sirven para designar un complejo patrón de tratamiento” (Ibídem).

Puede observarse que el término “carrera” es utilizado de manera equivalente, algunos prefieren “carrera del enfermo, carrera curativa o trayectoria de atención”, en cuestiones pragmáticas resulta unificador lingüísticamente, y en el fondo su contenido también lo es. Nosotros hemos decidido ocupar la categoría “trayectoria de atención” que Rosa María Osorio (2001) define como: “La secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer. Dichas estrategias incluyen, tanto a una serie de representaciones y prácticas sociales orientadas a la curación de la enfermedad, también incorporan todas aquellas instituciones, estructuras de atención y servicios de salud, así como a los sujetos que participan del mismo, los enfermos/pacientes, terapeutas y otros mediadores, tales como los sistemas de referencia profanos, personas encargadas del cuidado o mantenimiento de los enfermos, de administrar o suspender el tratamiento, ofrecer consejos y generar soluciones”.

Nos dimos cuenta que esto era lo más conveniente para describir y analizar los diferentes momentos de atención en que los sujetos apelan a la asistencia. Además, podremos observar, cómo los sujetos sociales van buscando alternativas de curación de acuerdo a sus necesidades inmediatas y a su experiencia.

El énfasis estará puesto en buscar: las respuestas ante los episodios del padecimiento, enumerar y describir cada uno de los episodios, listado de los tratamientos dados, profesionales consultados en la secuencia que fueron elegidos, decisiones y razones sobre el tratamiento ocupado y evaluación de los resultados.

La trayectoria de atención, permitirá hacer la reconstrucción histórica del padecimiento, pero no desde la naturaleza biológica de la enfermedad, sino a través del curso de la misma (el padecer de los niños en relación con los otros: familia, comunidad, sistema).

2.2.8 Representaciones y prácticas sociales

Haciendo un recuento histórico, en la segunda mitad del siglo XX, “desde la psicología social, Moscovisci retomó la noción de representación como representación social e impulsó el desarrollo de un abordaje teórico... Para este autor las representaciones son el resultado de un diálogo permanente e incesante entre los individuos, un diálogo que es interno y externo; es un proceso en el que los seres humanos como pensadores activos repiten o complementan representaciones individuales” (En: Aranda 2010:37).

La idea de Moscovici nos parece bastante acertada, ya que de manera sencilla aclara que las personas generalmente están en un constante proceso mental en el que al pensar o cambiar sus representaciones individuales a la par van retroalimentando las representaciones sociales, con esto, aumentan y complejizan su modo de ver las cosas.

Posteriormente, el concepto teórico va teniendo mayores aportaciones, es así que la representación social es fundamentada en las siguientes ideas. “Es una forma de conocimiento, elaborada socialmente y compartida con un objetivo práctico que concurre a la construcción de una realidad común para un conjunto social” (Jodelet 1986: 36). Es a la vez “producto y proceso” de una actividad mental por la que un individuo o grupo reconstituye la realidad que enfrenta y le atribuye una significación específica” (Abric 1987, en: Abric 2001: 13).

De Jodelet retomamos que la representación social es un tipo de conocimiento específico que se construye socialmente y por tanto también es socializado, además, el fin de esa creación deberá ser pragmática para los actores de cierta realidad. Ve a la representación social como un producto y a la que se le asignan significados particulares. En este marco, ambas ideas son de utilidad para acercarnos a las representaciones sociales que co-crean las madres de familia, curanderos y otras personas significativas en torno al proceso s/e/a del niño que padece escapulario.

Por otro lado, el concepto de representaciones sociales también es retomado por G. Giménez (1999) al señalar que, “la pertenencia no solo se da por filiación a un grupo, sino que también significa compartir su complejo simbólico cultural...pertenecer a un grupo o a una comunidad implica compartir –al menos parcialmente- el núcleo de representaciones sociales que los caracteriza y define” (En: Aranda 2010:39).

Así vamos añadiendo elementos certeros en el abordaje de las representaciones sociales, pues en este caso, G. Giménez apunta que aparte de considerar a las representaciones como propias a un grupo social, al interior de ese grupo deben observarse las cuestiones simbólicas, con esto tenemos la impresión que el autor integra aspectos de la identidad. De alguna manera, es una vía alterna para identificar las formas de pensamiento que imperan en los grupos culturales.

Finalmente, Rocha (1995) define a las representaciones con un adjetivo adicional, representaciones sociales de la enfermedad, que si bien también introduce ideas básicas de Moscovici y Jodelet, la forma de nombrarles nos acerca más al campo de lo que hacemos en antropología en salud. Rocha dice: “Son la forma de conocimiento de sentido común que construyen los individuos con relación a las enfermedades tanto en su sentido genérico como específico. Es decir, se entienden como sistemas de ideas, creencias e imágenes en cuanto a las enfermedades, su origen, clasificación, la caracterización de una situación de enfermedad y las implicaciones de la misma” (En: Aranda 2010:40).

Con esto reflexionamos que la enfermedad tiene significados dinámicos e incluso inesperados porque no se piensan conscientemente, al contrario van desencadenándose inconscientemente, de ahí que a nosotros como espectadores nos toca tratar de descifrar esas ideas ocultas que tienen sentido para los que padecen una enfermedad.

Ahora bien, cuando en el trabajo hablamos de representaciones sociales, entendemos por éstas, diversas ideas, nociones, pensamientos, opiniones, percepciones y creencias que la población previamente ha elaborado y re-configurado según el momento en que son apropiadas. Aclaremos, serán contempladas las representaciones sociales de mamás, curanderos, médicos y de otras personas significativas que sean parte del proceso s/e/a del niño que padece escapulario. El objetivo es sondear qué ideas colectivas son compartidas ó reproducidas en la población y qué propósito guardan.

Adicionalmente, planteamos que las representaciones y prácticas sociales no deben estar separadas al estudiar la salud y la enfermedad, pues la relación entre ambas posibilita una mejor comprensión de los procesos sociales.

Abric (2001) lo señala claramente: “Generalmente se considera que las representaciones sociales están asociadas a comportamientos atomizados, no ligados socialmente, con frecuencia bajo la forma de legitimaciones que atribuyen sentido a actos que le son independientes. Se descuida el hecho de que las prácticas son sistemas de acción socialmente estructurados e instituidos en relación con los papeles”.

De esta manera, haremos uso del concepto teórico de las representaciones sociales antes ya mencionadas pero también abarcaremos las representaciones sociales de las prácticas, esto es, qué piensan de lo que ejecutan, cómo lo evalúan, reflexionan y bajo qué circunstancias.

Por su parte, las prácticas sociales son definidas como “sistemas de acción socialmente estructurados e instituidos en relación con los papeles” (Ibídem), de estas, miramos que son acciones, comportamientos, actos o conductas concretas realizadas tanto individual como socialmente. Para nosotros es necesario el ejercicio metodológico de confrontar datos, y, en cierta medida recurrimos a las prácticas sociales para hacerlo. Sin embargo, dilucidamos que este ejercicio no será permanente ni será llevado a cabo en todo momento, dependerá de los objetivos específicos planteados en la investigación.

2.2.9 Familia y estructura familiar

Cuando aludimos a un niño menor de cinco años ¿En qué pensamos, qué puede hacer un infante a esa edad, de qué se vale, qué tiene para vivir y atenderse, será capaz de hacerlo por si solo? Ante estas incógnitas la respuesta inmediata es no, no puede hacerlo, aún depende de los adultos para su desarrollo, principalmente de su madre o de otra persona que se responsabilice de él.

Sin embargo, ambos no interactúan solos, forman parte de una familia, la cual tiene a otros integrantes con los que viven. Por tanto, es momento de hablar de la familia, pues alrededor de ella giran otros factores que son relevantes en el cuidado y atención de la salud y enfermedad.

El concepto “familia” no tiene una definición unilineal, puede tener varios campos al ser estudiada, en ese sentido señalamos qué nos interesa de esta categoría conceptual. Comenzaremos diferenciando familia y hogar.

“La diferencia entre hogar y familia queda establecida sobre la base de dos elementos básicos... a) el grupo mismo b) las relaciones... Por ello, no es tanto el tamaño como la naturaleza de las relaciones entre sus miembros, lo que establece la diferencia entre unidades domésticas y familias” (Dumon 2008: 71) Con la idea antes citada entendemos que una familia está conformada por un grupo de personas y al interior de cada familia puede haber diferentes y variados hogares a los que también puede llamárseles unidades domésticas, el asunto es que la familia se caracteriza por un conjunto de personas (un integrante o más) mientras que en el hogar no sólo están presentes esos miembros también resaltan los tipos de relaciones entre ellos.

Según C. Echarri (2003) son dos los rasgos distintivos del hogar: la coresidencia y la formación de una unidad de consumo. Agrega: “El lugar privilegiado de la reproducción biológica y social... son los hogares...compuestos por núcleos familiares, más que por familias... presencia eventual de miembros solteros o con uniones interrumpidas y sin hijos solteros, quienes no forman familias pero si núcleos incompletos”.

C. Echarri invita a contemplar dos elementos en el hogar: El tipo de residencia y la forma en que los alimentos son obtenidos (según el ingreso económico o colaboración doméstica) para su preparación. Además, señala que en cada hogar hay diferentes núcleos familiares, es decir, eso depende de las circunstancias en que fueron conformados.

Asumimos que familia y hogar pueden estudiarse por separado de acuerdo a las necesidades específicas de cada investigación, en nuestro caso no deseamos eso, por el contrario, requerimos trabajar con estos dos conceptos, por ello recurrimos a lo que C. Echarri denomina: “estructura familiar”.

“La estructura familiar es pues un concepto multidimensional; además de los sistemas de cohabitación (la composición de las familias y de los hogares) comprende las relaciones de autoridad y de subordinación en el interior de los hogares, las reglas implícitas o explícitas del reparto de los recursos, de las tareas y de las responsabilidades, así como de los privilegios” (Echarri 2003: 77).

La estructura familiar es un concepto abierto a diversas posibilidades de análisis, esto es, podemos observar qué tipo de relaciones se dan entre familiares en un espacio de residencia determinado. En tanto, de acuerdo a los elementos mencionados en el párrafo anterior, enlistamos lo que trabajaremos con las familias de los niños que padecen escapulario; pondremos atención en las relaciones intrafamiliares, los tipos de autoridad según el sexo o la edad, la toma de decisiones de la madre o la restricción de no llevarlas a cabo, actividades remuneradas (incluidas las de la mamá), distribución de recursos, cooperación entre integrantes, prácticas alimentarias así como distribución de los alimentos, normas, funciones en el hogar y estimulación afectiva hacia el niño. Un elemento que por mucho agregaremos a la estructura familiar y del que tendremos mayor cuidado por observar será el cuidado de la salud infantil.

“...Sobre la base del modelo de Mosley y Chen (1984), proponemos un marco conceptual general para el estudio de la relación entre la estructura familiar y la salud infantil. Ahí se postula

que la estructura familiar recibe las influencias, de las condiciones macrosociales, institucionales como la distribución de la riqueza y la disponibilidad y acceso a los servicios de salud (educación y comunicación), las condiciones físicas y ecológicas del medio ambiente (clima, espacio disponible para la vivienda y contaminantes de todo tipo), y por otra parte, de las tradiciones culturales. De esta manera la estructura familiar expresa tales influencias en la forma de variables intermedias que están en relación directa con la salud de los niños (En: Echarri 2003: 81)

En este tenor, nos interesa poner atención en “...los comportamientos en materia de cuidados a la salud⁴⁴ de parte de las madres o de otros miembros del hogar, son un elemento que nos permite acercarnos a la relación entre la estructura familiar y los indicadores de la salud infantil, el peso al nacer, el estado nutricional, la reparación de deterioros físicos debidos a episodios de enfermedad o las probabilidades de supervivencia”⁴⁵ (Ibídem: 31).

2.3. Antecedentes etnográficos del “escapulario” o “santo”

La labor de esta investigación será presentar una etnografía detallada del padecimiento escapulario. Por ello, debemos enfatizar que inicialmente la exploración de antecedentes fue somera, tan solo encontrábamos referencias espontáneas, posteriormente fueron apareciendo durante diferentes momentos de la investigación. Entre las excepciones etnográficas está una tesis de licenciatura (2013) en antropología social que describe ampliamente el ritual terapéutico (más adelante la mencionaremos).

Para entender en qué consiste la connotación del escapulario, en este apartado citaremos los trabajos que reportan sobre el tema, sin duda podrán existir otros textos que nosotros no tuvimos a la mano, sin embargo, intentamos hacer una búsqueda exhaustiva. Por ello, mostraremos cómo este fenómeno de salud aparece también en otras localidades del poniente de Morelos, incluso es denominado de diferente manera y tiene ciertas variantes en su representación social.

La manera de nombrar a la enfermedad tiene diferencias de acuerdo a cada localidad, en parte puede ser por el uso o no de la lengua náhuatl. De acuerdo a F. García (2011), “en Tepoztlán y Cuentepec esta enfermedad es conocida con el nombre de mizton o mizcotón... es una palabra compuesta de mizton, proveniente del náhuatl que significa “gato”, y otra en español, cotón⁴⁶ o gabán, en Santa Catarina, municipio de Tepoztlán, lo señalan como “gabán del gato”.

⁴⁴ Según Mosley (1988) los niños tienen un gran potencial biológico cuyo debilitamiento es la consecuencia directa de agresiones físicas o biológicas que pueden comenzar desde la concepción y proseguir durante el embarazo, el parto y la primera infancia. Estas agresiones no son aleatorias, sino resultantes del entorno y del contexto cultural y socioeconómico en que fueron concebidos y crecieron (En: Echarri 2003: 31)... Entonces, según Masuy-Stroobant, 1988: p. 30) “El análisis de la salud infantil exige entonces reubicar esta sucesión de situaciones (gestación-parto-crianza del niño) y esta constelación de actores (el padre-la madre-el médico-el niño-la familia) en su entorno sociocultural, económico y físico” (En: Ibídem: 62)

⁴⁵ Las ideas aquí plasmadas están reflejadas en el contenido de las técnicas e instrumentos metodológicos a utilizar, por ejemplo, con la entrevista estructurada pretendemos explorar algunos aspectos del desarrollo del niño desde que fue concebido, embarazo, parto y puerperio de su madre, condición de salud, tensiones o tipo de dificultades al interior de los hogares, entre otros.

⁴⁶ De acuerdo a J. Pérez (2008), cotton significa también cobertor.

El término mixcoton (mizcotón o miscotón) puede tener diferencias al momento de escribirse o pronunciarse pero de acuerdo a las fuentes, alude principalmente a las localidades de Cuentepec, Santa Catarina y Tepoztlán; y su significado está relacionado con “gato y gabán”; O. Lewis (1971) dice que miscotón proviene del náhuatl y es referido a un suéter que protege al niño de la enfermedad; también puede ser nombrado “mizton”, pues alude al mismo significado de gato (Mejía y Mendoza et al., 2008). S. Marcos (2010) y V. Mentz (1995) lo encuentran con el mismo término de mixcoton, ésta última lo ubica en la localidad de Ocoatepec (municipio de Cuernavaca). También pueden combinar la frase diciendo: “quinequi miston”, lo cual es, “quiere de gato” (Hernández, 1995; Paulo, 2002; García, 2011); M. Morayta (2011) en la misma localidad de Ocoatepec lo refiere como mixcoton o micho⁴⁷.

En la localidad de Xoxocotla (municipio de Puente de Ixtla) le llaman “escapulario o guitonlonas”⁴⁸ (Saldaña, 2011); en esa misma localidad, S. Jiménez (1966) lo menciona simplemente como escapulario.

Resultó de sumo interés que algunas fuentes lo relacionarán con la chipiles; concretamente en Coatepec hicieron alusión al “santo o chipiles” (Mejía y Mendoza et al., 2008) y en Ocoatepec a “mixcoton...o chipiles” (Pérez, 2008). Para la población que nos ocupa (Coatepec), Alemán y Capi (2008) le llaman escapulario y agregan que la enfermedad “es denominada de diversas formas como el aire de santo o aire del escapulario”⁴⁹. Finalmente, una manera peculiar de nombrarlo es “dar santo o escapulario” (Castro y Reynoso, 2002; Pineda, 2013)

Algunas fuentes mencionaron que este tipo de enfermedad originalmente se manifestaba en niños pero “ahora puede presentarse en cualquier edad y género” (Mejía y Mendoza et al., 2008).

Una característica relevante, es la temporalidad de la enfermedad, pues en ciertos meses del año (de junio hasta septiembre), es decir, en tiempo de lluvias, proliferaba el número de casos (Saldaña, 2011; Mejía y Mendoza et al., 2008). Tal como acota D. Maldonado (2005): “En las aguas”, encarna el periodo cuando los niños y niñas de Coatepec se enferman con mucha frecuencia”. No obstante, algunos trabajos aclaran que esta enfermedad ya no es proclive a una temporada; “pueden existir enfermos fuera de la época de lluvias pero corresponde a enfermos crónicos que no fueron diagnosticados y curados a tiempo (García, 2011)

Una distinción observada en las diferentes poblaciones, estriba en la causalidad de quién origina la enfermedad. Por ejemplo, en Xoxocotla es producida por un santo, Santo Domingo (Saldaña, 2011), en Cuentepec, es un gato y Santo Domingo (Mejía y Mendoza et al., 2008; García, 2011), en Santa Catarina es el gato que infecta al niño (García, 2011).

En Coatepec son dos santos Santo Domingo y San Antonio, “cuenta la historia popular que en Atlacholaya (Xochitepec, Morelos) se encuentra el santuario de los santos: San Antonio y Santo Domingo, los cuales se encuentran tapados y sus imágenes son solo descubiertas

⁴⁷ No encontramos una traducción de la palabra “micho”, el autor señala entre paréntesis “escapulario” pero desconocemos si es la traducción literal pues él no lo especifica.

⁴⁸ No existió explicación de “guitonlonas”, la autora no aclara a qué se refiere con ese término.

⁴⁹ Mejía y Mendoza et al. (2008) y J. Pérez (2008) no desarrollan en sus textos, qué relación puede existir entre escapulario y chipiles; tampoco lo hacen Alemán y Capi (2008) entre escapulario y aire; sólo lo mencionan pero no ahondan sobre ello.

cuando se realiza su fiesta conmemorativa. Al descubrirlos los aires que se desprenden y circulan alrededor de estos, son los causantes de enfermedades” (Alemán y Capi, 2008). Dos relatos más confirman esta posible causalidad: “Cuando alguien se enferma decimos que “agarró un aire”, y luego hay que curarlo dándole santo” (Castro y Reynoso, 2002); “concluido el ritual adivinatorio que confirma que se trata de un ataque de aires de los santos, se recomienda llevar a cabo el escapulario lo antes posible” (Paulo, en prensa).

Entre los síntomas que pueden desarrollarse, tenemos que en los niños solían haber regularidades pero actualmente estos pueden ser variables en todas las edades de acuerdo a cada caso (Alemán y Capi, 2008). En los niños, “muchas diarreas, duerme boca abajo, se inflamaba su estómago y adelgazaba mucho” (Saldaña, 2011); “irritables, tristes, inapetentes, comenzaban a bajar de peso, sin ganas de realizar actividades” (Mejía y Mendoza et al., 2008); “se pone gordo, no quiere comer bien y está inflamado” (Hernández, 1995); “por comer mucha carne cruda y esto lo hace muy gruñón” (Marcos, 2010); “entre las más comunes están la diarrea y las producidas por enfermedades de la piel: granos y urticarias” (García, 2011); “se ponen tristes, no quieren comer, se ponen flacos, les da diarrea, les agarra vómito y les crece mucho la barriga” (Jiménez, 1966); finalmente J. Pérez (2008) cuenta la historia de un niño “chipil” que dejó de comer, tenía el vientre hinchado y se volvió “ético”.

El procedimiento diagnóstico también suele tener sus diferencias, en Xoxocotla, “le echaban la rifa”, es decir, los copales (Saldaña, 2011). En cambio en Coatetelco, “la curandera... le proporciona al enfermo una limpia con huevo y diversas hierbas como ruda, albahaca, salvia larga, pirul y unas ramas de mata rata (Alemán y Capi, 2008). Ahí mismo también puede hacerse a través de “echar las cartas” (Mejía y Mendoza et al., 2008). “Respecto a los tránsitos en el ritual terapéutico, es patente el cambio sufrido respecto a los operadores rituales, ya que actualmente algunas mujeres sin ser curanderas también realizan el diagnóstico (Pineda, 2013). De una u otra forma, podemos ver que el diagnóstico está intrínsecamente relacionado a la “adivinación”⁵⁰.

No encontramos rastro de si esta enfermedad puede o no ser prevenible, dos textos únicamente indican que los adultos pueden estar presentes durante el tratamiento, no así los niños porque puede ser como un contagio para otros niños (Pérez, 2008; Von Mentz, 1995).

Sobre el tratamiento existe amplia complejidad en relación a la preparación y realización de la terapéutica, si bien, sobre este punto es de lo que más han descrito; trataremos de sintetizar algunos puntos referidos en el tratamiento.

En Ocotepc, Von Mentz (1995) identifica cuatro tipos de tratamientos para los niños pequeños y “débiles”, de los cuáles no todos hacen referencia al mixcotón. Primero menciona a los que están “tzipil”, para ellos asan y hierven un ratón de campo o lo hacen en mole verde, en náhuatl le llaman “quimitizin chachabaton” (ratón grasoso), el niño se componía al comerlo; en segundo lugar, menciona que también a los niños débiles les dan “asoquiaton” (tortugas de lodo) y les hacen una fiesta; en tercer lugar, habla de darles de comer un “gallito tierno”, poniendo su

⁵⁰ Es el proceso de usar medios del ritual para revelar cosas ocultas a la percepción normal, como información sobre acontecimientos futuros, fuentes de enfermedad, la identidad de los brujos y, de hecho, cualquier cosa que no pueda determinarse por medio de métodos de investigación profana (Barfield, 2000)

sangre en la sien, atrás de la cabeza o en la “barriga”, cuando el niño comía el “gallito” cocido o hervido tenía que haber sudado con el vapor; en cuarto lugar clasifica a los niños que se rascan mucho y les salen ronchas, a ellos hay que ponerles un “mixcoton”, es decir, un gabán que simula ser un gato, este es de jerga, negro con blanco, lleva listones rojos y cascabeles, además, hierven una cabeza de becerro y con el vapor hacen que el niño sude mucho, todo esto es para curarlo a razón de tres cosas: tiene comezón, está “tzipil” y porque necesita “gato” (Von Mentz, 1995).

Rescatamos esta última intervención en los niños, donde podemos observar que Von Mentz (1995) relaciona estar “tzipil” o chipil con la enfermedad del mixcoton. De manera general interpreta que la curación está centrada en proporcionar fuerza o energía al niño “débil”, por ello ocupan ciertos animales (en este caso un becerro) que contengan energía, la sangre y el vapor representan esa fortaleza adquirida.

Este tipo de curación también es presentado por J. Pérez (2008), recuérdese que ambos autores realizaron su investigación en Ocotepc, el padrino lleva un “quimitzin chachabaton” (ratón grasoso de campo), untan la sangre aún caliente del ratón recién sacrificado en las sienes, vientre y coyunturas, al niño lo colocan sobre un tapete y junto a él ponen una cazuela de barro con el cocido de ratón, lo cubren con una sábana para que los olores del guisado inciten su apetito y le confeccionan un gabán con el cual es vestido el enfermo. Entre V. Mentz y J. Pérez, la única diferencia en su descripción es el tipo de animal que ocupan.

En Santa Catarina el procedimiento de curación es similar al de Ocotepc, ponen a cocer una cabeza de res para que el niño coma todo lo que quiera y le confeccionan un gabán con jerga que asemeje a un gato, los padrinos tienen que imitar el maullido de un gato alrededor de la casa (Hernández, 1995; García, 2011).

En Tepoztlán, el relato cuenta que antes también hacían una comida especial llamada “chachahuate”, era para los niños que no tenían apetito, estaban pálidos, no podían comer y estaban débiles, consistía en cocinar el mismo ratón de campo; “cuando la persona sin apetito está comiéndolo, todos piden al ratón que cure a la persona y a los aigres⁵¹ que hagan que la persona esté bien de nuevo” (Marcos, 2010).

En Xoxocotla⁵², una singularidad es la condición de los alimentos, “aunque está muy enfermo de diarrea se le da mole y chocolate con tamales... los alimentos le caen bien porque tienen la cualidad de ser frescos... los padrinos o algún voluntario deben bailar cargando al enfermo hasta que se duerma, el dormir es una señal de alivio” (Saldaña, 2011).

En todas las poblaciones mencionadas como parte fundamental de la curación, hablan del rol que tienen los padrinos, en Ocotepc y Xoxocotla se dice que la “fuerza”, es decir, la energía acumulada en las personas es la que determinará en parte la recuperación en el niño (Morayta,

⁵¹ En pequeños relatos llegan a nombrar a los “aires”, pero no abordan con precisión a qué se refieren y qué connotación es otorgada.

⁵² S. Jiménez (1966) relata que los padrinos de bautizo colocan un escapulario con la imagen de la Virgen del Perpetuo Socorro, este detalle llama nuestra curiosidad, debido, a que no ha sido común encontrar durante nuestra búsqueda el nombre de vírgenes.

2011; Paulo 2011). “La fuerza se transmite al enfermo por continuidad: colocan una imagen de Santo Domingo en un vaso de agua y el enfermo la toma... le buscan una madrina que sea de “gusto”, que tenga mucha fuerza, muchos amantes, mucha alegría para que la transmita al enfermo.

En algunos casos es suficiente que el enfermo reciba regalos, dinero y ropa nueva para que se componga, pues así recibe “fuerza” (Saldaña, 2003)

En Coatetelco, veremos que el tratamiento tiene distintos matices de elaboración, por ello, Alemán y Capi (2008) le denominan “festejo del escapulario o santo”; aunque S. Jiménez (1966) dice que en Xoxocotla más que un “fandango” es una curación.

Recurrir a este tipo de curación en parte tiene que ver con que previamente fueron visitados varios médicos pero no se obtuvo la respuesta esperada para la sanación (Epitacio, 2010; Paulo, en prensa)

F. García (2011) dice que durante el evento de curación “las asistentes deben de estar de buen humor, tomar alcohol con refresco de cola y fumar, de no hacerlo, pueden provocar la ira de los santos o bien ser atacados por un “aire”. En su interpretación sobre el consumo del alcohol menciona que “está práctica terapéutica... proporciona un espacio de ingesta de alcohol aceptado culturalmente, que fuera del espacio ritual no se justificaría (García y Hersch 1999. En: Pineda, 2013)⁵³.

En el ámbito imperceptible de la práctica de atención, tenemos que “el ritual curativo representa para el enfermo, un momento para ser atendido y complacido en sus “antojos”, es una manera de sentirse importante y apreciado por las personas que acuden al evento, por lo que sin duda existe un componente emocional que se vincula con su bienestar” (Paulo, en prensa). A lo que añade que es el espacio para que mujeres y niños puedan expresar emociones que en otro momento sería difícil hacer.

Para J. Pineda (2013) el objetivo mismo del ritual terapéutico guarda elementos inconscientes que no pueden ser vistos explícitamente pero conllevan un sentido identitario y comunitario que permite la convivencia (bailan, beben, comen) entre pares, es decir, haciendo uso de códigos culturales compartidos al interior de la localidad.

La eficacia o no de la curación en parte dependerá de cómo sea conducida la terapéutica misma. “Es importante que tanto el enfermo como los familiares y los invitados que asisten al festejo del escapulario... tengan fe y crean en que el remedio va a servir, tienen que asistir con buena voluntad y de corazón, no deben de tener mal humor o estar enojados en ese día... Pues de hacer lo contrario los malos humores interfieren con la sanación del enfermo... y no se cumple su propósito curativo” (Alemán y Capi, 2008). Esta idea parece ser parte del sentido

⁵³ A. Paulo y J. Pineda también refieren la práctica del consumo de alcohol: “ante el evidente aumento de casos de enfermedades crónico- degenerativas en la región. Las ceremonias curativas, tiene serias implicaciones para la población, ya que los daños a la salud se potencializan, ante la ingesta y consumo de grandes cantidades de carbohidratos y alcohol” (Paulo, en prensa) “El cambio más significativo y perceptible sea el proceso de alcoholización ritual femenina que acompaña actualmente a este ritual terapéutico” (Pineda, 2013) Los efectos colaterales mencionados, son un asunto de sumo interés por considerarse en futuras investigaciones, pues hasta el momento se desconoce el impacto real.

común y mencionarse en la cotidianidad: “Tiene que haber armonía y nadie debe de pelearse porque si no... no funciona”⁵⁴

Las complicaciones de la enfermedad pueden deberse a diferentes aspectos, por ejemplo en Xoxocotla si los padrinos no aceptan atender al niño este agravará (Saldaña, 2011); en ese mismo lugar, S. Jiménez (1966) dice que el final fatal es la muerte constante de los niños.

En Coatetelco, la enfermedad puede “recargarse”, lo cual resulta peligroso porque incluye la muerte (Paulo, en prensa). Esto llega a ocurrir porque los niños se ponen muy delgados, incluso, una manifestación es porque “sino existen una atención adecuada, credibilidad a los santos, el enfermo al morir adquiere en una parte de su cuerpo la forma del santo que le había hecho daño” (Mejía y Mendoza et al., 2008)

Hasta el momento hemos presentado descripciones que muestran parte de las ideas para entender al escapulario; por ello, las aportaciones etnográficas que retomaremos enseguida nos darán pauta para fortalecer la investigación a desarrollar, pues reconocemos que será una obligación profundizar de acuerdo a nuestros alcances (objetivos) lo que resulte de interés.

A través de la novela antropológica de S. Jiménez (1966) pudimos darnos cuenta que fue el primero en su género, en descifrar que los niños enferman de escapulario porque tienen amebiasis a causa de la carencia de agua potable, la cual es sucia y está contaminada: “El escapulario salva a nuestros hijitos, los cura, les arranca esos animalitos que ustedes dicen que tienen en el estomaguito, para que no se mueran”.

En segundo lugar, tenemos otra aportación que va de la mano, “el escapulario o santo, son caracterizados clínicamente por episodios diarréicos de diversa intensidad. Esta nosología es muy difundida y tiene aspectos epidemiológicos importantes en razón de ser una comunidad de alta marginalidad, con falta de servicios básicos y saneamiento ambiental” (García y Hersch, 1999. En: Pineda, 2013).

En otra publicación, F. García (2011) menciona que “esta enfermedad tiene importancia sanitaria y cultural porque expresa en los portadores infantiles, una desnutrición dentro de un contexto cultural que le confiere particularidades tanto para el diagnóstico como para el tratamiento”. En su análisis nos permite ver tres interpretaciones: 1) el gato contagia ciertas características al niño por lo que éste enferma; 2) el estado carencial nutricional de los niños produce aberraciones del apetito por ejemplo la preferencia por la tortilla o carne; 3) una probable desnutrición, la cual puede intensificarse por episodios diarréicos, que son más frecuentes en el periodo de lluvias. Con esto nos hace pensar que además de contemplar el sistema sanitario de la localidad, en el fondo, puede estar presente un problema de desnutrición entre los niños.

En este mismo plano, rescatamos la apreciación de A. Paulo (2002), quién identifica a esta enfermedad como “casos extremos de chipilés” y también hace alusión a un elemento característico de la malnutrición, como es, tener comezón constante en la piel del niño.

⁵⁴ <http://asegunpao.blogspot.com/2006/08/se-curan-nios-en-coatetelco.html>

Sin embargo, J. Pineda (2013) recientemente en los resultados finales de su investigación menciona que, “respecto al padecimiento, éste se ha modificado, tanto a nivel de grupo etéreo vulnerable, pasando la enfermedad de niños a personas de cualquier edad, cómo de género, predominado actualmente en el género femenino, y el perfil mórbido, nuevos cuadros mórbidos, ya que anteriormente sugerían gastroenteritis y/o desnutrición, en la actualidad se refiere prácticamente a cualquier enfermedad” (Pineda, 2013). Aunado a ello, habla del cambio de espacialidad para enfermar, pues están enfermando en otros lugares (pobladores de Coatetelco migran a Estados Unidos de América (USA), principalmente en Carolina del Norte).

Entre otros aspectos relacionados, no podemos dejar pasar el análisis que hace A. Paulo sobre la emoción que está presente implícitamente. “La “tristeza” es un eje que se presenta de manera correlacionada al malestar físico, y conlleva en su abstracción, melancolía, recuerdos, sufrimiento, pérdida de algún pariente, sentimiento por la muerte de los familiares, abandono, preocupaciones económicas, etc” (Paulo, en prensa)

Para concluir, diremos que los señalamientos que presentamos nos hacen reflexionar en lo que tenemos que diseñar en el propio proceso de nuestra investigación, de entrada, debemos acercarnos a la exploración de un contexto no sólo cultural sino también social, ambiental, sanitario, económico, político. Pues ante una enfermedad compleja como es el escapulario, las correlaciones nos guiarán para entender no sólo los modelos explicativos del padecer, sino también las estrategias llevadas a cabo para resolver el problema de salud en el cuál se desenvuelve.

Capítulo III El escenario estatal, municipal y local

Este capítulo tiene el cometido de mostrar el contexto dónde el escapulario se manifiesta como un fenómeno de salud, conoceremos condiciones históricas, demográficas, socioeconómicas, políticas, sanitarias, epidemiológicas y servicios de salud otorgados.

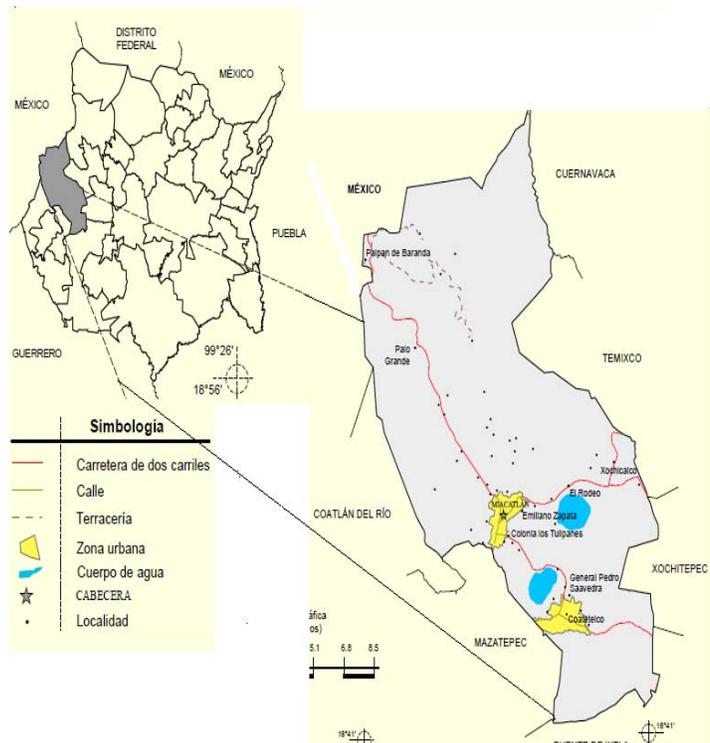
3.1 Ubicación del lugar

Morelos está ubicado en el centro de la República Mexicana, al sur del Distrito Federal. Está conformado por 33 municipios y su capital es la ciudad de Cuernavaca, localizada al noreste del estado. De los 33 pertenecientes a Morelos, es nuestro interés centrarnos únicamente en Miacatlán.

Miacatlán se ubica geográficamente entre los paralelos 18° 45' latitud norte y los 99° 21' longitud oeste del meridiano de Greenwich a una altura de 1.054 msnm limita al norte con el Estado de México y los municipios de Temixco y Cuernavaca, al sur con Puente de Ixtla, Mazatepec y Tetecala, al este con Xochitepec y al oeste con Coatlán del Río (Morelos) y el Estado de México. Su distancia aproximada entre la cabecera y la capital del estado es de 40 km (Plan Municipal de Desarrollo 2013-2015).

Mapa No. 1. Área de estudio.

De cuarenta y dos localidades⁵⁵ en Miacatlán, elegimos la localidad de Coatetelco, la cual está situada al suroeste de la capital del estado (Cuernavaca), a cuarenta y nueve kilómetros y, ubicada al sur-este de la Cabecera Municipal de Miacatlán, a una distancia de seis kilómetros. La localidad está conformada principalmente por seis colonias, Benito Juárez, Centro, Pedro Saavedra, Tres de mayo, el Muelle y Narvarte.



Fuente: INEGI. Marco geoestadístico municipal, 2010.

⁵⁵ El censo de INEGI 2010, reporta 42 localidades, sin embargo, no son las mismas cantidades reportadas por el municipio (11) y por los servicios de salud. No existe un dato preciso sobre el número de localidades y los nombres suelen modificarse.

3.2 Patrimonio histórico y cultural

Coatetelco, hoy en día se encuentra asentado sobre antiguos vestigios prehispánicos, de los cuales, los tlahuica fueron el último eslabón, quienes fueron dominados por los mexicas cuando el poder se centralizaba en el México-Tenochtitlán, antes de la invasión española en el siglo XVI (Maldonado, 2005).

De acuerdo a los estudios históricos y etnográficos que ha realizado D. Maldonado, Coatetelco, a partir de la época colonial tiene una entrañable filiación cultural náhuatl, fundamentada en una “ancestral historia sociopolítica y una religiosidad y cosmovisión indígena agraria que ha re combinado, creativamente, formas y significados simbólicos en su relación hombre-naturaleza” (Ibídem: 141).

Para nosotros es relevante mencionar la riqueza histórica y cultural del lugar, debido a que indudablemente eso permea a través del tiempo en la vida actual de sus habitantes; las nociones, recuerdos, costumbre y tradición generacional, son el origen que da sentido a determinados actos concretos.

Un elemento que dejó de perdurar en la población fue hablar la lengua náhuatl, según registra el mismo autor, esta predominó hasta principios del siglo XX, sin embargo, a inicios de la revolución mexicana, E. Adán (1910), quien realizó un estudio sobre las danzas en Coatetelco, anunció que la lengua en algún momento desaparecería, “el idioma mexicano que hablan está ya muy alterado, siendo una verdadera jerga de mexicano y castellano; es muy probable que con el tiempo el idioma indígena sea substituido por el castellano”.

Actualmente, la población ya no habla la lengua náhuatl, la mayoría son hablantes del español; de acuerdo al censo de INEGI del 2010; 31 hogares tienen presencia indígena de un total de 2,141. Entonces en número proporcional representa el 1.4%.

La pérdida de la lengua no ha impedido que la población tenga identidad y fomente su raigambre étnico, en muchos casos lo alimenta, cambia o transforma, para ello podemos ver números acontecimientos del ritual⁵⁶ anual (religioso, agrícola, curativo, funerarios y profano) que es conmemorado en el día a día. Como bien dice D. Maldonado (2005), “lo que motiva la fiesta está vinculado a la vida común del pueblo”. En este sentido agregamos que la vida común en Coatetelco está impregnada de ritualidad y de numerosos festejos, que son inherentes a su gusto por la fiesta, la conmemoración y el recuerdo.

Las principales fiestas del calendario⁵⁷ religioso, son en honor de: La Virgen de la Candelaria, San Juan Bautista, San Pedro, Virgen de la Asunción (o Virgen María)⁵⁸. Entre los rituales

⁵⁶ Asumimos que el ritual “denota cualquier actividad con un grado de formalidad y un propósito no utilitario. Este uso incluye no sólo actividades claramente religiosas, sino también acontecimientos como festivales, desfiles, iniciaciones, competencias y saluciones. En su sentido más amplio la palabra puede referirse no a un tipo determinado de hecho, sino al aspecto expresivo de toda actividad humana” (Leach, 1941, en: Barfield, 2000: 450).

⁵⁷ Adicionalmente llevan a cabo las festividades peculiares del calendario católico como son: Semana Santa, día de la Santa Cruz, día de todos los Santos, Navidad, entre otras.

⁵⁸ En el mes de agosto, “la relación del calendario de fiestas cristianas con el agrícola converge en el culto mariano, la devoción de la Asunción de la Virgen María (13-15 de agosto, en el recinto sagrado de la iglesia de San Juan Bautista, y con misas simultáneas de propiciamiento de la lluvia... (Maldonado, 2005: 109)

agrarios más importantes para la población están: el propiciamiento del buen temporal (lluvia), conocido coloquialmente como “el huentle a los airecitos”, es de las festividades más complejas y ancestrales a favor de una prospera siembra de maíz; también está la celebración del 28 de septiembre dedicado a San Miguel Arcángel, ese día representa el inicio de una buena cosecha⁵⁹ (llevan elotes y tamales al panteón como signo de agradecimiento). Para algunos estudiosos del lugar (Castro y Reynoso, 2002; Maldonado, 2005) la actividad agrícola está altamente relacionada con el ritual a los muertos y este día (28 de septiembre) es el preámbulo⁶⁰.

También destacan otras actividades que no necesariamente son religiosas o sagradas pero tienen un alto contenido cultural en cuanto a su organización⁶¹, representación y significado al interior de la localidad; éstas son cívicas⁶², predomina un evento denominado “mojiganga”, está es realizada con motivo del 15 de septiembre (conmemoración de la independencia de México). Llevan a cabo dos mojigangas, una en la colonia Benito Juárez y otra en el Centro, generalmente participan hombres originarios de Coatetelco aunque también algunos de lugares aledaños, se disfrazan con personajes conocidos como “apaches, osos, muerte”, otros visten con ropa de mujeres para simular su conducta y pueden asistir invitados gays. Este evento se convierte en un ritual pues pueden observarse actos y expresiones propias de la población, por ejemplo el consumo de alcohol, drogas, exposición sexual y enfrentamientos violentos. Es el momento aprovechado para que algunos hombres cambien de ropa sin ser reconocidos, es un espacio utilizado para perjudicar a los enemigos, esconden navajas, cinturones, cadenas.

La atracción turística por la que sobresale Coatetelco, están la zona arqueológica, la cual fue un importante centro ceremonial tlahuica, el museo (INAH), la distinguida y conocida laguna (la cual es apreciada porque mantiene un fuerte vínculo con la población) y su gastronomía típica (tamal de mojarra o pollo y la exaltada realización de tortillas hechas a mano)⁶³.

3.3 Perfil demográfico y socioecómico

3.3.1 Dinámica poblacional

El Censo de Población y Vivienda 2010, contabiliza una cifra de población de 1, 777, 227 habitantes para el estado de Morelos; este número es superior en 221, 931 personas al reportado en el 2000. En este periodo, la tasa de crecimiento anual fue de 1.3%, esto significa que la población se incrementa cada año 13 personas por cada 1, 000 habitantes... Del total de

⁵⁹ “Las flores de pericón que adornan todo el pueblo en la víspera de San Miguel, además de alejar al Diablo y al pecado, pretenden alejar las plagas sobre las cosechas que están por obtenerse y erradicar las sequías y las plagas para la próxima cosecha. Ya que el Chamuco anda suelto, no sólo puede pervertir las almas, también puede echar a perder las cosechas” (Castro y Reynoso, 2002).

⁶⁰ Para D. Maldonado (2005) marca, “el comienzo del culto a los parientes muertos: una ofrenda de los primeros frutos del ciclo agrícola de temporal se ofrece y, simbólicamente se inicia una cotidiana y temporaria comunicación entre el mundo de los muertos y de los vivos”.

⁶¹ Para llevar a cabo este festejo existe una “Honorable Junta de Comité”, encargada de preparar y llevar a cabo la logística, incluida la solicitud de policías municipales para vigilar los pormenores.

⁶² Existen otras celebraciones como el natalicio de Benito Juárez en la colonia del mismo nombre y carreras para montar a caballo durante el mes de septiembre.

⁶³ Existen numerosas expresiones culturales en la localidad, por ejemplo las danzas (tecuanes, pastorcitas, vaqueros, chinelos), dignas de mencionar, no obstante, nos acotamos a ciertos puntos medulares. Para una lectura amplia del lugar, recomendamos: (Elfego, 1910; Castro y Reynoso, 2002; Maldonado, 2005; Pineda, 2013).

residentes en Morelos, 858 588 hombres y 918 639 mujeres, lo que significa que hay 93 hombres por cada 100 (INEGI, 2010).

De acuerdo al INEGI (2010) Miacatlán tiene una población total de 24,990; 12,107 son hombres y 12,883 mujeres. El municipio no está considerado entre los de mayor población, ocupa el lugar número 18 de 33; su tasa de crecimiento es de 0.4, es decir, su población aumentó cada año sólo 4 personas por cada 1,000 habitantes, podemos ver entonces que su crecimiento anual está por debajo del parámetro estatal.

Sin embargo, al revisar la demografía, nos dimos cuenta que de los cuatro municipios considerados de la zona poniente del estado de Morelos, Miacatlán es el que tiene mayor población, ya que Coatlán del Río (9, 471), Mazatepec (9, 456) y Tetecala (7, 441) registran una población menor a 10 mil habitantes (Ibídem).

Por los fines de la investigación y por haber escogido un grupo de edad específico de niños (1-4 años), mostraremos la población por grupo de edad, según municipio.

Tabla No. 3 Grupo de edad por municipio						
Miacatlán	-1	1-4	5-14	15-44	45-64	65 y más
	401	1,526	4,881	9,702	3,794	1,768

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSM, Anuario estadístico (2010).

Según los Servicios de Salud de Morelos, la tasa de natalidad a nivel estatal es de 16.8 mientras que la de Miacatlán es de 17.0, esto es, 17 nacimientos por cada 1, 000 habitantes (Ibídem).

Para el año 2010, la fecundidad en el estado mantiene una tendencia a la baja... el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años de edad... fue de: 2.3 hijos nacidos vivos (en 1990); 2.0 (2000) y llegó hasta 1.7 en 2010 (Ibídem). Miacatlán para el 2010, tiene un rango similar al estatal, está entre 1.8 y 1.9.

Ubicando ahora a Coatetelco, la localidad cuenta con una población total de 9, 094; hombres 4358 y mujeres 4, 736. Es conveniente recordar que de todas las localidades de Miacatlán, Coatetelco es la más poblada, superando a la cabecera municipal, tiene un 36.9% del total de su población. El promedio de hijos nacidos vivos es de 2.81 (Ibídem). En este caso, el promedio es mayor al municipal y al estatal.

3.3.2 Educación

Consideramos que la educación formal en el aula es un elemento indispensable y básico para el desarrollo humano, sin embargo, veremos qué existe carencia educativa para el lugar de estudio. A continuación presentamos indicadores dramáticos para la población municipal y local, no así para la estatal.

La tasa de analfabetismo es un indicador básico relacionado con el nivel de bienestar de una población. El analfabetismo se refiere a la población de 15 y más años que no sabe leer y

escribir. A nivel estatal, en 2000, nueve de cada 100 personas de este grupo de edad no sabía leer ni escribir, y en 2010 esta relación se reduce a 6 de cada 100 personas (INEGI, 2010).

A nivel municipal, Axochiapan, Miacatlán, Coatlán del Río, Tepalcingo, Amacuzac, Ayala y Puente de Ixtla registran valores mayores al diez por ciento de analfabetismo. De todos estos, Miacatlán ocupa el segundo lugar de todos los municipios del estado, con un 12.7%. Para el caso de Coatetelco, la situación es muy similar, tiene un 12% de analfabetismo (Ibídem).

En este mismo rubro, en Morelos, el promedio de escolaridad pasó de 6.8 grados en 1990 a 8.9 en 2010; es decir, actualmente en la entidad la población de 15 y más años tiene estudios de educación básica terminada (secundaria). A nivel municipal Cuernavaca tiene el más alto promedio de escolaridad, alcanzando su población el primer grado de educación media superior, le siguen Jiutepec, Zacatepec, Tepoztlán, Cuautla, Emiliano Zapata y Jojutla con una escolaridad promedio de tercero de secundaria. Sin embargo, los municipios con el menor grado de estudios son Coatlán del Río, Miacatlán y Axochiapan, con 6.7 el primero y 6.9 grados los otros dos (Ibídem).

Al analizar, vemos que Miacatlán está en el penúltimo lugar a nivel estatal, tiene 6.9 grados, esto es, que tendría el lugar que tuvo el estado hace 23 años, lo cual lo pone en un atraso considerable. Y para el caso de Coatetelco, la situación es peor, debido a que es de 5.77.

Ahora bien, si nos adentramos por grupos de edad para ver el número de niños que asisten actualmente a la escuela, tenemos que en Morelos, 49.3% de los niños de 3 a 5 años de edad asisten a una institución educativa. Los municipios con mayor porcentaje de este grupo de edad que asiste a la escuela son: Cuernavaca, Zacualpan, Tepoztlán, Jiutepec, Jojutla, Mazatepec, Cuautla y Zacatepec, la asistencia escolar de este grupo de niños es superior al 50 por ciento y los de Miacatlán, Coatlán del Río, Tetela del Volcán, Totolapan y Puente de Ixtla, registran una cifra de menos de 40 niños de cada cien (Ibídem). De hecho tenemos que resaltar que Miacatlán es el último lugar de todos los municipios de la entidad; además debemos volver a reiterar que dentro de este rango de edad están los niños del presente estudio, por lo tanto, observamos que en este aspecto es un grupo desfavorecido referente al acceso a la educación preescolar. En Coatetelco, hay 561 niños de 3 a 5 años, de los cuales, 449 no asisten a la escuela, estamos hablando del 80 por ciento del total de la población y 20% sí lo hace (Ibídem).

El grupo de edad de 6 a 14 años es otro grupo considerado medular para asistir a la educación básica, del cual, el censo de 1990 registró que de cada 100 niños en estas edades, 89 asistían a la escuela, 89.0% eran niños y 88.8% niñas, situación que se invierte en 2010 con 95.2% de niñas y 93.9% de niños. Sin embargo, todavía existen diferencias, Zacualpan y Temoac son los que registran el mayor porcentaje de asistencia con 97.5% y 97.0%, respectivamente. Lo contrario ocurre en Miacatlán, donde 90 de cada 100 niños acuden a un plantel educativo (Ibídem). Nuevamente, nos encontramos con un indicador desfavorable para Miacatlán, se ubica nuevamente en el último lugar de todos los municipios con 90.2. Aunque a decir verdad, el número no es tan elevado como en el grupo de edad anterior. Y para Coatetelco, vemos que, hay 2,486 niños de 6 a 14 años, de este grupo de edad, 10.8% no asisten a la escuela y 89.2% sí lo hace.

3.3.3 Economía

La crisis económica que inició a nivel internacional en 2008, la volatilidad en los precios de los alimentos que México ha sufrido desde el 2007, así como el desempeño de largo plazo de la economía mexicana ayudarán a entender mejor la evolución de las principales variables del desarrollo social del país (CONEVAL, 2011).

De acuerdo al CONEVAL (2011), uno de los mayores efectos del desempeño de la economía sobre los ciudadanos se da a través del mercado laboral. En este sentido, en materia de empleo, se presentó una recuperación de la tasa de desocupación durante 2010 y 2011, pero su nivel no logró ser el mismo que antes de la crisis. Es decir, aunque hay una recuperación general en los diferentes indicadores económicos, ésta no ha sido sostenida ni suficiente para regresar a la situación registrada antes de 2008.

En este sentido, a nivel estatal, la tasa de participación económica de la población de 12 años y más del censo de 2000 comparado con el de 2010, permite señalar que la oferta de trabajo se ha incrementado, pasando de 51.0% a 54.7 por ciento. La población femenina aumentó su participación económica en 4.6 puntos porcentuales al pasar de 33.0 a 37.6% en el periodo 2000-2010 (INEGI, 2010).

De acuerdo a lo anotado aquí, ahora veremos cómo esto se ve reflejado en Miacatlán, según el INEGI, para el 2010, la población económicamente activa fue de 9,060, mientras que 9,678 fue población no económicamente activa. Al comparar este dato con la década pasada, vemos que, para el 2000, la población económicamente activa fue de 7,357 y 8,971 no económicamente activa⁶⁴. En ambos casos fue mayor el número de gente que no trabajó al que sí lo hizo, lo que fue un hecho es que del 2000 al 2010 sí hubo un incremento en la participación económica, así como en el porcentaje de mujeres que se incorporaron a dicha actividad, sin embargo, sospechamos que en parte esto tiene que ver con el aumento de la población no por haber generado mayores fuentes de empleo o en su caso tener mejores condiciones económicas y por la tanto, mejores condiciones de vida.

Para ampliar un poco más el panorama presentamos la siguiente tabla que describe al municipio, según el tipo de trabajo:

Tabla No. 4 Tipo de trabajo por municipio			
Situación en el trabajo	Total	Hombres	Mujeres
Empleado(a) u obrero(a)	2,747	1,623	1,124
Jornalero(a), peón o peona	1,764	1,729	35
Patrón o patrona	112	95	17
Trabajador(a) por su cuenta	1,815	1,331	484

⁶⁴ www.snim.rami.gob.mx/#

Trabajador(a) familiar sin pago	494	361	133
No especificado	309	182	127

Fuente: SSM, Anuario estadístico, 2010.

Desafortunadamente no tenemos datos del 2010, sin embargo, podemos hacer un recuento y hacer un balance de las tres actividades económicas, en Miacatlán predomina, en primer lugar, los empleados u obreros, en segundo lugar trabajadores por su cuenta y en tercer lugar jornaleros.

Para el caso de Coatetelco, el INEGI reporta que para el 2010 la población económicamente activa es de 3,076 y 3,780 no económicamente activa. Otra vez, predomina el número de personas que no trabajan al que sí tienen un trabajo. Durante la realización de la etnografía pudimos darnos cuenta que la gente en su mayoría se dedica al trabajo agrícola, en áreas de cultivo particulares, rentadas o siendo contratados como jornaleros en Coatetelco pero también en localidades aledañas de los municipios de Mazatepec, Tetecala y Puente de Ixtla⁶⁵; algunos se dedican a la crianza y venta de ganado; también son empleados en la misma localidad, pues existen alrededor de quince pequeñas fábricas –o talleres- dedicadas al corte de pantalón, además pueden emplearse en el Ayuntamiento Municipal pero principalmente se emplean en Cuernavaca, los hombres como albañiles y las mujeres de empleadas domésticas; finalmente, hay gran demanda de gente dedicada al comercio⁶⁶, diversos negocios (mayoría tiendas), venden comida (por ejemplo, “palaperos” ubicados en la laguna del lugar); la pesca (principalmente mojarra y lobina) ha dejado de ser de las principales fuentes de trabajo pero siguen dedicándose pese a su declive (a través de cooperativa comunitaria).

A nivel local, pese a la diversidad de empleos, pudimos darnos cuenta que existe alta solicitud de trabajo, asimismo de recibir ingresos bajos, por ejemplo, una persona que es empleada en el taller de costura, tiene que trabajar hasta doce horas al día para generar mayores ingresos, ya que no hay salario fijo, pagan por productividad, es decir, depende del número de prendas que lleguen a coser, por pieza pueden pagar desde cincuenta centavos hasta dos pesos, entonces, si consideramos doce horas al día durante siete días, aproximadamente ganan \$1,200 a la semana. Otro caso son los jornaleros, quienes trabajan sólo por temporadas, de acuerdo a la etapa agrícola para la que sean requeridos, por lo tanto tienen inestabilidad laboral. Los campesinos (dueños de su terreno o al rentarlo) dependen de varios factores para tener buenos rendimientos, ya que principalmente ocupan el sistema de temporal más que de riego, en caso de tenerlo están obligados a ser más competentes en la productividad, aunado a eso, anteriormente la gente salía de la localidad para vender sus productos en Cuernavaca o en la Central de Abastos del Distrito Federal, lo que les permitía establecer sus precios y buscar al mejor postor, actualmente eso ya no ocurre, los intermediarios llegan a Coatetelco y compran

⁶⁵ En Coatetelco, generalmente cultivan maíz, frijol, cacahuate y calabaza (existen varios tipos de calabaza: de bola o melonera, italiana, de dulce y de pipián, las dos primeras son de riego y las siguientes de temporal. Un trabajo de campo de campo significativo es la “sacada de hoja” de maíz, este oficio puede ser tanto para hombres como mujeres.

⁶⁶ A nivel nacional, el sector terciario mostró un crecimiento sostenido, pues la población ocupada en comercio y servicios pasó de 58.1% en 2000 a 66.7% en 2010, aumentando 8.6 puntos porcentuales (INEGI, 2010). Este dato se ve reflejado en la localidad de Coatetelco, pues durante la estancia de campo (6 meses aproximados) nos dimos cuenta del incremento en los negocios.

sus productos, ahora no pueden venderlos bajo sus condiciones sino bajo las impuestas por foráneos, lo que los pone en desventaja.

Por otro lado, la razón de dependencia es la proporción que existe entre las personas en edad de trabajar y los grupos que por su edad no participan en la fuerza laboral. En el estado de Morelos esta relación es de 54 personas dependientes (menores de 15 y de 65 y más) por cada 100 en edades productivas, cifra menor a 64 que fue la registrada en el año 2000. Por municipio, el valor más bajo se presenta en Cuernavaca y Jiutepec, donde 48 de cada 100 habitantes son dependientes; mientras que en Tetela del Volcán esta proporción es la más alta de la entidad registrando 68 personas como dependientes económicos. Miacatlán está dentro de los primeros cinco lugares a nivel estatal, ocupa el número cuatro, es decir, 63 personas de cada 100 son dependientes económicos (INEGI, 2010). Sí hacemos una relación entre el número de personas dependientes y el escaso empleo que pueda haber, podríamos decir que a mayor número de personas dependientes y menos personas dedicadas a trabajar las carencias serán mayores en la población.

3.3.4 Migración

Debido a los cambios económicos y a la inestabilidad laboral, tanto a nivel internacional como nacional, existen diferentes alternativas para tratar de subsanar la situación, una expresión de ello es la migración. Por este motivo quisimos presentar una mirada de la migración más a nivel municipal y local, debido a que consideramos importante la incidencia en la población de estudio.

Antes que nada debemos saber que hay varios tipos de migración, las que destacaremos aquí son, por lugar de nacimiento (nacido en otro estado) y, por lugar de residencia (interna y externa), a nosotros primordialmente nos interesa especialmente la segunda, (específicamente los que abandonaron la entidad).

Morelos se ha caracterizado por ser atractivo para la población migrante, originaria principalmente del Distrito Federal y el Guerrero; según los datos del Censo 2010, hace cinco años 78, 610 personas llegaron a la entidad, contra 45, 462 que en este periodo la abandonaron, lo cual arroja un saldo neto migratorio positivo de 33, 148 personas en el estado. Por sexo, se observa una mayor participación de las mujeres, tanto de inmigrantes como de emigrantes (INEGI, 2010). De este dato reportado, nos interesa observar a esos 45, 462 que salieron del estado, pues específicamente para Coatetelco queremos corroborar qué dicen las cifras tanto para el municipio como para la localidad.

La población que en junio de 2010 declaró haber residido en el extranjero cinco años antes, alcanzó un valor de 25, 257 personas; de este total, la mayoría son hombres. La participación de los emigrantes varones pasó de 56.4% en 1990 a 56.0 en el 2000; mientras que la correspondiente a las mujeres se incrementó 0.4 puntos en el mismo periodo. Para 2010, la participación de los hombres aumenta poco más de diez puntos porcentuales con respecto a 2000, ya que se ubica en 66.6 por ciento. Es importante resaltar que la brecha entre hombres y mujeres es más amplia en este censo (INEGI, 2010). De acuerdo a los datos, para el caso de los hombres el evento de emigración aumentó del 2000 al 2010, esto quiere decir que a nivel

estatal más que disminuir el número de personas que salen, aumenta; esto sin lugar a dudas genera un impacto en la población, pudiendo ser positivo o negativo.

Ahora veremos qué ocurre en Miacatlán del 2000 al 2005, pues estos son los últimos datos reportados por el INEGI (2010).

Tabla No. 5 Población de 5 años y más por lugar de residencia (según sexo)		
Lugar de residencia	2000	2005
En la entidad federativa	20,061 (HOM 9,514 y MUJ 10,547)	21, 172 (HOM 10, 0001 y MUJ 11, 171)
En otra entidad federativa	227 (HOM 97 y MUJ 130)	538 (HOM 303 y MUJ 235)
En los Estados Unidos de América	26 (HOM 20 y MUJ 6)	509 (HOM 410 y MUJ 99)
En otro país	0 (HOM 0 y MUJ 0)	11 (HOM 6 y MUJ 5)
No especificado	33 (HOM 18 y MUJ 15)	93 (HOM 43 y MUJ 50)
Total	20,347 (HOM 9,649 y MUJ 10,698)	22, 323 (HOM 10, 763 y MUJ 11, 560)

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010.

A partir del cuadro resaltaremos el porcentaje de población que reside fuera del municipio, tanto en otra entidad, en los Estados Unidos de América u otro país, sí consideramos el total de la población para el 2005 (20, 347) y 2010 (22, 323), en el primero vemos tan sólo un 1.2% de emigrantes mientras que en el segundo fue de 4.7%, esto significa que en cinco años subió significativamente. Además, podemos ver que la gente que migró a Norteamérica fue la que más aumentó. Esto resulta de interés para nosotros debido a que en la localidad, la población manifiesta tener o haber tenido familiares en este país, con esto nos damos cuenta que efectivamente hay movimiento migratorio. En la cuestión del sexo, en todos los casos hay incremento.

Sobre el mismo tipo de migración (por lugar de residencia), para Coatetelco, INEGI (2010), expone algunos datos pero no los desglosa detalladamente como en el apartado anterior, tan sólo nos indica que la población de 5 años y más residente en la entidad en junio de 2005 fue de 7,932 mientras que la población de 5 años y más residente en otra entidad en el mismo año fue de 47, lo que nos indica un número irrelevante para los emigrantes que salen de la entidad. Sin embargo, nosotros dudamos del dato, pues tan solo en la localidad de estudio, existen diversas familias que aseguran tener a más de un familiar principalmente en los Estados Unidos, de hecho comentan que el mayor número está concentrado en la ciudad Charlotte, Carolina del Norte.

Ante la falta de información, nos dimos a la tarea de visitar el Ayuntamiento Municipal para obtener mayor detalle. En febrero de 2013 las autoridades indicaron de la reciente creación de un área denominada “asuntos de migración”, sin embargo, administrativamente estaban

iniciando el periodo gubernamental por lo que no tenían datos precisos. Fue así que seguimos buscando por cuenta propia en el archivo muerto municipal, ahí nos encontramos un censo realizado en el 2008 por el síndico de asuntos migratorios, el cual reportó 1, 174 migrantes habitantes del municipio en los Estados Unidos, de los cuales, 71 fueron de la localidad de Xochicalco, 11 del Rodeo, 326 de la cabecera municipal, 421 de Coatetelco y 345 de Palpan. Con estos datos, podemos confirmar nuestras sospechas, el número de emigrantes es superior al indicado por INEGI y de todas las localidades de Miacatlán, Coatetelco es el que tiene el mayor número.

Nos dimos cuenta que los datos sobre migración son aminorados por las instituciones oficiales, hay un subregistro o no se exhibe de manera puntual.

El interés por confirmar y mostrar esta información estuvo puesto en dar importancia a estas movilizaciones porque los relatos cotidianos de la gente manifestaban diferentes cambios culturales entre la población. Las dinámicas familiares se tornan distintas con la ausencia de los padres en la familia nuclear, las abuelas adquieren el rol de cuidadoras de los nietos; regularmente obtienen mayores ingresos económicos para mejorar sus bienes materiales, lo cual atrae beneficios positivos pero también negativos; reconfiguran ideas sociales y culturales en torno a su modo de vida; en la cuestión de salud algunas tradiciones culturales son reproducidas en el exterior (fenómeno escapulario) y el patrón de muerte por violencia en la localidad también está reflejado con los migrantes⁶⁷.

3.3.5 Rezago social y pobreza

Hasta aquí ya hemos presentado varios indicadores que muestran la desventaja en la cual se encuentra la población de estudio, ahora con las categorías de rezago social y pobreza resumiremos de acuerdo a los datos analizados por el CONEVAL, las carencias sociales.

En Morelos, de acuerdo con las estimaciones de 2010, el grado de rezago social del estado es medio. Morelos se encontraba en el lugar 16 a nivel nacional respecto de las 32 entidades federativas, por arriba de Nayarit y por debajo de Zacatecas (CONEVAL, 2012).

En la siguiente tabla se presenta la evolución de 2000, 2005 y 2010 de los indicadores que integran el Índice de rezago social.

Tabla No. 6 Indicadores y grado de rezago social, 2000, 2005 y 2010			
Indicador	Año		
	2000	2005	2010
Población de 15 años o más analfabeta	9.24	8.12	6.42
Población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela	8.13	5.09	5.15
Población de 15 años y más con educación básica incompleta	47.30	41.19	37.19
Población sin derechohabencia a servicios de salud	61.74	54.65	35.28
Viviendas con piso de tierra	13.90	9.28	7.21

⁶⁷ Revisar el apartado: Mortalidad local.

Viviendas que no disponen de excusado o sanitario	13.07	8.95	3.17
Viviendas que no disponen de agua entubada de la red pública	13.92	9.89	12.39
Viviendas que no disponen de drenaje	15.01	5.78	4.43
Viviendas que no disponen de energía eléctrica	2.04	5.68	0.97
Viviendas que no disponen de lavadora	56.30	44.59	38.11
Viviendas que no disponen de refrigerador	28.08	19.70	14.25
Grado de rezago social	Medio	Medio	Medio
Lugar que ocupa en el contexto nacional	18	17	16
<p>Nota: los indicadores de rezago social se encuentran expresados en porcentaje</p> <p>Nota: para los indicadores de rezago social se consideran únicamente las viviendas particulares habitadas</p> <p>Nota: el cálculo de los indicadores, índice y grado de rezago social se realiza con la base de datos "Principales resultados por localidad (ITER)"</p> <p>Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el XII Censo de Población y Vivienda 2000, II Conteo de Población y Vivienda 2005, y Censo de Población y Vivienda 2010</p>			

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010.

Salvo un alza del indicador de viviendas que no disponen de energía eléctrica en el primer quinquenio y de los indicadores de población que no asiste a la escuela y de viviendas que no disponen de agua entubada de la red pública en el segundo quinquenio, todos los indicadores muestran un comportamiento positivo de 2000 a 2005 y de 2005 a 2010, es decir, el porcentaje de la población para cada uno de los indicadores disminuyó (CONEVAL, 2012).

Según los datos presentados por el CONEVAL (2012), la situación en varios indicadores mejoró para Morelos, en casi todos los rubros el cambio fue positivo más que negativo en una década (2000-2010), para nosotros los más significativos son tres por el valor porcentual en que disminuyeron: población sin derechohabencia a servicios de salud, viviendas que no disponen de excusado o sanitario y viviendas que no disponen de drenaje. Pero también centramos nuestra atención en aquellos rubros que no fueron tan alentadores, como son: viviendas que no disponen de energía eléctrica, población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela y viviendas que no disponen de agua entubada de la red pública⁶⁸. Es nuestro interés estar atentos a estos indicadores durante el desarrollo de todo el texto, pues veremos cómo lo estatal se ve o no reflejado en lo municipal y en lo local.

En el terreno municipal, para 2010 los 33 municipios de Morelos se distribuyeron en los estratos de rezago social de la siguiente manera: 15 un grado muy bajo, 16 un grado bajo y 2 un grado medio (CONEVAL, 2012).

Tan sólo para el 2010, Miacatlán forma parte del grupo de 16, es decir, tiene un promedio de rezago social bajo. Y haciendo un recuento de la evolución de 2000, 2005 a 2010⁶⁹, el promedio sigue manteniéndose bajo en los tres períodos, por lo que en una década ha sido igual.

En el caso de Coatetelco, notamos que para el 2010, el grado de rezago social es medio. La evolución de 2000, 2005 a 2010⁷⁰, también es medio, por lo que, al igual que el municipio se

⁶⁸ Sobre vivienda y servicios básicos de la misma, a nivel municipal y local presentamos los datos más adelante.

⁶⁹http://www.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Rezago_Social/Rezago_Social_2010/Rezago_Social_Estados_y_Municipios_2000_2005_2010.zip.

⁷⁰http://www.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Rezago_Social/Rezago_Social_2010/Rezago_Social_Localidades_2000_2005_2010.zip

mantiene sin cambios en los tres períodos durante una década. Lo que llama nuestra atención es que el grado de rezago social de la localidad está por arriba del considerado en el municipio, incluso al de la cabecera municipal.

Referente al concepto de pobreza⁷¹, las entidades en donde se redujo la población en pobreza fueron Coahuila (reducción de 5 puntos porcentuales respecto a 2008), Morelos (5.3 puntos porcentuales menos respecto a 2008) y Puebla (reducción de 3.7 puntos porcentuales entre 2010 y 2008) (CONEVAL, 2012).

Morelos, con respecto de las 32 entidades, ocupó el lugar 16 en porcentaje de población en pobreza y el 19 en porcentaje de población en pobreza extrema. Por lo tanto, se ubica dentro de las 15 entidades con menor pobreza extrema en el país (Ibídem).

En 2010, del total de la población que habitaba en el estado, 43.7 por ciento se encontraba en situación de pobreza con un promedio de carencias de 2.4, es decir, 777,582 personas de un total. Asimismo, 7.0 por ciento se encontraba en situación de pobreza extrema con un promedio de carencias de 3.7, lo que significa que 125,229 personas. De lo anterior se deriva que el porcentaje de población en situación de pobreza moderada fuera de 36.6 por ciento con un promedio de 2.1 carencias, es decir, 652,353 personas. Para 2010 el porcentaje de población vulnerable por carencia social fue de 34.4, lo que equivale a 612,610 personas, las cuales aun cuando tuvieron un ingreso superior al necesario para cubrir sus necesidades presentaron una o más carencias sociales; 5.4 por ciento fue la población vulnerable por ingreso, lo que equivale a 96,963 personas que no tuvieron carencias sociales pero cuyo ingreso fue inferior o igual al ingreso necesario para cubrir sus necesidades básicas. Por último, el porcentaje de población no pobre y no vulnerable fue de 16.5 por ciento, es decir, 293,173 personas (Ibídem).

En esta tónica, queremos apuntar que aunque Morelos esté dentro de las 15 entidades con menor pobreza extrema a nivel nacional, el hecho de que casi la mitad de su población (43.7%) se encuentre en pobreza no es confortador, pues el rango no es minoritario.

Ahora al aterrizar la pobreza en el nivel municipal, tenemos que en 2010, había 21 de un total de 33 (63.6 por ciento) donde más de la mitad de la población se encontraba en situación de pobreza (Ibídem). Con estos datos nos damos cuenta, que nuestra mirada no es desacertada al darle relevancia a la pobreza en el estado y no minimizarla, ya que la gran mayoría de sus municipios están en pobreza.

Para tener una amplia perspectiva de la situación y del número de carencias que tienen, conozcamos la siguiente tabla:

⁷¹ Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias. Y, una persona se encuentra en situación de pobreza extrema cuando tiene tres o más carencias, de seis posibles, dentro del Índice de Privación Social y que, además, se encuentra por debajo de la línea de bienestar mínimo. Quien se encuentra en esta situación dispone de un ingreso tan bajo que, aun si lo dedicara por completo a la adquisición de alimentos, no podría adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana (CONEVAL, 2012).

Tabla No. 7						
Municipios con mayor y menor porcentaje de población en situación de pobreza, 2010						
Municipio	Pobreza			Pobreza extrema		
	Porcentaje	Personas	Carencias	Porcentaje	Personas	Carencias
Municipios con mayor porcentaje de población en pobreza						
Tetela del Volcán	74.8	9,152	2.9	28.6	3,503	3.8
Totolapan	74.2	6,076	2.8	25.2	2,063	3.7
Temoac	69.4	7,767	2.5	14.3	1,602	3.5
Miacatlán	69.0	12,311	2.6	19.7	3,514	3.9
Puente de Ixtla	68.3	31,844	2.7	20.2	9,418	3.9
Municipios con menor porcentaje de población en pobreza						
Cuernavaca	26.5	110,544	2.3	2.3	9,586	3.6
Jiutepec	36.8	84,470	2.3	4.3	9,947	3.5
Emiliano Zapata	36.9	38,074	2.5	4.7	4,826	3.6
Zacatepec	40.4	16,405	2.2	4.9	1,973	3.5
Jojutla	41.7	27,795	2.3	4.3	2,892	3.7
Total de municipios en el estado: 33						
<small>Nota: de acuerdo con la metodología de medición de pobreza publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de junio de 2010, las estimaciones de pobreza que se reportan toman en cuenta la variable combustible para cocinar y si la vivienda cuenta con chimenea en la cocina en la definición del indicador de carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda. Nota: las estimaciones municipales de pobreza 2010 han sido ajustadas a la información reportada a nivel estatal en julio de 2011. Pueden variar ligeramente debido a valores faltantes en el MCS-ENIGH 2010</small>						

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010.

Resumimos entonces que los que presentaron mayor porcentaje de pobreza, en orden consecutivo son: Tetela del Volcán, Totolapan, Temoac, Miacatlán y Puente de Ixtla. En resumen, en estos municipios más del 65 por ciento de la población se encontraba en situación de pobreza, lo que representó el 8.6 por ciento del total de la población en pobreza de la entidad (CONEVAL, 2012).

Y con mayor porcentaje de población en pobreza extrema fueron: Tetela del Volcán, Totolapan, Tlalnepantla, Puente de Ixtla y Miacatlán. Esto representó 15.8 por ciento del total de la población en pobreza extrema de la entidad (Ibídem).

Para el caso que aquí nos ocupa, el dato es aún menos alentador, pues queremos resaltar el indicador de pobreza y pobreza extrema para Miacatlán, dónde contemplamos que para los dos rubros este municipio está entre los primeros cinco lugares más pobres a nivel estatal, en pobreza ocupa el cuarto lugar y en pobreza extrema el quinto.

3.4 Entorno sanitario

Este apartado tiene el cometido de exponer diferentes aspectos como: vivienda, recursos hidráulicos, agua y saneamiento básico. Consideramos que todos ellos están relacionados y no así desconectados a algunos problemas de salud que perjudican a la población de estudio. Por este motivo nos dimos a la tarea de buscar diversas fuentes bibliográficas y etnográficas

(realizadas por nosotros) para resaltar cómo estos elementos son inherentes al proceso de salud-enfermedad-atención.

3.4.1 Vivienda

De acuerdo a la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) tanto en su artículo sexto como catorce la vivienda es uno de los derechos para el desarrollo social y la política social debería incluirlo para superar la pobreza. Así, deben ser considerados como carencia social: 1) la calidad de los espacios de la vivienda y 2) acceso a los servicios básicos (CONEVAL, 2011).

El punto número uno, lo abordaremos en este subtítulo, contemplando de acuerdo al CONEVAL a la población en viviendas con piso, techo o muros de material inadecuado o con un número de personas mayor o igual que 2.5; y también especificaremos el material de los pisos en la vivienda. El punto número dos (acceso a los servicios básicos) será desarrollado en los siguientes subtítulos.

De acuerdo al CONEVAL (2012), en 2008, Morelos tuvo el 15.8% en la calidad y espacios de la vivienda, para el 2010 el porcentaje de población con esa carencia aumentó de 15.8 a 15.9. En términos absolutos el número de personas se incrementó de 274,004 a 282,210, es decir, 8,206 personas más, entonces, de acuerdo a este parámetro observamos mayor carencia social.

Específicamente sobre las viviendas particulares habitadas con piso de tierra, para el 2005 Morelos tuvo el 9.3% (para el 2010 redujo a 7.21%) mientras que el porcentaje nacional fue de 9.9 (Ibídem); en este sentido fue mayor el porcentaje nacional.

A nivel municipal, Cuernavaca destaca por presentar el mayor número de viviendas con piso diferente de tierra, donde 97 de cada 100 registran tener piso de cemento o recubierto con algún otro material. Le siguen en orden de importancia Jiutepec, Zacualpan y Temixco con 96.3%, 95.2 y 94.5%, respectivamente.

En contraparte, Puente de Ixtla y Tetela del Volcán registran los valores más bajos de viviendas con piso diferente de tierra 78.5% el primero y 79.2% el segundo. Les siguen Axochiapan y Miacatlán con 82.7 y 84.2%, respectivamente (INEGI, 2010). Nos interesa resaltar que Miacatlán ocupa el cuarto lugar del valor más bajo.

Así mismo, en Coatetelco el porcentaje se acerca al del Miacatlán debido a que en el 2010 el porcentaje de viviendas con piso de tierra fue de 27.98 (Ibídem); si bien pareciera no ser alto no debemos dejar de rescatarlo.

Es de nuestro interés considerar las condiciones de la vivienda debido a que nos dimos cuenta que pueden ser factores a la exposición de agentes patógenos. De acuerdo a lo que dice la OMM y CONAGUA si el piso es de tierra y se carece de saneamiento, las heces fecales, incluso secas, pueden retrocontaminar a las personas, particularmente de ascaris lumbricoides. Igualmente otra de las características de los espacios de la vivienda es el hacinamiento, relacionado este también con la falta de higiene, ya que es difícil controlar los hábitos de higiene en grupos extensos de personas (CONAGUA y OMM, 2008).

3.4.2. Situación de los recursos hídricos

Resulta necesario exponer brevemente la diversidad biológica de Morelos y las condiciones en las que se encuentra, debido a que consideramos que el desequilibrio ecológico indudablemente está conectado a la escasez de los recursos hídricos.

De acuerdo al Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018, Morelos ocupa el 2° lugar por el deterioro y transformación de sus ecosistemas naturales, y la pérdida de los recursos naturales básicos va en aumento (contaminación del agua, erosión del suelo, disminución de la vida silvestre, etc.)

Como podemos ver, los resultados no son favorables para el estado, pues al ocupar el segundo lugar a nivel nacional estamos viendo sobreexplotación sobre los recursos existentes. Nosotros sólo abordaremos la diversidad hídrica.

Según indica CONAGUA (2010) Morelos se encuentra localizado en su totalidad dentro de del río Balsas. Es el único estado que se encuentra inserto dentro de esta gran cuenca y se ubica específicamente en el Alto Balsas. A su vez, ésta es compuesta por otras más pequeñas: las de Amacuzac y Nexapa. La mayor parte de Morelos se encuentra dentro de Amacuzac (87% de su territorio) y el resto en Nexapa. En la cuenca Amacuzac, se ubican cinco ríos: Apatlaco, Yautepec, Cuautla, Chalma-Tembembe y Amacuzac, además el lago de Tequesquitengo, uno de los cuerpos de agua más importantes dentro del estado; en tanto que en la porción de la cuenca de Nexapa únicamente tiene una del mismo nombre.

Para los fines que nos interesan, referimos sólo a los ríos Chalma-Tembembe y Amacuzac, ya que de acuerdo a la extensión territorial y participación poblacional en dichas cuencas, Miacatlán ahí está ubicado.

La cuenca del río Chalma-Tembembe se ubica en el extremo poniente del estado de Morelos y la cuenca del río Amacuzac se ubica en la frontera sur del mismo. Los municipios incluidos son: Amacuzac, Coatlán del Río, Mazatepec, Tetecala, Miacatlán y Puente de Ixtla (CONAGUA, 2010)⁷².

Las cuencas de los ríos Chalma-Tembembe y Amacuzac se caracterizan por tener una baja población, la cual se asienta en una extensión territorial amplia, que implica una gran dispersión de localidades dificultando el suministro de sus servicios básicos (principalmente en Coatlán del Río, Amacuzac y Miacatlán). Los obstáculos a su desarrollo están orientados principalmente a dos temas importantes: grados de marginación medio y alto y la contaminación (Ibídem).

La importancia de señalar al acuífero del Balsas y sus diversas cuencas en cuanto a su problemática estatal nos permite entender que la contaminación derivada de la población a los cuerpos de agua está sometiendo a otras dificultades iguales o más complejas como es el abastecimiento y distribución del recurso⁷³.

⁷² Programa Hídrico visión 2030 del Estado de Morelos.

⁷³ Para ello, referimos el caso de la cuenca del río Nexapa, en la que subsisten graves conflictos de competencia por el recurso, producto del desabasto y escasez; o la cuenca del río Cuautla, que es otra de las áreas importantes de desarrollo del estado donde ya se presenta un crecimiento acelerado de población y conflictos también de competencia por el recurso (CONAGUA, 2010).

Por ejemplo, en las cuencas Chalma-Tembebe y Amacuzac, la contaminación de ríos y barrancas por la descarga de aguas residuales crudas, así como el empleo generalizado de fosas sépticas en el territorio (que en el medio rural en ambas cuencas representa el 59%), a futuro puede comprometer el abasto de agua en la región. No sólo por la contaminación de las propias cuencas, sino además por su cercanía con la cuenca del río Apatlaco⁷⁴, con la que comparten los acuíferos Zacatepec y Cuernavaca, principales fuentes de abastecimiento de agua potable en toda esta región, y debido principalmente, a que sus características geohidrológicas favorecen la infiltración de aguas residuales y de lixiviados.

Por otro lado, conforme al Programa Hidráulico Estatal, los cuerpos de agua más importantes en el estado son los lagos de Tequesquitengo y de Coatetelco, y nueve presas de almacenamiento (El Rodeo, Tilzapotla, Plan de Ayala, Chinameca, La Poza, Quilamula, Coahuixtla, Los Carros, Cayehuacan). Todos estos cuerpos sufren variaciones en sus volúmenes durante la época de estiaje. Para el Lago de Tequesquitengo se tiene una disminución de 10 millones de m, mientras que la Laguna de Coatetelco⁷⁵ durante los últimos 8 años se ha secado completamente en 5 ocasiones (CONABIO y UAEM, 2004). Queremos destacar que de estas aguas superficiales pertenecientes al estado, dos lagunas, una natural (Coatetelco) y la otra artificial (Rodeo) corresponden a Miacatlán y como bien se dice previamente forman parte de las configuraciones de agua principales en todo el estado.

La laguna de Coatetelco perdió volumen debido a la erosión de su principal fuente de abastecimiento que es la cuenca, esto es otro ejemplo de cómo los recursos hídricos no sólo están conectados al abastecimiento de agua sino también a la escasez del mismo, y aunque propiamente ese tipo de agua no es para consumo humano sí es necesaria para el hábitat de peces. Así, la laguna conserva el ecosistema de la región pero también emplea y alimenta a una porción de la población dedicada a la pesca, la cual cada vez es menor por este tipo de impactos ambientales.

De lo expuesto hasta ahora, se estima que el consumo de los diversos usos del agua en Morelos es del orden de 988 millones de ml por año, de los cuales 291 millones provienen de las aguas subterráneas y 697 millones de superficiales. El 82% corresponde al uso agrícola, apícola y pecuario, el 15% al urbano y de servicio, y el 3% al industrial (CONABIO y UAEM, 2004).

Para el caso que nos ocupa, es importante destacar que la cuenca Chalma-Tembembe utiliza el 84% del volumen total extraído de agua subterránea (CONAGUA, 2010). Como vemos, en esta región es mayor el porcentaje de aguas subterráneas a las superficiales, por lo cual deducimos requerirá más demanda económica para su extracción.

⁷⁴ La cuenca del río Apatlaco, actualmente es considerada la más contaminada, principalmente por su fuerte dinámica poblacional, así como por desarrollarse dentro de ella las principales actividades industriales del estado (Ibídem).

⁷⁵ La pérdida de la capacidad de almacenamiento de agua de Coatetelco es una situación que ha producido importantes problemas sociales en la región, ya que después de haber tenido 15 m de profundidad en 1930, por la extracción de agua y debido al aporte excesivo de sustrato y nutrientes a consecuencia de la erosión de la cuenca de captación, las partes profundas se fueron asolvando y en las orillas hubo un desmesurado crecimiento de la vegetación, que fue ganándole cada vez más terreno al lago hasta que éste se secó en 1989 (CONABIO y UAEM, 2004).

En el estado, en 95% de los casos, el abastecimiento a la población depende del servicio de energía eléctrica, ya que se aprovechan aguas del subsuelo que en algunos casos, por lo distante de los pozos y por la topografía, requieren de varios rebombes, como en Totolapan, Atlatlahucan, Tlalnepantla y Tepoztlán (Sánchez y Espinoza, 1991, en: CONABIO y UAEM, 2004)

Con la cita antes referida vemos con mayor claridad la relación existente entre la utilización de las aguas subterráneas y el abastecimiento de agua a la población, pues según indican depende en gran parte del manejo de bombas que consumen bastante energía eléctrica.

Sobre este punto en la zona norte del estado, tanto la imposibilidad de aprovechar económicamente las aguas del subsuelo como la inexistencia de otras fuentes de abastecimiento, obligan al aprovechamiento de pequeños manantiales, y en los casos de Palpan y Tres Marías al aprovechamiento de fuentes de abastecimiento del Estado de México, para lo cual hay que librar largas distancias de conducción y complicada topografía. Lo mismo ocurre en Tetecala, Coatlán del Río y Miacatlán, de los cuales algunas fuentes se localizan en el vecino Estado de México, con los consecuentes problemas políticos y sociales que implica el respeto a las dotaciones interestatales (CONABIO y UAEM, 2004).

Con esto tenemos una complicación adicional al uso de los recursos hídricos, los problemas sociales, estos ocasionados por el manejo territorial, los cuáles no se harán esperar ante el impedimento de no disponer de agua.

3.4.3 Agua potable: cobertura y distribución

En la entidad operan más de 600 sistemas de abastecimiento; los hay desde muy pequeños en las zonas rurales hasta muy complejos por su configuración, como el de Cuernavaca (Sánchez y Espinoza, 1991, en: CONABIO y UAEM, 2004).

De acuerdo al INEGI (2010) en Morelos el abastecimiento de agua potable de la red pública, incrementó en los últimos 20 años, al pasar el porcentaje de viviendas que cuentan con este servicio de 88.5% en 1990 a 91.8% en 2010, lo que representa un incremento de 3.3 puntos porcentuales. Sin embargo, CONAGUA (2010), indica que en el estado la cobertura de agua potable es de 95% para la zona urbana y 78% para la rural. Con estos datos comparamos y analizamos que aunque en 20 años las cifras han aumentado en cobertura, existe aún una gran diferencia entre los ámbitos rural y urbano, teniendo un 17% menos el rural.

En cuanto a la disponibilidad de agua entubada a nivel municipal, el INEGI (2010) revela que hay una diferencia de 58.6 puntos entre el porcentaje más alto y el más bajo.

Las cifras más altas se presentan en Emiliano Zapata, Zacatepec y Tetecala, donde 99 de cada 100 viviendas cuentan con agua entubada, le siguen Coatlán del Río, Mazatepec, Temixco, Cuernavaca y Tetela del Volcán con más del 97.0 por ciento. Miacatlán está entre los primeros 10 lugares con disponibilidad de agua entubada, ocupa la novena posición con 96.8%. En el otro extremo se encuentran Zacualpan y Tlalnepantla con porcentajes de 40.3 y 42.8, respectivamente. Aunados a estos dos municipios, existen otros 15 cuyos porcentajes son menores a la cifra estatal (Ibídem).

Observamos entonces, una discrepancia de proporción, pues es notable la inequidad para Tlalnepantla (42.8) en relación a Emiliano Zapata. Aunado a eso, vemos que de la zona poniente (de nuestro interés) tres de los más beneficiados son Tetecala, Coatlán del Río y Mazatepec, y por su parte Miacatlán ocupa el número nueve entre los diez sitios más altos.

Sin embargo, tener mayor cobertura en redes públicas de agua potable no significa que el servicio sea eficiente y eficaz, pues para algunos municipios poco sirve estar en entre los primeros lugares cuando tienen constantes problemas en la distribución⁷⁶ del agua.

Por ejemplo, en la zona considerada de los Altos de Morelos, que abarca Huitzilac, Tepoztlán, Tlalnepantla, Totolapan, Atlatlahucan, Yecapixtla, Ocuituco y Tetela del Volcán, existen serias dificultades para prestar los servicios de agua potable, alcantarillado y saneamiento a las comunidades rurales que ahí habitan, derivadas, principalmente, de las condiciones fisiográficas y geohidrológicas del terreno que hacen que la zona no sea propicia para la construcción de obras de almacenamiento, puesto que favorecen la infiltración rápida de los escurrimientos superficiales hacia estratos muy profundos y dificultan su aprovechamiento a través de la construcción de pozos (CONAGUA, 2010).

Concretamente para Miacatlán nos topamos con una situación similar, de acuerdo al CEAMA (2008)⁷⁷ el municipio cubre parcialmente la dotación de la población, ya que la fuente de abastecimiento es insuficiente.

El Plan Municipal de Desarrollo 2013-2015⁷⁸ también reporta esta insuficiencia de la distribución del vital líquido. El documento enfatiza diferentes problemáticas en cuanto al mejoramiento de la red de agua potable, las cuales están ubicadas tanto en las colonias de la cabecera municipal como en las localidades pertenecientes.

Por su parte, en Coatetelco en cuanto a disponibilidad de agua entubada en las viviendas, según el INEGI (2010) la tienen el 87.2% y quienes no tienen está disponibilidad son el 12.2%.

En relación al servicio de agua, Coatetelco también tiene severas complicaciones de administración pero sobre todo de distribución del recurso debido a que la población no tiene un beneficio constante en sus viviendas. El agua es suministrada sólo uno o dos días a la semana en cada toma registrada, existe un rol de días para cada sección de la localidad (por calles y colonias), incluso el tiempo para distribuir el agua, está limitado a horas, ni siquiera a las 24 horas del día (s) que les corresponde. Aunado a esto, no siempre cuentan con dicho servicio, pues cuando existen problemáticas administrativas o técnicas (pago de energía eléctrica o mantenimiento de la red) pueden haber periodos prolongados sin agua que van desde quince días hasta un mes o más sin tenerlo.

⁷⁶ De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994, el abastecimiento continuo de agua debe ser al menos de 50 l/hab/día.

⁷⁷ Para el 2008 el CEAMA (Comisión Estatal del Agua y Medio Ambiente) era denominado así, a partir del 2012 se convirtió en CEA (Comisión Estatal del Agua).

⁷⁸ Una de las mayores demandas solicitadas al entonces candidato presidencial de Miacatlán fue el abastecimiento de agua potable. Las dificultades sentidas eran: Ampliación de la red de agua potable, construcción de tanques o depósitos de almacenamiento, instalación y mantenimiento de tubería y mayor dotación de agua potable en litros por habitante, más horas y días. En: http://www.transparenciamorelos.mx/sites/default/files/Plan%20de%20Desarrollo%20Municipal%202013_0.pdf

Como podemos observar tanto para Miacatlán como para Coatetelco, la cobertura de agua potable es significativa, incluso más para el municipio. No obstante, en cuanto a la eficiencia de la distribución de agua existen múltiples carencias para ambos.

3.4.4. Sistema de alcantarillado

De acuerdo a la CONAGUA, la cobertura de alcantarillado incluye a las personas que tienen conexión a la red de alcantarillado o una fosa séptica, o bien a un desagüe, barranca, grieta, lago o mar. Consideran al alcantarillado y al drenaje como sinónimos (CONAGUA, 2012). En este sentido, fue fundamental partir de esta definición para indagar las condiciones del sistema de alcantarillado en el lugar de estudio.

Según el INEGI (2010), en Morelos la cobertura del servicio de drenaje se ha ampliado en los últimos 20 años, ya que la proporción de viviendas particulares que disponen de este servicio creció de 69.2% a 95.1; se observa que este crecimiento es mayor en comparación con otros servicios como la energía eléctrica o la disponibilidad de agua entubada.

Sin embargo, nuevamente nos topamos con una diferencia entre el ámbito urbano y rural, pues en el primero tienen una cobertura de 83% y en el segundo tan sólo el 20% (CONAGUA, 2010)⁷⁹, en este sentido, las dificultades de alcantarillado son peores a las del agua potable.

A nivel municipal, el mayor porcentaje de viviendas con disponibilidad de drenaje es de Cuernavaca, Jiutepec y Zacatepec, en ellos 99 de cada 100 disponen de este servicio, le siguen Cuautla y Emiliano Zapata con 98 de cada 100 viviendas (Ibídem).

En oposición, 22 municipios presentan un porcentaje menor al valor estatal, de los que Tlalnepantla y Tetela del Volcán registran la menor proporción de viviendas con drenaje, el primero 44.1% y el segundo con 59.6% (Ibídem). Si nos detenemos a pensar que 22 de 33 municipios tienen un rango menor al estatal (95.1), eso significa que más del 66.6% de estos tienen carencia del saneamiento básico.

Miacatlán⁸⁰ está entre esos 22, con un 85.2%, y refleja una discrepancia abismal entre lo urbano y lo rural, tal como se ve en la entidad, pues tiene 42% y tan sólo 2% (Ibídem).

De acuerdo al INEGI (2010), en Coatetelco, las viviendas que disponen de drenaje son el 84.5% y las que no cuentan con este son 14.9% (INEGI, 2010). Cabe destacar que aunque oficialmente las cifras indican alcantarillado en la localidad, la población en general y los profesionales de la salud perciben no contar con este servicio, nosotros nos damos cuenta que su percepción en parte depende por las malas condiciones en las que está construido y la deficiencia en el manejo de aguas sucias.

El Plan Municipal de Desarrollo (2013-2015), también reconoce la falta de drenaje, en su documento señala: “Coatetelco, tiene pendiente la construcción de un drenaje adecuado a sus

⁷⁹ Agenda del agua 2030. Foro Estatal Morelos. Cobertura universal.

⁸⁰ De acuerdo al Plan Municipal de Desarrollo 2013-2015, entre las solicitudes de la población al municipio están: encauzar el drenaje, limpieza y desazolve. En: http://www.transparenciamorelos.mx/sites/default/files/Plan%20de%20Desarrollo%20Municipal%202013_0.pdf

necesidades, además de la infraestructura para el tratamiento de las aguas que éste conduzca”. Realizando trabajo de campo, nos dimos cuenta que el problema está centrado en la construcción de fosas sépticas, las cuáles fueron construidas sin cumplir con requisitos mínimos de saneamiento, incluso algunas fueron hechas sobre los antiguos pozos de agua (se vaciaron) que servían para abastecerse de agua, al convertirse en fosas sépticas éstas no tienen forma de desechar el agua depositada ahí, por lo que llegan a ocupar pipas de aguas negras. En algunos casos la fosa séptica no está tapada completamente con cemento, es decir, está a la intemperie y llegan a cubrirla sólo con una lámina u otro material temporal.

Entonces, con esto analizamos que pese a que los datos estadísticos indican la cobertura en drenaje, las circunstancias reales de funcionamiento son otras y eso no es divulgado. En suma, en la localidad, no existe un adecuado drenaje, en algunos casos se defeca al aire libre⁸¹, no tienen planta tratadora y no existe mantenimiento propicio de la red de agua entubada que impida la filtración de las heces fecales (humanas y animales) por el mal sistema de alcantarillado.

3.4.4.1 Manejo de aguas residuales

Una vez que el drenaje está instalado debe conocerse el rumbo final de lo que almacena, es decir, cómo son tratadas las aguas residuales⁸² si es que se hace o en qué circunstancias se encuentra.

En México, un volumen considerable de aguas residuales es vertido sin previo tratamiento contaminando el suelo y las aguas superficiales, creando un riesgo obvio para la salud humana y el medio ambiente. La preocupación por las descargas de las aguas residuales y sus efectos al medio ambiente ha dado lugar a la promulgación de leyes⁸³ como la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente; uno de los objetivos de esta ley es prevenir y controlar la contaminación del agua y proteger los recursos hídricos (CONAGUA, 2010)⁸⁴.

A nivel nacional en el periodo 2000-2009 la cobertura de tratamiento de aguas residuales pasó de 23% a 42.1%. De lo que se dice que, los logros, aun cuando son considerables, no son suficientes⁸⁵. A partir de los datos consultados, nosotros vemos que el tratamiento de aguas

⁸¹ El mal manejo de disposición de excretas incluye las humanas y las de la fauna nociva en la vía pública.

⁸² Las descargas de aguas residuales se clasifican en municipales e industriales. Las primeras corresponden a las que son manejadas en los sistemas de alcantarillado municipales urbanos y rurales, en tanto que las segundas son aquellas descargadas directamente a los cuerpos receptores de propiedad nacional, como es el caso de la industria autoabastecida (CONAGUA, 2011).

⁸³ El estado mexicano ha creado un marco jurídico que se encarga de regular las descargas de aguas residuales a los cuerpos receptores a través de las siguientes normas:

- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SEMARNAT-1996, que establece los límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales en aguas y bienes nacionales. Publicada el 6 de enero de 1997.
- Norma Oficial Mexicana NOM-002-SEMARNAT-1996, que establece los límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales a los sistemas de alcantarillado urbano o municipal. Publicada el 3 de junio de 1998.
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEMARNAT-1997, que establece los límites máximos permisibles de contaminantes para las aguas residuales tratadas que se reusen en servicios al público. Publicada el 21 de septiembre de 1998.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SEMARNAT-2001, que establece las especificaciones y límites máximos permisibles de contaminantes en lodos y biosólidos para su aprovechamiento y disposición final. Publicada el 15 de agosto de 2003.

En: <http://www.agua.org.mx/index.php/biblioteca-tematica/marco-juridico-del-agua/1185-documentos>

⁸⁴Situación del Subsector Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento.

⁸⁵ *Ibidem*.

residuales es un procedimiento relativamente nuevo en el país y en consecuencia lo es para los estados, municipios y localidades.

En el 2009, Morelos contaba con 38 plantas tratadoras (aguas residuales municipales), con una cobertura de 20.4% (Ibídem). De 51 plantas⁸⁶ existentes sólo operaban éstas 38. De acuerdo a CONAGUA, (2010) existe gran cantidad de plantas de tratamiento fuera de operación por falta de capacitación, escasez de recursos y malos diseños⁸⁷.

Y del total de aguas residuales municipales se trata el 35%, en tanto que de las aguas residuales industriales, el porcentaje de tratamiento es el 18%⁸⁸. Observamos que para todos los casos, tanto en la cobertura y operación de plantas tratadoras así como en los tipos de descargas (municipales e industriales), el porcentaje es muy bajo en comparación al 100% que debiera ser cubierto satisfactoriamente.

Miacatlán se convirtió en el séptimo municipio que comenzó a tratar alguna porción de sus aguas residuales⁸⁹. Así, en el 2010, empezó a operar la primera planta tratadora en la cabecera municipal, su cuerpo receptor es el río Tembembe (CONAGUA, 2011). No obstante, arriba es mencionado que en el estado existe deficiencia en el funcionamiento de las plantas tratadoras y eso parece reflejarse para el caso de Miacatlán debido a que en el 2013 el incorrecto manejo de sus aguas residuales perjudicó a la laguna de Coatetelco por descargas directas de las colonias Álvaro Obregón, Campesina y parte de la colonia Centro, al parecer por algún tiempo se buscaba su tratamiento a través de filtros que se encontraban instalados al paso de la tubería, sin embargo a la fecha esos filtros son obsoletos lo que ocasiona una mala práctica y por consecuencia contaminación en la laguna, impidiendo el consumo del pescado⁹⁰.

En Coatetelco, durante la administración municipal 2006-2009 se llevó a cabo la construcción de un colector de aguas residuales únicamente en dos calles, Hidalgo y Galeana, posteriormente debía concretarse, en una segunda etapa, con una planta de tratamiento de aguas residuales; no obstante, no se llevó a cabo la compra del terreno para concluir la construcción. Este acontecimiento ocurrió en el 2008, así, el municipio intentó comenzar la obra pública de colectores para alimentar posteriormente a la planta tratadora, sin embargo, esto no fue posible, el proyecto no fue concluido, no se cumplió la meta establecida. De parte de la población hubo descontento por los daños al pavimento de asfalto y su restauración, pues no quedó en buenas condiciones (Trabajo de campo, 2011-2013).

En marzo del 2013, el recién Ayuntamiento Municipal (2013-2015) con financiamiento estatal y federal pretende concluir el proyecto pendiente de la administración referida, nuevamente se aprobó la obra tanto del drenaje y de la planta tratadora. El proyecto está planeado en diferentes

⁸⁶ En el 2010, Morelos se convirtió en el único estado que para ese año inauguró cuatro plantas de tratamiento. Disponible en: http://www.agua.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=11988:sobresale-morelos-en-la-construccion-de-plantas-de-tratamiento-en-la-zona-centro-pais&catid=61&Itemid=100010

⁸⁷ Agenda del agua 2030. Foro Estatal Morelos. Cobertura universal.

⁸⁹ http://www.agua.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=11988:sobresale-morelos-en-la-construccion-de-plantas-de-tratamiento-en-la-zona-centro-pais&catid=61&Itemid=100010

⁹⁰<http://www.launion.mx/template/fojutla/item/3472-colonias-de-miacatl%C3%A1n-descargan-aguasresiduales-en-la-laguna-de-coatetelco.html>

fases para cumplir con el cometido deseado, iniciarán con la ampliación del colector a otras calles: Iturbide, Juárez, Amargura, Morelos y Cuauhtémoc, y después quieren concretizar la compra del terreno para la planta de tratamiento⁹¹ (Trabajo de campo, 2013).

En síntesis, podemos decir, que Miacatlán cuenta con una planta tratadora deficiente por no tener vigilancia constante en su funcionamiento y en Coatetelco pese al intento municipal por la construcción de la planta tratadora no queda más que esperar ver la obra pública concluida.

3.4.5. Aspectos históricos y políticos del agua y saneamiento

3.4.5.1. Marco legal y normativo del agua y saneamiento

En este apartado mencionaremos de manera concisa por un lado lo que establece el orden jurídico y por el otro las normas oficiales que regulan el agua y saneamiento.

La Asamblea General de las Naciones Unidas en su 108ª sesión plenaria del 28 de junio de 2010, adoptó la resolución A/RES/64/292 [NACIONES UNIDAS, A/RES/64/292] mediante la cual: “1.Reconoce que el derecho al agua potable y el saneamiento es un derecho humano esencial para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos...”⁹².

En México, el derecho humano al agua potable y el saneamiento fue legislado y reconocido con la reforma al artículo 4º constitucional, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 8 de febrero de 2012. El cual indica: “toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre y asequible. El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines”⁹³.

De lo citado anteriormente, nos interesa destacar que es un logro constitucional proteger el derecho al acceso y saneamiento de agua salubre y suficiente, por ende, no debería tenerse carencia del mismo pues el Estado debe asegurarlo. Para ello, existe cierta normatividad que fundamenta la reglamentación en sus diversos usos y en todo caso sería la que ordene y garantice la satisfacción de tal derecho.

Destacamos entonces que el marco legal federal en materia de agua está integrado por los artículos 27 y 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley de Aguas Nacionales, La Ley Federal de Derechos, la Ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas (NOM) (Santos Guzmán et al., 2009, en: Haro et al., 2012).

⁹¹ En instancias cortas de fin de semana y al tener contacto con autoridades locales, nos enteramos que en diciembre del 2013, había inconformidad de parte de la población por el avance del trabajo de campo de campo, ahora por la afectación en la distribución de agua, pues la tubería de la red de agua que llega a algunas viviendas estaba siendo dañada por la construcción de la obra de drenaje.

⁹² En: http://www.atl.org.mx/coloquio/attachments/132_132_AGUA-REF-CONST-AG12.pdf

⁹³ *Ibidem*.

Así, la Secretaría de Salud, en coordinación con la CONAGUA⁹⁴ y otras entidades de gobierno, establecieron las normas que reglamentan los sistemas de abastecimiento y distribución de agua potable (CONAGUA, 2010)⁹⁵.

Por ejemplo, la Ley General de Salud de 1984, otorga a la Secretaría de Salud (SSA) la responsabilidad de emitir las normas oficiales mexicanas⁹⁶ a que deberá sujetarse el tratamiento de agua para uso y consumo humano, y establecer los criterios sanitarios para el uso, tratamiento y disposición de aguas residuales, además incluye las sanciones a quién contamine cualquier cuerpo de agua, con el fin de evitar riesgos y daños a la salud pública (Haro et al., 2012).

A su vez, la SSA delega sus competencias regulatorias en la materia en una instancia desconcentrada desde 2001, la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios)⁹⁷, “que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios...” (SSA 2004, en: *Ibíd*em).

En cuanto a la administración del servicio de agua, de acuerdo con el artículo 115 constitucional, la responsabilidad de prestar los servicios de agua potable, alcantarillado y saneamiento corresponde a los municipios, sujetos a la observancia de leyes tanto federales como estatales (CONAGUA, 2012).

En Morelos, existe un organismo público descentralizado conocido como CEA (Comisión Estatal del Agua), el cual tiene como objetivo “la coordinación entre los usuarios, los municipios y el Estado, y entre éste y la Federación, para la realización de las acciones relacionadas con la explotación, uso y aprovechamiento del agua; con la prestación de los servicios públicos de agua potable, alcantarillado y saneamiento; así como con la protección a centros de población y áreas productivas” (artículo 2, Ley que crea la Comisión Estatal del Agua como Organismo Público Descentralizado del Poder Ejecutivo del Estado de Morelos, 2012). Según entendemos, la CEA es la encargada de instrumentar políticas, planearlas, coordinarlas, ejecutarlas y evaluar las acciones necesarias, como organismo público, es un puente entre las autoridades federales, estatales, municipales y locales.

⁹⁴ La CONAGUA, es una dependencia autónoma de la SEMARNAT. Establece las políticas nacionales en agua y saneamiento, como la Red Nacional de Monitoreo de la Calidad del Agua. La CONAGUA conduce el Sistema Nacional de Información sobre cantidad, calidad, usos y conservación del agua y coadyuva en el mejoramiento de infraestructura de agua potable, mediante una serie de programas (Haro et al., 2012)

⁹⁵ Situación del Subsector Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento.

⁹⁶ NOM-230-SSA1-2002. Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo. Publicada el 12 de julio de 2005.

NOM-127-SSA1-1994. Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamiento a que debe someterse el agua para su potabilización. Publicada el 18 de enero de 1996 y modificada el 22 de noviembre de 2000.

NOM-179-SSA1-1998. Vigilancia y evaluación del control de calidad del agua para uso y consumo humano, distribuida por los sistemas de abastecimiento público. Publicada el 24 de septiembre de 2001.

⁹⁷ En los estados COFEPRIS ha establecido acuerdos de coordinación con las áreas de regulación sanitaria (ARS), que son instancias equivalentes y tienen nombres diferentes en cada estado. Se encargan de la certificación de la calidad del líquido para uso y consumo humano (abastecimiento público o privado) y también es de su competencia realizar visitas de verificación a los organismos operadores que no cumplan con los niveles de cloración y vigilar la inocuidad del agua para consumo humano. En el caso del agua de calidad bacteriológica, se reduce a monitorear los niveles de cloro residual y realizar muestreos bacteriológicos en forma periódica, verificar los sistemas de distribución del agua y aplicar sanciones en caso de incumplimiento normativo (Haro et al. 2012). En Morelos la ARS es denominada COPRISEM (Comisión para la Protección contra los Riesgos Sanitarios del estado de Morelos).

La CEA en su marco legal se rige por varias leyes, de las cuales nos interesa mencionar sólo dos: la Ley Estatal de Agua Potable y la Ley del Equilibrio Ecológico y la Protección al ambiente del Estado de Morelos (1999).

La Ley Estatal del Agua Potable de Morelos respalda al artículo 115 constitucional antes mencionado sobre la administración del servicio de agua y saneamiento por parte de los municipios⁹⁸, en su artículo 12 señala: “los servicios públicos de conservación de agua, agua potable y alcantarillado y la construcción y operación de la infraestructura hidráulica correspondiente, se prestarán y se realizarán por los Ayuntamientos, sea por sí mismos o a través de los organismos operadores municipales o intermunicipales correspondientes” (Ley Estatal de Agua Potable 1995).

Miacatlán se rige por este artículo, pues cuenta con un organismo operador municipal, el cual es un: “organismos públicos descentralizados de la administración municipal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, y con funciones de autoridad administrativa, mediante el ejercicio de las atribuciones⁹⁹ que les confiere la presente Ley” (Artículo 13, *Ibíd.*).

Coatetelco no puede contar con un Organismo Operador Municipal porque no es municipio y la integración de sus miembros debe ser constituida por personal del ayuntamiento. De acuerdo a los términos de la ley también pueden cederse concesiones a terceros para la administración y operación del agua, según el artículo 41 “Los sectores privado y social, en los términos de esta Ley, podrán participar a través de personas físicas, grupos organizados de usuarios o personas jurídicas colectivas legalmente constituidas...¹⁰⁰” (Ley Estatal de Agua Potable 1995).

En este tenor, la localidad cuenta con una concesión otorgada de parte del municipio al sector social, este término se entiende como: “Los grupos organizados de usuarios del sector social¹⁰¹ sin fines de lucro” (artículo 49, *Ibíd.*). Coloquialmente en Coatetelco le llaman Comité de Agua o Sistema de Agua Potable.

Aclaremos que ponderamos presentar esta información para conocer de qué manera funcionan los diferentes organismos que prestan los servicios de agua en el Estado de Morelos, particularmente nos centramos en el municipio y la localidad.

Con este preámbulo bibliográfico damos pauta al siguiente apartado para mostrar su desarrollo histórico, funcionalidad y relación organizacional existente entre las dos autoridades (Organismo Operador Municipal y Comité de Agua). Veremos de qué manera son complementarias o autónomas en la prestación de su servicio.

⁹⁸ En México existen 2439 municipios, pero sólo en la mitad de ellos (1200) hay organismos operadores que brindan los servicios de abastecimiento de agua y alcantarillado, a pesar de que tienen la responsabilidad de hacerlo, desde 1981, y también del tratamiento y disposición de aguas residuales, desde 1989 (Haro et al. 2012)

⁹⁹ Es decir, la prestación de los servicios públicos de conservación, agua potable y saneamiento incluyendo alcantarillado.

¹⁰⁰ En: I.- La obra de infraestructura hidráulica, la construcción, reparación, readaptación, y el mantenimiento total o parcial de los sistemas; II.- La prestación de los servicios públicos de conservación, agua potable y saneamiento incluyendo alcantarillado; III.- La captación, desalajo, tratamiento de aguas residuales y el manejo de lodos; IV.- El servicio de conducción, agua potable, suministro, distribución, o transporte de agua que se preste al público; y V.- Las demás actividades, complementarias de las anteriores que se convengan con los Ayuntamientos, organismos operadores, o la Secretaría de Desarrollo Ambiental del estado de Morelos (Ley Estatal de Agua Potable 1995).

¹⁰¹ II.- Las organizaciones interesadas deberán acreditar tener representatividad por mayoría de entre los usuarios de la comunidad en la que se pretenda obtener la concesión respectiva (*Ibíd.*).

3.4.5.2. Administración del agua y saneamiento desde los organismos operadores

Quedamos claros de que existen dos operadores o administradores del servicio de agua, uno en el municipio y otro en la localidad. En Miacatlán es un organismo operador municipal y en Coatetelco Comité de Agua.

3.4.5.2.1 Organismo Operador Municipal (Miacatlán)

Con base a la Ley Estatal de Agua Potable referida en párrafos anteriores, pese a que el sector social puede administrar los servicios de agua y saneamiento, Miacatlán no deja de tener autoridad y vigilar el buen funcionamiento que hacen aquellos a quién les ha otorgado concesiones, es decir, en todo momento debe proteger y conducir las acciones sanitarias, pues directamente es de su competencia¹⁰².

De acuerdo al Plan Municipal de Desarrollo 2013-2015, en Miacatlán la demanda¹⁰³ del agua ha sido históricamente uno de los graves retos a resolver. Esto significa que el problema del agua y saneamiento no es un hecho reciente sino inacabable a través del tiempo.

Rescatando la historia y haciendo etnografía, nos metidos al archivo muerto del municipio, las autoridades correspondientes nos permitieron acceder a sus documentos, la dificultad fue toparnos con archivos desordenados, por ello, sólo pudimos rescatar algunos indicios sobre el funcionamiento del organismo municipal pero sobre todo las acciones municipales en torno al servicio del agua y saneamiento.

Revisamos dos periodos municipales 2006-2009 y 2009-2012, durante el reciente periodo 2013-2015 tuvimos acercamiento con algunas áreas para solicitar información precisa. Es relevante mencionar que en los tres periodos mencionados los partidos políticos en el gobierno fueron distintos, en parte, de eso dependió dar continuidad o no a ciertas acciones de saneamiento.

Citamos como ejemplo, la construcción del colector general (del sistema de alcantarillado) en Coatetelco, el cual fue aprobado en el 2008 por el entonces CEAMA ahora CEA, la obra estaba planeada para concluirse en tres meses, obtuvo dos recursos federales y financiamiento del propio municipio, la obra fue presupuestada por tres millones de pesos. El resultado de la obra fue, no concluir la primera etapa del colector, tuvieron problemas sociales con la población por las malas condiciones en las que quedo la reposición del pavimento asfáltico; y la segunda etapa del colector no se llevo a cabo (edificación de planta tratadora).

En el siguiente periodo presidencial (2009-2012), lejos de dar continuidad a la construcción del colector, decidieron promover la edificación de fosas sépticas. El partido político de este periodo era de oposición al anterior, nosotros conjeturamos que dicho gobierno no quiso ceder al proyecto anterior aunque en fundamento fuera mejor para beneficio de la población. Así, para el periodo 2013-2015 el proyecto sí fue retomado por el gobierno entrante, siendo este del mismo partido al del 2006-2009, incluso el diseño a trabajar fue similar, algunas autoridades volvieron a ocupar cargos de aquel periodo así que ya conocían el procedimiento, plantearon

¹⁰² Artículo 16: "En todo momento, el Ayuntamiento y en su caso, el organismo operador municipal, seguirán ejerciendo los actos de autoridad a que se refiere este ordenamiento" (Ibidem).

¹⁰³ En el archivo muerto del municipio encontramos oficios de diferentes localidades solicitando solucionar el problema del agua, no habían tenido el servicio por 15 días o hasta dos meses.

ampliar el proyecto del colector a otras calles y concluir ahora sí la segunda etapa con la planta tratadora de aguas residuales. Lo que cambió fue el financiamiento solicitado para la obra, siendo este de la CDI (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas). Nos dimos cuenta que Coatetelco políticamente es visto como reflector para atraer recursos económicos por ser considerado pueblo indígena (Trabajo de campo, 2013).

En estas acciones de orden sanitario, observamos un mecanismo de poder donde la población queda en juego y a desamparo de lo que decidan las administraciones según el partido, los intereses particulares están por encima de los intereses públicos.

Aparte de, inevitablemente nos topamos con hechos que muestran irregularidades en el funcionamiento del organismo operador municipal de agua y saneamiento en Miacatlán. Comenzamos con que en enero y noviembre del 2008, el municipio recibió dos notificaciones de parte del Organismo de Cuenca Balsas, perteneciente a la CONAGUA, quien le invitaba a solicitar una prórroga para no perder el título de concesión asignado y seguir aprovechando o explotando las aguas nacionales del subsuelo según la Ley de Agua Nacionales. Tal como establece la regla este tipo de solicitud debía solicitarse cinco años anteriores al 2008, pero ni las anteriores administraciones ni las actuales (hablamos de 2006-2009) lo hicieron, lo cual significó un problema que después tuvo repercusiones para dotar de agua suficiente a la población (Archivo muerto municipal, 2008)¹⁰⁴.

Otro de los problemas enfrentados sobre la distribución del agua ha sido a razón de problemas territoriales y sociales entre los municipios de Ocuilán (Estado de México) y Miacatlán, esto por manantiales correspondientes a ambos. De acuerdo al mismo Organismo de Cuenca Balsas, este problema debe resolverse siguiendo protocolos de topografía, geología, hidrología y aforo de manantiales, sin embargo, para el 2008 las autoridades municipales de Miacatlán aplazaron la entrega del diagnóstico de información técnica solicitado por las autoridades estatales y federales, lo cual impidió solucionar el inconveniente y poder así suministrar a más localidades del municipio (Ibídem).

Sobre el uso de aguas residuales, recordemos que antes del 2010 en la cabecera municipal de Miacatlán no había planta tratadora, por lo tanto, los cuerpos receptores para descargar esas aguas eran bienes nacionales, en ese sentido, estaba obligado a pagar por los bienes del dominio público de la nación. Durante el 2008, el municipio incumplió al no presentar ante las autoridades correspondientes (CONAGUA) los informes trimestrales sobre las acciones de saneamiento realizadas¹⁰⁵ y las declaraciones relativas al pago de derechos federales, por lo tanto, al no hacer lo estipulado, el municipio se hizo acreedor a ejercicios incumplidos (Ibídem).

¹⁰⁴ El reciente gobierno (2013-2018) reconoce que en Morelos los Ayuntamientos mantienen incumplimiento en el pago de derechos de agua. En: http://www.imta.gob.mx/compaps/index.php?option=com_content&view=article&id=172:invertira-morelos-568-mdp-en-agua-potable-y-saneamiento-&catid=7:noticias-compaps&Itemid=38. Entonces, esto se convierte en un problema generalizado y de anteaño que no es exclusivo de Miacatlán.

¹⁰⁵ Cabe señalar que en el 2007, un año antes, ya había varios problemas por el mal manejo de aguas residuales, uno de ellos fue la descarga de aguas que se vertían a un canal, lo cual acarrea un problema de salud pública a la población transeúnte y a la que vivía cercana al canal, pues al no haber un flujo constante de agua, hubo emanaciones de esas aguas residuales con olores desagradables (Archivo muerto municipal, 2007). En el 2008, también hubo diferentes dificultades en cuanto al mal manejo de aguas residuales, existieron solicitudes de parte de la población para la gestión y ejecución de limpieza de tuberías del sistema de drenaje, ya que había sobrecargas de residuos semi-sólidos (incluidos restos fecales) sobre todo en tiempo de lluvias (Archivo muerto municipal, 2008).

En cuanto a condiciones ambientales mencionaremos algunos asuntos¹⁰⁶, que aunque no tienen estrecha relación con la distribución del agua para consumo humano sí guardan relación con el saneamiento básico en el municipio.

Descubrimos que en el 2008 la COPRISEM realizó un diagnóstico situacional de riesgos sanitarios en Miacatlán, el resultado apuntaba a sanciones¹⁰⁷ al ayuntamiento por anomalías detectadas en el rastro, mal manejo higiénico de alimentos en vías públicas como el mercado municipal (incluido también el de Coatetelco), contaminación de productos lácteos elaborados en el municipio y deficiencias en la calidad de agua potable¹⁰⁸ (Archivo muerto municipal, 2008).

En el mismo año hubo una alerta sobre la situación del canal conocido como “Perritos”, este es el encargado de abastecer de agua a la laguna artificial del Rodeo (ubicada en la localidad del mismo nombre), la cual es la más productiva en cuanto a pesca, en ese entonces las autoridades estatales (antes CEAMA) contrataron a una empresa privada para hacer un diagnóstico y análisis del problema, éste concluyó que hubo un arrastre de los materiales del canal y ante la falta de vigilancia de la vertiente se originó falla generalizada y colapso en el adecuado cauce del agua, lo que impidió abastecer de agua a la laguna por un tiempo (Ibídem).

Dos años más tarde, en el 2010 el problema se intensificó en la misma laguna debido a que hubo mortandad de peces (langosta, lobina, carpa y tilapia), en este caso emergente volvió a intervenir el gobierno estatal a través del Organismo de Cuenca Balsas (de la CONAGUA) para realizar muestras de agua y analizarlas con la finalidad de explicar la muerte masiva de peces. Según los resultados de laboratorio algunos parámetros analizados no cumplían con los criterios ecológicos de calidad de agua para la protección de la vida acuática (Archivo muerto municipal, 2010).

Un punto ambiental adicional es el relleno sanitario de la zona poniente, el cual pese a no ser competencia exclusiva de Miacatlán¹⁰⁹, se ha convertido en un foco de infección, pues de acuerdo al Plan Municipal de Desarrollo 2013-2015, no existe una adecuada selección de subproductos por lo que la disposición se lleva de manera desordenada formando montículos por todo el interior del terreno. Aunado a lo anterior y a la falta de cobertura, los residuos se encuentran expuestos a la intemperie por tiempo indefinido, generando un impacto visual deplorable así como la proliferación de fauna nociva (moscas, ratas, perros etc.)¹¹⁰.

¹⁰⁶ Un antecedente adicional fue en el 2002 (administración 2000-2003), fue diseñado un plan rector para la conservación de la microcuenca Palpan (localidad del municipio), el problema residía en que en las zonas de cultivo se presentaba alto grado de erosión hídrica, azolve en las barrancas, disminución potencial en los manantiales y como efectos secundarios pérdida de productividad de los suelos, llevando a los habitantes de la microcuenca a un alto grado de marginación. Las principales enfermedades que padecen son gastrointestinales debido a la insalubridad prevaleciente en la zona, en el consumo de agua proveniente de manantiales y mal manejo de los alimentos (Archivo muerto municipal, 2002).

¹⁰⁷ Para evitar las sanciones, la COPRISEM propuso al Ayuntamiento crear un área de regulación sanitaria, en la que incluía la formación de verificadores sanitarios municipales e integrarse al proyecto de construcción de un rastro en la zona poniente (Coatlán del Río, Tetecala y Mazatepec) (Ibídem).

¹⁰⁸ Más adelante desarrollamos a detalle la calidad del agua en el municipio.

¹⁰⁹ El relleno sanitario es operado por un organismo intermunicipal, participan los municipios de Coatlán del Río, Mazatepec, Miacatlán y Tetecala. Cada año debe haber un cambio rotativo entre los diferentes presidentes municipales para que cada uno actúe como encargado de la coordinación y buen funcionamiento del relleno sanitario. No obstante, ha habido queja de la población (de Mazatepec) que vive cerca al relleno sanitario por las condiciones inapropiadas en las que se encuentra.

¹¹⁰ En Coatetelco también existen repercusiones de ese relleno sanitario, debido a que el municipio no cuenta con un equipo equipado (suficiente personal y carros de volteo) que acuda todos días a recopilar la basura a la localidad, por lo tanto, la

Por último, cerramos la operatividad del organismo municipal en función de la administración financiera, en el 2008 los ingresos de los operadores estuvo destinado en: servicios personales 32%, materiales y suministros 10% y energía eléctrica 58% (CONAGUA, 2010). Este dato nos indica la repartición de los gastos para el funcionamiento del organismo, no obstante, vemos disparidad en los porcentajes, pues el dinero destinado a la energía eléctrica es absorbente y es más del cincuenta por ciento; en contraposición, la menor cantidad es destinada a mantenimiento de la red pública.

El esbozo somero aquí presentado sobre el municipio, ofrece indicios de las deficiencias en el servicio de agua y saneamiento otorgado a la población, seguramente habrá mayores acontecimientos que nosotros no conocimos, nuestra intención fue exponer un pequeño panorama de la organización y ejecución de acciones municipales.

3.4.5.2.2 Comité de Agua Potable (Coatetelco)

Transitamos ahora a los datos etnográficos recopilados en Coatetelco sobre el Comité de Agua y su labor desempeñada. Primero queremos retomar que si bien la Ley Estatal de Agua Potable (1995) señala en su reglamento el otorgamiento de concesión a grupos sociales organizados, en términos reales, la conformación del Comité no se apega a la ley¹¹¹, pues pragmáticamente la gente se organiza por usos y costumbres no reconocidos por ésta, por lo tanto, no siguen protocolos establecidos y actúan conforme a la tradición generacional. En este sentido, es necesario rescatar un poco de historia para conocer por qué se conformó un Comité en la localidad, cómo funciona y bajo qué condiciones lo hace.

La creación de un Comité independiente surgió en 1985, en el periodo 1983-1985, el señor David Gutiérrez¹¹² estuvo como Ayudante¹¹³, al dejar ese cargo, en el último año ocupó el de Administrador del Sistema de Agua Potable (1985-1988), fue el primero¹¹⁴ en desempeñar dicho puesto. De acuerdo a su relato, cuenta que antes de existir un Comité pertenecían al Sistema de Agua del distrito de Tetecala (municipio aledaño), el cual se encargaba de cobrar el pago y otorgar la distribución de agua. No obstante, ya desde ese tiempo había un servicio insuficiente, pues no les proveían de agua (a razón de bombas descompuestas o no pagar la energía

gente prefiere quemarla o tirarla en las barrancas (incluyen animales muertos). Con esto, las barrancas están contaminadas por la inadecuada disposición de basura (Trabajo de campo de campo 2011, 2012 y 2013).

¹¹¹ Con base al artículo 49 de la Ley Estatal de Agua Potable (1995), no se cumple con: La declaratoria de la concesión de parte del municipio no publica en el Periódico Oficial del Estado; en las oficinas administrativas de la dependencia o entidad concedente. Las organizaciones interesadas no se constituyen en asociación o sociedad civil en términos de la legislación civil del Estado, tampoco ante el funcionario competente del Ayuntamiento, del organismo operador o del Poder Ejecutivo. Estas autoridades no levantan el acta respectiva de los representantes que asumirán la responsabilidad que impone la concesión. Las organizaciones interesadas no entregan por escrito la intención de recibir la concesión.

¹¹² Originario de Coatetelco, campesino, comerciante, profesor y actor político (Ayudante, Administrador del Comité de Agua Potable, representante de la Unión Ganadera y en el periodo 2000-2003 fue síndico de Miacatlán).

De la localidad ha habido más de cuatro personajes políticos que han ocupado cargos en el municipio, siendo regidores o síndicos, uno de ellos actualmente ocupa un cargo estatal en Desarrollo Social (2012-2018). No obstante, la gente no da credibilidad a la labor de ellos, todo lo contrario, son acusados de deshonestos y corruptos. Por su parte, la política en Miacatlán tiene sus contrastes, existe gran desconfianza hacia el gobierno, una queja generalizada es la ocupación de cargos (presidentes municipales) entre generaciones de familiares.

¹¹³ Durante el cargo de ayudante, promovió la creación de otros Comités, Comité de mercado, Comité de la cancha deportiva Rivera, Comité de transporte, Comité de ambulancia y Comité para el carro de volteo. Fue un periodo en que el gobierno estatal (Lauro Ortega Martínez, 1982 - 1988) dotó de apoyos a la localidad.

¹¹⁴ De esa fecha (1985) a la actual (2013) han habido seis administradores del Comité de Agua.

eléctrica), y la gente tenía que trasladarse al municipio para hacer su pago (Trabajo de campo, 2013).

Ante tal inconformidad, siendo él aún Ayudante, solicitó la separación del Sistema de Agua Potable, turnó oficios al presidente municipal de Tetecala, con copia para el presidente de Miacatlán y mandos estatales (gobernador, contraloría y sistema de agua estatal). Encabezó un movimiento con gente de Coatetelco, dónde alrededor de 3,000 personas acudieron a Tetecala para recibir la respuesta de las diferentes autoridades, no obstante, esto no fue posible porque éstas negaron la petición (incluido el presidente municipal de Miacatlán). El argumento fue que el ayudante no podía ocupar dos cargos. Pasado un plazo corto de tiempo, se planeaba un segundo desplazamiento a Tetecala, pero ya no fue necesario porque hubo elecciones políticas y el nuevo presidente municipal fungió como intermediario (la única condición fue tener representatividad para ocupar el cargo). Al parecer desde ese tiempo ya había riñas de poder entre el municipio y la localidad, siendo esta relegada y excluida en la toma de decisiones, así, el agua como muchas otras necesidades se politizaban para manipular puestos oficiales (Ibídem).

En cuanto al saneamiento básico relacionado al sistema de alcantarillado, también hay historia, hemos mencionado que el municipio de Miacatlán ha tenido dos intentos por instalarlo, no obstante, el relato del señor David Gutiérrez reveló una gestión previa, ello significa que en realidad han sido tres intentos y ninguno con resultados satisfactorios. En el mismo periodo en que él fue Ayudante (1983-1985) recibió apoyo del gobierno estatal, la única condición asignada era hacer trabajo comunitario para excavar el suelo y poder colocar la tubería, llegaron brigadas de ingenieros para hacer el estudio topográfico y llevaron a cabo la obra. Empero, todo quedo en voluntad y anhelo de parte de la población:

Había unidad, deseos, lo hicimos ¿Pero sabe cuándo funcionó? Nunca, porque nunca hablaron con la realidad los ingenieros. No hicieron bien su trabajo, no conectaron correctamente, había partes dónde estaba muy alto y tenía que bajar, entonces, no funcionó porque quedó el agua estancada, no tuvo ese desnivel...no midieron las aguas fluviales de nuestro pueblo... a medida que llueve baja mucha arena y ensolvó toda esa parte de tubería, tapo, colapso todo, no sirvió (Trabajo de campo, 2013).

Ahora, ahondaremos en el tiempo en que comenzó la potabilización del agua, entendida esta como la instalación de una red hidráulica que abastece a las viviendas de agua para consumo humano a través de pozos perforados y equipados que captan las aguas subterráneas. Antes de la existencia de esos pozos profundos la población contaba con pozos (llamados artesanales) particulares en el interior de sus viviendas.

En de la década de los 70', alrededor de 1974 fue equipado el primer pozo perforado,¹¹⁵el cual sólo distribuía agua para las principales calles de la colonia Centro (parte de Hidalgo, Morelos, Matamoros y Juárez), en ese mismo año se pusieron cuatro "hidrantes", los cuales eran tomas de agua para uso público sin costo, fueron ubicados en lugares estratégicos por la gente que

¹¹⁵ En el periodo gubernamental de Felipe Rivera Crespo (1970-1976), gente de la localidad como: Jesús Corrales Gutiérrez, Rosario Mateo Reyes, Félix Mateo Reyes y Genaro Leónides hicieron la petición del primer pozo al gobernador de estado.

no fue beneficiada con ese pozo. De 1978 a 1982¹¹⁶ hubo ampliaciones de la red hidráulica hacia otras calles y en 1984¹¹⁷ el segundo pozo es perforado¹¹⁸ (Trabajo de campo, 2013).

Cabe puntualizar estos datos porque vislumbramos que desde ese tiempo comienza la demanda por el agua en la localidad. Con el primer pozo perforado los pozos particulares de las viviendas aún seguían teniendo agua y la gente se abastecía de ellos, sin embargo, con el segundo pozo profundo ya no fue posible, pues absorbía el agua de los mantos acuíferos y esta no llegaba a los pozos artesanales, se “secaron”¹¹⁹. Así, en la década de los 80’, incrementaron las solicitudes por el registro de tomas domiciliarias.

Pasado el tiempo, la demanda por el agua fue recrudeciéndose, ante el crecimiento de la población hubo más asentamientos y mayor registro de tomas particulares, por lo tanto, desgaste de bombas (necesarias para extraer el agua del subsuelo). Estas requieren suficiente energía eléctrica para funcionar, y en algunos casos, por lo distante de los pozos y por la topografía, requieren de varios re-bombeos (presión o fuerza ejercida).

Veintiocho años después de la creación del primer Comité, en seguida revisaremos el desarrollo de las dos últimas administraciones¹²⁰. Realizando trabajo de campo tuvimos acercamiento con dos periodos, el de 2010-2013 y 2013-vigente¹²¹.

Brevemente diremos que el administrador de 2010-2013, manifestó que la mayor dificultad enfrentada en su cargo fue el pago de parte de los usuarios¹²², ante dicha falta no era posible cubrir el gasto del servicio de energía eléctrica, por lo que era suspendida temporalmente hasta no ser pagada, inevitablemente esto originaba la interrupción del servicio de agua en la localidad¹²³(Trabajo de campo, 2011).

Cabe advertir que dicha administración no pudo concluir su gestión, debido a que en septiembre del 2012 prácticamente fue destituida por la población, quien primero interpuso quejas ante el

¹¹⁶ Estaba como gobernador Armando León Bejarano (1976 - 1982).

¹¹⁷ Siendo gobernador Lauro Ortega Martínez (1982 - 1988).

¹¹⁸ Coatetelco cuenta con cinco tanques de agua y dos pozos.

¹¹⁹ Reiteramos que esos pozos fueron reutilizados para convertirse en fosas sépticas.

¹²⁰ Cada administración está integrada por representantes coloquialmente llamados: administrador, secretaria, vocales y fontaneros o bomberos. Los únicos que no cuentan con salario son los vocales, su participación es voluntaria. El administrador es electo en asamblea comunitaria, su cargo dura tres años.

¹²¹ Por la dinámica social de la población, desconocemos el término real y formal del Comité.

¹²² En la localidad existen más de 2500 tomas domiciliarias, el pago es de \$35 c/u. Un problema adicional de de los usuarios es, solicitar un contrato para distintas familias en una misma vivienda. El ingreso recibido sería mayor si solicitaran una toma por cada familia. Aunado a esto, el cobro de la toma particular es el mismo para viviendas, comercios y espacios públicos (escuelas, centro de salud), cuando los dos últimos deberían pagar un precio más alto.

¹²³ Por su parte, con doce años en el cargo, llamado coloquialmente “aguador o bombero” (formalmente sería el fontanero), en dos administraciones fue el encargado de clorar el agua, encender bombas, abrir y cerrar válvulas para inhabilitar el servicio. Por su experiencia en el puesto abordó diferentes problemas técnicos, compartió que en un principio la bomba era de motor y después fue automática, las dos con posibilidades de quemarse, la primera con mayor frecuencia y la segunda con menor probabilidad pero sin librarse por el número de revoluciones que generan mayor desgaste. El tablero encargado de recibir la energía eléctrica y mandarla hacia a la bomba es el que tiene mayores costos de mantenimiento, puede durar un año o menos según su uso. Debe comprarse la pieza principal del tablero con un costo aproximado de ocho mil pesos. Si una bomba (70 caballos) trabaja doce horas al día gastaría aproximadamente mil pesos de energía eléctrica. En un mes la bomba central puede consumir veintiocho mil pesos y la bomba de apoyo diecisiete mil pesos. Entre otros inconvenientes enfrentaron (administración anterior a la 2010-2013) la actitud violenta de la gente por no cubrir sus pagos, recibieron insultos y amenazas exponiendo su integridad personal (Trabajo de campo de campo de campo, 2012).

Ayudante y después convocó una asamblea comunitaria para tratar asuntos concernientes a la falta del servicio de agua. Aproximadamente cuatro meses (previos a septiembre) no hubo agua en las partes altas de la localidad y un mes en las partes bajas (varios días en períodos discontinuos); fue de mayo a agosto del 2012¹²⁴. En la asamblea, el administrador argumentó que el asunto se debía a la falta de pago de la población; sin embargo, ante cuestionamientos y aclaraciones sobre las finanzas de unos pagares relacionados al rubro de energía eléctrica, él se delató públicamente. Existió el rumor de desfalco de dinero destinado a campaña política de presidente municipal (Trabajo de campo, 2013).

Durante la misma asamblea comunitaria la población designó provisionalmente a una nueva secretaria de ese Comité, la finalidad sería vigilar los ingresos y egresos para confirmar o descartar el mal manejo de los recursos¹²⁵. La reciente secretaria en realidad asumió el cargo de administradora, pues el anterior administrador dejó de presentarse a laborar y para enero del 2013 el mando ya no era suyo. Existió confusión de la gente porque algunos desconocían los cambios en el Comité, llegó a difundirse que la administración inesperada había obtenido el cargo sin representatividad. Pasado el tiempo, iniciado el 2013 y con nuevo presidente municipal, el Comité entrante¹²⁶ presentó el acta de esa asamblea y fue reconocido como autoridad local (Ibídem).

El Comité ha tenido diversas dificultades con la población, autoridades municipales, jurisdiccionales (Secretaría de Salud) y estatales para ejercer su cargo. Las circunstancias han sido políticas, regulación sanitaria, financieras (adeudos) y hasta de género, debido a que históricamente es el primer Comité dirigido por una mujer y el resto de las integrantes también lo son; lo cual no es bien visto y aceptado por la población varonil.

En mayo del 2013 fue electo otro Ayudante, esto agitó la dinámica política entre las dos autoridades recientes, ya que había diferencias en ambos. En ese mes, nuevamente hubo una asamblea comunitaria porque querían destituir al Comité, esta vez por ineficiencia del servicio, credibilidad y cuestiones de género. La principal queja de la población respecto al servicio seguía siendo la misma, falta de agua durante varios días, pero sobre todo, recibir menos proporción en los itinerarios establecidos (Ibídem).

Puntualizamos que regularmente el agua es distribuida en cada toma domiciliaria sólo un día, dos o tres a la semana, los días son rolados de acuerdo a las partes altas y bajas de la localidad (organizado por calles). En los días correspondientes, el agua es abastecida durante un número determinado de horas (Trabajo de campo, 2011, 2012, 2013). En este caso, la gente estaba en desacuerdo por tener menos horas al día de las provistas con anterioridad.

En la asamblea comunitaria, la administradora realizó un informe de actividades con el cual abogó por el trabajo ejecutado. En cuanto a los adeudos (previos)¹²⁷ ante la CFE (Comisión

¹²⁴ En 2012, al hacer trabajo de campo de campo de campo, en junio y julio pudimos percatarnos de la falta del servicio, fueron períodos interrumpidos que podían ir de una semana a dos. Durante el 2011, ya hemos mencionado también la suspensión del servicio.

¹²⁵ El desfalco de dinero no fue comprobado por ninguna autoridad, a razón de que la población no interpuso una demanda o dio seguimiento al caso.

¹²⁶ Fue integrado por administradora, secretaria, vocales y fontaneros contratados.

¹²⁷ El adeudo de la administración pasada era de seis meses y ascendía a más de 180, 000 pesos.

Federal de Electricidad), los cuales eran postulantes al área jurídica; su estrategia fue, reducir el número de horas en poner a funcionar una de las bombas para gastar menor energía eléctrica y por tanto, pagar menos dinero periódicamente y a su vez poder cubrir una parte de la deuda (Trabajo de campo, 2013).

Este acto, equivalía a sacrificar menos horas de suministro o días de servicio en las viviendas (en el párrafo anterior indicamos que esto originó inconformidad de la población). El Comité apostó minimizar el consumo de energía eléctrica, con tal iniciativa la deuda disminuyó casi un 50% (Ibídem)

Entre otras dificultades enfrentadas, sobresalió la inadecuada cloración del agua para consumo humano, el Comité desconocía el procedimiento a seguir, no había sido capacitado por nadie y las autoridades jurisdiccionales de salud habían amenazado denunciar las condiciones de riesgo para la población. Ante esa presión solicitaron apoyo logístico de CEA y de personal académico (UNAM) (Ibídem).

La cuestión más laboriosa, difícil y emblemática durante la gestión fue el mantenimiento de la red hidráulica (arreglo de válvulas, fugas de agua, reparación y rotura de tubos), pues después de casi treinta años de uso, la tubería¹²⁸, bombas y red eléctrica (instalación) son obsoletas y están en malas condiciones. De acuerdo al informe de actividades, la negociación estratégica de parte del Comité de Agua ayudó para recibir una bomba nueva de parte de CEA¹²⁹ y acordar con la CFE impedir la suspensión de su servicio y pagar la deuda en diferentes montos (Ibídem).

El desenlace de aquella asamblea comunitaria fue la continuidad del Comité, aunque con cierta incertidumbre y desconfianza ante la autoridad. Nosotros observamos que pese al liderazgo de sus integrantes, a los logros y ventajas obtenidas de las autoridades estatales (no así con las municipales), la administración tiene constante inestabilidad, regularmente enfrenta diversos obstáculos de índole político¹³⁰, económico, sanitario y técnico.

3.4.5.2.3 Recapitulación de la situación

Existe en Morelos un sinnúmero de organismos operadores que tienen una capacidad limitada para prestar el servicio, entre otros, falta de continuidad y capacitación de su personal; la instrumentación de débiles sistemas comerciales, de facturación y de cobranza, insuficiencia de recursos emanada de la persistencia de bajas tarifas y de gastos elevados de operación, sobre todo vinculados con el consumo de energía eléctrica (CONEVAL, 2011).

Tanto el organismo municipal como el local son el reflejo de lo que está ocurriendo en el Estado, los administradores operadores están detonando. La disponibilidad de agua es limitada, por tanto, hay escases.

Pese a la competencia del municipio por vigilar y proteger a los organismos operadores de orden social (grupos organizados), Miacatlán ha particularizado la mayoría de sus actividades

¹²⁸ Personal de CEA realizó un recorrido provisional en el mercado central para conocer el estado de la tubería, encontró restos de animales como gallina y sapos al interior de la misma.

¹²⁹ La solicitud fue por emergencia, debido a que una de las bombas existente se atrofizó (quemó).

¹³⁰ Existen malos entendidos políticos, falta de comunicación y reconocimiento entre las autoridades existentes.

al organismo operador municipal, dejando de lado las necesidades locales. No hay coordinación y comunicación entre los dos organismos, el local suele someterse al municipal, porque éste ejerce mayor autoridad¹³¹.

Es una práctica común ejecutar proyectos municipales de saneamiento sin consultar la aprobación de la gente de las localidades. En Coatetelco, la instalación del drenaje es el reflejo, ha habido esfuerzos de presupuesto y infraestructura, pero hasta ahora no lo tienen, es un sistema de alcantarillado incompleto. Entre un mal diseño y la imposibilidad de informar adecuadamente a la gente ha sido el impedido de su culminación.

De acuerdo a CONAGUA (2010), para un mejoramiento de la eficiencia, modernización y sostenibilidad de los organismos operadores, la recaudación actual es menor¹³² a la que establece la ley, cuando se estima más del doble¹³³.

Por su parte, el Programa Municipal de Desarrollo (2013-2015) puntualiza que deberán crearse campañas de regularización para mejorar las condiciones en las que se presta el servicio, pues el rezago en los pagos de este servicio genera un círculo vicioso.

Esto también ocurre en Coatetelco, dónde los habitantes no son responsables del pago correspondiente a su toma de agua domiciliaria, lo cual dificulta tener mayores ingresos. Aunado a eso, analizamos que la desventaja de los Comités está en el mal manejo financiero y administrativo, lo cual ha generado falta de mantenimiento en las instalaciones de la red hidráulica y pagar permanente la energía eléctrica (necesaria para bombeo).

En síntesis, los mecanismos de coordinación entre los tres órdenes de gobierno, estatal, municipal y local son necesarios porque los organismos municipal y local no cuentan con suficiente presupuesto para ampliar y dar mantenimiento a la estructura hidráulica, además de carecer de capacitación técnica continua y vigilancia eficaz. Las irregularidades de corrupción, mal manejo de recursos económicos, falta de organización y voluntad política también atañen al mal funcionamiento de los organismos operadores.

3.4.5.3 Calidad de agua

En los subtítulos precedentes problematizamos la cobertura y distribución del agua, aquí presentamos lo concerniente a la calidad del agua, lo cual no es ajeno al escenario salubre sino fundamental por su afinidad de asociación.

Debido quizá a los problemas derivados de la escasez del recurso, la atención y los esfuerzos suelen dirigirse primordialmente al abasto hídrico, con menor atención a los aspectos sanitarios asociados al consumo humano del agua entubada. En cuanto a su calidad bacteriológica, aunque han aumentado considerablemente las localidades que efectúan desinfección del agua

¹³¹ Como ejemplo citamos el último proyecto de drenaje (2013-2015), las autoridades municipales no reconocieron y tomaron en cuenta al Comité de Agua para evaluar y aprobar las acciones por realizar (Trabajo de campo de campo de campo, 2013).

¹³² Las tarifas de agua potable son fijadas de diferente manera en cada municipio, dependiendo de lo que establece la legislación de cada Entidad Federativa. En algunas entidades federativas, las tarifas son aprobadas por el congreso local de la entidad, mientras que en otras las aprueba el Órgano de Gobierno o Consejo Directivo del organismo operador de agua potable del municipio o localidad o de la Comisión Estatal de Aguas (CONAGUA, 2012).

¹³³Agenda del agua 2030. Foro Estatal Morelos. Cobertura universal.

por cloración y el número de plantas potabilizadoras en el país (631 para 2009, según INEGI 2011), persisten diferencias notables entre entidades federativas, y cuando se indagan los contrastes entre las localidades de los estados (Haro et al., 2012)¹³⁴.

El agua de consumo humano se desinfecta para destruir o inactivar agentes patógenos y otros microorganismos. Se somete a un tratamiento con cloro a fin de volverla apta para consumo humano. La efectividad de este procedimiento de desinfección se evalúa a través de la determinación de cloro libre residual, cuya presencia en la toma domiciliaria indica la eficiencia de la desinfección (CONAGUA, 2012).

A nivel nacional en el periodo 2000-2009 el agua suministrada y desinfectada para consumo humano pasó de 94.4% a 97.1% (CONAGUA, 2010)¹³⁵. Según el dato reportado casi es cubierto el 100% de desinfección, todo apuntaría a una gran ventaja porcentual. Por su parte, de acuerdo a la COFEPRIS, el promedio nacional de eficiencia de cloración fue de 93.66%. Más del 50 % de los estados a nivel nacional tuvieron eficiencias de cloración superiores al 90% (CONAGUA, 2012). Entendemos por eficiencia de cloración el procedimiento correcto y sin fallas técnicas para clorar el agua, entonces, nuevamente nos topamos con un dato trascendente.

A nivel estatal retomamos primero la existencia de plantas potabilizadoras, lo cual no fue alentador hasta el 2009 debido a que Morelos no contaba con ninguna de este tipo (CONAGUA, 2010), fue hasta el 2010 cuando únicamente tres iniciaron operación, éstas ubicadas en los municipios de Huitzilac, Tepoztlán y Tlalnepantla (CONAGUA, 2011).

Para el mismo 2009, Morelos tuvo 9 941.2 de agua suministrada y desinfectada para consumo 9 643.2, lo cual equivale al 97 % (CONAGUA, 2010), si comparamos este dato con el porcentaje nacional, el Estado estaría a la par en cobertura por desinfección, estaríamos hablando también del 100% casi cubierto.

Específicamente sobre la eficiencia de cloración en Morelos, revisamos el avance en tres años, en 2008 (92.5), en 2009 (86.75) y en 2010 (84.95), con tales datos ocupa el lugar 23 de los 32 Estados (CONAGUA, 2012). Nos damos cuenta que el promedio está por debajo del nacional y además decreciente en cada año, lo cual no es confortador.

En Miacatlán, según COFEPRIS (2010), el reporte de eficiencia de cloración de 2008 fue de 98.61 y 2009 de 85.06. En el municipio también observamos un declive del 2008 al 2009. La diferencia con el Estado radicó en que en 2008 el promedio de eficiencia fue muy alto, incluso por arriba del estatal y en el siguiente año bajó significativamente.

Nos detendremos en el 2008, primero porque al contrastar información nos topamos con inconsistencias en los reportes, pues siendo tan alto el promedio de eficiencia de cloración en Miacatlán emitido por CONAGUA; COPRISEM no tendría por qué emitir al ayuntamiento una responsiva de que el municipio no garantizó la calidad del agua en ese año. Para nuestra sorpresa, una de las localidades que presentó irregularidades sanitarias fue Coatetelco, dónde

¹³⁴ La normatividad sanitaria establece que el agua para la población debe contener entre 0.2 y 1.5 ug/L residual libre. Los parámetros bacteriológicos de calidad de agua deben cumplir con la NOM-127-SSAI-1994 (Haro et al., 2012).

¹³⁵Situación del Subsector Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento.

sus dos pozos profundos estuvieron fuera de la norma¹³⁶, además realizaron la cloración manualmente adicionando pastillas de hipoclorito de calcio, lo cual no aseguraba contrarrestar riesgos a los usuarios (Archivo muerto municipal, 2008).

Del 2009 nos interesa destacar el bajo nivel en eficiencia de cloración ya que si recordamos el dato epidemiológico que guió esta investigación y nos obligó a explorar el escenario sanitario en Miacatlán, fue aquel que apuntó para ese año muerte infantil en menores de cinco años por diarreas agudas en el municipio. Entonces, interpelamos ¿El bajo promedio de eficiencia de cloración pudo generar esas muertes? Diremos que nosotros no tenemos la respuesta pues no estuvo en nuestras posibilidades emprender un estudio de tal magnitud para verificar esas muertes, nuestro alcance tan sólo se limitó a examinar el contexto sociocultural, no obstante, no pasamos por alto el descendiente porcentaje en el año 2009.

Ubicándonos en Coatetelco recuperamos el procedimiento de cloración y las condiciones en que se lleva a cabo. Originalmente el Comité de Agua procedía a clorar el agua a través de cilindro de gas (cloro empaquetado en cilindros), transcurrido el tiempo dosificaron el cloro por medio de una bomba y en última instancia lo hicieron a través de pastillas de hipoclorito de calcio depositadas en los tanques de almacenamiento de agua, esta última forma no es la mejor debido a que no ocupan una bomba o dosificador de pastillas sino que lo hacen de manera manual¹³⁷. La administración actual (2013-vigente) está clorando de este modo debido a que la bomba inyectora de cloro líquido está descompuesta (Trabajo de campo, 2012 y 2013).

Ya hemos anticipado en este documento la existencia de normas oficiales que guían los límites permisibles de la calidad de agua para consumo humano, sin embargo, en términos reales no siempre se lleva a cabo por múltiples circunstancias. Uno de los Comités expone las complicaciones enfrentadas y la solución pragmática realizada:

Sábado y domingo no cloramos, ahorramos el cloro; si viene el de Salubridad, según es un doctor, viene, checa, está bien, nos sacamos un diez, le tapamos el ojo al macho porque si no vino de nueve a tres de la tarde ya no vino, viene dentro de un mes. Todo el mes podemos ahorrar cloro, no lo vamos a dejar sin clorar, pero vamos ahorrando. Prendemos la bomba, echamos el cloro o prendemos la maquinita después de las tres, si no vino la persona la apagamos, pero la bomba está trabajando. Viene el del cloro -se refiere a COPRISEM- y el de CEAMA cuando más tres veces al año, de junio a septiembre (Trabajo de campo, 2012).

¹³⁶ Textualmente las irregularidades fueron: "El ademe debe sobresalir por lo menos 0.50 metros por encima del nivel del terreno, no cuenta con brocal, no cuenta con protección contra escurrimientos o infiltraciones. No cuenta con resultados de exámenes microbiológicos y fisicoquímicos del agua. No cuenta con análisis inicial de la calidad del agua en época de estiaje en su sistema de abastecimiento de agua" (COPRISEM, 2008 En: Archivo muerto municipal, 2008)

¹³⁷ 1.-Dosificar el cloro gaseoso por medio de un diafragma de control que inyecta en forma regulada el gas que se evapora del tanque. Una bomba de alta presión bombea agua por una tubería y se crea un vacío que succiona el gas cloro que se evapora del tanque.

2.-La dosificación del cloro líquido se hace por medio de una bomba, la cual por medio de pulsos inyecta la solución de cloro y ésta bomba está coordinada con algún controlador que mide la cantidad de cloro residual y de acuerdo a la dosis de cloro residual deseada, esta bomba enciende o apaga según sea requerido.

3.-El hipoclorito de calcio es una de las formas en las cuales el cloro se encuentra como producto sólido. Para su empleo debe disolverse en agua, y así es posible agregar la solución resultante empleando una bomba de manera similar a como se hace con el hipoclorito de sodio. También es posible agregar este reactivo por medio de un clorador o dosificador de pastillas. En: <http://www.oocities.org/edrochac/sanitaria/desinfeccion.htm>

Otro Comité manifestó que las autoridades jurisdiccionales de salud solían amedrentarlos, amenazarlos y culparlos por no cumplir con los requisitos establecidos por la norma, en su caso, cuando eso sucedía les hacían saber que el mal manejo del agua no era asunto exclusivo a su administración sino un problema de antaño que habían arrastrado otros Comités, por tanto, les manifestaban dos cosas, una, que es responsabilidad del municipio y el Estado conservar y garantizar el agua potable por lo que también son responsables de las consecuencias¹³⁸ a la población y dos que:

Es fácil decirlo pero ejecutarlo no, pues no solo debe clorarse, hay muchos aspectos que giran alrededor de sacar el trabajo adelante, por ejemplo, no suspender el servicio pase lo que pase. Pues a la población no le interesa si está o no clorada, lo que les importa es que les llegue a sus viviendas (Trabajo de campo, 2013).

En los dos casos expuestos escuchamos la voz de los Comités, por un lado existe exigencia para cumplir la norma pero la realidad los hace priorizar o buscar estrategias apegadas a su forma de resolver el problema (otorgan mayor importancia al arreglo técnico para abastecer de agua que a la cloración constante y adecuada). La principal dificultad para clorar el agua es la falta de presupuesto para solventar el gasto (comprar hipoclorito de sodio-líquido) o recibir con demora los insumos solicitados (hipoclorito de calcio-pastillas) al municipio. El desembolso de la cloración anteriormente era sufragado por el Comité, recientemente se lo piden al municipio¹³⁹.

Entonces recapitulamos, los habitantes con cobertura no necesariamente disponen con agua para consumo humano. La acotación es reiterada, el servicio no es eficaz y la calidad del agua parece que tampoco lo es.

Realizando etnografía obtuvimos los datos previamente exhibidos a través de los actores sociales que fueron rectores en los Comités, sin embargo, imperaba la inquietud por indagar resultados puntuales sobre la propiedad del agua para consumo humano, ante nuestra limitación en el área para realizar muestreos de agua nos integramos a un equipo profesional¹⁴⁰ compuesto por tecnólogos médicos que hicieron el muestreo y análisis en la localidad.

El objetivo del muestreo fue determinar la calidad del agua para consumo humano a través de las mediciones de cuatro parámetros, dos bioquímicos (conductividad y sólidos disueltos totales) y dos microbiológicos (bacterias coliformes totales y bacterias coliformes fecales)¹⁴¹.

¹³⁸ En marzo y julio del 2013 este Comité tuvo presiones de las autoridades jurisdiccionales por casos de dengue, suponiendo la falta de agua como causa posible del desarrollo de la enfermedad (Trabajo de campo, 2013).

¹³⁹ Uno de los Comités manifestó que al no contar con los insumos para clorar durante más de veinte días, optó por sugerir a los usuarios clorar el agua de manera doméstica (Trabajo campo, 2013).

¹⁴⁰ El equipo denominado salud colectiva estuvo integrado por médicos, epidemiólogos, antropólogos, trabajadores sociales y tecnólogos médicos interesados en realizar promoción a la salud en Coatetelco, una de las actividades coordinadas con el Comité de Agua fue el muestreo de agua. La recolección de muestras fue en noviembre del 2012.

¹⁴¹ Conductividad: Es una medida indirecta de la cantidad de sales o sólidos disueltos que tiene un agua natural. Los iones en solución tienen cargas positivas y negativas. Si el agua tiene un número grande de iones disueltos su conductividad va a ser mayor. Cuanto mayor sea la conductividad del agua, mayor es la cantidad de sólidos o sales disueltas en ella. En: <http://www.oocities.org/edrochac/sanitaria/parametros1.pdf>

Sólidos Totales disueltos: La determinación de sólidos disueltos totales mide específicamente el total de residuos sólidos filtrables (sales y residuos orgánicos), por lo general de mal agrado para el paladar y pueden inducir una reacción fisiológica adversa en el consumidor. En: <http://www.uprm.edu/biology/profs/massol/manual/p2-tds.pdf>

Se realizó la recolección de un total de trece muestras¹⁴² en las distintas fuentes proveedoras de agua. Las muestras fueron tomadas en distintas alturas y lugares, pero todas dentro de la localidad de Coatetelco.

La conductimetría y sólidos disueltos totales fueron medidos en la unidad μS y ppm respectivamente. Los resultados se muestran en la tabla:

Tabla No. 8 Parámetros (conductimetría y sólidos disueltos totales)		
Muestra	Conductimetría (μS)	Sólidos disueltos totales (ppm)
1	700	350
2	775	388
3	603	302
4	572	285
5	784	393
6	792	396
7	891	445
8	765	380
9	832	416
10	727	363
11	899	449
12	170	84
13	655	326
Las determinaciones fueron hechas a 21°C.		

Fuente: (Cerde y Saravia, en prensa).

El agua pura no conduce la energía eléctrica, por lo que, entre más partículas disueltas tenga, mayor será su conductividad. Este parámetro va relacionado con los sólidos disueltos totales y se sugiere un valor máximo de 500 μS . Por lo tanto, se asume que agua con una conductividad mayor que 500 S/cm sugiere problemas de contaminación, de acuerdo a los resultados en la

Bacterias Coliformes totales: Los organismos patógenos están dentro del grupo de los coliformes, pero no todos los coliformes son patógenos, por lo que la presencia de coliformes en una muestra de agua no necesariamente indica la presencia de organismos causantes de enfermedad, sin embargo, para considerar un agua segura para beber debe estar libre de organismos coliformes. En: <http://www.oocities.org/edrochac/sanitaria/parametros1.pdf>

Bacterias Coliformes Fecales: Son organismos que se encuentran naturalmente en las heces de seres humanos y animales, y su presencia en fuentes y cuerpos de agua se utiliza como indicador de contaminación biológica. Los volúmenes de agua con altos niveles de esta bacteria pueden contener una amplia gama de parásitos, bacterias y virus causantes de enfermedades, las cuales pueden variar desde condiciones leves como las infecciones agudas del oído, hasta otras más graves que amenazan la vida tales como la fiebre tifoidea y la hepatitis. En: http://www.ehowenespanol.com/efecto-bacterias-coliformes-fecales-medio-ambiente-info_291092/

¹⁴² 1.-Pozo 1 –Reserva- (Centro), 2.-Pozo 1 –Bomba- (Centro), 3.-Laguna (bebedero animales), 4.-Depósito particular (Col. Pedro Saavedra), 5.-Depósito particular (calle Emiliano Zapata), 6.-Col Benito Juárez, 7.-Pozo 1 (Frente campo deportivo), 8.-Pozo domiciliario (calle Moctezuma), 9.-Mercado (Centro), 10.-Depósito particular (calle Matamoros - entre Amargura y Guadalupe-), 11.- Calle Morelos (frente templo Testigos de Jehová), 12.-Purificadora privada, 13.-Depósito particular (carretera).

localidad, la mayoría de las muestras están fuera del rango permitido, la única excepción es la muestra número doce que es una purificadora privada de agua (Cerde y Saravia, en prens).

En cuanto a los sólidos disueltos totales, los valores sugeridos por la OMS son bajo 500 ppm. Aunque no se conoce el riesgo o valores nocivos para la salud sí es un marcador de contaminación para el agua, afecta el sabor de esta y la calidad para su utilización. En este parámetro los resultados de la localidad están por debajo del nivel establecido (Ibídem).

Tabla No. 9 Parámetros (bacterias coliformes totales y bacterias coliformes fecales)		
Muestra	Bacterias Coliformes Totales ¹⁴³	Bacterias Coliformes Fecales
1	NEGATIVO	NEGATIVO
2	100 UFC/100mL	100 UFC/100mL
3	10000 UFC/100mL	10 UFC/100mL
4	1000000 UFC/100mL	1000000 UFC/100mL
5	10 UFC/100mL	10 UFC/100mL
6	100 UFC/100mL	NEGATIVO
7	10 UFC/100mL	NEGATIVO
8	1000000 UFC/100mL	1000 UFC/100mL
9	1000 UFC/100mL	100 UFC/100mL
10	1000 UFC/100mL	100 UFC/100mL
11	100 UFC/100mL	NEGATIVO
12	100 UFC/100mL	10 UFC/100mL
13	10 UFC/100mL	NEGATIVO

Fuente: (Cerde y Saravia, en prensa).

Según la OMS y la Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994, los límites permisibles de calidad y tratamiento a que debe someterse el agua para su potabilización debe haber ausencia

¹⁴³ Las determinaciones de coliformes totales se realizaron a través de la técnica del número más probable en microcultivo. Se cultivaron las muestras por duplicado en caldo Lauril Sulfato de sodio, en diluciones de 1×10^{-1} , 1×10^{-2} , 1×10^{-3} , 1×10^{-4} , 1×10^{-5} , 1×10^{-6} y se incubaron a 37°C por 24 horas.

de bacterias coliformes totales. Esa ausencia debe ser inmediatamente después de la desinfección, por lo que la presencia de estos microorganismos indica que el tratamiento es inadecuado, en nuestro caso, coincide con los resultados obtenidos, ya que la localidad analizada no está aplicando un sistema de desinfección a las aguas. Los datos de la identificación presuntiva de bacterias coliformes totales evidencian positividad en doce de las trece muestras recolectadas (Ibídem).

Las bacterias coliformes fecales siendo un subgrupo de las coliformes totales tampoco deben existir en ninguna concentración pues la falta de potabilización o al menos de desinfección del agua para beber así como el tratamiento inadecuado de las aguas resulta en contaminación y, seguidamente, afectan la salud humana. En este sentido, los datos arrojaron nuevamente concentración de estas bacterias en el agua, de las trece muestras ocho salieron positivas; además, para sorpresa nuestra, la muestra de la purificadora privada fue positiva, lo cual indica que ni en ese caso la calidad de agua para consumo humano es segura (Ibídem).

De los cuatro parámetros analizados, tres rebasaron (en su mayoría todas las muestras) los límites permisibles en salud ambiental y agua para uso y consumo humano de acuerdo a la OMS y a la norma oficial mexicana (NOM-127-SSA1-1994).

Concluimos que los resultados aquí expuestos no son suficientes para determinar y entender la complejidad del problema en cuánto a los daños perjudiciales a la salud generados por una mala calidad del agua, debería ser un estudio a profundidad con mayores parámetros incluidos. Desafortunadamente nosotros no pudimos llevarlo a cabo por falta de financiamiento pero esperamos ampliar esta investigación a otro posgrado o en su caso dejar la puerta abierta para otros profesionales en el área que deseen hacer investigaciones futuras.

Sin embargo, para nosotros este trabajo preliminar de un panel básico fue sumamente valioso. De esta manera, este análisis cuantitativo confirma los datos cualitativos previamente recogidos en la localidad, donde inicialmente vislumbramos que el sistema de distribución y potabilización del agua en Coatetelco era poco confiable por su mal funcionamiento tanto administrativo como operacional.

3.4.5.4 Condiciones sanitarias y daños a la salud en un recorrido histórico

El agua es un recurso muy vulnerable a la contaminación. Por ello, debe evitarse que se contamine con agentes patógenos que emplean al agua como medio de transporte y de esa manera disminuir la exposición masiva de la población a enfermedades relacionadas con el agua. La exposición a agentes patógenos relacionados con el agua puede darse i) por la ingestión del agua, ii) por contacto con el agua, iii) por la ausencia del agua y, en consecuencia, de la higiene, iv) por vectores que circundan las aguas estancadas o corrientes, y v) por medio de aerosoles. Adicionalmente, los agentes patógenos pueden ingresar al cuerpo humano a través de los alimentos, por contacto directo, o bien, pueden causar otro tipo de enfermedades distintas a las relacionadas con el agua debido a complicaciones de la infección primaria o al movimiento del agente patógeno a otras áreas del cuerpo distintas del tracto gastrointestinal (CONAGUA y OMM, 2008).

En Coatetelco, al no haber un abastecimiento suficiente de agua potable, desinfección adecuada para su consumo, alcantarillado y tratamiento de aguas residuales apropiado y

condiciones deseables de saneamiento, conjeturamos la existencia de afecciones a la salud. Por ello, quisimos aventurarnos a la historia para buscar indicios de las enfermedades que han afectado a la población en el transcurso del tiempo.

En un intento por recopilar archivos que nos hablaran del pasado, acudimos a documentos relatados por médicos que trabajaron en el municipio de Miacatlán, para fortuna nuestra nos encontramos con exploraciones sanitarias desde 1940.

En el periodo de 1941-1942, un médico reporta la situación de la cabecera municipal de Miacatlán, él destacó: “mala calidad del agua (innumerables bacterias), diez litros de agua al día por habitante, pocos excusados higiénicos y nulo drenaje, basura y estiércol, criadero de moscas, charcos en los terrenos, viviendas con condiciones antihigiénicas por aglomerado de personas y alimentación deficiente en calidad y cantidad. Las infecciones intestinales son una plaga, pues dada la desnutrición en que se encuentran los habitantes de este lugar, casi siempre son mortales¹⁴⁴” (Salazar, 1942).

Cuarenta y nueve años después, en 1991 hallamos una evaluación de un programa de saneamiento en las viviendas de Coatetelco. Fue un programa piloto de salud comunitaria, el cual después de capacitación e intervención con algunas familias fue evaluado en resultados. Lo que nos interesa destacar de esta publicación fue lo que registraron los ejecutores del programa antes de hacer la promoción a la salud. Contemplaron cuatro rubros al interior de la vivienda: disposición de excretas, almacenamiento de agua, presencia de animales en la vivienda y disposición de basura. En todos los casos localizaron condiciones desfavorables, pues de las viviendas incluidas en el programa ninguna se libraba de los parámetros señalados, tales como: defecación al aire libre, sin lugar de destino, ocasional en el patio, defecación de niños en el patio, pañales y ropa sucia; almacenamiento de agua en recipientes destapados, animales en la casa, en la cocina y en el patio y tiraderos en patio y corral (Icaza, 1991).

En la década del 2000, un médico que actualmente otorga consulta privada en Coatetelco, compartió su experiencia durante su servicio social en el 2003. Él hizo una campaña de disminución de enfermedades parasitarias y diarreicas en las escuelas de la localidad, destinada a todas las personas que vendían alimentos. El problema principalmente estaba entre los niños de seis y doce años. Al realizar estudios de laboratorio, de cien vendedores setenta por ciento resultó enfermo, con fiebre tifoidea, infección de vías urinarias, con brucelosis, teniasis y amibiasis (Trabajo de campo, 2012).

Después nos dimos a la tarea de revisar algunos diagnósticos situacionales¹⁴⁵ de los médicos pasantes en el servicio social. En el periodo 2005-2006, de acuerdo al diagnóstico del médico, la segunda causa de consulta en el 2005 fueron las enfermedades diarreicas agudas, entre otras cosas, en su proyecto de acción con la población pronóstico como meta de largo plazo una intervención sanitaria necesaria para disminuir la desnutrición y anemia por infecciones parasitarias (González, 2006).

¹⁴⁴ Según su reporte médico, en 1941 las defunciones en su mayoría eran de ancianos y niños menores de cinco años, mortalidad por fiebre tifoidea, viruela, difteria, tuberculosis, paludismo, disentería, diarrea, enteritis (Salazar, 1942).

¹⁴⁵ En los tres diagnósticos situacionales revisados, los médicos hicieron alusión a la falta de servicios públicos (principalmente drenaje) y a la falta de higiene en viviendas (fauna nociva, manejo de alimentos) como los primordiales detonadores de las enfermedades infecciosas y transmisibles en la localidad.

Dos años más tarde, en el periodo 2008-2009, otro médico pasante exaltó que en el 2008 hubo un incremento de infecciones diarreicas agudas mayor al del 2007, advirtió que durante todo el año se habían presentado fluctuaciones entre la zona de éxito y la de seguridad con pequeños brotes de este padecimiento durante la temporada de calor correspondientes a los meses de mayo y junio (en las semanas veinte y veinticuatro) (Menéndez, 2009).

Finalmente, en el periodo de 2011-2012, dos médicos pasantes observaron que el principal problema de salud y la mayor demanda de consultas eran las enfermedades transmisibles, esto debido a la marginación y retraso socioeconómico que hay en la localidad promoviendo las malas condiciones higiénico dietéticas, que a su vez facilitan la desnutrición, inhibiendo simultáneamente al sistema inmunológico dejando al paciente más susceptible a enfermedades. Añadieron también que uno de los factores primordiales para esa alta tasa de enfermedades era atribuida a la mala disposición de excretas por falta de drenaje y saneamiento público ya que en la mayoría de las calles existían deposiciones y cadáveres de animales. Un punto incorporado a este diagnóstico fue el brote¹⁴⁶ de hepatitis tipo A durante el 2011, para nosotros es importante mencionar este señalamiento debido a que existieron varias hipótesis sobre el origen del brote (García y González, 2012).

En ese año nosotros nos encontrábamos haciendo trabajo de campo y llamo mucho la atención que el personal de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 estuviera haciendo una encuesta por dicho brote, por lo que nos dimos a la tarea de investigar qué ocurría. El problema se manifestó inicialmente en niños de preescolar y escolar, posteriormente hubo contagio a los adultos. Entre los médicos públicos y particulares existieron varias hipótesis, destacaron las siguientes: escasez de agua¹⁴⁷, lo que ocasionó falta de higiene en las viviendas, por ejemplo acumular los trastes y no lavarlos, no bañarse u asearse de manera general; otra razón sería por contagio de la heces (defecación al aire libre); por tomar agua directamente de la llave (práctica que sigue permeando en la localidad); y que en una escuela hubo un foco de infección por agua contaminada en las cisternas (Trabajo de campo, 2011, 2012, 2013).

Después de este recorrido en salud, nos dimos cuenta que el agua y el saneamiento en su conjunto están estrechamente relacionados con algunos cuadros mórbidos en la localidad y pese haber transcurrido setenta y tres años (1940-2013) siguen permaneciendo condiciones insalubres para la población.

A nivel local, el agua potable y drenaje son de vital importancia para la salud de la población, pues desde hace mucho tiempo se han convertido en elementos álgidos que problematizan ciertas enfermedades, principalmente las gastrointestinales, sin dejar pasar por alto otras, como hepatitis y dengue¹⁴⁸.

¹⁴⁶ Consultamos el informe semanal de casos nuevos de enfermedades (SUIVES) del 2011 manejado por el centro de salud, registraron a trece niños con hepatitis tipo A (desde 1 hasta 14 años) de septiembre a diciembre (Trabajo de campo, 2013) Sin embargo, en una búsqueda más detallada encontramos cincuenta y un casos durante el 2011 (Sistema de Información de la Secretaría de Salud Federal) En el 2012 el problema continuó, en el Centro de Salud registraron a seis niños de las mismas edades, de febrero a noviembre (Trabajo de campo, 2013).

¹⁴⁷ Entre septiembre y octubre (tres semanas a un mes) del 2011 el servicio fue suspendido (Ibídem).

¹⁴⁸ Durante las estancias de investigación que realizamos no existió ninguna alarma sanitaria sobre dengue, sin embargo, en julio de 2013 nos enteramos de que sí fue así, para ese tiempo nosotros ya habíamos concluido el trabajo de campo por lo que no fue posible registrar el acontecimiento.

3.5. Perfil epidemiológico

En este apartado nos adentramos a conocer cuáles son los daños a la salud en la población, principalmente retomaremos la morbilidad y la mortalidad en los tres niveles, estatal, municipal y local. A nivel estatal y municipal presentamos sólo datos oficiales publicados por los servicios de salud del Estado de Morelos; a nivel local, además de los datos oficiales, intentamos mostrar información recabada de primera mano, tanto en el Centro de Salud como en el registro civil del Ayuntamiento Municipal.

Es importante recordar que en el momento de plantear nuestro problema de investigación, los únicos datos con los que contábamos fueron los divulgados por los servicios de salud de Morelos, en ese entonces, los más vigentes eran del año 2009, y esos fueron los que referimos, de hecho esos antecedentes fueron fundamentales para elegir al grupo de edad de 1 a 4 años y así emprender parte de la preguntas de investigación. Después, durante el desarrollo de la investigación consideramos pertinente buscar el último informe para comparar los datos, fue ahí donde nos dimos cuenta que ya había sido publicado (internet) el anuario estadístico del 2010 (siendo ese el actual). En cuanto a la localidad, nos dimos a la tarea de buscar años precedentes, por ello contemplamos cinco años (2008-2012) antes a la fecha del trabajo de campo.

3.5.1 Morbilidad y mortalidad general a nivel estatal

3.5.1.1 Morbilidad estatal

A nivel estatal, presentamos sólo 2009 y 2010, hacemos un comparativo del cambio en la morbilidad.

En el Estado de Morelos, en estos dos años, las diez principales causas de morbilidad fueron:

Tabla No. 10 Diez principales causas de morbilidad 2009 y 2010	
2009	2010
1. Infecciones respiratorias agudas 61%	1. Infecciones respiratorias agudas 59%
2. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas 10%	2. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas 11%
3. Infección de vías urinarias 7 %	3. Infección de vías urinarias 9%
4. Intoxicación por picadura de alacrán 4%	4. Intoxicación por picadura de alacrán 4%
5. Úlceras, gastritis y duodenitis 3%	5. Úlceras, gastritis y duodenitis 3%
6. Hipertensión arterial 2%	6. Hipertensión arterial 2%
7. Amebiasis intestinal 2%	7. Amebiasis intestinal 1%
8. Diabetes mellitus tipo II, 1%	8. Diabetes mellitus tipo II, 1%
9. Otitis media aguda 1%	9. Otitis media aguda 1%
10. Otras helmintiasis 1%	10. Gingivitis y enfermedad periodontal 1%
*Resto de causas 8%	11.*Resto de causas 8%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSM, Anuario estadístico (2009, 2010).

En este período, tenemos que las causas de morbilidad son casi las mismas para los dos años, la única que cambió fue la número 10; en cuanto al descenso de porcentaje del 2009 al 2010, lo observamos en: infecciones respiratorias agudas y amebiasis intestinal; mientras que el incremento de porcentaje estuvo en: infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas e infección de vías urinarias; el resto de los padecimientos permaneció igual porcentualmente. En general el cuadro mórbido fue similar, destacan con mayor porcentaje las infecciones respiratorias por arriba de las gastrointestinales.

En cuanto a los grupos de edad que más enferman, tanto del 2009 como del 2010, el mayor número de casos es el grupo de 5 a 14 años, le siguen consecutivamente, el de 25 a 44; de 45 a 64 años; 1 a 4; 15 a 24; más de 65 años; y menos de año.

En cuanto a las causas de enfermedad según el grupo de edad, de veinte causas, sólo exponemos las cinco primeras, en el 2009 fueron:

No	Tabla No. 11 Causas de enfermedad por grupo de edad 2009						
	-1 año	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 y más
1	Infecciones respiratorias agudas						
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infección de vías urinarias	Infección de vías urinarias
3	Desnutrición leve	Intoxicación por picadura de alacrán	Intoxicación por picadura de alacrán	Infección de vías urinarias	Infección de vías urinarias	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas
4	Conjuntivitis	Infección de vías urinarias	Infección de vías urinarias	Intoxicación por picadura de alacrán	Intoxicación por picadura de alacrán	Hipertensión arterial	Hipertensión arterial
5	Infección de vías urinarias	Amebiasis intestinal	Amebiasis intestinal	Úlceras, gastritis y duodenitis	Úlceras, gastritis y duodenitis	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	Úlceras, gastritis y duodenitis

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSM, Anuario estadístico (2010).

En 2009, distinguimos que la primera causa (infecciones respiratorias agudas) es la misma para todos los grupos de edad, lo cual coincide con el porcentaje más alto entre las diez principales para todo el Estado. La segunda causa (infecciones intestinales por otros organismos) fue la misma hasta el grupo de 25 a 44, en los dos últimos grupos (45-64 y 65 y más) siendo estos los más grandes de edad, tuvieron infecciones de vías urinarias. La tercera causa varió de acuerdo al grupo de edad, en los menores de 1 año, estuvo la desnutrición leve, en los dos siguientes grupos (1-4 y 5-14) intoxicación por picadura de alacrán, en los grupos consecuentes (15-24 y 25-44) infección de vías urinarias y en los dos últimos (45-64 y 65 y más) infecciones intestinales por otros organismos. La cuarta causa tuvo una tendencia parecida a la tercer causa de acuerdo a los grupos de edad, para los menores de 1 año fue conjuntivitis, los dos siguientes grupos (1-4 y 5-14) infección de vías urinarias, en los dos siguientes (15-24 y 25-44) intoxicación por picadura de alacrán, en los últimos grupos (45-64 y 65 y más) hipertensión arterial. Y en la quinta causa, el patrón según el grupo de edad fue casi el mismo a la tercera y cuarta causa, con una excepción, para los menores de 1 año fue, infección de vías urinarias, para los que siguen (1-4 y 5-14) amebiasis intestinal, en (15-24 y 25-44) úlceras, gastritis y duodenitis, en el grupo 45-64 predominó diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II) y en grupo final (65 y más) úlceras, gastritis y duodenitis.

En todos los grupos están presentes las enfermedades respiratorias agudas, las infecciones intestinales por otros organismos e infecciones de vías urinarias, estas últimas son mayores según va creciendo el grupo de edad. Los menores de 1 año son los únicos que tienen dentro de las cinco causas a la desnutrición leve; para el grupo de (1-4 y de 5-14) es exclusiva la amebiasis intestinal; sólo en los grupos de 15 a 24, 25-44 y 65 y más están presente las úlceras; en 45-64 y 65 y más, está la hipertensión y únicamente para el grupo de 45-64 está la diabetes mellitus tipo II.

En el año 2010, las causas de enfermedad fueron:

Tabla No. 12 Causas de enfermedad por grupo de edad 2010							
No	-1 año	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 y más
1	Infecciones respiratorias agudas						
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infección de vías urinarias			
3	Infección de vías urinarias	Infección de vías urinarias	Intoxicación por picadura de alacrán	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas

4	Neumonías y bronconeumonías	Intoxicación por picadura de alacrán	Infección de vías urinarias	Intoxicación por picadura de alacrán	Intoxicación por picadura de alacrán	Hipertensión arterial	Hipertensión arterial
5	Desnutrición leve	Varicela	Pediculosis Capitis	Úlceras, gastritis y duodenitis	Úlceras, gastritis y duodenitis	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	Úlceras, gastritis y duodenitis

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSM, Anuario estadístico (2010).

Para el 2010, la primera causa (infecciones respiratorias agudas) también fue la misma para todos los grupos de edad. La segunda causa (infecciones intestinales por otros organismos) ahora estuvo hasta el grupo de 5-14, en los cuatro grupos consecuentes (15-24, 25-44, 45-64 y 65 y más) fueron infecciones de vías urinarias. La tercera causa se mantuvo casi igual de acuerdo al grupo de edad, en los menores de 1 año y 1-4 estuvieron las infecciones de vías urinarias, exclusivamente en 5-14 estuvo la intoxicación por picadura de alacrán, en los grupos consecuentes (15-24, 25-44, 45-64 y 65 y más) dominaron las infecciones intestinales por otros organismos. La cuarta causa varió considerablemente de acuerdo a la edad, para los menores de 1 año fue neumonía y bronconeumonía, el siguiente grupo (1-4) intoxicación por picadura de alacrán, sólo en el grupo de 5-14 hubo infección de vías urinarias, en los dos siguientes (15-24 y 25-44) intoxicación por picadura de alacrán, en los últimos grupos (45-64 y 65 y más) hipertensión arterial. La quinta causa fue nuevamente muy variable, para los menores de 1 año fue desnutrición leve, para el grupo que sigue (1-4) varicela, en (5-14) pediculosis capitis, en los siguientes (15-24 y 25-44) úlceras, gastritis y duodenitis; finalmente en el grupo de 45-64 predominó diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II) y en el último grupo (65 y más) úlceras, gastritis y duodenitis.

De nuevo en todos los grupos estuvieron presentes las enfermedades respiratorias agudas, las infecciones intestinales por otros organismos e infecciones de vías urinarias, estas últimas fueron la segunda causa para los cuatro grupos de mayor edad (15-24, 25-44, 45-64 y 65 y más). Los menores de 1 año siguen siendo los únicos que tienen dentro las cinco principales causas a la desnutrición leve; en el grupo de (1-4) aparece una nueva causa como destacada, la varicela; en el grupo de 5-14 también como nueva la pediculosis capitis; sólo en los grupos de 15 a 24, 25-44 y 65 y más, están presente las úlceras; y en los siguientes (15-64 y 65 y más) está la hipertensión; finalmente para el grupo de 45-64 está la diabetes mellitus tipo II.

Haciendo un comparativo en 2009 y 2010, dentro de las cinco causas por grupos de edad, notamos que son inamovibles las enfermedades respiratorias agudas en primer lugar, le siguen las infecciones intestinales por otros organismos e infecciones de vías urinarias; aunque éstas cambian de número de importancia según la edad, por ejemplo, las primeras son más recurrentes en los grupos de menor de edad y las segundas en los de mayor edad.

3.5.1.2. Mortalidad estatal

En Morelos, las diez principales causas de muerte durante el 2009 y 2010, fueron:

Tabla No. 13 Diez principales causas de muerte 2009 y 2010		
No	2009	2010
1	Enfermedades del corazón	Diabetes Mellitus
2	Diabetes mellitus	Enfermedades del corazón
3	Tumores malignos	Tumores Malignos
4	Enfermedades del hígado	Enfermedades del Hígado
5	Accidentes	Enfermedades Cerebrovasculares
6	Enfermedades cerebrovasculares	Agresiones
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Accidentes
8	Agresiones (Homicidios)	Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas
9	Neumonía e influenza	Insuficiencia Renal
10	Insuficiencia renal	Desnutrición y Otras Deficiencias Nutricionales

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSM, Anuario estadístico (2010).

En este período, tenemos que las causas de mortalidad son las mismas para los dos años, la única que cambió fue la número nueve (neumonía e influenza) en 2009; la cuál coincide con el brote que se dio a nivel nacional. En el resto de las causas, por orden de importancia, miramos que la muerte por diabetes mellitus tipo II aumentó, pues en 2010 ocupó el primer lugar, la demás casi permanecieron igual o en su caso descendieron e incrementaron uno o dos lugares, pero sin relevancia en el cambio, la única que llama nuestra atención es la número diez (desnutrición y otras deficiencias nutricionales) del 2010 ya que en el 2009 no aparecía.

En cuanto a los grupos que más mueren, durante el 2009 y 2010, se registraron de manera paralela en los dos años, en orden consecutivo, los siguientes: edad posproductiva (65 y más), infantil (nacimientos esperados), materna (nacimientos esperados), productiva (15-64), preescolar (1-4) y escolar (5-14).

Al comparar la mortalidad del 2009 y 2010, observamos que del año precedente al siguiente la tasa de muerte infantil incrementó, el grupo de preescolar descendió, la escolar se mantuvo igual, la productiva y posproductiva aumentaron el número de muertes y la muerte materna bajo considerablemente al año preliminar (2009).

En cuanto a las causas de mortalidad según el grupo, de diez causas, sólo exponemos las cinco primeras, en el 2009 fueron:

Tabla No. 14 Principales causas de mortalidad por grupos en 2009						
No	Infantil	Preescolar	Escolar	Productiva	Posproductiva	Materna
1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías Cromosómicas	Accidentes	Diabetes mellitus	Enfermedades del corazón	Muertes obstétricas directas
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías Cromosómicas	Accidentes	Tumores malignos	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Muertes obstétricas indirectas
3	Neumonía e influenza	Neumonía e influenza	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías Cromosómicas	Enfermedades del hígado	Tumores malignos	
4	Septicemia	Tumores malignos	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	
5	Enfermedades respiratorias agudas	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	Insuficiencia renal	Enfermedades del corazón	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, exce	

Nota: De acuerdo a los datos presentados por los servicios de salud de Morelos, consideramos la tasa de mortalidad por grupos de edad, para la infantil por 1000 nacimientos esperados y la materna por 10 mil y para el resto de los grupos por 1000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSM, Anuario estadístico (2010).

Podemos ver que las causas de muerte depende en mucho del grupo al que pertenecen, entre la muerte infantil destacan las causas originadas inmediatamente antes o después del nacimiento del bebé, al mismo tiempo son los más susceptibles a morir por enfermedades respiratorias. El grupo infantil y preescolar comparten algunas causas como: malformaciones congénitas, y neumonía, en los preescolares una causa particular es la desnutrición y otras deficiencias nutricionales, siendo está exclusiva para este grupo. Los preescolares y los escolares también comparten algunas causas como: tumores malignos y accidentes, estos últimos ocupan el segundo y primer lugar respectivamente en cada grupo; entre los escolares sobresale la muerte por parálisis cerebral y la insuficiencia renal. Entre el grupo productivo y posproductivo se distinguen: la diabetes mellitus tipo II, enfermedades del corazón y tumores malignos. La muerte materna sólo tiene dos causas, obstétricas directas e indirectas.

Para el 2010, las principales causas de mortalidad fueron:

No	Tabla No. 15 Principales causas de mortalidad por grupos en 2010					
	Infantil	Preescolar	Escolar	Productiva	Posproductiva	Materna
1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Accidentes	Accidentes	Diabetes mellitus	Enfermedades del corazón	Muertes obstétricas directas
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías Cromosómicas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías Cromosómicas	Tumores malignos	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Muertes obstétricas indirectas
3	Enfermedades Infecciosas Intestinales	Hepatitis viral	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías Cromosómicas	Agresiones	Tumores malignos	
4	Septicemia	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	Agresiones (homicidio)	Enfermedad del Hígado	Enfermedades cerebrovasculares	
5	Neumonía e Influenza	Tumores Malignos	Desnutrición y Otras Deficiencias Nutricionales	Enfermedad del corazón	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, exce	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSM, Anuario estadístico (2010).

Advertimos que en el 2010, hubo cambios en las principales causas de muerte, sobre todo en los cuatro primeros grupos, infantil, preescolar, escolar y productiva. En el grupo infantil sobresalió la muerte por infecciones intestinales, las demás permanecieron igual. Los preescolares se vieron afectados por hepatitis viral, las demás causas se mantuvieron. En los escolares aparecieron las muertes por agresiones y la desnutrición, las demás causas siguieron. En el grupo productivo apareció la muerte por agresiones, el resto de las causas fueron similares. El grupo posproductivo y la muerte materna, tuvieron las mismas causas.

3.5.2 Morbilidad y mortalidad general a nivel municipal

En este apartado retomaremos la morbilidad y mortalidad haciendo un comparativo entre los municipios, pero principalmente resaltaremos a Miacatlán.

3.5.2.1 Morbilidad municipal

Para el 2009 los cinco municipios que registraron el mayor número de casos de enfermedades, fueron: Tetecala, Jojutla, Jonacatepec, Huitzilac y Coatlán del Río; Miacatlán ocupó el número veintidós. Para el 2010, los cinco primeros con más casos de enfermedades fueron: Tetecala, Jonacatepec, Jojutla, Amacuzac y Axochipán; Miacatlán estuvo en el lugar veinticuatro, lo cual indica que descendió (SSM, 2009, 2010).

No	Tabla No. 16 Distribución de casos nuevos de enfermedades, grupo de edad y municipio, 2009						
	-1 año	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 y más
1	Cuernavaca	Cuernavaca	Cuernavaca	Cuernavaca	Cuernavaca	Cuernavaca	Cuernavaca
2	Cuautla	Cuautla	Cuautla	Cuautla	Cuautla	Cuautla	Cuautla
3	Jiutepec	Jiutepec	Jiutepec	Jiutepec	Jiutepec	Jiutepec	Jojutla
4	Puentle de Ixtla	Jojutla	Jojutla	Jojutla	Jojutla	Jojutla	Jiutepec
5	Temixco	Yautepec	Yautepec	Puentle de Ixtla	Yautepec	Temixco	Zacatepec

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSM, Anuario estadístico (2009).

Como podemos observar en la tabla 16, para el 2009, los cinco primeros municipios que registraron el mayor número de casos nuevos de enfermedades están concentrados para todos los grupos de edades, principalmente en Cuernavaca, Cuautla, Jiutepec y Jojutla, después le siguen: Puente de Ixtla, Temixco, Yautepec y Zacatepec.

No	Tabla No. 17 Distribución de casos nuevos de enfermedades, grupo de edad y municipio, 2010						
	-1 año	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 y más
1	Cuernavaca	Cuernavaca	Cuernavaca	Cuernavaca	Cuernavaca	Cuernavaca	Cuernavaca
2	Cuautla	Cuautla	Cuautla	Cuautla	Jiutepec	Cuautla	Cuautla
3	Jiutepec	Jiutepec	Jiutepec	Jiutepec	Cuautla	Jiutepec	Jojutla
4	Temixco	Temixco	Jojutla	Temixco	Jojutla	Temixco	Jiutepec
5	Puentle de Ixtla	Jojutla	Temixco	Jojutla	Yautepec	Yautepec	Temixco

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSM, Anuario estadístico (2010).

Para el 2010, hubo algunos cambios, Cuernavaca siempre quedó en primer lugar, Cuautla casi igual con la salvedad del grupo de 25 a 44, del segundo lugar pasó al tercero, Jiutepec, casi siguió igual, con excepción de dos grupos (ascendió y descendió un lugar). Después del tercer lugar, Temixco, Jojutla, Yautepec y Puente de Ixtla estuvieron entre el cuarto y quinto lugar.

3.5.2.2 Mortalidad municipal

En el 2009, los cinco primeros municipios que están dentro de la tasa de mortalidad general son: Coatlán del Río (9.2), Tetecala (7.4), Jojutla (7.1), Miacatlán (7.0) y Atlatlahucan (6.5). La tasa estatal es de 5.4 y la nacional 5.3, por lo tanto, están por arriba de las dos.

En cambio en el 2010, los cinco primeros lugares fueron: Coatlán del Río (10.1), Mazatepec (9.9), Tetecala (9.0), Miacatlán (7.9), Amacuzac (7.8). La estatal estuvo en 5.8 y nacional 5.5. En cuanto a los municipios, permanecieron tres, Coatlán del Río, Tetecala y Miacatlán; no debemos perder de vista que este último quedó en el mismo cuarto lugar. En todos los casos, tanto municipios, como estatal y nacional, la tasa se incrementó. Por otro lado, llama nuestra atención que los cuatro municipios de la zona poniente (Coatlán del Río, Mazatepec, Tetecala y Miacatlán) de Morelos están en los primeros cuatro lugares (SSM, 2009).

Ahora presentamos a los cinco primeros municipios con las tasas más altas de mortalidad según grupo de edad:

No	Tabla No. 18 Tasa de mortalidad, según grupo y municipio, 2009					
	Infantil	Preescolar	Escolar	Productiva	Posproductiva	Materna
1	Tlalnepantla	Axochiapan	Temoac	Jantetelco	Tetela del Volcán	Jonacatepec
2	Atlatlahucan	Coatlán del Río	Tlalnepantla	Miacatlán	Coatlán del Río	Tlayacapan
3	Jantetelco	Tlayacapan	Zacatepec	Mazatepec	Totolapan	Puente de Ixtla
4	Tetecala	Jojutla	Huitzilac	Coatlán del Río	Amacuzac	Jojutla
5	Jonacatepec	Tlaltzapán	Tetela del Volcán	Atlatlahucan	Jojutla	Axochiapan

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSM, Anuario estadístico (2010).

En el 2009, de los cinco primeros municipios que están en más de un grupo de edad, son: Coatlán del Río (3), Jojutla (3), Tlalnepantla (2), Jantetelco (2), Jonacatepec (2), Atlatlahucan (2), Tetela del Volcan (2), Axochiapan (2), Tlayacapan (2). Refiriéndonos a Miacatlán, en el grupo infantil ocupa el lugar veinticinco, en el preescolar el número diecisiete, en el escolar el lugar trece y en el posproductivo el lugar seis. Si analizamos por orden de importancia, en este municipio la gente muere más en la edad productiva y posproductiva.

No	Tabla No. 19 Tasa de mortalidad, según grupo y municipio, 2010					
	Infantil	Preescolar	Escolar	Productiva	Posproductiva	Materna
1	Huitzilac	Amacuzac	Tlalnepantla	Mazatepec	Mazatepec	Jonacatepec
2	Jonacatepec	Jonacatepec	Miacatlán	Coatlán del Río	Coatlán del Río	Zacatepec
3	Tetecala	Mazatepec	Atlatlahucan	Miacatlán	Miacatlán	Axochiapan
4	Totolapan	Miacatlán	Amacuzac	Jojutla	Jojutla	Tepoztlán
5	Tlaquiltenango	Tepalcingo	Jojutla	Amacuzac	Amacuzac	Jojutla

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSM, Anuario estadístico (2010).

Para el 2010, de los cinco primeros municipios que están en más de un grupo de edad, son: Amacuzac (4), Miacatlán (4), Jojutla (4), Mazatepec (3), Jonacatepec (3), Coatlán del Río (2). A diferencia del 2009, nos damos cuenta que hubo cambios significativos pues algunos municipios dejaron de estar en los cinco primeros lugares y tres permanecieron dentro de los cinco, aumentaron muertes en más grupos de edad, tal es el caso de Miacatlán, Jojutla y Jonacatepec.

Para entrar en detalle y contextualizando a Miacatlán, a continuación mencionamos los cinco primeros lugares que ocupa, con base a las tasas más altas de mortalidad (por causas diversas según municipio).

Según los Servicios de Salud de Morelos (2009), para el 2009, el municipio fue:

- a) 1er lugar a nivel estatal en Mortalidad por Enfermedades Diarréicas en Niños de 1-4 años, con una tasa de 0.64¹⁴⁹; mientras que la media estatal es de (0.02) y la nacional (0.04).
- b) 2do lugar a nivel estatal en Mortalidad por Diabetes Mellitus, con una tasa de 125.4¹⁵⁰, mientras que la media estatal es de (78.6) y la nacional (72.2).
- c) 2do lugar a nivel estatal en Mortalidad por Homicidios, con una tasa de 26.9¹⁵¹, mientras que la media estatal es de (15.2) y la nacional (18.4).
- d) 3er lugar a nivel estatal en Mortalidad por Suicidios, con una tasa de 9.0¹⁵², mientras que la media estatal es de (3.6) y la nacional (4.8).
- e) 3er lugar a nivel estatal en Mortalidad por Enfermedades del Hígado, con una tasa de 71.8¹⁵³, mientras que la media estatal es de (38.2) y la nacional (29.5).
- f) 3er lugar a nivel estatal en Mortalidad por Tumores Malignos, con una tasa de 94.3¹⁵⁴, mientras que la media estatal es de (68.7) y la nacional (63.6).
- g) 4to lugar a nivel estatal en Mortalidad por Accidentes por Residencia Habitual, con una tasa de 53.9¹⁵⁵, mientras que la media estatal es de (30.7) y la nacional (36.7).
- h) 5to lugar a nivel estatal en Mortalidad por Insuficiencia Renal, con una tasa de 22.4¹⁵⁶, mientras que la media estatal es de (13.2) y la nacional (10.9).
- i) 5to lugar a nivel estatal en Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares, con una tasa de 49.4¹⁵⁷, mientras que la media estatal es de (29.1) y la nacional (28.8).

Como puede observarse, Miacatlán tiene cinco primeros lugares a nivel estatal con las tasas más altas en mortalidad por causas diversas; está por arriba de la media estatal y la media nacional en nueve causas, quisimos mencionarlas para mostrar el panorama epidemiológico complejo y crítico para el municipio.

¹⁴⁹ Tasa por 1,000 habitantes, según grupo de edad. Fuente: CUBOS DGIS/INEGI /SS 1998-2009 PRINC CAU LISTA MEX; CUBOS DGIS/PROY POB Y NACIM ESTIM CONTEO 05, 1990-2012 CONAPO. En: SSM (2009).

¹⁵⁰ Tasa por 100,000 habitantes.

¹⁵¹ Tasa por 100,000 habitantes.

¹⁵² Tasa por 100,000 habitantes.

¹⁵³ Tasa por 100,000 habitantes.

¹⁵⁴ Tasa por 100,000 habitantes.

¹⁵⁵ Tasa por 100,000 habitantes.

¹⁵⁶ Tasa por 100,000 habitantes.

¹⁵⁷ Tasa por 100,000 habitantes.

En el 2010, en el mismo rubro, tasa de mortalidad por causas diversas según municipio, Miacatlán ocupó:

- a).- 1er lugar a nivel estatal en Mortalidad por Enfermedades del Hígado, con una tasa de 104.2¹⁵⁸; mientras que la media estatal es de 39.6 y la nacional 29.9.
- b).- 2do lugar a nivel estatal en Mortalidad por Diabetes Mellitus, con una tasa de 163.1¹⁵⁹, mientras que la media estatal es de 91.4 y la nacional de 76.5.
- c).- 2do lugar a nivel estatal en Mortalidad por Tumores Malignos de Cervix, con una tasa de 34.8¹⁶⁰, mientras que la media estatal es de 10.2 y la nacional de 7.2.
- d).- 2do lugar a nivel estatal en Mortalidad por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), con una tasa de 9.1¹⁶¹, mientras que la media estatal es de 3.9 y la nacional de 4.5.
- e).- 2do lugar a nivel estatal en Mortalidad por Homicidios por Residencia Habitual, con una tasa de 49.8¹⁶², mientras que la media estatal es de 28.0 y la nacional de 23.8.
- f).- 5to lugar a nivel estatal en Mortalidad por Insuficiencia Renal, con una tasa de 22.7¹⁶³, mientras que la media estatal es de 13.8 y la nacional de 11.0.
- g).- 5to lugar a nivel estatal en Mortalidad por Accidentes por Residencia Habitual, con una tasa de 45.3¹⁶⁴, mientras que la media estatal es de 27.6 y la nacional de 35.2.

A diferencia del 2009, podemos ver que en el 2010 Miacatlán ocupa más segundos lugares, esto quiere decir que las tasas son más altas según sea el caso. Las causas que permanecieron fueron la diabetes mellitus tipo II, enfermedades del hígado, tumores malignos, homicidios e insuficiencia renal.

3.5.3 Morbilidad y mortalidad general a nivel local

Con la finalidad de abarcar el perfil epidemiológico de la localidad durante cinco años (2008-2012), indagamos por cuenta propia las bases de datos de la Secretaria de Salud Federal, registro civil del municipio y archivos internos del Centro de Salud y Ayudantía Municipal (autoridad local).

No en todos los casos pudimos abarcar el quinquenio, pero, rescatamos lo posible para tener un panorama más amplio.

3.5.3.1 Morbilidad local

En la tabla 20 se muestran las 10 primeras causas de morbilidad para todos los grupos de edad durante los años 2008 a 2011, se puede observar que las tres primeras causas fueron las

¹⁵⁸ Tasa por 100,000 habitantes.

¹⁵⁹ Tasa por 100,000 habitantes. Ibídem.

¹⁶⁰ Tasa por 100,000 mujeres. Ibídem.

¹⁶¹ Tasa por 100,000 habitantes. Ibídem.

¹⁶² Tasa por 100,000 habitantes. Ibídem.

¹⁶³ Tasa por 100,000 habitantes.

¹⁶⁴ Tasa por 100,000 habitantes.

mismas en todos los años, las cuales (en orden descendiente): infecciones respiratorias agudas, infecciones de vías urinarias e infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas.

No.	2008		2009		2010		2011	
	Morbilidad	Frecuencia	Morbilidad	Frecuencia	Morbilidad	Frecuencia	Morbilidad	Frecuencia
1	Infecciones respiratorias agudas	1436	Infecciones respiratorias agudas	1158	Infecciones respiratorias agudas	1580	Infecciones respiratorias agudas	1580
2	Infección de vías urinarias	271	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	236	Infección de vías urinarias	304	Infección de vías urinarias	304
3	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	237	Infección de vías urinarias	212	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	209	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	209
4	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	86	Tricomoniasis urogenital	75	Candidiasis urogenital	72	Candidiasis urogenital	72
5	Tricomoniasis urogenital	70	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	43	Tricomoniasis urogenital	67	Tricomoniasis urogenital	67
6	Conjuntivitis	41	Candidiasis urogenital	40	Otitis media aguda	52	Otitis media aguda	52
7	Diabetes mellitus no insulinodependiente (tipo II)	39	Otitis media aguda	26	Hepatitis aguda tipo A	51	Hepatitis aguda tipo A	51
8	Amebiasis intestinal	38	Intoxicación por picadura de alacrán	18	Varicela	41	Varicela	41
9	Candidiasis urogenital	34	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	17	Intoxicación por picadura de alacrán	39	Intoxicación por picadura de alacrán	39
10	Hipertensión arterial	33	Amebiasis intestinal	16	Diabetes mellitus no insulinodependiente (tipo II)	31	Diabetes mellitus no insulinodependiente (tipo II)	31

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSA, Dirección General de Información en Salud (2012).

Contemplando el escenario sanitario que hemos descrito ampliamente en este capítulo, nos damos cuenta que puede existir una correlación con las infecciones de vías urinarias y las intestinales.

En la tabla 21 se muestran otras infecciones gastrointestinales reportadas, aunque con menor frecuencia, como son: amebiasis intestinal, ascariasis, giardiasis, hepatitis aguda tipo A, shigelosis, enterobiasis, otras helmintiasis, paratifoidea y otras salmonelosis.

En la misma tabla, resaltamos que en el año 2011, el número de casos por hepatitis aguda tipo A incrementó considerablemente (51 casos). Esto ya lo habíamos mencionado en párrafos anteriores con notas etnográficas, entre las hipótesis estuvo la escasez de agua y por tanto, las deficientes condiciones higiénicas. Desafortunadamente no logramos obtener el número de casos para el 2012, supimos por el personal de salud y por la revisión de sus registros internos que el problema de salud continuó, aunque a la baja, ya que disminuyó el número de atenciones por esa enfermedad.

Si agrupamos todas las enfermedades gastrointestinales, nos damos cuenta que en conjunto éstas superan a las infecciones de vías urinarias, ubicándose en segundo lugar de frecuencia para todos los años, por lo que confirmamos la sospecha de que a nivel local representan un problema de salud pública.

Tabla No. 21 Infecciones gastrointestinales 2008-2011					
Infecciones intestinales	2008	2009	2010	2011	total
Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	237	172	236	209	854
Amebiasis intestinal	38	31	16	24	109
Ascariasis	2		1	2	5
Giardiasis	1			2	3
Hepatitis aguda tipo A		1		51	52
Shigelosis			2		2
Enterobiasis				1	1
Otras helmintiasis		1			1
Paratifoidea y otras salmonelosis		1			1
Total	278	206	255	289	1028

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSA, Dirección General de Información en Salud (2012).

En la tabla 22 se presenta la morbilidad en menores de 5 años de edad, se observa que las dos causas principales de morbilidad fueron infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, esto en todos los años a excepción del 2011.

La tercera causa de morbilidad varió de acuerdo al año, las infecciones de vías urinarias se ubicaron en este lugar en el 2008, la desnutrición leve lo fue para el 2009 y 2010, y las neumonías y bronconeumonías en el 2012. Durante el 2011, el reporte de casos tuvo una dinámica particular, los casos de violencia intrafamiliar fueron la principal causa de morbilidad en este grupo de edad, seguido por los casos de infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas que se ubicaron en el tercer lugar de frecuencia.

En la misma tabla, no perdimos de vista que la desnutrición leve aparece dentro de las 10 principales causas de morbilidad en todos los años, mientras que la desnutrición moderada se ubica dentro de las 10 primeras en el 2008 y 2009.

Tabla No. 22
Morbilidad en menores de 5 años 2008-2012

No	2008		2009		2010		2011		2012	
	Morbilidad	Frecuencia								
1	Infecciones respiratorias agudas	565	Infecciones respiratorias agudas	430	Infecciones respiratorias agudas	401	Violencia intrafamiliar	837	Infecciones respiratorias agudas	284
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	124	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	81	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	111	Infecciones respiratorias agudas	662	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	31
3	Infección de vías urinarias	16	Desnutrición leve	27	Desnutrición leve	7	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	88	Neumonías y bronconeumonías	6
4	Conjuntivitis	9	Infección de vías urinarias	11	Infección de vías urinarias	5	Desnutrición leve	23	Hepatitis aguda tipo A	4
5	Amebiasis intestinal	8	Conjuntivitis	7	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	5	Hepatitis aguda tipo A	14	Infección de vías urinarias	4
6	Desnutrición leve	7	Amebiasis intestinal	7	Conjuntivitis	4	Varicela	13	Otitis media aguda	2
7	Ascariasis	2	Otitis media aguda	5	Shigelosis	2	Infección de vías urinarias	8	Intoxicación por picadura de alacrán	2
8	Otitis media aguda	2	Desnutrición moderada	4	Amebiasis intestinal	1	Amebiasis intestinal	8	Desnutrición leve	1
9	Desnutrición moderada	1	Intoxicación por picadura de alacrán	1	Otitis media aguda	1	Conjuntivitis	7	Conjuntivitis (para 2013)	1
10	Quemaduras	1	Hepatitis aguda tipo A	1	Intoxicación por picadura de alacrán	0	Otitis media aguda	3	Diarrea debida a rotavirus	1

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSA, Dirección General de Información en Salud (2012).

Para tener una mirada particular, en la tabla 21 añadimos datos puntuales a este rubro de interés a la investigación. Así, el reporte de casos por desnutrición leve fue de 7 en el 2008 y el 2010, no obstante, hubo un aumento elevado de casos en el 2009, los cuales fueron 27 y en el 2011 se registraron 23. Llama la atención que en el 2012, sólo fue reportado un caso de desnutrición leve.

En cuanto a la desnutrición moderada, se observa que durante el 2008 hubo un caso, en el 2009 cuatro y 2011 tres.

Tabla No. 23 Desnutrición en menores de 5 años 2008-2012					
Morbilidad	2008	2009	2010	2011	2012
Desnutrición leve	7	27	7	23	1
Desnutrición moderada	1	4		3	0
Total	8	31	7	26	1

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SSA, Dirección General de Información en Salud (2012).

Cabe mencionar que dicha información fue obtenida de la plataforma del Sistema de Información de la Secretaría de Salud Federal, sabemos que éstos datos son oficiales a nivel nacional, empero, los datos resultaron desconcertantes al revisar los archivos internos del Centro de Salud, donde el informe de casos para el 2012 resultó superior (notorio) a lo indicado en la tabla 21.

En la tabla 24 constatamos lo que acabamos de decir, por ejemplo, vemos que durante el 2012 se registró y vigiló el estado nutricional de 57 menores con desnutrición leve y 12 con desnutrición moderada, lo que representa el 20% de un total de 346 menores de 5 años afiliados al Programa de Oportunidades.

Tabla No. 24 Desnutrición en menores de 5 años 2012		
Total menores 5 años (Programa Oportunidades)	346	Porcentaje
Total con desnutrición	69	20%
Desnutrición leve	57	
Desnutrición moderada	12	

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Centro de Salud de Coatetelco, 2012.

Este panorama puede reflejar un subregistro de casos o de notificación de los mismos; así mismo, es desconocida la magnitud del problema en este grupo de edad que no está afiliado a dicho programa ya que la vigilancia nutrimental es preferencial a los que sí lo tienen; por lo tanto, no hay un sondeo formal en población abierta¹⁶⁵.

En este sentido, nos aventuramos a decir que la identificación o detección de niños desnutridos no está siendo llevada a cabo de manera oportuna por el personal de salud.

¹⁶⁵ En el apartado "Problema de salud (niños) identificado por servicios locales institucionales" de este capítulo abordamos con mayor detalle este aspecto.

3.5.3.2 Mortalidad local

La mortalidad a nivel local fue analizada exclusivamente a partir de las actas de defunción del registro civil y de la Ayudantía Municipal¹⁶⁶.

A continuación describimos las principales causas de muerte¹⁶⁷ para la población general, en un intervalo de cinco años (2008-2012).

Durante el 2008, las cinco principales causas de muerte en orden descendente, fueron: Infarto Agudo al Miocardio, cáncer, cirrosis hepática, hipertensión arterial y bronconeumonía.

Durante el 2009, las causas se modificaron, el cáncer fue la principal seguida por cirrosis hepática, infarto agudo al miocardio, evento cerebrovascular y alcoholismo.

En el 2010, el cáncer continúa en primer lugar, seguido por muertes por violencia, infarto agudo al miocardio, síndrome urémico y enfermedad renal crónica terminal.

Para el 2011, el infarto agudo al miocardio ocupa el primer lugar como causa de muerte, en segundo lugar se ubican muertes por violencia, y le siguen en frecuencia, las muertes por evento cerebrovascular, enfermedad renal crónica terminal y cáncer.

En 2012, el evento cerebrovascular es la principal causa de muerte, seguido por muerte por violencia, diabetes mellitus 2, insuficiencia renal aguda y cáncer.

Analizamos que el cáncer siempre ocupa uno de los cinco primeros lugares como causa de muerte en todos los años, también que las muertes por violencia son la segunda causa de muerte en 2010, 2011 y 2012. El Infarto agudo al miocardio, está dentro de las tres primeras causas de muerte del 2008 al 2011. La patología renal se encuentra en los cinco primeros lugares durante el 2010, 2011 y 2012¹⁶⁸.

Tabla No. 25
Mortalidad general 2008-2012

No	2008		2009		2010		2011		2012	
	Principal causa de muerte	Frecuencia	Principal causa de muerte	Frecuencia	Principal causa de muerte	Frecuencia	Principal causa de muerte	Frecuencia	Principal causa de muerte	Frecuencia
1	Infarto Agudo al Miocardio	8	Cáncer	8	Cáncer	7	Infarto Agudo al Miocardio	7	Evento Cerebro Vascular	7
2	Cáncer	7	Cirrosis hepática	5	Muerte violenta	6	Muerte violenta	7	Diabetes Mellitus 2	4

¹⁶⁶ El archivo de la Ayudantía Municipal está integrado por copias de actas de defunciones originales, la mayoría de estas son del resguardo del registro civil municipal, pero algunas no las tiene debido a que el registro se llevó en otro lugar, por ello, consideramos importante incluir los dos registros.

¹⁶⁷Contemplamos causa de muerte a la primera causa referida en todas las actas de defunción.

¹⁶⁸ En el rubro “cáncer” agrupamos a todos los tipos; y en “muerte violenta” incluimos: por golpes, ahogamiento, armas de fuego y arma blanca.

3	Cirrosis hepática	4	Infarto Agudo al Miocardio	5	Infarto Agudo al Miocardio	5	Evento Cerebro Vascular	5	Muerte violenta	4
4	Hipertensión arterial sistémica.	4	Evento Cerebro Vascular	4	Sx urémico	5	Enfermedad renal crónica terminal	4	Ins renal aguda	4
5	Bronconeumonía	2	Alcoholismo	3	enfermedad renal crónica terminal	4	Cáncer	3	Cáncer	3
6	Evento Cerebro Vascular	2	Insuficiencia renal crónica	3	Evento Cerebro Vascular	4	Choque hipovolémico	2	Infarto Agudo al Miocardio	3
7	Intoxicación etílica	2	Sx urémico	3	Hipoglucemia severa	4	Choque séptico	2	Asfixia por sumersión	2
8	Sx urémico	2	Diabetes Mellitus 2	2	cirrosis hepática	2	Hipertensión arterial sistémica.	2	Cetoacidosis diabética	2
9	Alcoholismo crónico	1	Hipertensión arterial sistémica.	2	IRA	2	Insuficiencia cardiaca congestiva	2	Choque séptico	2
10	Desequilibrio Hidroelectrolítico	1	Ascitis	1	Anorexia	1	Paro cardiorrespiratorio	2	Choque hipovolémico	1

Fuente: Elaboración propia en base a las actas de defunción del registro civil, municipio de Miacatlán, 2013.

Resultó de interés obtener datos adicionales acerca de dos causas generales de muerte, por accidentes y muerte violenta. Esto a razón de dos aspectos, en primer lugar durante el trabajo de campo era inevitable enterarse de historias violentas recurrentes y como consecuencia fatal la muerte, en segundo plano nos asombramos al revisar el archivo de la Ayudantía Municipal, pues ahí notamos que algunas muertes por violencia también estaban presentes. Los accidentes aunque con menor frecuencia fue otro indicativo al que había que ponerle atención.

De esta manera, durante el 2008, las muertes por estas causas representaron el 21% del total (7 muertes de 33), de las cuales 3 fueron por accidentes y 4 por violencia. En el 2009, de 27 muertes sólo se registró un caso por violencia (4%). En el 2010, de un total de 12 muertes se registraron dos por violencia (17%). En el 2011, hubo 1 muerte por accidente y 8 por violencia de un total de 24 muertes (38%). En el 2012, 1 muerte por accidentes y 2 por violencia de un total de 20 muertes, lo que representa el 15% del total.

Tabla No. 26
Mortalidad por causa específica

	2008	2009	2010	2011	2012
Total registros	33	27	12	24	20
Accidentes (principalmente de tránsito)	3	0	0	1	1
Violencia (golpes, arma blanca, arma de fuego, ahorcamiento)	4	1	2	8	2
Porcentaje	21%	4%	17%	38%	15%

Fuente: Elaboración propia en base al archivo de la Ayudantía Municipal (2008-2012).

Comparando las dos tablas y examinando las muertes por violencia, si realizamos la suma de todos los casos reportados en las dos fuentes de información, este tipo de muertes ocuparía el primero o segundo lugar de las diez principales causas sobre todo en los últimos tres años.

En lo que respecta a los menores de 5 años, en la siguiente tabla diferenciamos a los menores de 1 año y a los de 1-4 años, notamos que son más las muertes en los menores de 1 año en todos los años, con excepción del 2010.

De acuerdo a las causas de muerte, durante el 2008 en niños menores de 1 año, destacan los casos por cuestiones congénitas.

Del 2009 queremos destacar del grupo de 1-4 años la muerte por deshidratación aguda, indagamos todos los casos a nivel municipal y esta resultó ser la única, recordemos que los servicios estatales de salud del Estado de Morelos en su anuario estadístico del 2009 revelaron que Miacatlán era el municipio con la tasa más alta de muertes por diarreas agudas, reflexionando sobre los datos encontrados, este sería el caso que denota ese resultado, fue una niña de 1 año que tuvo una gastroenteritis aguda.

En el 2010 sobresale para la misma edad (1-4 años) una muerte violenta, lo que nos lleva a pensar que ningún grupo de edad está libre de este tipo muerte, pues al ser un problema social y cultural en la localidad, cualquier persona es proclive.

En el 2011 y 2012, en menores de 1 año, nuevamente despuntan las muertes por cuestiones congénitas.

Tabla No. 27
Mortalidad en menores de 5 años 2008-2012

2008		2009		2010		2011		2012	
Menor de 1 año	1-4 años	Menor de 1 año	1-4 años	Menor de 1 año	1-4 años	Menor de 1 año	1-4 años	Menor de 1 año	1-4 años
5	0	2	1	1	1	2	0	3	0
1. Anasarca 2. Hemorragia intraventricular 3. Hiperletemia maligna 4. Muerte cerebral 5. Prematuridad extrema.		1. Infección respiratoria aguda. 2. Choque cardiogénico	1. Deshidratación aguda	1. Muerte cerebral	1. Muerte violenta (arma de fuego)	1. Muerte súbita 2. Prematuridad		1. Insuficiencia cardiorespiratoria 2. Insuficiencia cardíaca 3. Hemorragia pulmonar 24 hrs	

Fuente: Elaboración propia en base a las actas de defunción del registro civil, municipio Miacatlán y archivo de la Ayudantía Municipal (2008-2012).

3.6 Servicios de salud

3.6.1 Seguridad social, sector público y privado

Uno de los mayores rezagos a nivel nacional es la falta de servicios de salud altamente eficientes, si bien es cierto que a lo largo de las décadas ha incrementado el acceso al servicio, existen múltiples carencias que aquejan a la población. En este sentido, quienes gozan de seguridad social o pública con calidad son un grupo privilegiado, sin embargo, creemos que en realidad no es así. Para ver en qué condiciones está Morelos y el lugar de estudio veremos qué apuntan las cifras sobre el acceso a la salud.

En México, el número de personas con carencia por acceso a la seguridad social en 2010 ascendió a 60.7 por ciento del total de la población del país, lo que equivale a 68.3 millones de personas; este nivel es 4 puntos porcentuales inferior al observado en 2008 (CONEVAL, 2011). Pese al incremento de cuatro puntos del 2008 al 2010, el porcentaje actual de la falta de seguridad social es alto e inaceptable, pues es el reflejo de millones de personas que además de no contar con un trabajo seguro y estable no tienen servicios básicos que protejan su salud.

Los sistemas de seguridad social contributiva creados hace más de 70 años (principalmente IMSS e ISSSTE), cubren actualmente una fracción minoritaria de la población, por lo que se han introducido otros instrumentos de gasto social para ofrecer esta protección a la población no asegurada, como el Seguro Popular y el Programa 70 y Más (INEGI, 2010).

De acuerdo con el Seguro Popular (SP) y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), para finales de 2010 se han afiliado 44.8 millones de personas. De acuerdo también con la propia información censal, un 38.9 por ciento de la población nacional tiene acceso a instituciones de seguridad social sin considerar al SP y al SMNG. Cabe señalar que éste es un

indicador importante porque la afiliación es una meta intermedia en la búsqueda de que se logre la atención efectiva de los servicios de salud, se entiende por acceso efectivo no sólo la posibilidad de acudir y recibir atención en una unidad médica sino también la disponibilidad de los servicios médicos, así como la suficiencia y oportunidad de éstos (CONEVAL, 2011).

Coincidimos con el punto anterior en que el acceso efectivo no solo depende de tener un servicio de atención universal, Seguro Popular, sino que también éste sea oportuno y eficaz, no basta llegar a la cobertura esperada según los discursos políticos si el servicio es incompetente. En Morelos, el 61% de la población tiene servicios de salud de secretaría estatal, el 30 % tiene seguridad social (IMSS, ISSSTE y SEDENA) y 10% otros (SSM, 2010). Para el estado también observamos un número menor de personas con seguridad social y en teoría un alto porcentaje con servicios abiertos o públicos, sin embargo, no sabemos qué tan real es el dato y qué nivel de satisfacción tiene la población referente a la atención recibida.

De acuerdo a los datos presentados por los Servicios de Salud de Morelos, este reporta que en 10 años el porcentaje de la población derechohabiente a servicios de salud aumentó invirtiendo las proporciones correspondientes a derechohabientes y no derechohabientes. En el 2000 sólo 34 de cada 100 residentes contaban con servicios de salud, en 2010 esta cifra aumentó a sesenta y tres (Ibídem). Nuevamente notamos un panorama alentador en Morelos, pues según las cifras en una década (2000-2010) aumentó casi el doble el número de derechohabientes a servicios de salud.

Así, el INEGI (2010) indica que la institución que más derechohabientes tiene afiliados es el Seguro Popular o para una Nueva Generación (44.5%), le siguen en orden de importancia el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 41.6% y el ISSSTE con 10.9 por ciento.

Referente a los servicios médicos privados; en la última década es significativo el descenso en el porcentaje de la población usuaria. En el año 2000, de cada 100 personas 37 eran usuarias y en 2010, son 25 las que acuden a estos servicios particulares (Ibídem). De esto cabe señalar que en trabajo de campo un médico particular manifestó haber bajado considerablemente su número de consultas desde el momento en que el Seguro Popular afilió a un gran número de familias, este ejemplo, es quizá uno de los diversos factores que generan el abandono hacia los servicios médicos particulares.

En el ámbito municipal, tenemos que la derechohabiencia a los servicios de salud por municipio varía considerablemente, casi en todos los casos siempre es mayor el número de población abierta y menor seguridad social. Sólo 3 de 33, gozan de más seguridad social; Zacatepec, Jiutepec y Cuernavaca. En caso contrario, los primeros diez que tienen más afiliados de población abierta y menos de seguridad social, en orden consecutivo son: Tlalnepantla, Tetela del Volcán, Totolapan, Coatlán del Río, Temoac, Axochiapan, Tepalcingo, Ocuituco, Miacatlán, Jantetelco. Como podemos observar, Miacatlán ocupa el sitio nueve, con 84.2 y 15.8 respectivamente. De la zona poniente, Tetecala y Mazatepec tienen mayores rangos, es decir mayor seguridad social.

Para una mejor apreciación de Miacatlán, observamos la siguiente tabla.

Tabla No. 28 Tipo de servicios de salud en el municipio					
Población sin derechohabiencia a servicios de salud	Población derechohabiente a servicios de salud	Población derechohabiente del IMSS	Población derechohabiente del ISSSTE	Población derechohabiente del ISSSTE estatal	Población derechohabiente del seguro popular o Seguro Médico para una Nueva Generación
7,676	16,919	2,111	702	62	14,002

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010.

Con los datos presentados realizamos las carencias para el municipio, debido a que no solo aparece el número de personas derechohabientes (tanto población abierta como seguridad social) sino a la población sin derechohabiencia, es decir, sin ningún tipo de servicio de salud. Si consideramos la población total de Miacatlán (24, 990), tendríamos un porcentaje aproximado de 30.7% sin ninguna protección a la salud.

Espacialmente el municipio tiene una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en la cabecera municipal, y cuatro centros de salud; uno también en su cabecera, los otros tres en las localidades de La Toma, Coatetelco y Palpan.

En el municipio colindante de Tetecala tienen acceso al segundo nivel de atención, el Hospital General de Tetecala “Dr. Rodolfo Becerril de la Paz”, el cual pertenece a la Jurisdicción Sanitaria No 1, de los Servicios de Salud de Morelos, su área de influencia abarca a los cuatro de la zona poniente: Miacatlán, Mazatepec, Tetecala y Coatlán del Río.

A nivel local, Coatetelco cuenta con:

Tabla No. 29 Tipo de servicios de salud en la localidad					
Población sin derechohabiencia a servicios de salud	Población derechohabiente a servicios de salud	Población derechohabiente del IMSS	Población derechohabiente del ISSSTE	Población derechohabiente del ISSSTE estatal	Población derechohabiente del seguro popular o Seguro Médico para una Nueva Generación
3, 362	5, 696	156	92	40	5, 389

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010.

De acuerdo a los datos del cuadro, en Coatetelco nos topamos con 5, 696 derechohabientes a servicios de salud, de los cuales la gran mayoría pertenece al Seguro Popular y 3,362 son población sin derechohabiencia, entonces, calculamos que de su población total (9,094), 36.9% carecen de cualquier servicio de salud pública. De hecho, el porcentaje es mayor al del municipio (30.7%).

3.6.2 Servicios locales institucionales (públicos y privados)

En este rubro tenemos el cometido de exponer los servicios de salud otorgados en Coatetelco; recogimos información del personal e hicimos observación participante.

Físicamente tienen un Centro de Salud, el cual fue restablecido (nuevas instalaciones) en el 2010 después de dar un servicio de aproximadamente 48 años en la explanada del centro de la localidad, el retraso para reinaugarlo así como una diferente ubicación no fueron del agrado de la población.

El Centro de Salud cuenta con cuatro consultorios para medicina familiar, un consultorio dental, área de citología, curaciones y vacunación, dos cúbicos de promoción a la salud, farmacia particular (tiene convenio con los Servicios Estatales de Morelos), sala de espera y sanitarios. El personal del Centro de Salud está constituido por cuatro médicos generales, uno es el responsable o director, dos médicos pasantes y un médico que atiende exclusivamente a la población del programa de Oportunidades. Por parte de este mismo programa existe un médico general itinerante que también otorga consulta.

Adicionalmente hay un odontólogo, dos nutriólogos itinerantes (también de Oportunidades), tres enfermeras de base, dos enfermeras pasantes, una enfermera itinerante (acompaña al médico de Oportunidades), dos promotores de salud y una auxiliar de salud. Dos personas realizan actividades administrativas por servicio social y dos son contratadas por la farmacia.

Existen dos Comités comunitarios, uno denominado de Salud y el otro de Oportunidades. El primero integrado por presidenta, secretaria y tesorera, su creación tiene el cometido de representar a la población y ser el vínculo con el personal institucional. El Comité de Oportunidades, está formado por vocal de salud, nutrición, educación, y vigilancia.

De acuerdo al testimonio del personal, en promedio, los médicos pasantes otorgan 20 consultas al día, diez por la mañana y diez por la tarde. Cuando tienen alta demanda llegan a dar 30 consultas y cuando es menor 10 o menos. El tiempo para otorgar consulta puede ser de diez a treinta minutos.

Los horarios para dar consulta son; médicos pasantes de 8:00 am a 2:00 pm y de 4:00 a 6:00 pm (emergencias veinticuatro horas); el personal de base (director) trabaja de 8:00 a 3:30 pm y el personal de contrato (Oportunidades) de 8:00 a 4:00 pm. De acuerdo a los horarios establecidos quienes otorgan mayor número de consultas son los pasantes.

A nivel nacional el programa Oportunidades de la Secretaria de Desarrollo Social es uno de los rectores en salud, gran parte de las actividades coordinadas por la Secretaria de Salud giran en torno a dicho programa. Esto se ve reflejado en Coatetelco, el programa llegó a la localidad en 1999; en el 2013 tuvieron un registro de 1,362 familias. Realizando trabajo de campo constatamos la primicia hacia el programa, nos dimos cuenta que las familias que no lo tienen y que están sólo afiliadas al Seguro Popular o son población abierta tienen desventaja en la atención.

En cuanto a la promoción a la salud, ejecutan las “Acciones de línea de vida” (es una atención integral para todos los programas). Imparten 45 temas, a diferentes grupos de edad: recién nacido, menores de 5 años, 5 a 9 años, 10 a 19 años, 20 a 59 años, 60 años y más¹⁶⁹. Entre los programas prioritarios están: planificación familiar, control de embarazo, parto y puerperio, estimulación temprana, vacunación permanente universal, enfermos crónicos degenerativos, detección oportuna de cáncer cervico uterino y mamario y PROESA (ayuda mutua en salud para el adulto mayor, 60 y más).

Otra asistencia pública con la que cuenta la población es la Caravana de Salud, uno de los requisitos para gozar con este servicio itinerante es la falta de acceso al Centro de Salud. Según el personal entrevistado pese a que tal criterio no aplicó en Coatetelco, la razón por la cual aprobaron su apertura fue fundamentalmente por la alta demanda de atención. La caravana llegó a la localidad en 2009.

La Caravana atiende siete localidades de tres municipios Coatlán del Río, Temixco y Miacatlán. En Coatetelco sólo atienden a dos colonias, Pedro Saavedra y 3 de mayo. Cada quince días visitan a las dos colonias, un día para cada una, el horario de atención es de 8:00am a 4:00 pm. Su integración se compone por una médica, enfermera y promotor a la salud. En cada colonia existen dos casas de salud, cada una tiene una auxiliar de salud, además de los Comités de Salud y de Oportunidades.

La unidad médica móvil es gratuita, no cobran la consulta ni medicamentos. Empero, el personal se dio cuenta que las consultas otorgadas no estaban siendo equitativas para toda la población por lo que había cierta inconformidad de la gente, daban prioridad a los que tenían el programa Oportunidades y la población abierta o del Seguro Popular se quedaba sin atención. Ante tal problemática decidieron otorgar quince fichas para cualquier persona en el horario establecido, pero de no llegar a tiempo no había atención.

Además de los servicios públicos existe una alta demanda por el servicio particular, actualmente existen cuatro consultorios privados. El médico con mayor trayectoria tiene más de veinticinco años brindando consulta; dos médicos son originarios del lugar y uno de los cuatro profesionales ha instaurado una clínica con especialidad en enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión y la diabetes mellitus. La gente también llega a consultar médicos privados de localidades aledañas, principalmente de Mazatepec y Tetecala.

En algún momento existió un consultorio de la cadena Similares®, estuvo en funcionamiento aproximadamente un año, después fue trasladado a Mazatepec. Entre los comentarios de la gente, escuchamos descalificación hacia el servicio por desconfianza en los medicamentos, siendo apreciados de menor calidad o efectividad; quizá por la baja demanda se trasladó a otro lugar.

¹⁶⁹ La promoción a la salud de las 45 temáticas son impartidas según el grupo de edad y se organizan principalmente para la población del programa Oportunidades, en: embarazadas, mujeres lactantes, mujeres con niños menores de 5 años, mujeres con niños menores de 9 años, mujeres de 20 a 59 años, adolescentes, diabéticos e hipertensos, hombres y adultos mayores.

De acuerdo a la perspectiva de un médico entrevistado, con la llegada del Seguro Popular (2006) la demanda de atención disminuyó considerablemente, siendo un hecho perjudicial para la consulta privada. El número de consultas otorgadas al mes podían ser 300, durante el 2012 bajaron considerablemente a 150 o 100, obteniendo un ingreso de 24, 000 a 30, 000, ganancia menor a la recibida previamente. Una crítica añadida al sector público es que el Centro de Salud no tiene suficiente personal para atender los requerimientos de toda la población.

No obstante, a pesar de la disminución en las consultas señaladas por el médico, la preferencia y recurrencia de la población a los recursos privados es un hecho evidente.

3.6.2.1 Divergencias en los servicios institucionales locales

Descritos los servicios prestados a la población, ahora ahondaremos en los inconvenientes durante la atención a la salud.

Las deficiencias en los diferentes Centros de Salud no es algo ajeno al contexto nacional, pues ante un gobierno debilitado en políticas públicas es de esperarse la ruptura en el primer nivel de atención. Así, esta situación es reflejada en Coatetelco.

Entre la principal denuncia de parte del personal de salud esta, una población alta para contados profesionales, esto a su vez genera desagrado de parte de la gente por recibir negativas y no ser atendidos en cualquier horario. En este sentido, los médicos imponen las reglas (buscan estrategias) para cubrir urgencias médicas y cumplir metas requeridas por la Jurisdicción correspondiente.

Así que, solicitan a la población llegar temprano para alcanzar una ficha (número otorgado), pero quien no la alcanza ya no es candidato para ser consultado ese día, al menos que tenga ciertos signos alarmantes que sean juzgados como emergencia. Por este motivo, la gente descarta el servicio del Centro de Salud, prefieren pagar un médico privado¹⁷⁰. Al no cubrir con los requisitos establecidos por los médicos, los usuarios confirman pérdida de tiempo, a menos que exijan la atención por el medio que sea (insultos verbales, amenazas e intentos de agresión física).

Por su parte, el personal médico además de otorgar consultas también debe cumplir con ciertos trámites burocráticos lo que incrementa su carga de trabajo y le obliga a acomodar los horarios, ajustarlos o conceder cierto número de fichas. En trabajo de campo cotejamos los horarios oficiales (antes mencionados) para la consulta, los cuales, en términos pragmáticos son acotados según el interés personal de los médicos, y esto, no es satisfactorio para la gente, generando así diferencias con los profesionales de la salud. El número de fichas de ningún modo son suficientes para toda la población que solicita atención y la demora del tiempo para ser atendido es de las primordiales protestas¹⁷¹.

En cuanto a la asistencia efectuada por médicos pasantes durante las veinticuatro horas, es prácticamente inexistente, pues entre semana después de las seis de la tarde ya no hay

¹⁷⁰ Durante este capítulo señalamos el brote de hepatitis en la localidad durante el 2011 y 2012, la minoría de casos fueron registrados en el Centro de Salud, la mayoría fueron atendidos con médicos particulares o en hospital regional, eso en parte se debió a la inaccesibilidad en el primer nivel de atención, pues ante la negativa de ser atendidos buscaron otras alternativas.

¹⁷¹ En abril del 2011 salió una nota periodística en la unión de Morelos, donde la población demandaba mayor número de personal y eficiencia en el servicio otorgado. Consultar: <http://www.launion.com.mx/uniontv/socialite.html>.

consultas, y, en fines de semana ocurre algo similar. A pesar de que el reglamento indica la permanencia en los Centros de Salud en realidad no es así. En parte esto se debe a que los médicos han recibido amenazas anónimas de parte de la población, en una ocasión les pegaron un anuncio señalándoles:

Ya dejen de hacerse pendejos pónganse a trabajar sino los mataremos perros (Trabajo de campo, 2012).

La problemática citada es que hay una afectación tanto para la población como para los médicos, en el primer caso, no gozan de la prestación médica en todo momento y en segundo plano, la integridad de los pasantes está en riesgo. Ubicándonos en el papel de ambos, los dos tienen razones para expresarse, pues no existe ni la atención requerida ni la seguridad personal para ejercer el trabajo.

Debemos señalar que el temor de los médicos por ser afectados físicamente ha estado latente durante varias generaciones, en el 2008 la médica responsable del Centro de Salud levantó una denuncia ante el Ministerio Público de Tetecala por supuestos actos delictivos al interior de la unidad médica; por tal acontecimiento solicitaron a las autoridades municipales contratar guardias de seguridad o reforzar la infraestructura (Archivo muerto municipal, 2008). En el 2012 estuvimos en trabajo de campo y constatamos que las advertencias se convirtieron en actos, en ese tiempo la médica pasante sufrió abuso sexual de un habitante de la localidad, él había sido contratado como intendente del Centro de Salud.

De este hecho, queremos destacar la forma en que el asunto fue manejado por las autoridades jurisdiccionales, ya que ante tal acontecimiento dieron la orden de cerrar el Centro de Salud por más de diez días sin dar consulta e informar a la gente sobre lo ocurrido. Después de ese periodo era de esperarse alguna reacción por parte de la población, fue así que convocaron a una reunión para amedrentar al personal inmediato y exigir la reapertura de actividades, estas no volvieron a la normalidad hasta dos meses después. En algún momento, el personal reconoció y justificó la actitud de la gente, por haber tenido una mala comunicación y no manejarles adecuadamente la información¹⁷².

En suma, en este plano nos damos cuenta de la deficiente relación entre el personal de salud y la población, lo cual proyecta una mala comunicación entre ambos.

Por otro lado, observamos un hecho contundente en la diferenciación de la atención, quienes tienen Oportunidades son captados para recibir consultas y pláticas periódicas, aunque la atención no le es negada a los afiliados al Seguro Popular o población abierta, existe mayor control y vigilancia de la salud hacia los beneficiarios del programa.

Referente a la Caravana de Salud, todos los aspectos antes mencionados no se alejan demasiado de lo que ocurre con este servicio. Prevalece la falta de tiempo para atender a todos los solicitantes (los horarios son restringidos por cuestiones administrativas, técnicas y de traslado), aunado a que solo pueden tener consulta cada quince días. Así, los habitantes de

¹⁷² Las autoridades municipales de alguna manera también ejercieron poder sobre los servicios de salud, les solicitaron la integración inmediata de un Comité de Salud, debido a que no existía en la localidad. Los miembros fueron líderes comunitarios, pero sin ser elegidos en asamblea por la población. Apremiaba tener representantes locales por el acto violento.

las colonias Pedro Saavedra y 3 de mayo no tienen muchas opciones del sector público debido a que en el Centro de Salud suelen negarles la consulta por pertenecer a la Caravana.

Durante nuestra estancia en campo, pudimos darnos cuenta de la inestabilidad en su itinerario, ya que entre el 2012 y principios del 2013 dejó de acudir a la localidad cerca de ocho meses, en todo ese tiempo tampoco tuvieron alguna actividad del programa Oportunidades. En cierta medida, por la falta de credibilidad ante el servicio la gente dejó de asistir a las consultas, desconocían si llegarían o no, ya que los profesionales no les informaban o ratificaban lo que ocurría.

En síntesis, la Caravana de Salud no es permanente ni constante en sus acciones, por ejemplo, en el 2011 realizaron “Izamiento de Bandera Blanca”¹⁷³ en la colonia Pedro Saavedra; el discurso político de las autoridades municipales, jurisdiccionales y locales que acudieron al evento hicieron pensar que los habitantes gozarían de una mejor atención en salud, pues ahí proporcionaron el “paquete garantizado de promoción y prevención” (medicamentos, folletos informativos, cartillas); sin embargo, después de un tiempo, dejaron de distribuirlos o monitorear la situación; la gente acudía con la auxiliar de salud para solicitar insumos básicos como suero oral y no los tenía, por lo tanto, sólo quedaron las expectativas.

Sobre la capacitación recibida a las llamadas “agentes y procuradoras de salud”, podemos decir que no hubo continuidad y seguimiento, por lo tanto, tampoco supervisión. Con esto analizamos que la información y promoción a la salud no llega como idealmente se espera.

Respecto a la relación entre la población y los servicios privados, no pudimos hacer numerosa observación participante pero sí recogimos testimonios entre la gente y los médicos, de parte de los primeros entendimos que cuando no hay resultados positivos en su salud se debe a un mal diagnóstico o tratamiento inservible, es decir, en poco tiempo interrogan y recetan en automático. Al respecto, un médico confirma ese sentir:

Tu acabas de ser testigo de una consulta, en cuánto tiempo fue, en 5 o 10 minutos, en 5 minutos quizá; una porque ya conozco al individuo, dos porque la experiencia de manejar ese tipo de enfermedades te permite hacerlo más rápido, tres porque no es una enfermedad muy compleja, difícil de atender, por eso fue tan rápida la consulta (Trabajo de campo, 2012).

Por su parte, los profesionales subestiman la autonomía de los pacientes sobre su propio cuidado, responsabilidad en su cuerpo y toma de decisiones, asumen desdén a sus instrucciones médicas y por ello un mal resultado en los tratamientos.

¹⁷³ El izamiento de Bandera Blanca en Salud es una estrategia de promoción de la salud que forma parte del programa “la salud empieza en casa”. Esta estrategia de los Servicios de Salud de Morelos pretende modificar hábitos e involucrar a todos los miembros de una comunidad en el autocuidado de su salud y la adopción de estilos de vida saludables, siendo las mujeres, las encargadas de encabezar este esfuerzo, convirtiéndose en procuradoras y agentes de salud. El izamiento se realiza en localidades con problemas de saneamiento básico, enfermedades diarreicas, respiratorias, desnutrición, tuberculosis y padecimientos como el dengue. Una vez que la comunidad cumple al 100 por ciento con los lineamientos del programa, de la mano con el personal del centro de salud y los promotores, se realiza el Izamiento de Bandera. En: <http://www.pdf-repo.com/pdf/ab5g1obbm952d8a66f.html>.

En Coatetelco, han realizado diferentes Izamientos de Bandera Blanca, en la colonia Benito Juárez durante el 2010, Pedro Saavedra en 2011 y en la colonia Centro en 2012.

En parte lo que hemos mencionado hasta ahora está centrado en la interacción entre médicos y pacientes.

Haciendo un recuento de los diferentes médicos (pasantes, base, contrato, particulares), ellos desaprueban que la gente les exige premura a ser atendidos por las molestias quejas, señalan conductas comunitarias violentas, pero sobre todo ponen énfasis en su contexto sociocultural al que suelen llamar “usos y costumbres”, aludiendo a éstas como “arraigo” de creencias negativas, retrospectivas e irracionales¹⁷⁴.

Del otro lado, la población amonesta a los profesionales de la salud por su indiferencia ante sus necesidades básicas de salud y pérdida de tiempo para ser contemplados. En síntesis, cada uno atribuye argumentos a su conveniencia pero sin un intercambio o negociación con el otro. Vemos entonces, una falta de empatía entre dos campos opuestos, son dos formas diferentes de pensar y sentir.

3.6.2.2 Problema de salud (niños) identificado por servicios locales institucionales

Un paso obligatorio de la investigación respecto a la atención recibida de parte de los servicios de salud debía estar centrado en los niños. Recordemos que el grupo de edad de 1-4 años fue seleccionado como objeto del estudio, fue así que indagamos directamente con los médicos (públicos y privados) su apreciación sobre la principal problemática en salud que afecta a este sector de la población.

Originalmente a través de entrevistas¹⁷⁵, preguntamos abiertamente por el problema de salud “alarmante” en los niños, la mayoría hizo alusión a términos relacionados como nutrición, alimentación pero principalmente desnutrición, en segundo plano refirieron otros cuadros clínicos como diarreas, deshidratación, anemia, parasitosis. Haciendo mención de las enfermedades más recurrentes ubicaron a las respiratorias y gastrointestinales.

Ubicándonos en el problema de salud que predominó en el discurso, la desnutrición, cuestionamos al respecto las consecuencias proclives a esa condición, destacaron: enfermedades diarréicas agudas, parasitosis, infección de vías urinarias, deshidratación, gastroenteritis e infecciones en vías respiratorias. Al comparar las respuestas, caemos en cuenta que a pesar de que la mayoría de los médicos ubicó a la desnutrición como el problema inquietante este va de la mano con los otros cuadros también mencionados.

En cuanto al origen de la desnutrición, la percepción de los médicos recae completamente en el contexto sociocultural en el que vive la gente. Entre los aspectos sociales mencionaron; marginalidad, escasos recursos económicos, alto número de hijos y baja escolaridad; en los culturales adjudicaron todo el peso a una inadecuada alimentación, “comen unos alimentos más que otros”, por ejemplo, tortillas, huevo, frijoles y descartan leche, verduras, frutas, eventualmente comen carne de res, pollo y pescado; de acuerdo a su expresión médica, no está balanceada en proteínas, minerales, vitaminas etc. Entonces, opinan que la alimentación

¹⁷⁴ Los médicos particulares niegan la consulta a personas heridas por algún acto violento así como en estado etílico, un médico relató haber tenido problemas legales.

¹⁷⁵ Ocho entrevistas realizadas, médico responsable del Centro de Salud, tres médicos pasantes (dos ciclos anuales diferentes), médica de Caravana de Salud y tres médicos particulares.

está basada en cantidad y no en calidad. Dos médicos añadieron a lo cultural el número de comidas hechas al día, son dos, una por la mañana y otra por la tarde noche. Sobre elementos biológicos, fue minoría quién relacionó a la desnutrición con la herencia genética o una alimentación deficiente desde el embarazo de la madre.

Haciendo énfasis en los obstáculos culturales que impiden el buen seguimiento en la atención del niño desnutrido, el personal de salud comentó; desconocimiento de los padres sobre la calidad nutritiva necesaria y abuso de otros alimentos (de baja calidad: refresco, golosinas chatarra), hacer mal uso de los suplementos alimenticios (papilla) repartidos por el programa Oportunidades o canalizar incorrectamente el dinero recibido, carencias económicas y desdén de los padres en el cuidado de su hijo por no atenderlo oportunamente en los servicios institucionales:

Muchos niños que a lo mejor están desnutridos, no los captamos ¿Por qué? Porque la mamá nunca los trae y de igual manera tienen diarrea, pero les dan sus tecitos, les dan sus sobaditas de estomaguito, les cambian un poquito su alimentación y listo, se acabó, y nunca lo trajeron al médico (Trabajo de campo, 2012).

En contra posición, indagando su postura sobre si creen que el problema de la desnutrición es atendido satisfactoriamente por el Centro de Salud, el sentir de los médicos privados varía al de los públicos, los primeros coinciden en que no se cumple al cien por ciento debido a que realizan más esfuerzos en la curación que en la prevención, otra es que, a pesar de tener vocación, intención y difusión no pueden controlar las conductas culturales de la población y por último, sí detectan los casos pero no hay seguimiento pertinente. En cambio, los médicos del sector público asumen que sí han conseguido logros importantes aunque estos sean lentos, piensan que existe apoyo gubernamental tanto federal, estatal y jurisdiccional; entre las dificultades interponen que la población afiliada a Oportunidades es amplia por lo que es complicado abordarlos a todos, además con los que no tienen el programa no llevan a cabo las mismas acciones debido a que el control es diferente.

3.6.2.3 Problema de salud (niños) y la organización de los servicios locales institucionales

A continuación puntualizamos la organización del sector público (únicamente del Centro de Salud) para detectar, vigilar y dar seguimiento a los niños con algún grado de desnutrición.

Las “Acciones de línea de vida” para los niños menores de 5 años¹⁷⁶ son las siguientes: a) Vacunación universal b) Estimulación temprana c) Control de niño sano d) Dotación de suplemento alimenticio. De las cuatro, destacamos las últimas dos por estar relacionados con la alimentación, es a partir de éstas que el personal de salud detecta a los niños con desnutrición. Reiteramos que a pesar de que oficialmente la atención debiera estar enfocada a todos los niños, en realidad hay prioridades hacia los que tienen Oportunidades, presentamos cómo funciona el mecanismo organizativo.

¹⁷⁶ El Centro de Salud trabaja con nueve grupos de madres de familia que tienen niños menores de 5 años, cada uno integrado por treinta y cinco mujeres, en total son 315. Los temas impartidos son: Diarreas, hidratación oral, nutrición, parasitosis intestinal, infecciones respiratorias, prevención de accidentes, estimulación temprana, cuidado del menor de 1 año y mayor de 1 año, vacunación, salud bucal, violencia intrafamiliar.

Los médicos (pasantes, base, contrato) en la consulta diaria son los que potencialmente pueden identificar a los niños desnutridos, sin embargo, también podría hacerlo algún otro profesional. El segundo conducto en registrarlos es la auxiliar de salud quien tendrá que canalizarlos a un tercero, el nutriólogo itinerante del programa Oportunidades. Los tres en conjunto realizan actividades específicas que aquí detallamos.

En consulta habitual para hacer el expediente del niño, los médicos usan el formato “Gráfica para la valoración del estado nutricional del menor de 5 años, peso para longitud/talla en varones-mujeres de 2 a 5 años”¹⁷⁷, para determinar el estado de nutrición; el criterio está basado en; peso x edad, talla x edad y peso por longitud.

Una vez captados como desnutridos, se les agenda cita médica dependiendo del estado de desnutrición, si es leve deben asistir una vez al mes, si es moderada cada quince días y si es severa hasta cada ocho días, con regularidad tratan más a leves y moderados, los severos son referidos al segundo nivel de atención (hospital de Tetecala). A algunos niños los ubican como en “vías de recuperación”, son aquellos que están clasificados en desnutrición leve pero contemplan su recuperación durante seis meses. Los niños con desnutrición moderada o severa, no deben clasificarse en este rubro.

Las diferentes acciones para dar seguimiento están en manos de médicos, nutriólogos y auxiliar de salud. Los primeros otorgan consulta, en esta registran peso/talla, exploran cómo va mejorando el niño, interrogan cómo ha estado comiendo, su estado anímico y al final le otorgan vitaminas, dependiendo de lo que él requiera, finalmente dan orientación alimentaria a la mamá. Esa consulta es obligatoria para demostrar que la familia está cumpliendo con su responsabilidad en el programa.

Además de la consulta médica deben asistir una vez al mes con el nutriólogo, la cita es programada por la auxiliar de salud. Dos nutriólogos son los encargados de acudir a la localidad, por lo menos dos veces al mes, ambos pertenecen exclusivamente a Oportunidades, por lo que su población objetivo es la del programa, no así los de población abierta. Entre sus funciones están, registrar nuevamente el peso y talla, indagar sobre el avance de la alimentación del niño y sugerir a la mamá los alimentos que pueden mejorar el nivel nutricional.

En tercer lugar está la auxiliar de salud, es un canal más para monitorear a los niños con desnutrición, a las mamás les agenda un día o dos a la semana para visitar el Centro de Salud, su función consiste en observar directamente cómo la mamá está dando la papilla al niño para que la acepte. La papilla es el complemento alimenticio Nutrisano, es repartido por Oportunidades. Las familias reciben cinco sobres al mes, debe consumirse todos los días en casa, con excepción del día/s que les corresponde ir a la unidad médica¹⁷⁸. Para tener mayor control fue formado un grupo al que denominan “Pandillas”, cumple un año y medio de haberse creado, inicialmente la participación de las mamás era voluntaria pero durante el 2012 tuvieron la indicación institucional de convertirla en obligatoria. Esta estrategia fue implementada a partir

¹⁷⁷ Formato editado y distribuido por la Secretaría de Salud (nivel federal), periodo 2006-2012.

¹⁷⁸ La orientación alimentaria enfatiza que el complemento alimenticio Nutrisano no deben ser el único alimento consumido por el niño, además, sugieren el “plato del buen comer”, el cual incluye una alimentación balanceada y adquirir el hábito de las colaciones.

del 2005 debido a que las familias preferían dar el suplemento alimenticio a los animales en lugar de los niños. La auxiliar de salud cada veinticinco días debe llevar un control del peso y talla, es decir, saber cuántos gramos, centímetros y milímetros subió para hacer gráficas sobre su estado nutricional.

De acuerdo al testimonio de la auxiliar de salud, han priorizado el seguimiento de los niños con desnutrición leve y severa, debido a que son más “renuentes” a cumplir con las consultas del médico y nutriólogo, esto significa que ellos sí están invitados a integrarse al grupo de Pandillas, mientras que los niños moderados no, ellos sólo acuden con los dos profesionales antes mencionados.

Aparte de la vigilancia que llevan médicos, nutriólogos y auxiliar de salud las madres tienen capacitación alimentaria a través de pláticas y talleres impartidos por los promotores de salud.

Recapitulamos la situación expuesta, es un hecho que aquellos niños con algún grado de desnutrición pero sin el programa Oportunidades no tienen cabida para ser detectados a tiempo y darles un seguimiento conveniente en el Centro de Salud. Los recursos humanos y financieros están centrados en una porción de la población y existe descuido en otros.

Nosotros averiguamos a través de varias circunstancias, ejemplo, cuando solicitamos los expedientes o archivo digital del registro de niños desnutridos, había evasiva sobre la población abierta y Seguro Popular, las justificaciones sobaban pero la realidad apuntaba a la siguiente expresión:

Seguramente el archivo no está actualizado, pero hay más obligación con los de Oportunidades (Trabajo de campo, 2012).

Esto ocurre tanto en el Centro de Salud como en la Caravana. Compaginado a esto, vemos que el programa Oportunidades es tan demandante para el personal de salud que es de esperarse la repercusión para la población, inclusive también para los que tienen el programa debido a que las familias afiliadas son bastantes que suele no referirse a todos los niños y mucho menos monitorearlos.

Institucionalmente el programa es tan exigido, que en cuanto a la difusión a la salud, las actividades están planificadas para el mismo sector de Oportunidades, por lo que otras personas quedan en el vacío sin tener información básica, por ejemplo, cómo tratar una complicación (deshidratación) de un niño desnutrido.

Otra desventaja del programa es que aquellos niños que sean mayores a cinco años serán descartados de vigilancia, es decir, dejan de tener consultas periódicas y recibir el suplemento alimenticio, por lo que a pesar de continuar con algún grado de desnutrición o en su caso no haberse recuperado completamente, este debe ser descartado del registro.

En el caso de los niños que tienen el programa y que sí son identificados, nos dimos cuenta que existe una atención poco personalizada y de confianza de parte de los profesionales de la salud, esto es, aunque sí tienen empatía con los niños no así con las mamás, pues acostumbran descalificarlas por el mal cuidado hacia el hijo; concurren regaños, llamadas de atención y tener

hábitos negativos. Por lo tanto, vemos una condición ideal de mandato-obediencia para que sea funcional al sector público.

Aunado a ello, el servicio de salud local tiene contradicciones, pues la demanda de la población es alta que las consultas son negadas cuando no hay tiempo para el “control del niño sano”:

Tenemos un número limitado de turnos repartidos para consulta y obviamente se les da prioridad a niños con fiebre, si por ejemplo, un niño está sano y la mamá lo quiere traer a control nutricional pero ya no alcanzó ficha se le pide que vuelva al día siguiente a sacar turno, entonces, eso es algo muy tedioso para las mamás y dicen: ¡Mejor así lo dejamos, ya no voy, al menos que mi niño este enfermo! (Trabajo de campo, 2012).

3.6.3. Servicios locales populares

Antes de introducirnos en el amplio escenario de los especialistas populares hacemos una acotación sobre la oferta de los distintos servicios de salud alternativos. En Coatetelco este tipo de prácticas son ofertadas de manera dinámica, pues en poco tiempo aparecen y desaparecen de la localidad, pero sobre todo son una constante propuesta para la población.

Este tipo de alternativas son plantas medicinales promocionadas en el tianguis, expendio de yerbería, distribuidores de Omnilife® y Herbalife®, productos naturistas anunciados en autos o vendedores realizando visitas domiciliarias y un consultorio de masajes terapéuticos. Con esto, queremos resaltar las posibilidades en salud, las cuales suelen ser diversas y en permanente transformación.

Una vez dicho lo anterior, en los apartados siguientes dedicaremos espacio exclusivo sobre el servicio popular de curanderos.

3.6.3.1 Caracterización de curanderos

Uno de los cometidos de la investigación sería detallar etnográficamente al padecimiento escapulario, por ello, para poder acercarnos a ese fenómeno cultural uno de los principales actores sería el curandero, gracias a su saber popular entenderíamos parte de la lógica que está alrededor del mismo.

Teóricamente referimos al curandero como la persona experta en la “práctica social curativa “tradicional”; a partir de tal concepto buscamos a todos aquellos que fueran legitimados pero sobre consultados por la gente. Fue así que identificamos a diez curanderos¹⁷⁹.

La mayoría de los curanderos no se autodenominan con este término debido a que la palabra tiene demasiado peso simbólico en la localidad. El asunto radica en que ser llamado así, significa dedicarse “hacer el mal”, es decir, la brujería. En este sentido, de los diez, dos son reconocidos como curanderos (implícitamente “brujos”), los demás son relacionados como especialistas dedicados a “hacer el bien”. Por fines conceptuales utilizaremos la palabra

¹⁷⁹ Existen otros recursos humanos a los que adicionalmente recurre la población, como son parteras y hueseros, hasta donde pudimos indagar son cinco parteras pero únicamente dos ofrecen sus servicios; y dos hueseros. Debido a que no tuvimos el interés de incluirlos en la investigación ellos no fueron entrevistados.

curandero sin dejar pasar la observación anterior.

También aclaramos que pudimos entrevistar sólo a siete de los diez, dos señalados como los “meros curanderos que saben”, se negaron rotundamente y una mujer fue descartada porque asumió que su hermana tenía mayor conocimiento y práctica que ella. Con los que sí logramos interactuar rescatamos la siguiente información.

Todos nacieron en Coatetelco. De los diez, seis son mujeres y cuatro hombres; cuatro de las mujeres son hermanas, dos y dos. Un hombre es el único que entiende poco el náhuatl pero no lo lleva a la práctica, en general, todos hablan español. La mayoría son de religión católica, la más joven tiene 35 años y el mayor 68, en promedio mayores de cincuenta. Dos mujeres tuvieron instrucción formal, una hasta primaria y la otra concluyó una carrera técnica, los demás no asistieron a la escuela. Además del oficio como curanderos, tres están dedicados al comercio (dos mujeres y un hombre), uno es campesino y el resto de mujeres se ocupan exclusivamente a las actividades del hogar. El pago por su servicio va desde una cuota voluntaria hasta una tarifa fija, la menor de treinta pesos y máxima de ciento cincuenta pesos¹⁸⁰.

Un testimonio característico en cuanto al aprendizaje es que nadie les enseñó a ser especialistas, es decir, no hubo una instrucción explícita y directa sino que aprendieron durante la práctica, básicamente observando a sus familiares o conocidos. Dos curanderos piensan que adquirieron el don consanguíneo y lo descubrieron inesperadamente cuando una persona les solicitó su servicio por primera vez, en cambio, otro curandero creó que su inteligencia personal fue la que determinó la destreza por curar.

En el caso de las cuatro hermanas, su bisabuelo, abuelo y papá tenían la tradición de curar, en tres generaciones fue transmitido el conocimiento, en otros casos sólo abuelos o papás. Algunos comenzaron el aprendizaje desde la infancia (diez años), el ejercicio de la práctica va desde cinco a veintiocho años, curiosamente las mujeres que fueron instruidas desde la niñez trabajaron muchos años después a razón de que los esposos les impedían hacerlo.

La especialidad está regida de acuerdo a los tipos de padecimientos atendidos, no todos tienen el mismo conocimiento y práctica. Lo que no se pone en duda es que todos hacen “limpias”, las cuáles suelen ser el principal recurso diagnóstico para saber de qué están enfermas las personas; como excepción están dos curanderas (hermanas) que ocupan la “baraja” (juego de cartas) durante el diagnóstico.

Adicionalmente, casi todos son competentes en colocar “huentles”¹⁸¹ durante los escapularios, dos de ellos son los más buscados para dicha actividad más que para la consulta, sin embargo, sí llegan a ser requeridos. Una curandera también es experta como rezandera, su labor consiste primordialmente en rezar en los rituales luctuosos.

¹⁸⁰ Es sabido entre la gente que los “curanderos de deveras” cobran más dinero, pueden pedir desde 1000 pesos hasta 15 mil (o más). Esto genera inconveniente cuando los resultados no son óptimos para el consultante y a su vez incredulidad en un sector de la población.

¹⁸¹ Es una ofrenda de alimentos utilizada en diferentes rituales de la localidad, en lo concierne al escapulario, lo describimos puntualmente en el capítulo V.

Cuando la gente no los llega a encontrar en su domicilio, estipulan otro momento para localizarlos, sino acuden con otro curandero de su confianza o en su caso llegan a consultar curanderos de lugares colindantes, principalmente de Tetecala.

3.6.3.2 Demanda de atención de los principales padecimientos con expresión cultural

Al momento de registrar los datos de campo nos dimos cuenta que sería difícil conocer la demanda de atención según el grupo de edad y sexo, si bien no era imposible, requería de mayor tiempo, por lo que omitimos preguntar eso y nos dedicamos a averiguar generalidades de los padecimiento recurrentes.

Las consultas suelen ser diversas dependiendo de las solicitudes, las limpias son primacía para diagnosticar qué tiene la gente, de ahí que la gente desea confirmar frecuentemente, en orden consecutivo: escapulario¹⁸², espanto (susto) y aires.

Además de las principales atenciones regularmente solicitadas a los curanderos, estos satisfacen otras diferentes que no son tan demandantes pero sí prevalecen, ejemplo: “brujería¹⁸³, empacho, bajar el estómago, desviados (hombre o mujer), frío metido, sentimiento y pérdida de personas o dinero”. No obstante, esto no es resuelto por todos los curanderos únicamente por algunos.

Es necesario aclarar que la limpia tiene dos finalidades, una es para diagnosticar y la otra como parte de ciertos tratamientos, ahora estamos hablando de la primera. La limpia en todos los casos permite asegurar o descartar qué tipo de enfermedad tiene la persona, inclusive si está es popular o no, ya que de no ser así el curandero le denomina “de doctor”, esto significa que deben asistir con un profesional alópata para resolver el problema de salud.

Existen dos formas de hacer limpias¹⁸⁴, la más común es con huevo, en segundo lugar con alumbre¹⁸⁵. El huevo puede sumergirse en alcohol o frotárselo con las manos, este debe pasarse por todo el cuerpo de cabeza a pies, después romperse y depositar la yema-clara en un vaso con agua; el alumbre también debe recorrer el cuerpo en la misma dirección, previamente debe haberse calentado un recipiente, regularmente es la medida de una “sardina”

¹⁸² En el rubro de aires, puntualizamos que el escapulario forma parte de la tipología de aires, es “aire de santo”, pese a esa sistematización, por ahora lo mencionamos como el primero en demanda.

¹⁸³ De acuerdo a relatos de la gente y de los mismos curanderos, desde tiempos inmemorables Coatetelco se ha caracterizado en promover generacionalmente a la brujería, aunque hoy en día se dice que son escasos los competentes de ese saber, nosotros nos dimos cuenta que siguen permeando las creencias en torno a ésta. En la vida cotidiana de la población, permanentemente se oye decir que hay temor de enfermarse por cosas “malignas, manejadas o trabajadas por alguien” que solicita el servicio con el fin de perjudicar. La manera de recibir un “mal echado o porquería” puede realizarse de diferentes maneras, desde aceptar comer alimentos o bebidas elaboradas en convivencias sociales, perder cabello para ser escondido, ropa, fotografías, manipular sal en espacios domésticos o ser picado por una araña o alacrán. Anticipadamente habíamos comentado que los días más “fuertes” para hacer este tipo de trabajo de campo son los martes y viernes, los cuáles son opuestos a los días sagrados de la liturgia católica, ya que Jesús fue crucificado en viernes. Los malestares generados por brujería son diversos, como dejar de comer o tener un decaimiento general que puede provocar enfermedades complejas como el cáncer o la muerte. Para remediar el “mal daño” por brujería, los curanderos que están dispuestos a curar deben estar predispuestos con conocimientos, ayunos para su protección personal (alrededor de cuarenta a setenta y cinco privaciones) y advierten a los consultantes negar haber sido atendidos por ellos, ya que pueden tener dificultades particulares con sus colegas contrarios.

¹⁸⁴ En algún tiempo le nombraban “echar la sombra”, recuérdese que todo hace referencia a la manera de diagnosticar.

¹⁸⁵ El alumbre es un sulfato doble de aluminio y potasio cristalizado que se usa en medicina y tintorería (Diccionario de español en línea, disponible en: <https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=alumbre>).

(producto comercial estandarizado), esto para introducir el alumbre, mismo que cambiará de forma al momento de contactar lo caliente del metal. En ambos casos, las diversas figuras formadas tanto en el huevo como con el alumbre determinarán el tipo de enfermedad.

Algunos curanderos creen que los días martes o viernes¹⁸⁶ son mejores para diagnosticar a través de limpias, si bien éstas pueden hacerse cualquier día, de acuerdo a su criterio, en esos días hay un diagnóstico más certero.

En el caso exclusivo de dos curanderas, ya habíamos mencionado que ellas no recurren a las limpias para hacer el diagnóstico sino a la lectura de la baraja, cada carta corresponde a un tipo de enfermedad, en el momento de sortearlas, la carta que es seleccionada por el consultante designa la enfermedad.

Si quisiéramos describir y analizar detalladamente todos los padecimientos populares atendidos en la localidad nos desviaríamos del objetivo de investigación, por ello, tan solo haremos una descripción breve de los más recurrentes, como son, espanto y aires, por obvias razones aquí no daremos cabida al escapulario debido a que habrá un extenso capítulo para presentarlo.

3.6.3.3 Espanto (susto)

El espanto, también llamado susto, es originado por diferentes tipos de impresiones, puede ir desde el encuentro inesperado con animales (perros, gatos, cerdos, caballos), recibir noticias desfavorables, caídas físicas, accidentes y ver entes ajenos y extraños a lo natural como puede ser difuntos o “aires malos”. De acuerdo al tipo de impresión será la gravedad del susto, el ocasionado por un aire es estimado como el más grave, pero ha dejado de prevalecer.

Se cree que al momento de espantarse, ahí donde se “agarró” el susto, sale una “sombra” que es de la persona, la cual anda volando o vagando; eso es lo que produce el padecer. Regularmente las personas que suelen ser “débiles”, es decir, las que tienen miedo son más propensas a enfermar de susto.

No hay manera de prever un susto porque es sorpresivo y el “camino nunca está limpio”, por ejemplo, en la localidad se cree que cuando una persona muere de manera violenta (accidente o asesinato) debe “levantarse la sombra”¹⁸⁷ del difunto, pues de no ser así, ahí está su “alma” y esta puede reaparecerse en cualquier momento¹⁸⁸.

Los síntomas comunes identificados por susto son: intranquilidad, dolor de cabeza y cuerpo,

¹⁸⁶ En contraposición, la gente cree esos dos días son buenos para los curanderos pero no para ellos, son considerados malos porque son de los brujos; nacer o morir en ambos días también tiene una connotación de negatividad.

¹⁸⁷ La expresión “levantamiento de sombra” es utilizada para dos cosas, una hace referencia a la idea de susto como lo hemos dicho y la otra en relación al acto simbólico de regresar la sombra cuando una persona muere violentamente. El “alma o espíritu” es la sombra y no puede dejarse en la calle “porque anda suelta”. En el lugar donde fallece la persona recogen lo que hayan encontrado (ropa, artículos personales, cabello) y durante el camino de regreso a la casa donde vivía, una rezandera hace oraciones religiosas en honor a la Santa Cruz, riegan pétalos de rosas y agua bendecida; se cree que: “llega un airecito y ese airecito es cuando la sombra del difunto se va con la cruz, así llega a la casa en donde se tendió el finado, así ya está en su lugar y se van al panteón a dejarla”. Esto tiene que hacerse antes de cumplir el novenario y hayan “levantado la Cruz” para concluir el ritual mortuario.

¹⁸⁸ Existe otro tipo de padecimiento al que llaman “aire de muerto”, lo abordamos más adelante, no es el mismo que ahora referimos, lo que es un hecho es que la muerte de una persona puede ser causante de diferentes padecimientos de tipo cultural.

cansancio, temor, inapetencia para comer, dejar de dormir, el cuerpo “salta durante el sueño”, sentir la presencia de alguien que no se ve físicamente y decaer anímicamente como estar triste o aislarse de la gente.

El diagnóstico se hace a través de la lectura del huevo, la interpretación es diferente a cada curandero, esto significa que cada uno tiene una representación específica de lo que ve; adicionalmente hacen un interrogatorio de cómo ocurrieron los hechos así como la forma en que está conciliando dormir (confirmar si hay sobresaltos) e identifican ciertos signos del cuerpo como el ritmo del pulso y el pecho.

En el huevo se ve que acá te asustó algo que es de muerto ¡Sí cuando yo iba pasando me acordé que ahí mataron a fulano y sí mi cuerpo lo sintió, me dio miedo! (Trabajo de campo, 2011).

Los sustos pueden ser leves y graves, reiteramos que el más grave es originado por un aire malo. Los leves son los más recurrentes y pueden ser curados por diferentes alternativas, incluso no necesariamente de curanderos. A continuación mencionamos las opciones de atención.

Una forma de curar susto, es a través de los “evangelios”, aunque es una práctica pérdida sí puede presentarse eventualmente, se cuenta que un sacerdote la implementó. Debían buscar a tres madrinan a las que llamaban “madrinas de evangelio”, acudían a misa con el enfermo, al término de la misma, al interior del templo religioso le rezaban los evangelios, el enfermo debía ir vestido de color rojo y con ropa nueva. Una mujer le ponía la mano en el hombro derecho, la otra mujer en el hombro izquierdo y la tercera sobre la espalda. Al final, colocar las manos encima de la cabeza, pues éstas simbolizaban la “sombra” de las mujeres adultas que reconfortaban al enfermo, una particularidad de esta terapéutica es que el enfermo sudaba mucho.

Una segunda posibilidad es acudir con una “rezandera”, esta persona suele ser conocida por esa habilidad, debido a que es distinguida por su participación en otros eventos religiosos de la localidad, generalmente solicitan su asistencia en el hogar del enfermo.

La tercera atención puede ser a través del rezo personalizado del sacerdote o acudiendo a una misa a la que le nombran “de sanación”, es realizada todos los jueves de cada semana, esta fue una estrategia de la actual autoridad religiosa para promover a la religiosidad y “purificar la mentalidad de falsas enfermedades”. Después de celebrar la misa, el agua es bendecida, adultos y niños se forman en una fila para que el sacerdote haga la “efusión de manos”, pone sus manos sobre la cabeza de los asistentes, les reza en latín, el Padre Nuestro para hombres y el Ave María a mujeres. La gente piensa que cuando una persona tuvo una caída grave y se asustó es porque no ha sido bautizada, entre las primeras acciones será cumplir con ese pendiente, de no curarse, entonces se recurre a lo antes mencionado.

Finalmente está la atención de parte del curandero, quien además de tener un conocimiento tradicional, ha implementado también los rezos cristianos. Sin embargo, cada curandero tiene una forma peculiar para curar susto.

Partiendo que, “dónde les pegó el susto ahí quedó su sombra”, esta tiene que “levantarse”, para ello primero deben rezarse dos oraciones, la Magnífica y la oración de las Tres Cruces. El rezo inicia haciendo la señal de la cruz desde la parte superior del cuerpo hacia los pies, deben tocarse los siguientes puntos: cabeza, espalda, cintura, rodillas y tobillos; después regresar en el mismo orden. Al terminar esto, se proclama en la cabeza:

Jessica en el nombre de Dios y María Santísima yo te lo mando, vente, no te vayas, no te espantes, acá está tu sombra, Jessica en el nombre de Dios y María Santísima yo te lo mando, vente, no te vayas, no te espantes, acá está tu sombra, San Antonio de Padua, Santo Domingo tráiganme la sombra de esta criatura, en el nombre del padre, del hijo, del espíritu santo, amen (Trabajo de campo, 2012).

Si el susto es leve, bastará rezar tres veces (un rezo por día), de no ser así, puede prolongarse hasta doce rezos¹⁸⁹. Otra especialista añade que cuando el susto “es tardado”, por lo menos debe gritársele hasta veinticinco veces, además de haberle pregonado el Rosario. Un curandero a este proceso de rezar y levantar la sombra lo llama “ensalmadas”.

Hay quienes rezan pero también hacen una limpia “apretando” el cuerpo, ocupan epazote (*Teloxys ambrosioides (L.)*) remojado en alcohol. A la persona se le reza en las palmas de las manos, primero una y después otra, después debe acostarse encima de una sábana, primero bocabajo para apretarle con epazote (este debe estar en forma de cruz) la espalda, en seguida colarse boca arriba para hacer lo mismo, al final el cuerpo debe cubrirse totalmente con la sábana, la cara queda a la intemperie; esto lo hará sudar por un rato. Este procedimiento debe repetirse seis veces durante días diferentes.

Cuando la gente no puede curarse con lo antes descrito, significa que hay que proceder a algo más efectivo, esto aplica para un susto diferenciado, en primer lugar cuando fue asustado por un muerto (lo vio) y segundo cuando el muerto “se recarga” a un familiar cercano, pues a raíz del fallecimiento, el asustado “siente la presencia del difunto” cerca de él, reaparece en sus sueños o se expresa constantemente en la casa (ruidos y movimientos extraños).

En el primer caso, el curandero que “sabe” le habla al muerto, hace una limpia a la persona y proporciona “tomas preparadas” (para estimular el vómito); en el segundo caso se hace un “estancamiento de un ser querido”¹⁹⁰, consiste en limpiar al asustado con unas velas de cebo y después ir a dejarlas al panteón, deben prenderse sobre la tumba, quien se encarga de llevarlas también lleva dos ramos de flores rojas y le habla al difunto, él no tiene que residir en la vivienda, tiene que ser alguien ajeno a quién “se le pida el favor”, pues el propósito es sacar de la casa al difunto que molesta.

Las personas asustadas pueden ser atendidas con lo descrito previamente pero cuando se ha recurrido a todo ello y no hay cura, es indicativo de complicación, por lo que tiene que apelarse a la última elección curativa, de lo contrario puede fallecer. Esta clase de padecer es un “fuerte espanto” y tiene la peculiaridad de presentarse en lugares específicos como puede ser en el

¹⁸⁹ El número de rezos va en progreso según la gravedad; 3, 7, 9 y 12 (sólo nones), cada uno tiene significado en relación a los preceptos católicos, 3 rezos por las tres caídas de Jesús, 7 por las siete palabras, 9 por los nueve meses en el seno de la madre y 12 por los doce apóstoles.

¹⁹⁰ También pueden decirle “estancar al muerto”.

campo (ver a una culebra, debajo de un árbol, renajes (estanques) de agua), según la creencia aparecen entes desconocidos, mejor llamados “aires”, mismos que ahí habitan y por consecuencia provocan la enfermedad.

Se enchina tu cuerpo, como agua te corría, entonces, te quitó el aire tu corazoncito, no más te agarra un calenturón, unos fríos (Trabajo de campo, 2012).

La terapéutica es conocida como “ir a traer la sombra”. El enfermo dice dónde se asustó, a la media noche acuden a ese lugar hasta quince participantes dirigidos por un especialista, llevan varas de huizache verdes, un bule de agua, un ocote adornado con estambre de colores en forma de cruz, cera de campeche, un pollito vestido también de estambre, cempaxúchitl (*Tagetes erecta L*), velas de cebo y alcohol. Al llegar al sitio revelado, colocan el bule sobre el piso y lo destapan, dejan todo lo demás, gritan o hablan en “mexicano” (náhuatl), esperan un tiempo a que el aire se manifieste a través de su sonido, una vez conseguido esto, cubren el bule, pues es el momento en que están recogiendo la sombra, en seguida los asistentes se fuman un cigarro entre todos y están platicando, de ahí, se acaban el cigarrillo y llevan cargando el bule. Como la sombra al interior del bule representa a la persona asustada, esta pesa demasiado para quien va cargándolo.

Durante el camino y en dirección a la casa del enfermo, la mitad de los acompañantes deben ir adelante y la otra mitad atrás, el que lleva el bule en medio; los que van adelante, van abriendo brecha con las varas de huizache y los de atrás van siguiéndolo, tienen que ir cuidándolo y vigilar que nadie cruce en el camino, pues la sombra no debe salirse, de ser así, tendrían que regresar al mismo lugar y repetir el acto. En el recorrido beben alcohol para su protección y mantener fuerza física.

En la casa del enfermo, él y otro especialista ya están esperando el arribo de quienes fueron a traer la sombra; al llegar hacen un círculo y entregan al asustado el bule con agua, finalmente, tiene que beberla durante el resto de la noche para restablecer su salud.

Esta práctica de curación tuvo vigencia hace más de quince años, hoy en día es difícil escuchar que la población sea tratada de esta manera, sin embargo, resulta importante exponerse debido a que el susto en sus representaciones sociales tiene connotaciones relacionadas a algún tipo de aire.

Examinando los datos de campo, llegamos a algunas anotaciones relevantes que en el siguiente apartado también mostramos, esto es, durante el trabajo etnográfico nos dimos cuenta que salían testimonios sobre otros padecimientos como fue el susto que nos obligaba a explorar las ideas existentes alrededor, pues generaba inquietud saber si concurría alguna conexión en torno al escapulario.

Por ejemplo, en el caso del susto, encontramos que una curandera al realizar su oración nombra a dos santos, Santo Domingo y San Antonio, estos serán los encargados de llevar la sombra del enfermo. En el capítulo V habrá oportunidad de mostrar ampliamente las características de ambos santos y su relación con el escapulario, lo que pretendemos resaltar aquí, es que la especialista recurre a ellos y no a otros santos de la religión católica porque de acuerdo a su argumento, San Antonio y Santo Domingo no son bautizados, por lo tanto, tienen la cualidad de

vagar como entes y llevarle la sombra de la gente.

Otra situación fue que ciertos padecimientos pueden fusionarse o en su efecto, uno causar al otro, tal fue el caso del encuentro con los aires malos (muerto y de campo), los cuales ocasionan susto.

3.6.3.4. Aires

Advertimos que las cuestiones ocultas y mágicas no se habla abiertamente, sólo se rumora, por ello, la percepción de la gente hacia algunos curanderos no es favorable, pues saben que “hacen el bien pero también el mal”. Ya hemos dicho que quizá por este motivo dos curanderos se negaron a dar entrevistas, los demás accedieron a proporcionar información, algunos con reserva y desconfianza y otros con mayor disposición de colaborar en la investigación.

Así, conforme avanzaba el trabajo de campo nos dábamos cuenta que era inevitable toparnos con el tema de los “aires”, esto a partir de las primeras entrevistas, pláticas ocasionales y eventos comunitarios alrededor de los mismos.

Recopilando diversos datos, logramos hacer un párvulo compendio sobre las representaciones sociales en torno a los aires, interés que no pudimos dejar pasar por la relación existente entre estos y el escapulario.

3.6.3.4.1. Tipología de aires

En este apartado aludiremos a todos aquellos aires que originan algún padecer, ello significa que nos detendremos exclusivamente en la salud y enfermedad; no así en la percepción de los aires como entidades agrarias¹⁹¹.

Existen diferentes aires, se considera que unos son “buenos o naturales” y otros son “malos o de daño”, los primeros son producidos por causas intrínsecas a la naturaleza, en cambio, los segundos son ajenos a la misma. Los dos tipos de aires (benignos y malignos) provocan enfermedad. Aunque ambos pueden ser tratados, los aires naturales son curados de manera pronta, los otros son más difíciles de atender.

Los aires buenos son los que se quitan luego, rápido. Los aires malos son los que se aferran y no se puede uno controlar rápido (Trabajo de campo, 2012).

En la localidad la población no cuestiona o hace consciente cuáles son los aires buenos y cuáles los malos, simplemente equiparan que son leves o de gravedad, esto en función del conocimiento legitimado a los curanderos, quienes primero confirman el diagnóstico y después ejecutan o indican intervenciones ordinarias.

De acuerdo a las declaraciones de los informantes, nosotros intentamos hacer una tipología de los aires. Advertimos que cualquiera que este sea, el aire es concebido como un ente etéreo que puede estar en lugares imperceptibles, siempre está en movimiento, es portador de

¹⁹¹ Existe una clase de aires nombrados “airecitos”, están ubicados dentro del orden natural por encontrarse en sitios específicos y sagrados, al hacerles peticiones de lluvia son proveedores del buen temporal en el ciclo agrícola. Druzo Maldonado ha investigado y escrito ampliamente al respecto, consultar: Religiosidad indígena. Historia y etnografía. Coatetelco, Morelos. INAH, México, 2005.

malestar y por ello debe retirársele al enfermo de todas las maneras posibles para dejar de ser perjudicial a su salud.

En términos generales un “mal aire” es característico como dañino, de este derivan varios a los que se les tiene temor, como son, “aire de muerto” y “aire de campo”. Existen otros aires que también son integrados a un mal aire, con regularidad son estimados como riesgosos, pero estos son producto de la alevosía de un tercero (curandero) para afectar a las personas, entre ellos existen, “aire echado” y “aire de imagen”. En sentido opuesto, los aires estrictamente naturales son, el “aire de daño” y el “aire de santo” (escapulario). En este orden de ideas, describiremos a cada clase de aire, al final haremos algunas generalizaciones sobre la tipología.

3.6.3.4.2. Aire de muerto (aire de calle)

Este aire es nombrado de las dos formas, de calle o muerto, es sabido que se manifiesta por una persona que falleció, ya en el apartado de susto habíamos anticipado este padecer. Debe quedar claro que el aire de muerto genera dos enfermedades, susto y aire muerto, en los dos casos es origen de enfermedad, pero en el susto sólo es causante y en el aire de muerto además de ser causa es un padecer en sí mismo.

El aire de muerto se encuentra en la calle, uno puede “toparse” con él, aunque no todas las veces, es un momento nada más, al que llaman la “mala hora”. No todos los muertos vagan por la calle, sólo aquellos que “cayeron” (murieron) accidentalmente o por violencia. Al ir caminando la gente puede “levantar” ese mal aire que está impregnado después de la muerte de alguna persona (pueden pasar días o años), en parte, ese aire es producto de no haber “levantado su sombra”.

Ya habíamos mencionado que es necesario levantar la sombra para no generar susto o aire de muerto, pues de no ser así, los muertos no descansan, andan por donde quiera “volando”.

Quando fracasa –muere- una persona y no quieres que quede así, llevan la rezandera, le hacen el rosario, levantan la sombra, como si fueran a levantar la cruz, ya se viene la gente, traen las flores, la cruz pintada de dónde fueron a levantar, dónde cayó –murió- la persona, porque dicen, que cuando no levantan la sombra hacen muchos males, que se asustan ó les pega el aire y no se alivian. Entonces, esa alma está jalando a tu persona y ya levantando la sombra, ya no (Trabajo de campo, 2012).

También se dice que cuando una persona todavía no le tocaba morir o “no era su hora”, en lugar de estar con Dios están con el “malo” (diablo), por ello, esos aires andan rondando en la tierra.

El saber popular indica que en el momento de encontrarse con un aire de muerto la gente siente que alguien le “agarra los pies” y por eso cae físicamente en la calle, esa es la primer sospecha a confirmar durante el diagnóstico. Adicionalmente ocupan la limpia con huevo, la lectura indica que aparece la forma de una calavera.

Las personas “débiles” son quienes tienden a enfermarse de este tipo de aire, los niños también son proclives. Los malestares sentidos son: percibir golpes físicos, opresión en el cuerpo, sin apetito para comer, debilidad física, sueño, querer estar en cama todo el tiempo, enfado y

picazón (ronchas) en la piel. En algunos casos, cuando es “fuerte aire de muerto”, hay sensación de tener arena en los ojos, dolor de cabeza, fiebre y un estado semejante a la embriaguez.

Las complicaciones por un aire de muerto pueden aparecer si la enfermedad no es tratada adecuada y rápidamente. Así, quien hace la terapéutica debe hacerlo correctamente sino la persona no se “alivia”.

La terapéutica consiste en limpiar al enfermo con hierbas como cempaxúchitl, pirú (*Schinus molle* L.), ruda (*Ruta graveolens* L.), albahaca, salvia redonda (*Buddleja perfoliata* Kunth), jarrilla, epazote morado (*Chenopodium graveolens* (Willd.)), cordoncillo (*Piper psilorhachis* DC.) y paraíso (*Melia azedarach* L.) así como rociarlo con agua de San Ignacio. La limpia debe ser externa, es decir, sobre todo el cuerpo, ésta tiene que hacerse siempre a la media noche. Cuando la enfermedad es leve son tres limpias, una diario y en la casa del enfermo; en cambio cuando es grave, tienen que ser nueve sesiones, en cada una deben acudir a una calle que cruce con otra, ambas hacen una cruz; preferentemente iniciar las limpias en martes o viernes. Para finalizar deben quemarse las hierbas utilizadas, rocíadas también con alcohol (haciendo la señal de cruz), adicionalmente llevan basura para generar humo. No hay una oración religiosa que expresar, más bien invocan e insultan al muerto con groserías. El objetivo de la limpia es alejar del enfermo lo que su cuerpo tiene impregnado, las hierbas lo “retiran” y el humo genera que el aire de muerto se vaya.

¡Mira pinche cabrona no me hagas esto a mí ¿Por qué lo haces? Yo te lo dije que me hicieras caso, yo siempre te preguntaba a dónde ibas y no me querías decir, una vez hasta me dejaste plantada, no querías que supiéramos dónde estabas, no quisiste entender! (Trabajo de campo, 2012).

Cuando es “fuerte aire de muerto”, se requerirá hablar con el muerto y saber qué solicita, el que está facultado para platicar con ese sujeto inmaterial es el curandero, puede ofrendarle flores, veladoras, misas o cosas secretas.

3.6.3.4.3. Aire de campo

Es substancial aclarar que en el subtítulo de espanto del presente capítulo, expusimos las diferentes causas por las que éste puede resultar, entre ellas mencionamos al aire de campo. Pues bien, entre todos los aires, éste es distinguido como el peor; habita en el campo (áreas de cultivo, cerros, debajo de los árboles, renajes de agua) y puede representarse a través de animales como la culebra.

El aire de campo es una entidad que origina un mal, propiamente el susto, en este sentido, nuevamente nos topamos con un aire que produce enfermedad, pero no así, es en sí mismo un padecer.

Ellos se viven allá, todos los malos ahí viven, debajo de los árboles, del cerro, es su descanso, y peor si te fuiste a descansar donde el mero descansa, porque las culebras se enroscan para dormir... Entonces, no falta que ves una culebra, ese ya es aire de campo, ya te espantó (Trabajo de campo, 2012).

Habitualmente, dichos aires se manifiestan ante los hombres más que con las mujeres, ellos

trabajan las cuestiones agrícolas o se van a “leñar” (recolectar leña); la advertencia para todos será no quedarse dormido en cualquier lugar, pues es la situación predilecta para sorprenderles.

El tratamiento ocupado para recuperar la salud ya lo describimos en la sección correspondiente al susto, lo único que queremos agregar aquí es que ante la falta de expertos que atiendan ese padecer, cuando los curanderos contemporáneos no satisfacen las necesidades del enfermo, también puede acudirse con el médico alópata y complementar la atención. Nos enteramos del caso de un hombre que enfermó por este tipo de aire y sólo con las dos alternativas de curación logró su restablecimiento general.

3.6.3.4.4. Aire echado

Un aire echado es coloquialmente un “mal echado”, esta modalidad de aire es catalogado como parte del conocimiento de brujería. Generalmente es solicitado por personas que quieren hacer “maldad” a otras; a razón de envidias, diferencias particulares, problemas familiares, laborales o venganza.

Los indicados para “trabajar” este aire son los “meros” curanderos, pues sólo ellos saben cómo propagarlo; a través de objetos personales, comidas o bebidas. Ahí es donde el mal aire se concentra y la gente lo recibe. Requieren de intermediarios, los cuales son entes no naturales como puede ser un muerto u otros desconocidos, como los aires mudos¹⁹².

La persona que no te pueda ver, te echan habladas que porque tienes ó te falta de comer, que si no vas a trabajar eres un huevón, estás tragando ¿De dónde sacas?, todo les molesta, ese es el aire malo que avientan en la noche, pero no sabes, ahí está, ya lo levantaste, ya lo recibiste (Trabajo de campo, 2011).

Es cuando les avientan una enfermedad así de aire, pero eso es gente mala que sí estudiaron y saben más. Vamos a suponer como que te trabajan en tu ropa (Trabajo de campo, 2012).

El aire echado es un aire previamente manipulado y “aventado” directamente hacia una persona o en su lugar de residencia. Incluso por ser dominio del espacio doméstico (inesperadamente aparecen objetos extraños y ajenos), también es identificado como aire de casa.

Padecer de un mal echado es frecuente en la población adulta pero los niños son más sensibles, por considerarse débiles, incluidos los bebés no bautizados.

El diagnóstico se realiza mediante la limpia de huevo, la interpretación consiste en observar la silueta de una persona. Los síntomas son inespecíficos y repentinos sin causa aparente, desde fiebre, no conciliar el sueño o malestar general.

Este tipo de aire no es fácil de “quitar” (curar), de no ser atendido a tiempo la gente puede morir. Desafortunadamente, no logramos obtener mayor información del tratamiento por lo antes reiterado (negativa de dos curanderos).

¹⁹² No logramos ubicar a los aires mudos dentro de la tipología, pues el único curandero que los refirió no accedió a proporcionar mayor información, argumentó ser parte de un saber oculto.

3.6.3.4.5. Aire de imagen

Existe otro aire conocido como aire de imagen, éste tiene semejanza con el aire echado, en el sentido de que el curandero también lo “trabaja”. Solo que aquí una imagen religiosa (católica) hará la maldad a la persona según la indicación de quien haya solicitado el servicio curandil. Cualquier imagen sirve de vínculo para centralizar el mal aire, destacan los santos Santiago Mulato, San Martín Caballero, la Virgen de Guadalupe, Niño Dios, Sagrado Corazón de Jesús, San Judas y la representación de la última cena de los apóstoles.

Para decirlo más claro, los curanderos que “saben” ocupan a las imágenes con fines específicos.

Este aire está localizado espacialmente al interior de la vivienda, por ello, también es contemplado como aire de casa. Sabemos que las imágenes religiosas son colocadas en las habitaciones o tienen un altar especial para ofrendarles flores y veladores. Entonces en base a esto, concurren dos motivos por los que las imágenes “avientan” el aire, uno es porque sus dueños no les ofrendan nada en su casa y segundo porque al haber sido “trabajadas” por el curandero nadie puede tocar nada de su altar; en ambos casos las imágenes se “cansan y enfadan”.

Si tienes una imagen y no le pones una veladora pues la tienes acostumbrada y al rato que ya no le des, la virgencita se enoja y ella misma pues te avienta el aire (Trabajo de campo, 2013).

Nunca es bueno que vayan los niños a una casa y corten una flor porque hay gente maldosa, delicada y egoísta... les hace mal... con sus imágenes, pero esas ya los tienen trabajadas (Trabajo de campo, 2012).

Aunque la imagen no tenga la intención de enfermar o esté facultada según los preceptos católicos, tiene que hacerlo a petición de un tercero, por ese motivo la imagen enferma a la gente.

De aire de imagen enferma cualquiera, inclusive los bebés, una forma de preverse es no tener ninguna imagen en la casa, ni siquiera en playeras, gorras u otro objeto personal. El diagnóstico también puede hacerse a través de la limpia de huevo, debe dominarse la interpretación y no confundirse con el aire de santo (escapulario) porque no son lo mismo. La apariencia de la figura es distinta según la imagen que salga.

Los síntomas por padecer son fiebre, escozor, fatiga, dolor o concebir golpes en el cuerpo, en el caso de los niños llanto prolongado y no poder dormir.

El tratamiento tiene diferentes facetas según vaya viéndose el resultado, primero hay que limpiar al afectado con dos velas, prendérselas a la imagen y hablarle como si se le estuviera hablando a una persona, pedirle disculpas por no haberle puesto su ofrenda, indicarle no hacer caso a quien le esté dando instrucciones y solicitarle deje de “molestar” al enfermo. Con la limpia “se les baja el aire”, es decir, aminoran las molestias y se tranquilizan. Si esto no es completamente efectivo o reincide el malestar, entonces proceden a la segunda intervención, la cual consiste en sacar a la imagen de dónde estaba inicialmente y ubicarla en otro espacio de la casa, ahí no debe entrar el convaleciente, evitarse en todo momento.

De no ver resultados plenamente satisfactorios, la tercera opción será prepararse y sacar a la imagen de la casa, para ello debe haber precaución, pues de no hacerse acertadamente ese aire se le puede pasar a otra persona. El asunto radica en hacer una “humareda” con hierba de pericón (*Tagetes lucida Cav.*) y diferentes cosas como ropa “vieja” (usada, desgastada) y majada de animales (desechos de cerdo, caballo, perro), la intención es quemar y generar demasiado humo para que el aire se vaya del lugar; el enfermo debe cruzar tres veces por esa humareda, de esa manera el humo absorberá lo que el cuerpo siente y se llevará el mal.

La humareda debe hacerse en el área donde estaba la imagen (también rociar alcohol), después de ese acto es momento de sacar a la imagen, ésta tiene que ser removida por una persona que no viva en esa residencia. Finalmente ir a dejarla al templo católico o en una cruz al interior del panteón. La gente que hizo ese favor sabe que después de haberla llevado tiene que darse una “friegu” de alcohol en todo su cuerpo y fumar un cigarro, esa es la forma de protegerse para que el aire no se le “pegue” a él. Se dice que es mejor que quienes van a dejarla sean “borrachos”, pues como están acostumbrados a beber alcohol, ingerirlo durante el camino será de mayor protección. Después de la salida de la imagen, la humareda debe realizarse tres veces más en la casa, esto es a la misma hora desde la primera vez.

Una complicación de aire de imagen genera la muerte, pues por no creer y hacer la terapéutica adecuada el desenlace es ese. La singularidad para reconocer que la gente murió por este aire es porque la imagen se “pinta” en la espalda o pecho de la persona, en algunos casos les sale “espuma” por la boca o nariz.

3.6.3.4.6 Aire de daño

El daño es referido con regularidad entre la población pero difícilmente lo relacionan con un tipo de aire, sin embargo, a los curanderos les preguntamos directamente ¿Cuál era el aire más fácil de curar y menos nocivo para la salud? La mayoría hizo alusión al daño y sobre este especificaron determinadas características.

El daño generalmente enferma a los niños, también está conectado con el “mal ojo”, pero tampoco lo nombran así. El daño es causado por diferentes razones, entre ellas, que los adultos le “calienten la sangre”¹⁹³ al niño y éste a su vez tenga la “sangre dulce”, es decir, ocasione reír a las personas.

Para entender mejor, al adulto le agrada el niño, le gusta, le causa gracia lo que hace (gestos, travesuras) o lo quiere en demasía, por su parte el niño que tiene sangre dulce es más débil y no “soporta” lo caliente del adulto por eso enferma. Entre el saber popular se dice que cuando una persona es “vienera” (nació en viernes y tiene el don de curar o dedicarse a la brujería) enfermará con mayor posibilidad a los niños.

Este aire así ubicado por los curanderos es normal y no peligroso, esto significa que no es

¹⁹³ Entre otras cosas, escuché decir, que las frutas en los huertos se secan cuando alguien tiene la “vista caliente” o aquella mujer que esté en su período menstrual. La “vista caliente” puede presentarse cuando se regresa de la calle a la casa. Sin embargo, cuando una mujer está embarazada lejos de perjudicar el huerto, sucede todo lo contrario, se cree que ayuda para que florezcan los frutos, sean abundantes. Esta analogía en referencia al daño en los niños, nos hace pensar que la sangre caliente tiene un significado negativo tal y cómo se percibe con respecto a perjudicar a los huertos.

generado con una mala intención de parte de las personas. Anticipamos que este tipo de aire es una entidad impalpable como las que hemos presentado hasta el momento, la cual según la representación social, en este caso los adultos poseen “calor” que transmiten a los niños. Más adelante, vemos que el uso de la limpia como terapéutica intenta sacar lo caliente a través de elementos frescos.

Pues yo para los aires normales, naturales que sean no delicados, yo nada más ocupo el limón, el cigarro, la jarilla y el huevo... Es el más sencillo, es un aire así como dañoso, que es como ora' tu vienes, te gusta un niño, le haces... Ese es el daño, el ojo que le dicen, no más le hizo ojo (Trabajo de campo, 2013).

La sintomatología por daño es el llanto constante, fiebre, enfado, inquietud, no poder dormir, deja de comer, salen lagañas en los ojos, piquetes en el cuerpo como “aguates” (hormigueo) y en algunos casos les da vómito y diarrea.

El diagnóstico se hace con la limpia de huevo, cada curandero da una lectura diferente de lo qué es el daño, algunos dicen que observan una “telaraña” encima de la yema del huevo, en cambio otros ven una mancha extendida. Otro indicador para confirmar el daño es que la cabeza de los niños desprenda olor a huevo y la tengan caliente.

El daño también puede ser autoatendido por mujeres de la localidad que sepan descifrar al huevo o en su caso hagan la limpia para la curación, no necesariamente tiene que ser un curandero.

En los hogares las abuelas o las mujeres mayores son las encargadas de reproducir el saber, primero suelen recurrir a la ropa sucia del hombre que fue a trabajar al campo (playera, calzón, pañuelo), para frotarla sobre el cuerpo del niño; se cree que el sudor del hombre es fuerte y por provenir del campo eso fortalece y cura al infante. Si esto no es efectivo ocupan otra limpia, esta puede ser con el huevo, mismo que fue sumergido o tallado con alcohol, es recomendable que la limpia sea efectuada por la persona que hizo el daño; en otros casos integran el limón, cigarro y hierbas como la jarilla (*Baccharis glutinosa Pers*) o la albahaca (*Prunella vulgaris L*).

Los curanderos prefieren hacer la limpia durante la noche antes de dormir y emplean recursos similares como el huevo, alcohol, epazote y limones; limpian todo el cuerpo empezando desde la cabeza hacia los pies, cada vez que tocan una parte corporal hacen la señal de la cruz, para finalizar indican a las mamás no tocar físicamente al niño sino hasta el día siguiente porque de ser así puede recaer. La terapéutica es sencilla y por lo tanto la recuperación es rápida y sin complicación.

3.6.3.4.7 Aire de santo

El aire de santo no es nombrado de esa manera entre la gente, los curanderos son los únicos que hacen esa diferenciación para clasificarlo como un tipo de aire. En este caso los que causan enfermedad son únicamente dos santos, San Antonio y Santo Domingo, ambos tienen varias cualidades como entidades volátiles que detallaremos más adelante.

Este aire frecuentemente referido como escapulario o santo tiene una representación ambigua sobre su dualidad “benigna y maligna”, por un lado se cree que los santos son buenos porque

curan a las personas cuando “se les da lo que piden” pero por otro al desconocer la procedencia de estos santos, se llega a pensar que provienen del “malo” (Satanás).

No ahondaremos mayor exposición aquí, debido a que nos compete ampliarla en el apartado correspondiente, lo único que quisimos resaltar es que el escapulario está integrado a la tipología de los aires.

3.6.3.4.8 Recapitulación de tipología

De lo visto hasta ahora, analizamos que los aires en cualquiera de sus modalidades causan daño, mal o enfermedad, la diferencia entre unos y otros reside en el origen que lo genera, de manera natural y por manipulación de terceros (curanderos o seres sobrenaturales).

Recordamos que de todos los aires, el aire de campo es el causante de originar espanto, no así, es una enfermedad por sí misma. En este mismo tenor, la población no llama a los aires, propiamente "aire echado, aire de imagen, aire de daño y aire de santo", no obstante, sí están relacionados con la entidad y los curanderos son quienes los clasifican así según su saber.

Los aires pueden enfermar a cualquier grupo de edad, incluidos bebés y ancianos, sólo hay distinción en dos tipos, el aire de campo y daño, el primero enferma con más frecuencia a los hombres y el daño a los niños menores.

El aire más peligroso es el aire de campo; y los más difíciles por atender en orden secuencial, aire echado, aire de muerto, aire de imagen y aire de santo. Los niños son más susceptibles a ser afectados por los aires, debido a que tienen menos fortaleza para resistir.

A los aires debe tenérseles cierto respeto, no puede retárseles, desafiarlos o ponerlos en duda, pues por no creer en ellos o seguir las indicaciones terapéuticas llegan las complicaciones y en algunos casos hasta la muerte.

Socialmente es reproducido que no existe prevención contra los aires, sin embargo, hay algunas acciones cotidianas que son puestas en práctica y ayudan a protegerse de ellos. Por ejemplo, el levantamiento de sombra de un difunto es un recurso simbólico; pues al levantarla e incorporarla a quien falleció evitan que ande rondando en la calle y por tanto asuste o enferme de aire de muerto.

Advertimos que pese a no tener conciencia de prever sí la hay, otro forma es en cuanto a los alimentos. Algunos aires tienen la cualidad de percibir olores, aromas o sabores, por ello, la precaución ordinaria será lavarse las manos y la boca después de comer ciertos alimentos como mole verde, pollo, pescado y huevo (también gordas de frijol ó semillas tostadas de calabaza); adicionalmente masticar chicle, ponerse perfume, fumar un cigarro o echarse un “pegue” (tomar una copa de alcohol de caña). De no hacer esto, los “aires se aprovechan”, huelen el olor de comida y se “pegan” a la persona.

Los curanderos tienen mayor previsión antes de salir de sus viviendas, acostumbran moler en polvo un cigarro o un puro y después mezclarlo con alcohol, lo frotan en las manos y cabeza, siempre haciendo la señal de la cruz. En otros casos se limpian con epazote y usan perfume

(Siete machos).

Los síntomas más recurrentes en todos los aires son, alteración del sueño, dolores musculares en el cuerpo, falta de apetito, fiebre y comezón en la piel por sarpullido de granos o ronchas.

Los diagnósticos son efectuados bajo el mismo procedimiento, la adivinación, no obstante, la lectura del huevo asignada a cada clase de aire es diversa según el curandero, lo que es un hecho es que la población legitima su conocimiento.

Intentamos explorar la cualidad de los aires (frío/caliente) y la de los tratamientos, sin embargo, entre los curanderos no hubo puntualidad en las respuestas, algunos dijeron que son calientes y por tanto los recursos terapéuticos debían ser frescos. De los argumentos compartidos por la población, se dice que las limpias ayudan a bajar la temperatura caliente del cuerpo, disminuir granos o ronchas y quedar más tranquilos, logrando el descanso y conciliar mejor el sueño.

Tomemos en cuenta que dependiendo de la reacción o respuesta a las limpias los procedimientos irán ampliándose u ocupando otros mecanismos. En el caso de la limpia con hierbas, existe una distinción, lo que significa que no todas las plantas tienen las mismas propiedades, por ejemplo, el epazote, pirú, cordoncillo y jarilla son las más comunes para todos los aires o los de menor gravedad, en cambio el paraíso, albahaca, ruda, estafiate (*Artemisia ludoviciana (Nuttfall sbsp.)*), pirú, malva (*Malva rotundifolia L.*), pericón y salvia larga son las más “fuertes” para retirar a los aires peligrosos y difíciles.

El cigarro y el alcohol indudablemente están ligados a apartar a los aires de la persona, por un lado previenen de no acercarse y por otro los aleja. Asimismo, coadyuvan otras alternativas más elaboradas como hacer una humareda (para aire de imagen) establecer horarios, lugares específicos, toma preparada, agregar oraciones o símbolos católicos (cruz) y encarar verbalmente a los aires, ya sea con peticiones cordiales o regaños y groserías.

Una cuestión relevante con relación a la atención llevada a cabo, tiene que ver con la ubicación del aire en el cuerpo, esto quiere decir, que si el aire únicamente está corporalmente encima las limpias serán suficientes, en oposición, la dificultad será cuando el aire esté internamente o en alguna parte susceptible como estómago, cabeza y huesos, así será más grave y delicado tratar. El curandero a su vez tiene que ser un experto en dicho conocimiento, por ejemplo, en la preparación de tomas o compuestos, los cuales permitirán arrojar el aire a través del vómito.

Entonces, observamos que cualquiera que sea el tratamiento, la intención principal de éste tendrá que ser sacar, retirar o quitar del cuerpo del enfermo el aire que causa daño, pues, conciben es la única manera de restablecer la salud.

Al final de la curación es necesario que la persona ya no tenga contacto físico con otras personas, salga de su casa o se bañe porque puede haber recaída, del mismo modo, los recursos utilizados en las limpias deben esconderse, tirarse o quemarse para que el aire no sea propagado en el espacio y perjudique a alguien más.

Una atención oportuna de cualquier enfermedad es conocida como “avivar” a la persona, esto

es, tomar en cuenta las indicaciones y actuar de manera rápida, se entiende como actitud positiva.

Dentro de las complicaciones, refieren al “fuerte aire” cuando un aire no es atendido a tiempo o cuando lo han tratado de diferentes maneras pero no hay resultados efectivos. Esto es indicativo de gravedad porque la enfermedad sigue desarrollándose y avanza.

Las complicaciones están presentes en el momento en que no hay credibilidad del origen de la enfermedad, en consecuencia al no seguir el protocolo cultural del tratamiento conlleva a la muerte como consecuencia fatal; esto aplica para todos los aires con excepción del daño en los niños.

Finalmente diremos que, presentamos la tipología de los aires porque tuvo sentido para el desarrollo de la investigación, tanto en la recaudación de datos como en la descripción y análisis, uno de los objetivos del protocolo apuntó explorar los padecimientos con expresión cultural que tuvieran alguna relación con el escapulario, para sorpresa nuestra, las representaciones sociales alrededor de los aires indicaban que debíamos seguir indagando y así comprender o hacer conjeturas sobre el escapulario.

Al comparar entre los diversos aires, el aire de santo (escapulario) es el más demandante en su atención, la frecuencia con que se manifiesta entre la población rebasa a cualquier padecimiento popular.

Adelantamos, que las ideas sociales sobre este aire son elaboradas y complejas. De los resultados incipientes, aquí sólo señalamos a los causantes de generar la enfermedad, San Antonio y Santo Domingo, ambos son santos personificados en aires volátiles. Es así que en el capítulo respectivo nos dedicaremos a abordar detalladamente tal padecimiento.

Capítulo IV. La familia en su cotidianidad

En el capítulo anterior ya hemos presentado el amplio contexto estatal, municipal y local en el que el escapulario se presenta como un fenómeno de salud, ahora aterrizamos a unidad más cercana, la familia. Uno de los propósitos de la investigación fue mantener una relación cercana con las seis familias contempladas en el estudio, a razón de observar las relaciones internas al interior de los hogares en relación al niño.

Partiendo de que el cuidado del niño no es exclusivo de los padres, utilizamos el concepto de estructura familiar para no dejar fuera elementos inherentes a la convivencia entre diferentes núcleos familiares. Al centrarnos en dicha concepción, pudimos acceder no solo a los patrones de residencia, sino a los vínculos, roles, comunicaciones y correlaciones establecidas entre los integrantes, poniendo atención en cómo esto influye o no en el menor. Aclaramos que no aludimos a que de esto depende enfermar de escapulario, tan sólo intentamos averiguar la dinámica familiar y su papel en la cotidianidad del niño.

Atendimos aspectos familiares que concedieran darnos mayores respuestas en torno a lo que previamente ya habíamos encontrado tanto etnográficamente como en la revisión de la literatura, por ejemplo, disponibilidad de los espacios, condiciones de sanidad, economía, prácticas alimentarias y cuidados hacia el infante.

Con esta aproximación tuvimos la oportunidad de identificar patrones culturales, que no necesariamente son únicos de las familias seleccionadas sino de la localidad misma.

La manera de constatar datos fue a través de la triangulación metodológica entre las entrevistas y la observación participante, por un lado, entrevistamos a las mamás con un guión específico pero también estuvimos en continua interacción en sus hogares, realizamos visitas domiciliarias planeadas o esporádicas y a su vez quisimos ser parte de su rutina diaria, pernoctar en sus viviendas cuando fuera posible, participar en las actividades domésticas, acompañar en episodios de salud y cuestiones comunitarias como rituales funerarios y curativos (escapularios), fiestas civiles y religiosas.

Este capítulo será un encuentro completamente etnográfico, pues tenemos la finalidad de mostrar la vida cotidiana de Coatetelco a través de las familias que nos dieron cabida para conocer parte de su día a día.

4.1 Estructura familiar

4.1.1 Patrón de residencia y composición

Antes de dar pie a la exposición, recordamos que hicimos uso del consentimiento informado verbal y escrito, entre los puntos estimados, preguntamos abiertamente a las mamás sobre el anonimato o publicación de sus nombres, aunque las seis decidieron anunciarlos en el trabajo, decidimos ocultarlos y cambiarlos por otros.

En este sentido, comenzamos enlistando los nombres de las madres e hijos:

Tabla No. 30
Familias participantes en el estudio

No	Mamá	Hijo (1-4 años que alguna vez padeció escapulario)	Número de hijos y edad
1	Angélica	Daniel	2 ⇨ Daniel 3 años Hermano 1 año
2	Julieta ¹⁹⁴	Gabriela	2 ⇨ Gabriela 3 años Hermana 3 meses
3	Lourdes	Yuri	2 ⇨ Hermana 7 años Yuri 2 años
4	Romina	Abel	2 ⇨ Hermana 5 años Abel 3 años
5	Rutila	Lili	1 ⇨ Lili 3 años
6	Yeni	Alina	1 ⇨ Alina 1 año

Fuente: Trabajo de campo, 2011-2013.

Refiriéndonos únicamente a las seis madres, el menor nivel escolar fue primero de primaria y el superior tercero de secundaria, el grado regular es sexto de primaria. La edad promedio es de 24 años y el número de hijos es de 1.6. En su mayoría todas son jóvenes, ninguna tuvo algún aborto, han tenido el mismo número de embarazos y de hijos nacidos vivos.

En cuanto al patrón de residencia, dos familias (Angélica y Yeni) tienen residencia patrilocal, es decir, viven en la casa de los padres de su cónyuge; el resto (Julieta, Lourdes, Romina y Rutila) tiene residencia matrilocal, viven en la casa de sus padres. Vale la pena mencionar que Julieta mantiene una segunda relación conyugal, Romina está temporalmente separada de su esposo y Rutila es madre soltera a partir del abandono de su cónyuge.

En el caso de Angélica y Yeni, además de compartir con sus suegros lugares comunes al interior de la vivienda también lo hacen con una cuñada, quién conforma otro hogar en la misma residencia. Julieta sólo vive con sus padres, no convive con otro hogar adicional; Lourdes además de vivir con sus padres tiene relación con tres hogares más, los de sus hermanos varones; Romina por igual, aparte de vivir con sus padres comparte espacios de residencia con un hogar más, el de un hermano varón; y Rutila vive con su madre pero también mantiene relación con el hogar de una hermana.

La correlación existente entre esos hogares en la residencia es la preparación de alimentos y recursos económicos empleados en lo mismo.

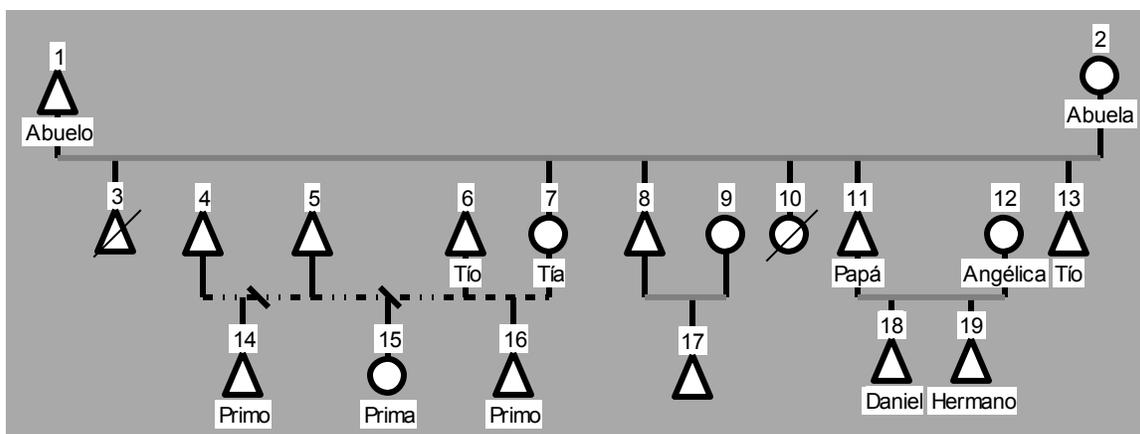
¹⁹⁴ La familia de Julieta cambió de residencia tres veces en un periodo de dos años, al momento de incorporarla a la investigación vivía temporalmente en Coatetelco, después cambió al municipio de Xochitepec (Morelos) y alrededor de tres meses estuvo en la ciudad de México (DF). Fue considerada participante del estudio porque cuando la niña enfermó de escapulario residía en Coatetelco.

Angélica a pesar de vivir con sus suegros no comparte con ellos la preparación ni gastos en alimentos, tampoco con su cuñada; Julieta, Romina, Rutila y Yeni en todo momento sí distribuyen las actividades de preparación y recursos con padres o suegros (según sea el caso) pero no así con los otros hogares; en cambio, Lourdes sólo en algunas ocasiones lo hace tanto con sus padres como con los distintos hogares mencionados. Vemos entonces que, la mayoría de familias tiene la tendencia de compartir las actividades alimenticias en coordinación con los demás hogares que habitan en la misma residencia.

Para tener una idea más amplia de la composición de las familias, mostramos las genealogías de los integrantes que forman el vínculo familiar del niño. El árbol genealógico incluye a la familia extensa y nuclear, contemplamos como punto de partida la residencia actual en la que se encuentra el infante, patrilocal o matrilocal, siendo el eje inicial los abuelos.

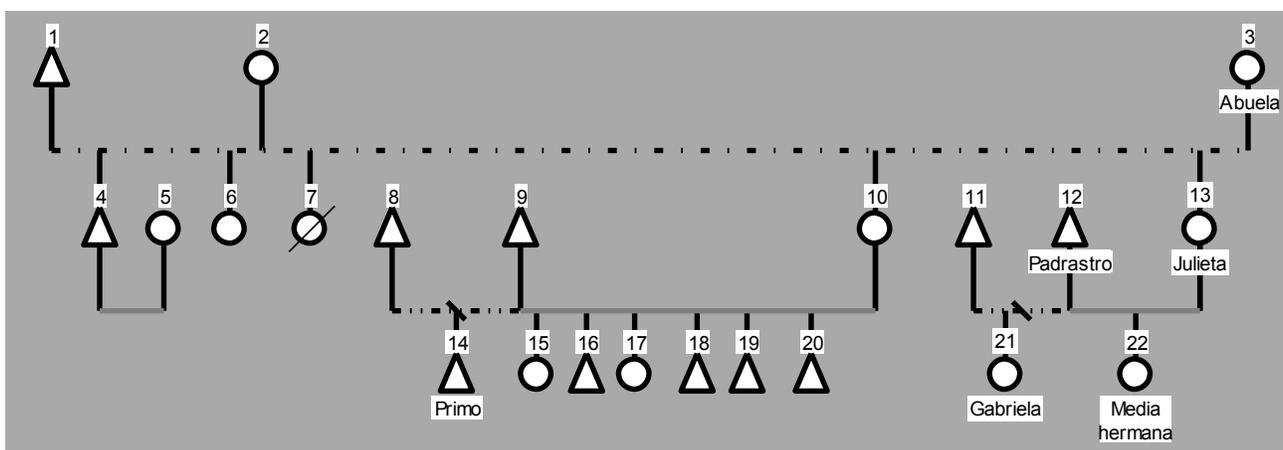
En cada genealogía especificamos qué familiares viven con el niño, para ello, deben observarse los términos de parentesco, por ejemplo, abuelo, padre, madre, tío, hermano, primo, quienes no tienen ese calificativo solo pertenecen al árbol genealógico extenso pero no viven con él.

Genealogía No 1. Angélica-Daniel



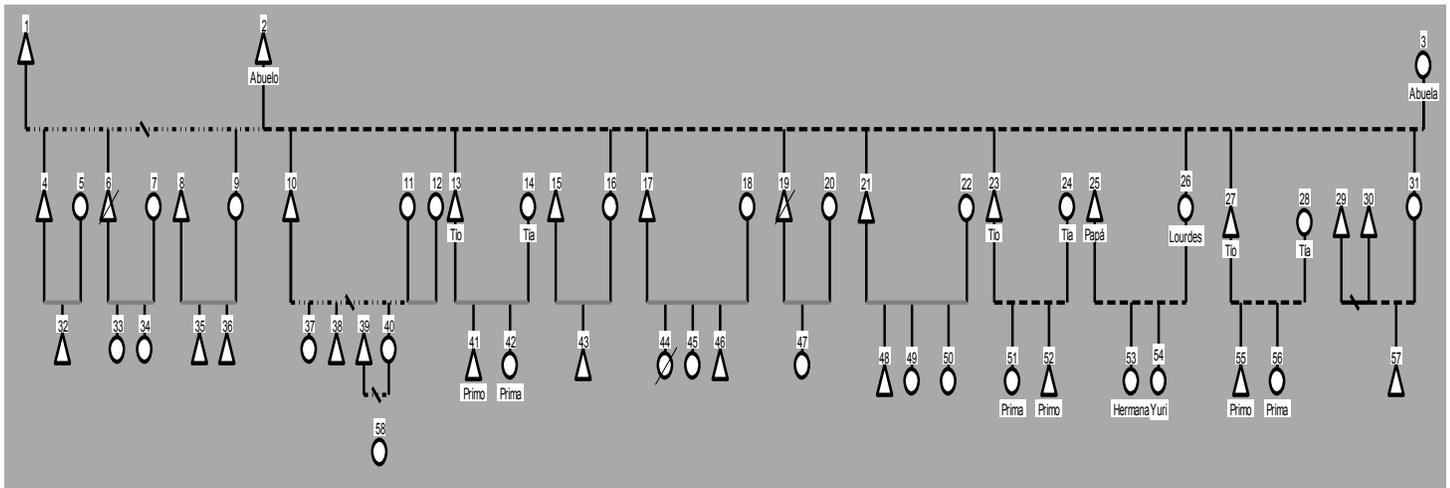
Fuente: Trabajo de campo, 2012.

Genealogía No 2. Julieta-Gabriela



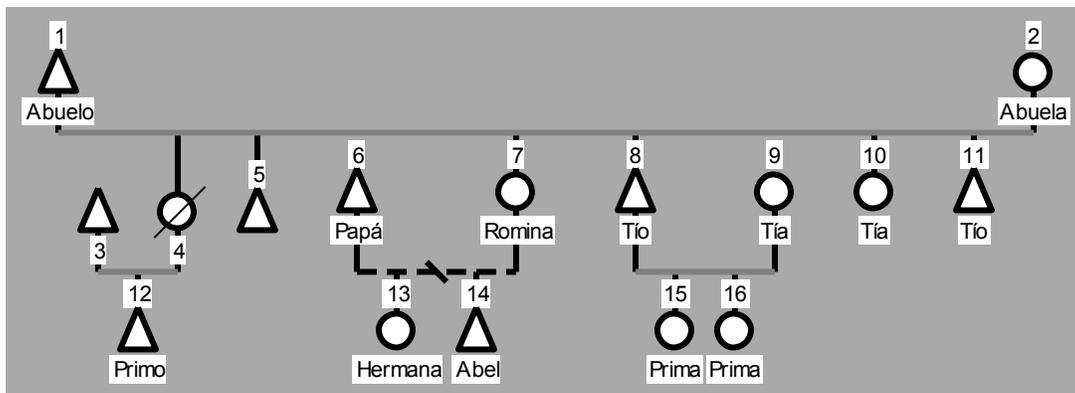
Fuente: Trabajo de campo, 2012.

Genealogía No 3. Lourdes-Yuri



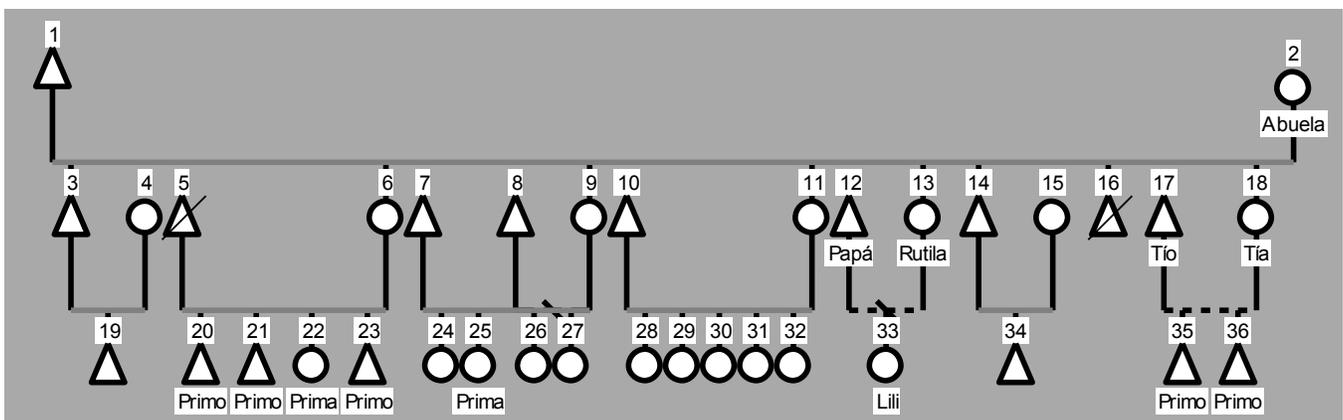
Fuente: Trabajo de campo, 2012.

Genealogía No 4. Romina-Abel



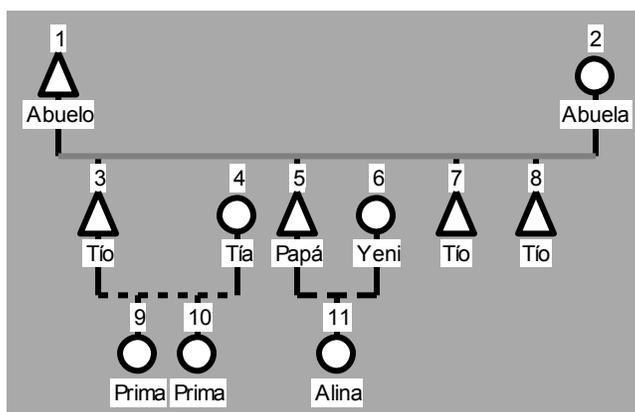
Fuente: Trabajo de campo, 2012.

Genealogía No 5. Rutila -Lili



Fuente: Trabajo de campo, 2012.

Genealogía No 6. Yeni-Alina



Fuente: Trabajo de campo, 2012.

Visualizados los diagramas genealógicos, resumimos algunas características exclusivamente de los familiares que cohabitan y conviven con el niño.

En tres familias predominan más mujeres que hombres, en dos familias existe un equivalente entre los integrantes por sexo y solo en una familia hay más hombres que mujeres¹⁹⁵.

En general, los adultos mayores a 15 años tienen como grado máximo escolar el sexto de primaria. En dos familias, los abuelos no fueron a la escuela y en una familia se distingue el abuelo paterno por cursar bachillerato (caso notable en todas las genealogías). Los niños que actualmente cursan primaria están atrasados con uno o dos años escolares, esto es, no concuerda conforme a su edad; por su parte, los menores de cinco años que deberían acudir a preescolar no asisten. De todas las familias, una tiene el menor grado de estudios, situación correlacionada a jóvenes que trabajan a muy temprana edad en actividades agrícolas.

Sobre este aspecto, en cinco familias vimos a jóvenes de doce, catorce y diecisiete años trabajando en algún empleo u oficio, de no ser así son considerados desempleados; al dejar de estudiar procuran estar ocupados y en el caso de las mujeres colaboran en las actividades domésticas¹⁹⁶.

El trabajo predominante entre las mujeres es el hogar, en casos excepcionales son empleadas de cualquier oficio provisional. En el caso de los hombres, en orden consecutivo, son campesinos, jornaleros, ayudantes de albañil y empleados ocasionales.

Finalmente, añadimos dos elementos para las seis familias extensas y no solo para los que viven con el niño, estos son: causa de muerte y migración. Quisimos puntualizar estos datos, por la obligación de mostrar aspectos inherentes a la vida cotidiana de la localidad.

¹⁹⁵ Incluimos a todos los menores.

¹⁹⁶ En la localidad, los jóvenes comienzan a adquirir anticipadamente responsabilidades de adultos, saliendo de la primaria o secundaria dan un paso hacia la vida adulta, en muchos casos formalizan uniones libres o el matrimonio y las mujeres se embarazan.

Por ejemplo, en el capítulo III ya hemos dicho que la migración hacia el exterior (Estados Unidos de América) es poco visualizada por las instituciones oficiales como el INEGI, sin embargo, es un hecho evidente y dinámico en Coatetelco que tiene repercusiones sociales de diferente índole, por esta razón, a partir de las genealogías, averiguamos qué apuntaba el contenido de la información.

Así tenemos que de las seis familias, en cinco hubo y hay migrantes en Estados Unidos. Detallamos algunas repercusiones, el hecho de que hayan migrado generó mayores ingresos económicos para construir sus viviendas, aumentar de manera temporal su capital, contribuir en compromisos sociales (civiles) o religiosos y cooperar con gastos de la salud de algún familiar, no obstante, entre las consecuencias negativas fueron, los padres no estuvieron presentes durante el nacimiento de sus hijos, los conocieron años después de su regreso, abandono y separación con la esposa, otorgar la responsabilidad del cuidado de los hijos a los abuelos, aprensión en cárcel por delito, suicidio y muerte por accidente¹⁹⁷.

En cuanto a la causa de muerte, anticipamos aquí la sorpresiva mortandad en la localidad por algún tipo de violencia; conforme transcurrían los primeros días de campo, al conocer a la gente, hacer redes y vivir una temporada en el lugar, era un hecho sin precedentes enterarnos de las muertes por esta causa. Por ello, echamos un vistazo a las genealogías y encontramos que, de las seis familias en cinco hubo muerte violenta, destacando los asesinatos a hombres.

Por otro lado y sin tener relación con lo anterior, llamó la atención que tres de las abuelas (base de la genealogía) perdieron a un niño menor de cinco años, las causas de muerte fueron: complicaciones de parto, picadura de alacrán¹⁹⁸ y complicaciones por infección respiratoria.

A partir de las genealogías obtuvimos datos de interés comunitario que iremos ampliando después con historias relatadas y anotaciones de la observación participante.

4.2 Condiciones físicas y espacios en las viviendas

De aquí en adelante veremos que la estructura familiar es más que un grupo de personas que conviven entre sí, existen aspectos externos a ésta que condicionan o coadyuvan la vida

¹⁹⁷ Recuperando testimonios en pláticas informales, nos topamos con la visión de un personaje clave en la localidad, según su visión, la migración ha generado diversos cambios en la población, principalmente entre los jóvenes (varones), quienes a corta edad son enviados por los papás para ser apoyo económico al gasto familiar, visto así como un “cheque al portador”. No obstante, reflexiona como consecuencia inmediata el abuso del consumo de alcohol pero sobre todo la apertura hacia las drogas. Así, al regresar a la localidad tienen mayores bienes materiales y dinero, invitan a los amigos de infancia a repetir las mismas prácticas, entonces, el prototipo de joven migrante aumenta cada vez más. Aunado a ello, los jóvenes que van a Estados Unidos regresan en “cajones” (muertos) por lo que el precio por irse es alto.

¹⁹⁸ Esta muerte fue reinterpretada en relación a la brujería. Fue usual escuchar relatos de muerte concernientes a esta aunque no necesariamente por este motivo (picadura de alacrán). Por ejemplo, mencionaron muerte a causa de que las “brujas los juegan”, los menores amanecen muertos inexplicablemente de un día para otro, presentan rasguños en la cara, moretones, torceduras o tienen polvo en su cuerpo por haber sido tirados en la tierra. Pese a que las historias no son contemporáneas y aluden al pasado (más de quince años) la gente aún sigue creyendo en eso, por ello, en algún lugar de la cama ponen pequeñas bolsas de plástico con mostaza, unas tijeras en cruz cuando hay un bebé recién nacido, en el patio también dejan un sombrero para que las “brujas” sepan que hay un adulto en casa, así como prender o fumar un cigarro. Todo esto las ahuyenta, son acciones preventivas. En el 2013, un joven de trece años murió a causa de dengue hemorrágico pero entre los rumores y versiones de la gente, comentaron que las “brujas lo jugaron como pelota”.

habitual. En este sentido, describiremos aspectos como condiciones de infraestructura y uso de los espacios.

4.2.1 Materiales de construcción y distribución de espacios

El patrón de construcción y distribución de los espacios es común en las seis familias, aunque depende de la reducción o amplitud de los mismos.

Los materiales de construcción en las habitaciones se caracterizan por ser de tabique, techo de concreto y piso de cemento, el patio es de tierra porque tienen plantas, árboles y animales. Sólo una familia tiene habitaciones con piso de tierra y techo de lámina de asbesto.

Los baños tienen esta similitud en cuanto a material de construcción, son fosas sépticas, dos familias las tienen ubicadas al interior de la vivienda, el resto en el patio, sin embargo, son cuartos o sitios independientes que tienen techo. El único inconveniente es que la entrada está a la intemperie, de las seis, tres tienen puertas y tres cortinas. Un baño tiene precariedad por lo diminuto y techo de lámina de cartón desgastado, en cambio, otro baño cuenta con material más sofisticado como azulejo y regadera (aunque no es usada).

Las cocinas están ubicadas con regularidad en el patio, los materiales se distinguen por ser frescos y de la región como son, acahual, chinamil o bambú (también de uso comercial como lámina de asbesto o cartón). A pesar de tener techo, no están cerradas sino abiertas pues son acordes para que salga el humo de la leña, es una tradición “moler” para hacer tortillas a mano. Tres cocinas tienen piso firme y tres de tierra.

Todas las familias tienen más de un cuarto para dormir, en promedio tres, pero, comúnmente los padres o abuelos duermen con los menores, solo en una familia los separan por sexo o edad, esto comenzó al dejar de ser niños y ser jóvenes. Dormir entre adultos y niños es un vínculo importante, se desiste conforme van creciendo.

Pese a que los integrantes de varios hogares duermen en habitaciones independientes, estas son contiguas y sin puertas lo que implica falta de privacidad. En dos casos, la vivienda es tan pequeña que los cuartos están inevitablemente conectados. Una familia goza con cuartos independientes para cada hogar, la amplitud de la vivienda y las puertas son privilegiadas en comparación con el resto de familias.

Durante la temporada de calor (de abril a junio), la mayoría de familias prefiere dormir a fuera de las habitaciones, es una práctica común acostarse en el piso de sus patios (área de concreto) porque no logran conciliar el sueño en la cama, no acostumbran usar ventilador y tampoco hamacas. Transitoriamente, este es un acto familiar, donde todos duermen con todos.

Sobre el uso que dan al baño, en dos familias de seis, dividen un cuarto para bañarse y otra para defecar, en los demás, es un mismo sitio para ambas actividades. Es frecuente compartir el baño entre varios hogares.

Las cocinas tienen mando simbólico en cuanto a las relaciones familiares, más adelante abordaremos sobre la preparación y distribución de los alimentos, mientras tanto, notamos que

el “tlecuil y pretil” (fogón/comal y base de concreto/metate para hacer tortillas y preparar alimentos) son parte de la cocina y es una característica de independencia entre los hogares. Una familia es la única que no comparte la cocina con los demás hogares al interior de la misma residencia.

Los patios son amplios y su mayor extensión es de tierra, tiene varios cometidos, colocar lavaderos para ropa y trastes, pilas o tambos para almacenar agua y sembrar árboles y plantas; en dos casos hay zonas específicas para animales de crianza.

Adicionalmente, exploramos dos elementos, la usanza de altares religiosos y botiquín. Una familia tiene altar en honor a los “Niños Dios”, dos familias conservan la imagen de la Virgen de Guadalupe pero formalmente no es altar y el resto no cuentan con altar. La razón de descartarlo se debe a lo que ya contamos en el apartado de aires (aire de imagen), creen que al no haber ninguna representación de los santos católicos evitan enfermar a causa de ellos.

Respecto al botiquín, no es un hábito conformarlo ni otorgarle un lugar especial, simplemente no lo tienen, sólo llegan a conservar algunos medicamentos que les resultan efectivos como Tempra® (mejor conocido como paracetamol), saben que sirve para bajar la temperatura, y también la Acromicina® para la diarrea. Es inhabitual guardar medicamentos por temor a que los niños los tomen por equivocación.

4.2.2 Convivencia con fauna doméstica y de crianza

Los animales domésticos y de crianza son parte del escenario en las viviendas. De los primeros tienen gatos pero sobre todo perros, todas las familias tienen por lo menos uno, principalmente lo ocupan para vigilar sus casas. El contacto de perros con niños es normal, juegan con ellos o los maltratan físicamente, suelen castigarlos cuando comen sorpresivamente los alimentos, en caso de hacerlo, les llaman “cuscos (as)”, al golpearlos creen que dejarán de hacerlo. Regularmente los niños son los encargados de ejercer dicho castigo hacia los perros instruidos por los adultos, esta acción es importante debido a que con ello reproducen ciertas conductas violentas¹⁹⁹.

Los animales domésticos buscan estar cerca del pretil en búsqueda de comida, los alimentos suelen ponerse sobre éste, casi siempre están expuestos a la intemperie por no ser guardados o tapados, en este sentido, los gatos o perros tienen contacto. Además de merodear la cocina, se ensucian y arrastran, algunas veces en compañía de los niños.

En cuanto a los animales de crianza, las gallinas y sus crías predominan, le siguen los cerdos para algunas familias y solo una familia tiene la posibilidad de tener caballos, cabras y gallos de pelea (estos tres simbolizan estatus y nivel económico).

Las gallinas son con quien más batallan las mujeres para apartarlas de la cocina y no permitirles el consumo de alimentos, pero esto es imposible cuando los familiares están descuidados.

¹⁹⁹ Una abuela contó la historia de un perro castigado que condujo a la muerte, ella no se cansó de golpearlo hasta conseguir matarlo.

A pesar de que cerdos, caballos y cabras tienen un espacio independiente en el interior de la vivienda, están a la intemperie, por lo que las moscas están cerca de su excremento, y esto puede convertirse en un foco de infección si no hay precaución de limpiar constantemente.

Los insectos suelen estar en interacción con los alimentos al momento de comer, pese a que las familias tienen refrigerador, durante los horarios de comida es inevitable estén presentes. En parte, se debe a que las cocinas y espacio de animales de crianza están al aire libre, sin techo o puertas.

Atender animales de crianza (sobre todo cerdos) requiere tiempo y trabajo, pero para algunas familias esto representa una forma de invertir, pues en algún momento lo venden o usan para algún compromiso social o personal.

4.2.3 Basura y excretas humanas o de animales

Algunos hábitos domésticos son aspectos que pueden repercutir en la salud general de la población. Ponemos como ejemplo el desecho de basura y excretas humanas o de animales.

Al hacer observación participante nos dimos a la tarea de constatar estas prácticas en la localidad, pues aunque trabajamos con seis familias, generalmente estuvimos al pendiente del patrón cultural.

En cuanto a la basura, no existe la tradición de separar la basura en orgánica e inorgánica. Una familia sí separa la basura, principalmente lo hace con botellas de plástico, latas de aluminio y cartones, pero esta medida está enfocada exclusivamente por economía ya que venden lo recolectado. El reciclaje se ha convertido en una fuente de ingresos, por ello, en la localidad existe un automóvil particular encargado de comprarles desechables²⁰⁰.

En general, la basura es acumulada en costales o recipientes para tirarla cuando pasa el camión municipal recolector (acude dos veces por semana a la localidad, aunque algunas veces puede tardar más de lo indicado); en su mayoría las familias prefieren quemarla sobre todo cuando el servicio municipal es insuficiente, en un caso ante la falta de esta asistencia y por la cercanía a una barranca, suelen depositarla ahí.

En Coatetelco, las barrancas son un depósito relacionado a un basurero, tiran la basura generada de las viviendas pero también animales muertos, ante esta cuestión ecológica e higiénica, no hay medidas de limpieza tanto comunales como de las autoridades locales y municipales.

Sobre las excretas de animales, ya hemos referido que los animales de crianza tienen áreas específicas donde duermen, comen y defecan, pero añadimos que a pesar de estar independientes a los cuartos de las viviendas esto no impide ser un agente de enfermedades (por ejemplo gastrointestinales) principalmente cuando no hay control de limpieza justamente en sus excretas.

²⁰⁰ Observamos gran cantidad de latas de cerveza y envases de refrescos.

Aunado a este tipo de animales, el ganado vacuno y caprino (vacas, toros, bueyes, cabras) son parte del estilo rural que permea entre algunos habitantes, por lo que al sacar a pastear a los animales, sus excretas están distribuidas por las calles sin una regulación sanitaria.

En cambio, las excretas humanas tienen un manejo más conformado a través de las fosas sépticas, aunque en algunos casos aún impera defecar al aire libre sin ningún mecanismo higienizado.

Para el interés de la investigación, resultó inesperado descubrir la enseñanza del control de esfínteres en los niños menores de cinco años. A través de la instrucción de un adulto, los enseñan a evacuar en algún sitio de los patios, ahí deben esperar a algún familiar para que los asista y limpie las heces o las deje ahí hasta después de un tiempo. El excremento permanece expuesto al aire libre por algunos minutos u horas, después lo recogen, guardan en los recipientes de basura o tiran en las barrancas. Una abuelas explicó que a los niños les enseñan a hacer del baño en los patios y no en las tasas de baño porque aún no alcanzan a sentarse bien.

4.2.4 Manejo del agua potable

En este apartado describimos el uso del agua potable de acuerdo al servicio local que tienen las familias, con base en ello, cómo la aprovechan y suministran. En el capítulo anterior narramos el escenario sanitario estatal, municipal y local, ahora nos centramos en el familiar.

Existe un rol de días para distribuir el agua según la forma de trabajo de cada Comité²⁰¹, registramos el siguiente para las familias:

Tabla No. 31 Distribución del agua en las viviendas	
Familias	Días de distribución
Angélica	Miércoles y sábado
Julieta	Cada cuatro días.
Lourdes	Martes y viernes
Romina	Lunes, martes y miércoles.
Rutila	Martes y sábado
Yeni	Miércoles y sábado

Fuente: Trabajo de campo, 2012.

Podemos observar que en general dos días a las semana gozan del servicio (unas horas durante los días especificados), con excepción de Julieta, quien por vivir en el municipio de Xochitepec le distribuyen de manera diferente, sin embargo, no hay cambio alguno sobre el abastecimiento pues en todos los casos no es oportuno y eficaz. Aunado a ello, están en mayor desventaja las viviendas que están ubicadas en ciertas partes o colonias de la localidad dónde es más difícil suministrar el agua.

²⁰¹ Periodo 2010-2013.

Esto lo constatamos en las tres temporadas de campo realizadas, el agua les faltó desde una semana, quince días o tres semanas consecutivas; una familia argumentó que en alguna ocasión estuvieron dos meses sin servicio. Cuando hubo cambio de Comité²⁰², las familias percibieron que el suministro de agua fue menor, es decir, disminuyeron los días y horas, por tanto, había queja.

El problema de la escasez de agua es visto como algo habitual, así que las actividades domésticas son cambiantes de acuerdo a la situación en la que estén; esto puede ser más notable durante el tiempo de “secas”, las mujeres identifican los periodos del año, así que saben qué ocurre y qué sigue según la temporada.

Debido a las circunstancias, las familias tienen que construir o generar recipientes para el almacenamiento del agua, como son cisterna, “pilas”, “tanques” y tinacos de plástico; cuando no hay posibilidad económica la conservan en cubetas y botes. El aseo sobre los espacios de almacenamiento no suelen ser continuo sino prolongado, pueden tardar desde ocho días hasta seis meses. Nosotros cotejamos que las áreas destinadas a guardar agua no siempre estaban en buenas condiciones, con regularidad el agua se veía sucia y esto en parte se debía a no tapar adecuadamente los depósitos.

Ante la falta de agua dejan de lavar ropa y trastes, acumulándose por días, lo que conlleva a ejercer una práctica aprendida desde hace más de quince años; debido a que una mujer (abuela) refirió que en la década de los 90’, personal de salud (Jurisdicción Sanitaria) les otorgó pláticas para hacer uso del cloro y evitar la propagación del cólera²⁰³. Así, aunque las otras mujeres no recuerden este hecho, en general ocupan el cloro para vaciarlo en los recipientes una vez que almacenan agua, en cambio, otras lo combinan al jabón con el que lavarán trastes. Las mujeres que utilizan el cloro creen que se quita el mal olor a “choquiaque” reservado por días y para que mueran los “maromeros”²⁰⁴.

Cuando el rezago por el líquido rebasa el tiempo de espera, llevan a cabo ciertas acciones como pagar el servicio de pipas y comprar garrafones de agua purificada²⁰⁵, empero, si carecen de dinero, acuden a las bombas de las áreas de cultivo, ahí les es permitido proveerse para llevar agua a sus viviendas y acarrearla en tambos o botes. Desafortunadamente dicha agua no es potable pues su cometido es para riego, el asunto preocupante es que llegan a ocuparla para cocinar y en algunos casos para beber.

²⁰² Periodo 2013-vigente.

²⁰³ El cólera reapareció en México a principios de la década de 1990. En 1991, la Secretaría de Salud registró alrededor de 14 mil defunciones por enfermedades infecciosas transmisibles por el agua, entre ellas el cólera, ya que sólo se desinfectaba 52% del agua suministrada a la población a través de sistemas de abastecimiento. Con el fin de revertir esa situación, ese año la Federación creó el “Programa Agua Limpia”. En: <http://www.conagua.gob.mx/Contenido.aspx?n1=4&n2=24&n3=24>.

En trabajo de campo, un médico particular relató este hecho, hubo una capacitación sanitaria significativa de los servicios de salud jurisdiccionales que duró aproximadamente un año.

²⁰⁴ Los maromeros son identificados como los causantes de dengue; durante las estancias de investigación realizadas no existió ninguna alarma sanitaria sobre dengue, sin embargo, en julio de 2013 nos enteramos de que sí fue así, para ese tiempo nosotros ya habíamos concluido el trabajo de campo por lo que no fue posible registrar el acontecimiento.

²⁰⁵ En la localidad existen tres establecimientos: “La inmaculada”, “San Juan” y “San Marcos”, un automóvil itinerante también promueve dos marcas, “Agua manantial de Cuernavaca” y “San Gabriel”. Ver el capítulo III, aparatado: Calidad de agua.

El agua entubada de las viviendas además de ser empleada para trastes, ropa y baño también puede ser consumida, por ello, no les causa extrañeza beber agua de las bombas de uso agrícola. De las seis familias, cuatro (la mayor parte del tiempo) toman agua directamente de la llave, es decir, no la hierven o desinfectan, el resto (dos) bebe agua purificada (compran). Quienes beben de la llave distinguen el sabor y olor del agua; consideran que al consumir la purificada (de garrafón) son proclives a tener dolor de estómago y diarreas; caso contrario ocurre con las otras familias.

Muchos dicen que el agua de garrafón les hace daño...les duele el estómago, quieren que no se le eché mucho cloro al agua porque dicen que se enferman. Dicen que nada más se la pasan y les empieza a gruñir la barriga, pero es bien sabrosa, esa es gruesa y pesada y la otra dulce y fría, es agua delgada y no pesada... es como acostumbre uno su estómago (Trabajo de campo, 2012).

4.3 Perfil socioeconómico

Las condiciones económicas son el reflejo de cambios macro sociales, históricos y políticos, la estructura familiar es la unidad mediante la cual podemos observar este proceso dinámico, por ello, veremos cuál es el panorama en Coatetelco.

Como indicadores de reflexión incluimos afiliación a los servicios de salud, escolaridad y ocupación de los integrantes con ingresos y distribución del dinero.

4.3.1 Afiliación a los servicios de salud pública, seguridad social, programa Oportunidades

En los servicios de salud pública integramos como parámetro la afiliación al Seguro Popular, de todas las familias, cuatro están afiliadas a este servicio y dos no. Quienes sí lo tienen aprecian una protección en salud insatisfactoria debido a que el Seguro no cumple sus expectativas de atención:

Tenemos, pero de nada sirve, cuando fuimos allá nos dijeron que era muy cara la medicina que me iban a dar para curar estas manchas, que no cubría el Seguro ¿Para qué vamos? De nada sirve... Le digo somos de las personas que no tenemos nada pero tampoco nos gusta que nos humillen. Porque luego vamos, no que esto, pues ya no nos reciben (Trabajo de campo, 2012).

Las seis familias tienen el derecho de acudir a los servicios de salud pública de primer, segundo y tercer nivel de atención de los servicios estatales de Morelos (pero sin Seguro Popular tienen mayores restricciones), sin embargo, en lo que refiere al puente más cercano, el Centro de Salud, es poco frecuente que las familias hagan uso del servicio, al menos que sean obligadas por tener el programa Oportunidades, hemos observado que en su mayoría acuden con médicos privados.

En cuanto a seguridad social, ninguna familia goza de esta prestación, debido en parte a que nadie de los integrantes es empleado de manera formal para recibir este servicio.

Por el significado que representa el programa Oportunidades en la localidad²⁰⁶, decidimos

²⁰⁶ El programa Oportunidades debería funcionar como el prototipo del sector federal que beneficia la salud de la población por encima de todo, no obstante, la cuestión económica tergiversa su razón de existir. En este sentido, algunos miembros del personal del Centro de Salud condicionan la permanencia de algunas afiliadas, esto las pone en desventaja si el ejercicio del poder está presente. Existe incertidumbre y temor por dejar de ser beneficiadas en cualquier momento.

también integrarlo. De las seis familias, tres están afiliadas y tres no. Con base a las corresponsabilidades sociales que el programa solicita a las familias, las tres que lo tienen acuden obligatoriamente a su itinerario de actividades, de no ser así hay restricciones.

La atención a la salud a través de los servicios públicos e incluso desde los particulares es compleja en el cotidiano de las familias. Para ejemplificar y dimensionar la situación por la que transitan, contamos las historias de dos casos familiares que compartieron sus relatos durante la investigación.

Angélica y su familia tienen una gran inconformidad hacia el primer nivel de atención (personal del Centro de Salud), sienten no ser procurados en sus necesidades si antes no han sacado cita (turno), para hacerlo tienen que llegar entre cinco y seis de la mañana de lo contrario no alcanzan lugar.

Los médicos no entienden, me dicen que deje a mis hijos con mi esposo o suegra; y si los llevas a Tetecala, te dicen que debes llevar un pase del Centro de Salud, por eso ni vamos tenemos que llevar a los niños con médico particular (Trabajo de campo, 2012).

Esto genera descartar la asistencia y acudir con el sector privado, no obstante, cuando llega a suceder así, el mismo personal reprime tal acto: “Si vas con médico particular es que tienes dinero”, por lo que no existe libertad de escoger la mejor oferta sobre todo cuando existen amenazas verbales o implantan el temor a decidir.

Para Angélica, el segundo nivel de atención no es la excepción, durante febrero del 2013, acudió al Hospital de Tetecala por un “fuerte” dolor en el vientre, hasta ese momento desconocía un diagnóstico. Ahí una médica la revisó e informó que tenían que realizarle una intervención quirúrgica por una hernia, por lo que le solicitaba firmar la responsabilidad de su ingreso al Hospital. Angélica desconcertada por la improvisada información decidió no ser asistida en ese lugar porque no creyó en eso. Ante esa acción la médica le señaló: “entonces para qué vienes, ya ni regreses”.

La opción inmediata de parte de Angélica y su familia fue acudir con un médico particular, él le realizó un ultrasonido para confirmarle un embarazo de tres meses y le indicó que el dolor se debía a un problema gastrointestinal. Desde ese acontecimiento Angélica tiene miedo de recibir consulta de los médicos, entre risa y preocupación manifestó que al Hospital de Tetecala por eso le dicen “el mata sanos”.

La cuñada de Angélica también compartió su historia personal, pero en este caso con un médico particular de la localidad, quien al momento de la exploración e historia clínica durante un embarazo, no fue atendida adecuadamente, debido a que tres días después de haber recibido el servicio privado no tuvo mejoría en el malestar y fue internada de emergencia en el segundo nivel de atención debido a que el bebé ya estaba muerto.

Las dos mujeres expresan pérdida de confianza hacia cualquier servicio de salud que no satisfaga un cuidado certero y de calidad, por esta razón, dejan de asistir con quien las descuida.

El otro caso que queremos mostrar es el de Julieta, quien ha tenido un recorrido móvil de residencias en dos años, esto dificulta aún más el acceso a los servicios de salud pública. Durante enero del 2013, ella y su familia vivían en la delegación Iztapalapa en el Distrito Federal, en ese tiempo tres integrantes de la familia, mamá, papá e hija tuvieron episodios de enfermedad²⁰⁷. Sin embargo, tuvieron diferentes obstáculos institucionales para ser aceptados por el sector público, en un periodo de mes y medio les fue negada la atención tres veces, el argumento oficial estaba puesto en pertenecer a otra entidad federativa. La opción ofrecida fue el Seguro Popular pero debían contar con credencial de elector vigente del DF y darse de baja de la entidad de Morelos. Como la estancia en la ciudad de México era temporal e incierta no realizaron los trámites correspondientes.

Ante la falta de asistencia pública y recursos económicos para solventar médicos privados, observamos que los padres soportaban el dolor físico mientras fuera necesario para no prescindir de atención médica. En el caso de la niña, en una visita esporádica al estado de Morelos, la llevaron a la Caravana de Salud en Xochitepec (residencia anterior). Las condiciones de tensión en el proceso de la enfermedad no fueron apropiadas por poner en juego la salud de los adultos pero ante la falta de opciones recurrieron a lo que tenían.

En el caso de la madre, hubo consecuencias adversas pues en calidad de urgencia tuvo que ser internada en el tercer nivel de atención por un supuesto tumor maligno que después fue descartado por diversos estudios específicos. Cabe señalar que la atención fue realizada en el Distrito Federal con ayuda personal de una médica conocida a la familia, ya que estando viviendo nuevamente en Morelos, no recibió facilidades del sector público, esta vez de la Caravana de Salud en Xochitepec. El diagnóstico con regularidad seguía siendo el mismo (infección en vías urinarias) sin una respuesta conveniente para actuar.

Si bien este apartado resulta ser de queja continua hacia los servicios de salud, nuestra tarea es mostrar la voz de los actores que tienen una riqueza en sus testimonios al momento de narrarlos. Indudablemente el acceso y la protección de las instituciones públicas y particulares repercuten directamente en la adecuada atención de las familias y niños.

4.3.2 Escolaridad, ocupación e ingresos familiares

Iniciamos este apartado con las familias nucleares, las mamás de los niños son mujeres jóvenes entre los 21 y máximo 29 años de edad. De las seis madres, cuatro estudiaron primaria y solo dos secundaria.

En cuanto a los esposos, también son hombres jóvenes, el menor tiene 21 y el mayor 26 años, sobre su escolaridad, de dos no fue posible obtener información, del resto, dos estudiaron primaria y dos secundaria.

²⁰⁷ La mamá llegó a tener hemorragia, ya que con ayuda del cónyuge se quitó el dispositivo intrauterino (DIU) manualmente, posteriormente tuvo varios episodios de fiebre. Anticipadamente había tenido un parto del que al parecer le habían dejado un pedazo de gasa durante la intervención quirúrgica.

Todas las mujeres se dedican al hogar, pero tres de ellas, incluyen en sus actividades el comercio o empleos temporales para generar mayores ingresos al hogar. De tres padres, uno es campesino, otro ayudante de albañil y el otro empleado formal; de los tres hombres que restan, uno no es papá biológico pero vive en el núcleo familiar (padrastro), él es empleado temporal; los otros dos son padres que no residen con las familias, uno es ayudante de albañil y otro es migrante en los Estados Unidos de América.

En el caso de los papás, aunque dos no conviven en el núcleo familiar quisimos incluirlos para mostrar que en los seis está reflejada la dinámica económica a nivel local, las ocupaciones son las mismas a las que referimos en el capítulo III y en un apartado previo de este capítulo. Entonces, damos cuenta que no hay diversidad ocupacional y en algunos casos son indefinidos y eventuales.

Respecto a los ingresos económicos según el tipo de ocupación varonil, un ayudante de albañil gana aproximadamente \$1200 a la semana, lo que equivale a \$4800 al mes; un empleado \$800, equivalente a \$3200 al mes y un campesino que recibe \$120 por día, si trabaja cinco días gana \$600, al mes son \$2400. Esto en el supuesto de que el trabajo sea permanente, de no ser así, el ingreso es menor al expuesto.

De las mujeres que llegan a contribuir con ingresos, quien lo hace en labores domésticas gana \$100 al día, regularmente trabaja dos o tres días a la semana, serían \$300 a la semana y \$1200 al mes. La mamá que tiene actividades comerciales como vender productos de belleza obtiene \$150 cada quince días, \$300 al mes.

Un ingreso adicional para las mujeres es del Programa Oportunidades, de las seis mamás, tres reciben dinero; las otras tres no beneficiadas son las que buscan alternativas diferentes para conseguirlo. Cada una recibe un monto dependiendo del número de hijos y su nivel escolar, en general, reciben entre \$800 y \$1200 bimestralmente.

Ante la falta de empleo y escasas expectativas financieras, terceras personas contribuyen y participan para solventar gastos, ello significa que existen ingresos adicionales a la familia nuclear. Como patrón cultural observamos que las cuestiones económicas son resueltas con ayuda de la familia extensa, tanto de quienes viven en la misma residencia como de aquellos que no están.

En primer lugar, sobre los que cohabitan en la misma vivienda, caímos en cuenta que algunas labores son realizadas en conjunto, esto es, colaborar en una tarea específica para proveer una mejor economía familiar. Las actividades suelen ser diversas y variables, el fin último es completar al gasto.

Relatamos que durante una temporada una familia tuvo como fuente de empleo “chacharear”, esto consiste en recolectar plásticos, cartón y latas de aluminio para posteriormente venderlos. En tres familias, las acciones estuvieron encaminadas a la cosecha, por ejemplo, sacar la hoja de maíz, tostar y limpiar el cacahuate o frijol y desgranar maíz. También echan mano de cualquier actividad comercial en función de aprovechar los recursos naturales de la localidad, pescado (de la laguna), cazar conejos en el campo y cortar tamarindo, lima o limón.

La cosecha pues si nos dura bastante tiempo, y ya pues en temporadas que no hay trabajo tenemos otra aportación de mis cuñados y mi esposo (Trabajo de campo, 2012).

En el segundo plano, en dos familias la ayuda económica proviene de los abuelos (padres o suegros de sus mamás) de los niños, uno radica en el Distrito Federal y el otro en los Estados Unidos. En cuatro de las seis familias, los tíos de los niños también envían dinero (ubicados igualmente en el extranjero), si bien su aportación no es constante y puede ser tardía, sus aportaciones son primordialmente para resolver asuntos de emergencia como la salud, agrícolas (siembra) o situaciones difíciles.

La situación económica indica que las condiciones laborales son efímeras y sin seguridad para satisfacer las necesidades básicas de salud y alimentación, por lo tanto, la entrada de recursos económicos es carencial en las familias.

4.3.3 Roles y reglas en la distribución del dinero

A partir de aquí nos adentramos en las relaciones internas de las familias, abarcamos la autoridad o subordinación de los actores, las pautas mostradas en el reparto de los recursos así como el destino final de los ingresos para sus necesidades prioritarias, según la intención o importancia otorgada.

El dinero es el medio para observar cómo las reglas familiares son dinámicas. En todas las familias aunque los ingresos son percibidos de cierto integrante, quienes lo manejan son las mujeres. Esa mujer no es cualquiera, su actuación cultural es la que determina el manejo de recursos.

Centrándonos en el papel de las madres de los niños, el caso de Angélica es particular pues tiene cierta autonomía para decidir y asignar el dinero para los gastos; en el caso de Lourdes, simula hacer lo mismo, sin embargo, la contribución económica de su madre (abuela del niño) hace que algunas veces dependa de ella, Romina intenta ser independiente en el control de gastos pero le resulta difícil ante la evaluación constante de sus padres. Las demás mujeres (Yeni, Rutila y Julieta) acatan que sus mamás o suegras deben ser las encargadas de manipular el dinero, a ellas les otorgan el mando por lo que son dependientes y no gozan de libre albedrío. Así, no perdemos de vista que existe un matriarcado en el control de gastos familiares. Más adelante revisaremos que ellas también concentran la toma de decisiones en otros aspectos que no necesariamente son financieros.

Mi suegra es la que ahorita manda aquí porque estamos juntas, es la que decide que se va a comer, que se va a comprar, todo lo decide (Trabajo de campo, 2012).

Por lo económico acontecen tensiones familiares entre los miembros, de entrada la falta de dinero aparenta ser el origen pero en realidad existen otros elementos implícitos que no son expuestos de primer orden, si no de segundo. La observación participante nos permitió indagar de dónde provenía el problema.

Tal situación la vimos reflejada en dos casos, en una familia la inestabilidad laboral del yerno (padrastro del niño) ocasionó que los suegros presionaran a su hija para exigirle aportar

recursos o separarse de él, por su parte la mujer pasó por diferentes etapas emocionales que no le facilitaron asumir una solución. A partir de esto ocurrieron conflictos por liquidar los gastos de la mamá y sus hijos, al final, el abuelo fue quien los pagó pero las cosas no transitaron en calma, el problema aumentó a tal grado de cambiarse de residencia por un tiempo (De Xochitepec a Distrito Federal).

El segundo caso fue el de una mujer que estaba separada temporalmente de su esposo, los padres de ella querían controlar sus actos (no crear compromisos con la expareja), ingresos y decisiones, sin embargo, al no permitirselos, las diferencias se daban entre mamá e hija. La abuela le solicitaba a la madre del niño mayores ingresos de los concedidos, pues era la encargada del control de la manutención y cuidado de los nietos, así, las discusiones se tornaban difíciles cuando la petición era negada.

En ambos casos, la problemática tuvo repercusiones emocionales (tristeza, insomnio, preocupación, angustia, coraje), una de las abuelas compartió su sentir respecto a las distintas riñas verbales y hasta físicas en relación a la falta de dinero y la forma de resolver la manutención familiar.

Anteriormente indicamos la precariedad económica, esto conlleva carestía y privación al momento de consumir lo necesario. En ese sentido, nos dimos cuenta que las familias van al día a día en sus consumos, ello significa que no pueden guardar el dinero a corto o mediano plazo, sino que van ocupándolo conforme lo necesitan y dan primacía a lo más indispensable según su percepción.

Al distinguir que las mujeres son las que disipan cómo gastar el dinero, qué comprar y para qué, abiertamente les preguntamos a qué daban mayor peso al momento de destinar los ingresos. En todos los casos, la respuesta y sus diversos comentarios hicieron alusión a la comida, por encima de la salud, educación y vestido.

La salud está ubicada en segundo plano, le siguen consecutivamente educación y vestido. En salud invierten dinero sólo al haber enfermedades inesperadas; sobre la educación de los hijos no hay demasiado interés y preocupación en cubrir un presupuesto, en parte porque son pequeños o inclusive algunos aún no están en la escuela; el vestido no es considerado como una necesidad inmediata y tarda tiempo para adquirirlo (compran de medio uso como estrategia).

El ahorro prácticamente está descartado para cinco familias, con excepción de incuestionables circunstancias (compromiso social, religioso). No existe el hábito de reservar el dinero, así que de tener emergencias, lo resuelven de manera diferente:

No, no hay nada, nada guardado, ahorita no tengo ni un peso. Para una enfermedad tenemos que pagar o conseguir prestado (Trabajo de campo, 2012).

En el supuesto de enfermar teniendo una economía limitada, prefieren utilizar el dinero en las enfermedades de los niños y colocar en segundo lugar el malestar de los adultos (Recuérdese caso de Julieta, quien en un episodio de enfermedad aguantó el dolor hasta ser tolerable).

A pesar de que en las entrevistas llevadas a cabo las mujeres no hayan señalado los compromisos sociales o religiosos como un aspecto en el que gastan, nosotros lo detectamos como un factor que resulta imprescindible de no fallar, aunque esto les genere intranquilidad o deudas saben que tienen que cumplirlo. Entre las fiestas civiles destacan bodas, primeras comuniones, confirmaciones y cumpleaños familiares; los últimos eventos señalados fueron sorprendidos para la investigación, debido a que nos dimos cuenta de lo significativo que resulta llevarlos a cabo, acordarse de la fecha de nacimiento y emprender el festejo por sencillo que éste sea, causa expectativa al festejado.

En condiciones extremas, a falta de capital, apelan a pedir dinero a familiares, prestadores o solicitar créditos a cooperativas de ahorro promovidas en la localidad (cobran mensualmente 15% de interés de la cantidad total). Esta es una práctica común que les permite resolver de manera inmediata la dificultad y después saldar la deuda, la cual puede prolongarse años de no ser cubierta en tiempo y forma.

Una opción redituable son los animales de crianza, principalmente el cerdo, lo alimenta, crían y reproducen con el objetivo de venderlo en el momento más oportuno y poder ocupar el dinero. Esta modalidad estuvo presente en dos familias, la inversión está sustentada por familiares migrantes y abuela que cuenta con ahorros.

Con base en los datos de campo, interpretamos que para la población, la comida es una necesidad prioritaria y cotidiana, es irremediable y por lo tanto tratan de satisfacerla a como dé lugar. Entre las diversas formas de ganar dinero, al obtener lo que sea de ello, por ejemplo, vender tamarindo, ese recurso será primordialmente empleado en comida.

Partiendo de que la comida es primacía en la distribución del dinero, indagamos mayores datos alrededor de esto. Primero queremos enfatizar que la composición de los hogares ya había resaltado en el informe etnográfico, así a pesar de conformar varios hogares en una residencia, el punto de unión o convivencia será en torno a los alimentos, significa que para haber comida en la mesa, los integrantes tuvieron que emprender alguna acción con el fin de obtenerlos. Aclaramos, no solo nos estamos refiriendo a poner dinero sino a participar en la preparación del alimento.

Esta característica familiar en general persiste en cinco casos no así para Angélica, quien al tener mayor autonomía en la distribución del dinero, a pesar de convivir con dos hogares más no comparte los alimentos; así, la preparación y los gatos son independientes.

Compartir o no los alimentos es una práctica cultural alrededor de la cual se generan situaciones simbólicas y relacionales entre los integrantes de la familia como cuidados, status, poder, disputas y diferencias que más adelante retomaremos.

Ahora basta decir que, para unas familias compartir los alimentos aligeró las deficiencias económicas, en el sentido de participar con lo que se tenía, por ejemplo, elaborando los alimentos en lugar de sufragar dinero. También, cuando uno de los integrantes no tenía recursos, otros miembros los solventaban o cooperaban con la mayor parte, este rol se vio proyectado con los abuelos (as). Así, al haber más número de personas en el acto de comer,

aumenta la posibilidad de conseguir los alimentos a partir de otros participantes, ya que incluso los jóvenes (mayores de 14 años) son plausibles de fuerza de trabajo y deben aportar para la comida.

Ahora bien, la distribución del dinero en la comida tiene diferentes facetas que queremos señalar. Con el fin de ahorrar o economizar de la mejor manera, las mujeres prefieren acudir al tianguis de la localidad, a Miacatlán o Tetecala, cada dos días o quince días, pues les permite tener la despensa y encontrar los productos más baratos, no obstante, esto fue factible para las dos familias que gozaban de mayores ingresos, las demás tenían que hacer compras todos los días y en menores cantidades, es decir, para cada día.

Para tener una mejor apreciación de la dinámica económica, ejemplificamos algunos gastos. Es una práctica común cocinar los alimentos con leña y carbón más que con gas o parrillas eléctricas, la mayoría de las familias utiliza leña, la carga es una medida estandarizada que cuesta de \$300 a \$400 pesos y les puede durar hasta quince días. Cuando es imposible comprarla, algún integrante de la familia acude al cerro a “leñar” para evitar pagarla; en dos familias utilizan gas y parrilla eléctrica porque consideran es más barato, pero en parte se debe a que no realizan todos los días tortillas a mano, en cambio, las que sí las hacen, es obligación comprar leña.

El maíz es imprescindible para la alimentación, pero quienes no tienen actividades agrícolas deben comprarlo, la unidad para medirlo es por “tercio o carga”, ésta oscila en \$800 pesos y dura unos veinte días. Si hacemos el recuento de ambos gastos (leña y maíz), aproximadamente son \$1200 cada quincena o veinte días. Moler, es decir, hacer tortillas a mano es un acto al que le dan peso para organizar y administrar cuánto durará la leña.

Nosotros de vez en cuando, no diario, a veces se nos antoja pues pongo como cuatro cuartillos de maíz y me alcanza para tres o cuatro días. Si muelo esos días de mañana y tarde me alcanza media carga de leña o pasadito (Trabajo de campo, 2013).

Las familias que prefieren comprarlas en tortillería saben que la tortilla es más delgada y “no llena”, por lo que deben conseguir una cantidad suficiente para comer lo doble. Una familia, compraba \$40 pesos de tortillas al día, \$20 por la mañana y \$20 por la tarde, no le dan importancia al kilo como cantidad sino al monto solicitado, ya que eso les permite calcular que las tortillas sí les alcanzarán para comer.

Las mujeres que optan por tortillas hechas a mano hacen un cálculo diferente y redituable según su apreciación, ya que si compran tortillas, pueden pagar hasta \$17 pero rinde para un alimento al día, en cambio, el kilo de masa cuesta \$10 y esto les alcanza para dos intervalos de comida.

Comprar los productos alimenticios denota manejarlo por días, por ejemplo \$100 al día, equivale a ocupar \$50 por la mañana y \$50 por la tarde, si son \$200 hacen la misma relación. Siguiendo con el ejemplo de la familia que compra \$40 pesos de tortillas al día, de \$100 le restan \$60, con los cuales deberá adquirir el resto de los productos: pescado, pollo, carne de cerdo o res huevo, frijoles y verduras (\$30 en la mañana y \$30 en la tarde)²⁰⁸.

²⁰⁸ El kilo de pescado o pollo oscilaban en \$25, un kilo de huevo 27 a 30 pesos, frijol \$15 la sardina (medida).

Las mujeres con mayor desventaja económica tienen otra estrategia, emplean \$200 para tres o cuatro días, pretendiendo rendir el dinero al máximo, lo cual es complicado al limitar aún más sus compras:

Para ir comiendo lo que es un pedazo de pollo o de pescado, pues ahí poco a poquito, nos vamos limitando (Trabajo de campo, 2012).

Recordemos que Julieta migró temporalmente al Distrito Federal, cuando eso ocurrió sus representaciones en torno a los gastos fueron que en la ciudad el dinero le rendía mejor para la comida, no obstante, conforme avanzó el tiempo cambió la manera de ver su situación, pues cayó en cuenta que era lo contrario, gastaba menos en la localidad. En un periodo de inestabilidad laboral y al no tener el apoyo de su madre sino la presión emocional y económica, relató que hubo días en que literalmente se quedaron sin comer, posteriormente hicieron alianzas con sus vecinos e intercambiaron mano de obra a cambio de alimento.

No obstante, esta circunstancia no es exclusiva de Julieta, también pasó en la familia de Romina, ante la carencia de recursos y la imposibilidad de conseguir trabajo o dinero prestado, sobrevinieron ocasiones en que descartaron comer más de una vez al día, debían aguantar todo el tiempo posible a pesar de tener hambre:

¡No, pues nos quedamos sin comer! (risa) Y si hay algo comemos nada más una vez al día y hasta el otro día comemos de nuevo. Y hay veces que nos hemos quedado sin nada ¿Verdad? Sin comer (Trabajo de campo, 2012).

El discurso de la gente es que, quien tiene mejores recursos monetarios realiza tres comidas al día y en sentido opuesto quien no los tiene hace dos.

4.4 Prácticas alimentarias

La herramienta metodológica para adentrarnos a las prácticas alimentarias fue la observación participante, no en todos los casos pudimos llevarla a cabo satisfactoriamente pero en términos generales sí logramos tener una interacción social con las familias que nos permitió estar de cerca y observar pautas culturales.

Al echar mano de la observación participante aprendimos a preparar ciertos alimentos, colaboramos en algunas tareas domésticas y acudimos a fiestas familiares pero sobre todo nos adecuamos a sus rutinas alimentarias, es decir, horarios de comida y lo que consumían. Ello nos llevó a experimentar y reflexionar sobre las prácticas alimentarias.

Durante el desarrollo del texto será frecuente encontrar algunas cuestiones que están íntimamente relacionados con comportamientos culturales de la comunidad, no solo de las familias.

4.4.1 Jerarquía en la preparación de alimentos

Al señalar previamente que los alimentos son compartidos entre los diferentes hogares de las familias, esto implica que en la elaboración de los mismos existen elementos incorporados como subordinación y autoridad.

Preparar los alimentos requiere establecer tareas asignadas a cada participante, las mujeres son las encargadas de llevarlas a cabo, por lo que los hombres no están presentes al menos que sean requeridos para opinar respecto a la labor desempeñada por sus cónyuges.

Este tipo de actividades suelen generar conflictos entre las partícipes cuando no están siendo bien hechas o son equitativas. La composición de las familias y el tipo de residencia son motivos de disputa, por ejemplo, cuando las nueras viven en casa de las suegras, las primeras deben subordinarse a las segundas, en el caso de las hijas que viven con su mamá éstas suelen ser más flexibles pero esto no quita que también tengan diferencias, o en su caso tienen interacción con otras mujeres como cuñadas y hermanas.

En las seis familias, la tendencia fue la siguiente; Angélica y Yeni por vivir con sus suegras saben que el mando lo debe tener la suegra, sin embargo, Angélica rompió con esa regla cultural y por esa razón no cocinan juntas, inicialmente tenían diferencias personales por tal razón, fue así que se independizaron; Yeni conoce su rol como nuera así que obedece las indicaciones para evitar problemas familiares.

El resto de las mujeres (Romina, Julieta, Rutila y Lourdes) por vivir en la misma residencia que sus mamá elaboran la comida junto con ellas, al parecer no debería haber tensiones, no obstante, sí las hay.

Julieta y Romina pasan por una situación similar, en lo que concierne a cocinar, Romina tiene diferencias con su mamá por considerar que su hermana no cumple con las tareas planeadas y tiene privilegios en la recreación a cambio de su trabajo; esto la pone en desventaja por estar separada de su esposo y no tener la misma libertad de divertirse. Julieta también tiene discusiones con su mamá, en el sentido de que no cumple con los requerimientos en la cocina, pues no los hace a tiempo, ella actúa con cierta rebeldía y sin respetar la autoridad de su madre.

Rutila acepta su condición de madre soltera así que no tiene dificultades con la autoridad de su madre, en algunas ocasiones con quien suele tenerlas es con su hermana, también por el desempeño equitativo en las labores.

Lourdes es un caso peculiar, hemos reiterado que aunque aparenta ser independiente en varios aspectos, el asunto está en que al convivir con los hogares de sus hermanos pero sobre todo con el de su mamá; eso le genera adherirse al mando matriarcal. La situación le beneficia por ser hija y no nuera, tiene apoyo económico y respaldo de su madre, hasta cierto punto dominio sobre las cuñadas, a quienes somete en las cuestiones caseras. Ejemplo, si hay que cocinar, la responsabilidad mayor será de las nueras y no de las hijas, entre las tareas principales está moler (hacer tortillas a mano) todos los días.

Moler es de las labores más importantes, primero, quien hace las tortillas está obligada a tener la destreza para hacerlas ricas y de buena consistencia, de no ser así los familiares critican severamente; en segundo lugar, requiere esfuerzo por lo que no a todas las mujeres les gusta está función, pero si les es asignada tendrán que realizarla. En familia de Lourdes fue notable la subordinación de las nueras frente a la suegra y los privilegios de las hijas, así las riñas solían generarse entre cuñadas justamente por la elaboración de la comida.

4.4.2 Almacenamiento y conservación de alimentos

Por almacenamiento, aludimos a despensas y alimentos perdurables; en cuanto a la conservación de los mismos nos referimos a la forma de guárdalos para no descomponerse. Originalmente supusimos que las familias compraban diferentes artículos para tenerlos almacenados y ocuparlos en un periodo establecido, empero, las mujeres relataron y por nuestra parte confirmamos que está no es una práctica frecuente. De las seis familias, sólo dos habitúan tener despensas, las demás no por la carencia económica. Entre los alimentos que almacenan están: huevo, aceite, sopas, arroz, frijol, azúcar, sal, café, canela y pan.

Otros productos reservados son, maíz, frijol chino, pepita de calabaza, cacahuete, ajonjolí, chile criollo, hojas de maíz y tamarindo, los cuales son resultado de las cosechas o de la temporada, la ventaja de guardarlos será que no tienen que comprarlos y pueden durar hasta un año. Los mercancías perdurables son accesibles a más familias (cuatro en total) y en tres casos hasta comercializarlos.

Mientras hay maíz, hay que hacer tortillas diario (Trabajo de campo, 2012).

En la conservación de los alimentos incluimos varios aspectos, tenerlos en un lugar fresco, taparlos o dejarlos al exterior. Las seis familias cuentan con refrigerador, de ahí que hacen uso de este pero no para todos los productos, las que tienen posibilidad de adquirir frutas y verduras las guardan ahí, pero sobre todo sirve para mantener los líquidos fríos, como agua y refresco. Aquellas familias que van comprando día a día reducidas cantidades de vegetales (tomates, jitomate, chile, ajos, cebolla) evitan guardarlos en el refrigerador y los dejan fuera. En realidad no es común conservar alimentos cocinados de días anteriores debido a que les gusta elaborar comidas frescas todos los días y guisados diferentes.

En lo concierne al tiempo en que los alimentos están a la intemperie, precisamos que comer es un suceso efectuado al aire libre, en tanto, después de cada comida los alimentos no son cubiertos con tapas o en recipientes, siendo expuestos a polvo, calor, insectos, moscas, perros, gatos, gallinas y ratones. Debemos decir, que dos familias tienen mayor precaución de cuidar este asunto, no obstante, en temporada de lluvias es imposible librarse de insectos y moscas.

Aunado al temporal está la cuestión de que las cocinas están construidas en los patios y en algunos casos con cierta cercanía a los animales de crianza por lo que las heces fecales en caso de no ser desechadas atraen mayor número de moscas, por lo que es un círculo sanitario desfavorecedor para la protección de alimentos.

4.4.3 Hábitos higiénicos en la preparación de alimentos y comer

En este apartado pusimos atención a las prácticas higiénicas al momento de cocinar y comer.

Las mujeres acostumbran lavar las verduras y lo que adicionalmente ocupan para cocer, como carne de cerdo, pollo y pescado, entonces, es inherente el lavado de las manos. No obstante, no es un hábito lavárselas previamente a cocinar, dónde sí ponen cuidado de hacerlo es cuando realizan tortillas, ahí el tlecuil y pretil (fogón/comal y base/metate) deben estar limpios, por ende lavan sus manos.

Regularmente ocupan el agua de llave para cocinar todos los alimentos, pero en caso de carecer de ésta (falta del servicio) utilizan agua filtrada; de ser así, el costo económico para las familias es mayor por usar hasta seis garrafones a la semana²⁰⁹.

En ambas situaciones, el agua hierve por ser necesario para la cocción de los alimentos así que no tienen objeción en ello, en cambio, hervir el agua para beber sí lo es, en el sentido de considerarlo inútil. Para algunas familias está habituado tomar agua de la tubería por lo que creen no es requerimiento hervirla, de hacerlo implicaría empleo de leña, carbón o gas, lo cual es un costo elevado.

Desinfectar el agua como otra opción tampoco es legitimada, el cloro por ejemplo, tiene fines domésticos (lavar trastes y recipiente/espacios de almacenamiento de agua) pero no es ocupado como desinfectante y poder tomar el agua. Al mismo tiempo, existen diferentes percepciones e ideas respecto a su sabor y olor, lo cual los induce a elegir qué tipo de agua les gusta y desean tomar.

A las familias con las que interactuamos, les preguntamos abiertamente qué tipo de agua (llave o garrafón) preferían beber y por qué. De las seis, dos toman agua filtrada, esto en base a la desafortunada experiencia de haber enfermado (diarrea) por tomar agua entubada; tres familias suelen tomar de las dos según las circunstancias, esto es, si escasea la de llave compran de garrafón y en caso contrario, al acabarse la filtrada pueden tomar de llave, pero también su decisión depende según su propia historia personal (reacción del organismo); finalmente, una familia bebe exclusivamente de llave porque de ser filtrada les genera diarrea.

Retomamos a la familia de Julieta, los integrantes hacen una diferenciación del agua según el lugar dónde la beben, de acuerdo a su observación, no es lo mismo tomar agua de llave en Coatetelco, Xochitepec y Distrito federal; en el primer lugar dan por hecho que les hará “daño” (enfermar de un cuadro diarreico, inclusive bajar de peso), en el segundo lugar el agua entubada les “cae bien” (no enfermaran) y en el Distrito Federal al desconfiar del sistema de red hidráulica de la ciudad, la descartan y prefieren comprar agua filtrada.

Respecto al saneamiento a la hora de comer, regularmente no se lavan las manos antes de probar los alimentos, los niños al igual que los adultos realizan cualquier actividad (incluyendo del baño) y después comen. La pauta cultural es que los adultos no le dan importancia a este aspecto, así que tampoco los niños porque no existe una instrucción o socialización de la indicación.

Eventualmente de todos los familiares, quienes tienen mayor cuidado de esta orientación aséptica son las mujeres, especialmente las abuelas con los nietos, no así las mamás con los hijos.

4.4.4 Consumo de alimentos calidad/cantidad

Un componente relevante para la investigación fue conocer el patrón común del consumo de alimentos, exploramos la calidad de los mismos clasificándolos en: leche y derivados, proteínas,

²⁰⁹ Un garrafón cuesta alrededor de \$11 pesos, por 6 serían \$66 pesos semanales; mientras que la cuota a cubrir por agua pública es de \$35 mensuales.

legumbres y cereales, frutas y verduras; por otro lado, indagamos la cantidad de los alimentos consumidos según sus predilecciones o necesidades.

Puntualizamos que además de preguntarles a las mamás y abuelas sobre su consumo habitual, contrastamos la información mediante la observación participante, para ello, la convivencia nos acercó a compartir los alimentos ofrecidos.

Comenzamos la descripción con la calidad alimenticia, el consumo de leche es inusual en las familias, además de no gustarles, su costo es alto para adquirirlo, al menos que cuenten con el programa de apoyo social Liconsa. De las seis familias, una goza de esta asistencia, pero aunque consiguen leche no la consumen debido a que no les agrada el sabor, la ocupan para hacer postres y venderlos, de querer degustarla prefieren comprarla. Otra familia puede adquirirla en la escuela primaria debido a que el DIF (Desarrollo Integral de la Familia) la vende a un precio accesible, por \$13.50 obtienen 25 cajas pequeñas (una porción en cada alimento).

En general la leche no es consumida y si llegan a tomarla no es de manera abundante; por su parte, las mujeres creen que a los niños les es saludable, por tal razón, se las dan a ellos en lugar de tomarla los adultos. No obstante, a los niños no siempre les agrada así que hay dificultad en dárselas. Según la percepción de las madres, al combinar leche con cereal o fruta es suficiente para el desayuno-almuerzo y comer horas después.

En cuanto a los derivados de la leche, lo más usual son los quesos, estos son consumidos por todas las familias para completar algunos guisados o para prepararlos, pero como son adquiribles a un costo medio, no los comen regularmente.

La variedad de proteínas (pollo, cerdo y res, pescado y huevo), son consumidas pero no de la misma manera, la elección depende del gusto y posibilidad económica en obtenerlas.

El huevo se come ordinariamente, desde tres a cinco días a la semana en diferentes intervalos de comida. Pese a que durante el 2012, su precio estuvo a la alza, las familias no dejaron de consumirlo; a finales del mismo año logró estabilizarse, su venta en tiendas locales fue de \$28 pesos aproximadamente, en el tianguis lo vendían por “tapa” (contiene dos kilos) a \$46, equivalente a \$23 el kilo.

Entonces, no lo descartaron en su alimentación, por un lado, por ser de su preferencia pero por otro por las múltiples combinaciones culinarias a las que recurren (acompañado con papa, chicarrón, queso, frijol, jitomate, chile, cebolla), piensan que rinde para compartir entre los integrantes.

En la localidad conservan la tradición de la pesca por el legado identitario e histórico hacia la laguna, por esta razón, el pescado es del gusto de la gente²¹⁰. Pescar ya no es un oficio de primer orden como lo fue en otro momento, sin embargo, miembros de la cooperativa comunitaria sí lo hacen y eventualmente hombres que llevan pescado fresco a sus hogares

²¹⁰ Al pescado le han asignado un significado especial, en rituales curativos como el escapulario lo han incluido como alimento deseable para el enfermo o platillo tradicional para agradecer a los invitados. Por otro lado, en el periodo concerniente a Semana Santa (liturgia católica) es el alimento más consumido cotidianamente.

para cocinar. Con todo y que el pescado no es abundante y accesible para toda la población²¹¹, en el tianguis local (proveniente de Guerrero), en la laguna del Rodeo (aledaña) y comerciantes en visita domiciliaria lo venden. La mojarra es la más consumible, algunas veces la elaboran frita, en caldo o en hoja de tamal. Las familias comen pescado una o hasta tres veces por semana²¹².

La carne es difícil consumirla a diario o en grandes proporciones por el precio que representa adquirirla. Las familias comen pollo y carne de cerdo una vez por semana, en casos excepcionales, hasta tres veces; la carne de res es la menos consumida, ya que representa un lujo obtenerla.

En contraste, la carne de cerdo o res son requeridas para preparar la comida en cualquier acontecimiento civil, de ahí que las mujeres al asistir y participar con trabajo doméstico, saben que la regla de reciprocidad será recibir una porción considerable de ese alimento que podrán compartir con sus familiares, uno o varios días. Esta práctica cultural, genera que el consumo de carne sea posible cuando hay imposibilidad de comprarla.

Este aspecto es sobresaliente en cuanto a las prácticas alimenticias, debido a que consumir cualquier tipo de carne no es frecuente en los hogares por la carencia económica, sin embargo, los lazos comunitarios a través de redes de apoyo (intercambio) lo hace posible en diferentes eventos, bodas, cumpleaños, primeras comuniones, escapularios pero sobre todo funerarios, ya que comprende un ciclo ritual amplio²¹³. Al momento de realizar trabajo de campo, nos dimos cuenta que una familia participó dos veces durante un mes en dos sepelios, en esas ocasiones, solo se dedicaban a moler (hacer tortillas) porque el alimento era proporcionado por los familiares del difunto, durante nueve días no realizaron ninguna comida en su vivienda.

En la vida cotidiana y habitual, lo que para algunas familias abastecerse de comida es difícil, en las celebraciones de cualquier índole ocurre lo contrario, hay de más, por lo que debe acabarse y repartirse con los demás.

Niño: “¡Hay mucha comida!”
Mamá: “Cuando hay, hay que comer”
(Trabajo de campo, 2013).

A los invitados les dan de comer y en algunos casos hasta para llevar a casa, resalta la abundancia de alimento; significa que hay comer, compartir y repartir: “la comida es para dar no para que se quede”.

Siguiendo el desarrollo del texto, transitamos a los lípidos. Al cocinar cualquier alimento generalmente ocupan bastante grasa, de no ser así se cree que no está bien preparado o no les gusta. Optan más por el aceite que por la manteca de cerdo, aunque particulares guisados sí la requerirán obligadamente, como sazonar frijoles. Los alimentos que serán consumidos por

²¹¹ La pesca clandestina y un mal manejo para reproducir y cuidar a los peces, ha ocasionado que la CONAPESCA (Comisión Nacional de Acuacultura y Pesca) haya declarado Veda en varios periodos de tiempo.

²¹³ El ritual mortuorio abarca: velación, entierro, rosario de nueve días, llevar la cruz al panteón, 40 días de fallecido, cabo de 1 año y de 5.

segunda o tercera ocasión deben ser re-fritos nuevamente con aceite. Con el fin de ahorrarlo, suelen reutilizarlo para diferentes alimentos, es decir, todo aquel sobrante es guardado y después utilizado.

De legumbres, sólo frijol y cacahuate son incluidos en los alimentos, aunque no tan constante, en cuatro familias comen frijoles una vez a la semana y solamente dos lo hacen alrededor de tres veces. El cacahuate es inusual y llega a utilizarse como condimento para algún guisado específico.

Sobre los cereales destacan la tortilla, pan, pastas y arroz, de todos, por predilección es la tortilla, la única diferencia en su presentación es que son hechas a manos o de tortillería, cualquier alimento debe ser inevitablemente acompañado de éstas, todos los días y en cada intervalo de comida. Le siguen el pan, prefiriendo el de dulce al salado, después siguen las pastas y arroz, no los consumen a diario, generalmente una o dos veces a la semana.

En cuanto a las verduras, el jitomate, tomate, cebolla y chile son fundamentales para condimentar²¹⁴ los alimentos, otros como papa, calabaza, zanahoria y chayote son complementarias para los platillos, fuera de estos no acostumbran más diversidad de vegetales. A los niños y adultos no les gusta cualquier verdura, así que prácticamente es descartada en sus comidas.

Las frutas sí son complacencia para las familias, como son el plátano, mango, papaya, uvas, piña y naranja, pero no son consumidas con regularidad, una o dos veces por semana. Dos de seis familias tienen el hábito de comerla, una por cuestión de salud, ya que un hijo tuvo desnutrición así que fue capacitada y vigilada por nutriólogos del Centro de Salud, aprendió a darle colaciones cuando el menor le pidiera de comer, actualmente el niño tiene un estado nutricional normal, sin embargo, a partir de la experiencia, quedó una práctica adquirida. La otra familia come fruta porque les gusta pero sobre todo porque con el apoyo económico de la abuela es posible. Para todas en general, el consumo provechoso es durante el temporal, disfrutan de nanche, ciruela, mango²¹⁵.

Entre las bebidas ingeridas durante los intervalos de comida destacan en primer lugar las gaseosas. Fortuitamente pueden tomar otras como café o té de canela (endulzados con suficiente azúcar) durante la mañana y el agua en momentos de mayor intensidad de calor o al efectuar labores que requieren esfuerzo físico. Una bebida que no es usual durante las comidas pero sí a la vida cotidiana, es la cerveza, está junto a otras bebidas alcohólicas generan numerosos problemas sociales que en otro apartado abordaremos. En suma, el refresco rebasa a todas las bebidas, consumiéndose a cualquier hora del día, diariamente.

Al identificar en trabajo de campo la importancia otorgada al refresco como una bebida substancial en el acompañamiento de los alimentos, nos dimos a la tarea de indagar algunas representaciones en torno a éste.

²¹⁴ El ajo, clavo, pimienta, comino, epazote y ajonjolí son plantas a las que también recurren para sazonar o condimentar los alimentos.

²¹⁵ La sandía aunque no es de temporal, algunos campesinos la siembran en riego y es vendida en la localidad.

Primero señalamos que al refresco se le ha asignado un sentido de gran valor por encima de cualquier otro alimento; su adquisición (comprarlo) conlleva beberlo para sí mismo o compartirlo con otras personas. De no compartirse, inclusive puede generar diferencias entre los familiares y en caso contrario, querer repartirlo con un ser apreciado o estimado tiene la connotación especial de cuidado y atención.

Alrededor del refresco, hay también un status privilegiado según la marca que se consuma, por ejemplo, no es lo mismo beber Coca-Cola® que Red-Cola®. Por precio y sabor consideran que es mejor el primero, por lo que este debe ser para los integrantes de la familia con mayor jerarquía o personas distinguidas (invitados en el hogar).

En cuestiones de salud, escuchamos algunas expresiones referentes a los diabéticos y su consumo de refresco, se piensa que este puede actuar como un regulador en el cuerpo, ya que en caso de tener malestar por una “baja de azúcar”, al beberlo se les “sube” y esto los reintegra momentáneamente para sentirse mejor. Logramos observar esta práctica con una de las familias con quien interactuamos constantemente pero también en otros escenarios, la indicación es precisa, únicamente refresco de Coca-Cola® y estar muy frío, de no ser así no surge efecto.

En tanto, las bebidas gaseosas son ocupadas como un recurso estabilizador y de rápido efecto en episodios esporádicos del padecer²¹⁶. Con esta premisa, se cree que lejos de generarles un mal, les hace bien.

De hecho, pese a que tengan información o indicios de que el refresco es dañino para ciertas enfermedades como es la diabetes, esto no es tan relevante como sí lo es, que, el enfermo no beba refresco y los familiares sí lo hagan; el sentir sentimental porque todos tomen les obliga a dejar de tomarlo si enfermo no lo hace, así que éste pese a tener la indicación médica de suspenderlo sigue tomándolo para que los familiares no dejen de consumirlo por culpa de él.

Respecto a la consistencia e ingredientes según el tipo de refresco, consideran que los de sabor como el Jarrito, son los que tienen baja cantidad de gas, por lo que son menos perjudiciales para la salud en comparación con los otros (de Cola), en cuanto a la porción de azúcar contenida en los refrescos no tienen conocimiento y no le dan demasiada importancia, solo saben que es una bebida que les agrada de sobremanera, “te acostumbras a tomarlo y ya es difícil dejarlo”. Las mujeres en tono de broma mencionan que requieren su dosis al día para mantenerse activas o tener “fuerza”.

Tomar refresco en la localidad es un hábito ratificado, el consumo es imprescindible en cualquier ocasión de convivencia como: recibir visitas en sus viviendas o ser anfitrión en un acontecimiento social y religioso; dar una bienvenida cordial a las personas será ofreciéndoles una botella de 600ml.

En las seis familias, sin excepción alguna, el refresco es consumido todos los días por lo menos una vez al día. El hecho de que éste se haya convertido en inherente a cada comida, denota

²¹⁶ Está es una práctica local de parte de la población, sin embargo, estuvimos presentes cuando un médico particular dio la instrucción de llegar a casa y tomar refresco para coadyuvar en el nivel la glucosa, validando dicha práctica.

invertir en su compra, lo cual pone en desventaja a otros alimentos de mayor calidad nutricional que son descartados por obtener refresco.

Pasando ahora a la cantidad de alimentos consumidos, iniciamos justamente con el refresco, sondeamos las proporciones bebidas según diferentes ejemplos. En una familia que tiene posibilidad económica (apoyo de abuela), siendo seis adultos y cuatro niños, toman a la semana dos cajas y media de Cola-Cola® de 500ml. Otro caso, con nueve adultos y cinco niños únicamente en un intervalo de comida, se acaban una botella de 3 litros y beben la cuarta parte de una de 2 litros.

Entre hombres y mujeres hay una diferenciación en su consumo, se piensa que los hombres lo toman más, en parte, por el tipo de oficio al que se dedican, un campesino puede llegar a tomar 8 o 9 vasos de refresco al día, aproximadamente 2 litros diarios. Esto porque bebe durante la jornada laboral pero también cuando come en su casa, significa que tiene más espacios dónde puede hacerlo.

Resumimos que, en cada hora de comida toman una botella de refresco de 3 litros, al multiplicarlo por dos intervalos serían 6 litros y por tres 9 litros, esto depende del número de veces en que cada familia come durante el transcurso del día.

Sobre todos los alimentos antes indicados, no hablaremos de cada tipo y la cantidad consumida, de manera conjunta retomamos la pauta cultural según la prioridad otorgada y la carencia.

Los alimentos generalmente constan de una porción de algún guisado, el cual cuando es limitado (proporción diminuta de pescado, pollo, carne) es complementado con sopas o frijoles. Los platillos no son elaborados sino sencillos y las cantidades de proteínas implementadas en cada guiso son pequeñas, por ejemplo, si consumen pescado en una comida, este no rebasa los 100 gramos para una persona, por lo que al resto del condimento (caldo) es a lo que más le sacan provecho.

Lo cual significa que, al no ser suficiente la cantidad de guiso en la mesa se recurre a un alimento de su preferencia, la tortilla, la cual les genera "llenarse", es decir, saciar el hambre. Por lo tanto, las tortillas abarcan la mayor cantidad de alimento consumido en cada comida, ejemplo, una familia de nueve adultos y cinco niños comen 5 kilos de tortillas hechas a mano. Un adulto come más de cinco tortillas en cada intervalo de comida.

En las familias con escasos recursos económicos tener alimento es fundamental, conseguirlo a cualquier precio también, la cantidad de alimento es insuficiente, pero no importa, con bastante tortilla está saldado el almuerzo o la cena de un día.

Todo lo expuesto hasta ahora es socializado entre los niños, lo cual indica que la calidad y cantidad de alimentos consumibles por los adultos es un patrón reproducido por los menores.

4.4.5. Intervalos y horarios alimenticios

Aquí describiremos los intervalos de comidas según las rutinas habitadas en la localidad. Comenzamos diciendo que dichos intervalos están relacionados a la cantidad de alimentos consumidos.

<p>Tabla No. 32 Intervalos de comidas</p>			
Desayuno	Almuerzo	Comida	Cena

Fuente: Trabajo de campo, 2011-2013.

El desayuno es el primero del día e incluye alimentos ligeros como pan con café o té de canela (provisionalmente fruta, leche, atole). El almuerzo contiene una provisión pesada, un guisado, tortillas y refresco. Los dos siguientes, comida y cena comprenden al igual que el almuerzo algo completo, un guisado, tortillas y refresco. Los términos pesado y completo son puestos por nosotros, a lo que queremos hacer alusión es que, la gente los considera alimentos que satisfacen.

Entre cada intervalo de comida, los niños más que los adultos pueden consumir algún alimento, las mujeres se los dan como paliativos para calmar el apetito antes de cocinar, puede ser un pedazo de pan o inusualmente fruta.

En cuanto a los horarios alimenticios, los cuales se rigen a ciertas horas. Aunque estos no siempre son efectuados a la misma hora, hay un rango aproximado. Para aclarar este punto, presentamos los intervalos y horarios llevados a cabo.

<p>Tabla No. 33 Intervalos y horarios por familia</p>				
Familias	Intervalos de comidas	Horarios alimenticios		Observaciones
Angélica	Desayuno Almuerzo Cena	Rango 9 ó 10 am 12 ó 1 pm 6 ó 7 pm		Experiencia de enfermedad ²¹⁷
*Julieta	Almuerzo Cena	Rango 11 ó 12 pm 7 ó 8 pm	Máximo 2pm 10pm	Carencias económicas
Lourdes	Almuerzo Comida Cena	Rango 9 ó 11 am 3 ó 5 pm 9 ó 10 pm		Rutina en el campo y apoyo económico de la abuela.
*Romina		Rango	Máximo	

²¹⁷ A partir del antecedente de desnutrición de Daniel, la madre recibió capacitación y los niños comenzaron a realizar tres intervalos en lugar de dos.

	Almuerzo Cena	12 ó 1 pm 7 ó 8 pm	3: 30 pm 10:30 pm	Carencias económicas
Rutila	Almuerzo Comida Cena	Rango 8 ó 9 am 3 ó 5pm 9 ó 10 pm		Rutina en el campo y apoyo económico familiar (abuelo y tía migrante)
Yeni	Desayuno Almuerzo Cena	Rango 9 ó 10 am 11 ó 12pm 6 ó 7 pm		Rutina en el campo y apoyo económico familiar (abuelo y tíos)

Fuente: Trabajo de campo, 2011-2013.

Recordamos que, fue posible identificar esta información en base a la observación participante en los hogares, realizamos diversas visitas domiciliarias en días y momentos distintos para contrastar. En este tenor, nos adaptamos a los horarios establecidos por las familias, así que nos sometimos a largas horas de espera para alimentarnos. En nuestra experiencia personal reflexionamos que ante la porción pequeña de guisado y el hambre acumulada de horas, saciamos el hambre con la mayor cantidad de tortillas, de esto relacionamos lo que previamente relatamos sobre sus discursos, “solo así nos llenamos”.

No pretendemos aseverar que la experiencia vivida sea igual a la de la gente, pero sí es necesario correlacionar que la información nos proporciona algunas pistas de las pautas culturales a seguir en la localidad. Recapitulamos, ante la escasez de recurso económico, insuficiente alimento, y aunada la prolongación de horas para comer, el resultado es saturar el estómago hasta complacer.

Particularizando la situación de las familias, vemos en la tabla que, cuatro familias tienen tres intervalos de comida, pero existe una diferencia entre estas, dos hacen almuerzo, comida y cena, mientras que las otras dos, desayuno, almuerzo y cena. Los intervalos de comidas son nombrados según el horario en que son llevados a cabo, esto es, no le llaman comida a la realizada a las seis o siete de la noche, sino cena, pues ese horario es más cercano a la noche que a la tarde.

De estas cuatro familias, en la de Angélica, los adultos hacen dos intervalos de comida (almuerzo y cena) pero su hijo Daniel al recuperarse de una desnutrición adquirió hábitos alimenticios, por lo que él pide desayuno (consta generalmente de pan, café o fruta) y después almuerzo en momentos diferentes. Las demás familias (Lourdes, Rutila y Yeni) realizan tres intervalos de comida al día porque tienen dos singularidades, por un lado, siguen una rutina campesina (ya sea contratados como jornaleros o siendo campesinos en propiedad particular) y por otro reciben apoyos económicos adicionales de parte de los abuelos o de algún familiar migrante, esto aumenta la viabilidad de comprar más productos alimenticios.

El estilo de vida campirano implica levantarse más temprano y por ende alimentarse desde las primeras horas del día. Así, las mujeres deben acoplarse a los tiempos de los hombres y prepararles los alimentos. Aunque ellos no desayunan o almuerzan en la vivienda, se les deben preparar sus “tacos” (almuerzo) para llevárselos a las áreas de trabajo.

Las familias de Julieta y Romina realizan dos intervalos de comida (almuerzo y cena), en párrafos anteriores señalamos que ambas pueden comer inclusive una vez al día o ninguna, por falta de empleo o dinero.

Una mujer comentó que de acuerdo a su experiencia personal y la de su mamá, realizan dos intervalos de comida (almuerzo y cena) porque si hacen más, pueden tener molestias estomacales como diarrea, empero, no podemos confirmar sea igual para los demás ya que dicho testimonio no fue reiterado por otras personas.

Respecto a la prolongación del tiempo entre un intervalo de comida y otro, vemos que en cuatro familias los periodos van de 6 a 7 horas, pero, en dos casos llegan a ser más extremos, el almuerzo puede hacerse a las dos de la tarde y la cena a las diez de la noche. De las seis familia, únicamente en dos familias los lapsos de tiempo son más cortos, alrededor de tres o cuatro horas entre cada intervalo de comida.

Por otro lado, notamos que a los niños menores de cinco años aproximadamente, les tienen ciertas consideraciones para el alimento, implica que ellos pueden comer alguna fruta, juego envasado, pan, galletas, yogurt o leche entre los intervalos de comida, no obstante, la proporción de los mismos es mínima o no llegan a terminárselos.

Ejemplificamos el día habitual de una niña de tres años, desayunó a las doce del mediodía una porción pequeña de papaya, melón y leche, a las seis y media de la tarde comió media naranja y un plátano y para las ocho y media de la noche un huevo con media tortilla y un vaso de refresco. La situación puede complicarse aún más cuando no hay dinero en casa, por lo que no habrá ningún tentempié, el almuerzo constará de galletas o pan con agua y durante la cena media tortilla con frijoles.

Para los padres, un parámetro para ver que el niño coma bien, es el número de tortillas en cada alimento, por ejemplo, si come dos o tres tortillas es que está alimentándose adecuadamente, de comer menos no es apropiada su alimentación. Durante el transcurso del día, mínimo deben ser dos tortillas y máximo seis. Cuando fue un mal día, comen sólo media tortilla o ninguna.

Una ventaja adicional para los niños es que al tener preferencias de parte de los adultos (hombres o mujeres), cuando ellos comen, los infantes son integrados y considerados a cualquier intervalo de comida, por tanto, les dan de comer si tienen apetito. De lado opuesto, la desventaja está en que sí un niño no tiene hambre a pesar de no haber comido nada, no existe un estímulo o alguna estrategia para intentar y conseguir alimentarlo.

4.4.6 Distribución de alimentos

La distribución de los alimentos intrínsecamente tiene elementos de jerarquía; destacan aspectos como, quién aporta ingresos económicos, el rol de hombre, mujer y de otros miembros de la familia.

Un espacio privilegiado para observar comportamientos en relación a la distribución de alimentos fue el fogón (tlecuil y pretil), ahí preparan los alimentos y las tortillas hechas a mano, por lo tanto, es el lugar de reunión para comer. Los guisados son colocados en el pretil a

manera de muestra y así poder manipularlos a la hora de servir, de ese modo se refleja la participación de varias mujeres porque cada una elaboró un platillo.

En otro momento mencionamos que el fogón insta la autoridad de las mujeres, así, al haber varios hogares en una misma residencia, éste expone la independencia o dependencia para cocinar, repartir las actividades domésticas y distribuir los alimentos; es decir, el dominio o sometimiento.

Atendiendo a la importancia del fogón, registramos que, la manera de distribuir los alimentos regularmente es similar en todas las familias, con excepción de una, en cinco existe preferencia por servirles en primer lugar a los hombres, después a niños, abuelos y al final a las mujeres que realizan los alimentos.

A los hombres se les otorga el deber de primacía porque salen a trabajar y son los que proveen el sustento familiar, sin embargo, aquellos que no cumplen con su función son desplazados a segundo plano, ellos sabiendo de su condición no protestan o demandan alimento, deberán seguir el mandato de la mujer que resuelve problemas económicos en caso de no haber dinero para comer.

Los niños y abuelos ocupan una atención preferencial, referente a los primeros habíamos dicho que sólo los menores de cinco años gozan de ese trato, así que conforme van superando esa edad dejan de tener privilegios. Los abuelos tienen un papel crucial, sobre todo cuando tienen poder económico o autoridad consolidada, de ser así, son atendidos de la misma manera que los hombres activos. Empero, cuando el abuelo lejos de ganarse el respeto de sus hijos comete faltas morales (infidelidad, agresividad, alcoholismo, irresponsabilidad), la relación es diferencial, llega a ser ignorado a la hora de distribuir los alimentos, sí le sirven de comer pero al final de todos y no puede opinar en caso de no agradaarle la comida.

Las mujeres son las encargadas de servir los platillos así que son las últimas en probar los alimentos. Entre ellas hay subordinación según el rol jugado en cada familia, por ejemplo, una nuera estará en desventaja frente a las cuñadas por habitar en residencia patrilocal; en cambio en la matrilocal el juego de poder será entre hermanas.

La distribución de los alimentos implícitamente conlleva la cooperación de cada miembro, que aunque no todos aportan dinero, deben colaborar con trabajo doméstico o efectuando cualquier actividad en beneficio de la familia.

La única familia que tiene una dinámica particular a la demás se caracteriza por servir los alimentos primariamente a los adultos (sean hombres y mujeres) y posteriormente a los niños, esto tiene que ver con una relación de confrontación entre mamá e hija, ya que la madre al no garantizar la vigilancia de sus hijos, la abuela recurre al desdén por sus nietos con el objetivo de lograr mejores resultados maternos.

Abuela: ¡Dale de comer a tus hijos porque ellos no han comido!

Mamá ¿Ni la niña?

Abuela: No (Trabajo de campo, 2012).

Dedicamos también atención a otros rasgos de la distribución de alimentos, por un lado, a los gustos de los niños por ciertas comidas y por otro, al cuidado que los familiares conceden al infante durante los intervalos de comida.

En este tenor, a los niños no les cocinan guisados distintos o especiales a los de los adultos porque no hay recursos extras para complacencias particulares así que deben comer lo mismo. En situaciones excepcionales como una enfermedad, sí lo hacen, en esa circunstancia no estiman la cuestión financiera, tratan de resolver con el fin de salvaguardar la salud.

Procurar a los menores en su alimentación es una actuación restringida de parte de las mamás, no existen mayores alicientes que el de servir de comer y conceder algunas colaciones (cuando es posible) entre cada horario alimenticio, de ahí en fuera, el niño come lo poco o mucho que le apetece a su cuerpo; en caso de no querer comer por disgusto hacia los alimentos recurren al berrinche como un medio para reclamar y conseguir lo deseado.

Relatamos un hecho presenciado, en un día ordinario una niña de cinco años de edad manifestó no querer comer lo que le habían servido, la primera respuesta de su madre fue no tener nada más así que tendría que comérselo. La niña lloró y dejó la comida en la mesa, su mamá comenzó a amenazarla verbalmente: “¿Deveras quieres llorar en serio?”, después de un rato la llevó al interior de una habitación y todo apunta a que la agredió. La abuela estaba a la expectativa de lo que ocurría, les decía a los nietos que comieran, su tono de voz no era drástico sino apaciguador. La niña salió más tarde del cuarto, ya no tenía llanto pero sí apetencia, primero se acercó a la abuela y luego a su mamá, diciéndole: “¡Ma´ tengo hambre!” La mamá le señaló a la abuela “¡Ya ves y luego no quieres que les pegue si no obedecen!” La niña insistió en comer algo diferente hasta que la abuela le dio dinero para comprar huevo, pero se negó ir a comprarlo a la tienda, a lo que la mamá nuevamente señaló: “¡Ya ves, todo quiere y sin que le cueste!”. Los primos fueron quienes acudieron a comprarlo y fue así que la mamá les cocinó, el hermano menor y los primos al percatarse del guiso también lo solicitaron.

Sintetizamos que, este fue un caso inusitado donde para preparar un alimento especial coexistió necesariamente el berrinche, desafortunadamente el precio para conseguir lo querido, condujo al maltrato físico de la madre hacia la hija.

En general, se ejecutan conductas de restricción hacia los niños por no querer comer, así que cuando ya se valen por sí mismos, les insisten a través de instrucciones precisas: “siéntate bien” y “come bien”; en otras circunstancias, cuando los niños a través del llanto piden cercanía con su mamá y hay negativa de su parte, la conducta es exaltada con gritos y agresión: “chingada madre, siéntate a comer en la silla”.

Por tanto, a niños mayores de tres años es poco frecuente darles de comer en la boca o permitirles contacto físico con los padres (ejemplo, sentarse en sus piernas, ser abrazado; con niños de uno o dos años de edad sí hay flexibilidad). Cuando existe poco apego hacia el cuidado de los niños, regularmente no los llaman a comer, ellos se dan cuenta de la reunión y comienzan a integrarse o después de un rango de tiempo los consideran: “¡el niño ya tenía hambre, háblenle!”.

Finalmente, identificamos que un elemento adicional a la distribución de los alimentos tiene que ver con el acompañamiento durante el acto de comer, esto origina que, cuando un familiar no come por enfermedad, falta de apetito o desequilibrio emocional, los familiares cercanos que lo aprecian evitan probar alimento hasta que la persona no dé indicios de intentar dar algunos bocados. De esta manera, notamos que el acompañamiento otorgado al enfermo no está reducido a un tratamiento terapéutico específico sino también a las prácticas alimenticias.

4.5 Dinámica familiar alrededor del niño

El apunte teórico que nos ha guiado hasta ahora es observar las relaciones de la estructura familiar para examinar qué repercusión tienen sobre el menor. Con las prácticas alimenticias ya hemos iniciado parte de la descripción, ahora nos enfocaremos a cuestiones ligadas a las normas domésticas, tales como: rol de los principales actores en la atención del infante, autonomía o dependencia de las mamás, tipos de autoridad, dificultades intrafamiliares y estimulación afectiva hacia el niño. Un elemento necesariamente añadido a la estructura familiar y del que tendremos mayor cautela por revisar será el cuidado de la salud infantil.

4.5.1 Roles familiares

En este rubro abordaremos varios puntos ligados a los vínculos entre los miembros de la familia principalmente de aquellos que tienen mayor participación en la vigilancia del niño.

De las mujeres, las mamás, abuelas y tías ocupan un lugar relevante, los hombres no colaboran en los quehaceres del hogar ni tampoco en el infantil. Al ejercer el rol de proveedores económicos asumen que ellas deben dedicarse al cuidado de los hijos y la alimentación. Directa e indirectamente ordenan a las esposas cumplir con su papel social. Y aunque, algunos padres o abuelos pueden ser consecuentes o consentidores con los niños de corta edad no se hacen cargo de los cuidados básicos.

En cambio, sin haber contemplado a otro tipo de integrantes, aparecieron los primos del menor, con quienes convive y mantiene lazos fuertes, a tal grado de convertirse en cuidadores provisionales.

Una vez identificados los actores, empezamos hablando de las funciones de abuelas (paternas y maternas) y madres de los niños. En los hogares, el trabajo relacionado a la limpieza de espacios colectivos (baños, cocina, patio) es distribuido según las preferencias, habilidades y asignaciones de la jefa de familia (autoridad); así que, aunque la tarea a realizar no sea equitativa o del agrado personal. Lo que está claro de este tipo de limpieza es que depende del esfuerzo de todos, no de una persona en particular.

A los niños desde pequeños (de seis años hacia adelante) comienzan a hacerlos partícipes de tales actividades domésticas, pero entre ellos, también suelen haber diferencias porque el trabajo no es proporcional. La mayoría de las veces aprenden a través del sentido común, ejemplo, recogen la basura del piso y la guardan en costales, sin recibir instrucción de usar bolsas o recogedor para levantarla así como tampoco lavarse las manos después del contacto con los desechos.

Las condiciones en que encontramos las áreas comunes de las viviendas no fueron las mejores, algunas veces había descuido en no asear las habitaciones, escusados o patios, de todas las familias, una es la que tenía mayor precaución en limpiar todos los días y de manera meticulosa.

En cuanto a la protección otorgada específicamente al niño, existe precisión de a quién le compete llevar a cabo esta vigilancia. Antes aclaramos que, en la localidad cuando una madre de familia deja a su hijo al cuidado de otra mujer, ésta reconoce todas las atribuciones que le están siendo cedidas, por lo que ella se hará cargo completamente de lo concerniente al niño. Esto aplica generalmente para las abuelas aunque sin descartar a otras mujeres (vía consanguínea o no), tal situación ocurre regularmente cuando la madre biológica migra a los Estados Unidos, hubo separación con el cónyuge, abandono o desdén hacia al menor. Así, cuando los nietos son responsabilidad de la abuela u otra mujer, son considerados hijos, ellos la ratifican mamá; y en uno y otro el vínculo emocional trasciende.

En ambos casos, al ser mamá biológica o circunstancialmente la responsable del niño, es sabido que ellas estarán indiscutiblemente al cuidado del niño. En los seis casos que nos competen, todas las madres son biológicas, pero al interior de los hogares hay abuelas que adquirieron el rol de tutoras con algunos nietos. Por tanto, al presentarse esta situación, los primos fraternalmente pasan a ser hermanos.

Entonces, de las mamás participantes en el estudio, cada una está a cargo del niño y a pesar de vivir con sus suegras o madres, éstas no adquieren obligación sobre él, la asistencia de bañarlo, vestirlo, cambiarlo, mantenerlo aseado, lavar ropa y darle de comer es atribución sólo de la progenitora. No obstante, las abuelas acaparan la facultad de estar a la expectativa de cómo cuidan a los nietos, y de ser necesario según su apreciación, aconsejan, corrigen, critican o regañan a la madre.

Es importante precisar que, únicamente cuando la mamá no puede cumplir con estas tareas por circunstancias emergentes (enfermedad, ausencia temporal), las abuelas o tías residentes en la misma casa se hacen cargo. Por su parte, el niño les reconoce como autoridad y no las desacredita.

Cuando ninguna mujer adulta está en casa, los adolescentes (generalmente primos) mayores de once años y sin importar sexo son comisionados para inspeccionar que el infante no corra algún riesgo al interior o fuera de la vivienda, sin embargo, a tan corta edad no hay seguridad de lograrlo. Además, entre niños también se presentan conflictos particulares, por lo que los de menor edad están en desventaja ante quien los cuida, llegan a sufrir maltrato físico. No adquieren compromiso para bañarlos, cocinarles o darles de comer, deben esperar a que alguna mujer adulta regrese.

De lo que registramos en aseo personal, éste no es supervisado meticulosamente, los niños puede bañarse cada tercer día o más, sobre todo cuando el servicio de agua potable es suspendido durante un periodo²¹⁸. Un juego favorito del infante es meterse a las tinajas de agua sucia, y al no haber prohibición tienen libertad de divertirse de esa manera.

²¹⁸ El baño es efectuado con agua de tiempo (directamente de la llave), raramente es puesta a calentar en el fuego, al menos que el niño esté enfermo de un cuadro respiratorio.

En parte, no hay demasiado cuidado de mantenerlos limpios debido a que caminan descalzo en el patio, arrastran en el piso (incluido el de tierra) y juegan con los animales domésticos, primordialmente perros. En temporada de calor, algunas mamás acostumbran bañarlos dos veces al día, uno después del medio día para refrescarlos (no ocupan jabón sólo agua) y el otro más completo antes de ir a dormir. Nuevamente, sólo una familia procura diariamente el aseo personal del niño (la misma que mantiene limpia la vivienda).

Finalmente, enfatizamos la independencia de la mamá con respecto a otros familiares y qué autoridades preexisten para conducir las normas internas. La interacción entre abuela (suegra o madre) y mamá del niño pone de manifiesto cómo afecta o beneficia el cuidado sobre él. Brevemente detallamos los casos familiares.

Anticipadamente hemos relatado a dos familias en que mamá e hija tienen confrontación por el control de los actos, las jóvenes madres intentan ser independientes en sus decisiones, pero algunas veces les es restringido elegir libremente.

En estos casos, las abuelas constantemente están monitoreando la asistencia a los nietos, así que de no estar de acuerdo en cómo lo están haciendo, tienen la autoridad para corregirlas verbalmente y en casos extremos hasta golpearlas. El asunto está en que reproducen el patrón de violencia, debido a que las abuelas al no aprobar el maltrato físico a los nietos, salen a su defensa pero corrigiendo a las mamás de la misma manera, con golpes.

Las cuestiones de salud/enfermedad las abordaremos más adelante, por ahora adelantamos que esto puede convertirse en el medio de manipulación de parte de la abuela hacia la mamá, pues al haber un episodio enfermizo en el niño, las mamás no deben distraerse (recreación), ejemplo, una mujer pretendía divertirse en un evento público de la localidad, no obstante, el manejo de información de la abuela sirvió para evitar el permiso del abuelo.

Mamá: ¡Ya se le quitó la diarrea!

Abuela: No es cierto, se la pasó chillando.

Mamá: No pues no, el niño todavía está con su cara de escurrido, está chillón, mejor me quedo, bailes hay muchos, mejor me quedo con él (Trabajo de campo, 2013).

En dos familias, las mujeres (mamás) mantienen una relación cordial con su madre (abuela), incluso dependen constantemente de ellas para contemplar su opinión y proceder a actuar en economía, resolución de problemas familiares, educación, eventos sociales, organización en el trabajo doméstico y laboral. De cierta manera tal actitud las hace poco autónomas y en ocasiones hasta endebles con otros integrantes de la familia, debido a que las subestiman, sin embargo, la ventaja en los niños, es, no presenciar diferencias entre abuela y mamá, sino protección, apoyo y cuidados.

Los dos casos restantes son de mujeres residentes en casa de la suegra, en uno la mamá depende de lo económico hacia la suegra, así que lleva la batuta en todos los aspectos, por lo que la nuera no tiene autonomía en tomar decisiones, con todo, no hay diferencias notables como para coartar la relación, esto beneficia al niño al no presenciar disputas o estar en medio de las dos.

El otro caso es de aquella mujer que a pesar de vivir con la suegra tiene independencia en los actos individuales y familiares, la libertad de manejar las finanzas por separado (principalmente alimentación) le da la pauta para mantenerse al margen. Sin embargo, la interrelación tuvo un proceso de conformación en la que el nieto estuvo de por medio, inicialmente a la abuela le costó trabajo no estar pendiente de los gustos y alimentación del niño, así mientras la mamá le prohibía comer más de una pieza de pan, la abuela se lo daba a escondidas. La abuela así generó un vínculo de apego y a la vez de sobreprotección con el menor, y presumía tal acto:

¿A quién quieres más hijo, a tu mamá o a mí? Dígale -dile- a la muchacha, a quien quieres más (Trabajo de campo, 2012).

Entre las riñas más comunes era la limitación impuesta por la nuera para que la suegra no interviniera en asuntos ajenos. La conciliación llegó cuando el suegro intervino en la relación, propuso preparar los alimentos de manera separada para evitar discusiones. Fue así que mejoró la situación, actualmente la suegra trata de respetar la independencia de la nuera, y ella por su parte algunas veces le permite regañar y amedrentar a sus hijos a través de prácticas indeseadas (curarlos de la garganta con tomate).

4.5.2 Tensiones familiares

Nos dimos cuenta que las tensiones intrafamiliares se desarrollan en espacios comunes donde las confrontaciones no son manejadas de manera privada sino de pública y con intervención de terceros, tal manera de resolver esas dificultades son presenciadas y escuchadas por los infantes.

Presentamos un esbozo general de cómo dichos conflictos entre los familiares tienen repercusión en los niños. Previamente hemos dado algunos indicios de cuestiones particulares en cada familia, retomando esos datos y enfatizando otros, intentamos reconstruir las relaciones problemáticas. Primero, ahondaremos en las circunstancias en que inicialmente fueron conformadas, a colación traemos los casos de Julieta, Romina y Rutila.

Particularmente con Julieta, las diferentes uniones conyugales o separaciones de los padres afectaron la convivencia posterior en la familia. Por ejemplo, por tener dos relaciones previas a la actual y tener hijos de distinto hombre, originó roces con su mamá, por un lado estaba la exigencia constante de obligar a la pareja a proporcionar sustento económico para que ella no trabajara y cumplir exclusivamente el rol de madre en el cuidado de los niños; en segundo orden, por repetir el patrón de ruptura, a razón entre otras, de no cumplir con el papel social de proveedores. En este sentido, abuela y madre (del niño) han sostenido pleitos durante un ciclo continuo, llegando a afectarse mutuamente física y verbalmente.

Respecto a la unión actual, cuando Julieta y la niña enfermaron o tuvieron alguna emergencia, el abuelo solventó la mayor parte de gastos, por ello, sus padres la presionaron para separarse del cónyuge. Durante el segundo embarazo, siendo él el padre del bebé por nacer, no cubrió la manutención de manera constante, lo que obligó a Julieta a trabajar hasta los siete meses de gestación. El origen radica en la inestabilidad laboral masculina por no buscar alternativas de empleo. El yerno y suegra suelen amenazar la salud mental de Julieta, estando así en medio de ambos para decidir el rumbo de su vida.

Durante un periodo aproximado de tres meses el cambio de residencia fue necesario porque las discusiones familiares entre mamá e hija no cesaron, de ahí que Julieta solicitó a su padre radicar en el Distrito Federal, sólo con esa ayuda fue posible el traslado, él le prestó un lugar para habitar y estando allá también resolvió problemas económicos debido a que la pareja siguió con oficios temporales.

Los inconvenientes perjudiciales fueron no satisfacer las necesidades básicas por falta de dinero, como son alimentación y atención a la salud. Julieta soportó (aguantar dolor) malestares físicos en varios episodios de enfermedad.

En el cambio de residencia madre e hija entraron en un juego de poder, poniendo como referí al abuelo, los pleitos persistieron a la distancia por deudas financieras. Las emociones estuvieron presentes, de acuerdo a los testimonios identificamos resentimiento, enojo, añoranza, orgullo, venganza, indignación y guardar silencio.

La situación perjudicó sentimentalmente en todo momento y entre las personas afectadas fue la niña, debido a que los padres no la procuraban como en Xochitepec, recibía mayores regaños y llamadas de atención principalmente del padrastro. También se convirtió en el motivo de disputa entre madre y abuela, quedó en medio de los problemas de adultos.

La historia personal de Julieta en relación a las distintas uniones conyugales sostenidas ha sido parte del distanciamiento entre madre e hija, la mamá piensa que es su deber controlar el comportamiento de la hija, de ahí que no acepta al padre biológico de la niña para otorgarle manutención pero tampoco está convencida que Julieta deba trabajar si tiene un cónyuge que puede mantenerla. Esto significa preocupación para la madre y a la vez tener que afrontar los comentarios ofensivos de los miembros de la familia extensa, quiénes juzgan a la hija por sus actos.

En el caso de Romina, ocurre una situación parecida a la de Julieta en cuanto a las relaciones matrimoniales. Durante la estancia de campo fue el momento en que Romina estaba separada temporalmente del esposo por diferencias, disgustos y no resolver cuestiones económicas a falta de empleo. De sus padres recibió apoyo para vivir en la misma residencia, pero le llevó a tener roces con ambos por permitir que su esposo siguiera viendo al niño, pues lo desaprobaron y no validaron la decisión.

Entre otras cosas, las principales tensiones familiares fueron entre abuela y mamá, ya que hubo un desdén de ésta en la procuración del infante. El tipo de trabajo de la mamá (acompañamiento en elecciones políticas) ocasionó diversas salidas fuera de la vivienda, llegar de noche, y pasar poco tiempo con el hijo. Tal entorno perjudicó al niño por no comer hasta llegar la mamá, querer estar cerca de ella y recibir negativas porque estaba cansada y correr el riesgo de algún accidente a falta del cuidado de un adulto (cuando la abuela salía, quedaba a cargo de los primos o tíos adolescentes).

Un día los niños no comieron nada porque su mamá llegó después de las once de la noche y aunque les estuve rogando -abuela- no quisieron, esperaron hasta que llegara su mamá (Trabajo de campo, 2012).

La hostilidad en ambas se da cuando Romina no permite que su mamá opine e intervenga en su vida personal, tanto sobre su esposo o el manejo del dinero recibido de personas ajenas. Además, piensa que por trabajar, es responsabilidad de la abuela cuidar a los niños.

Mientras tanto, la pareja acordó dar un año de plazo para evaluar cómo mejoraba la relación. Romina tenía certeza de querer regresar pero él no, así que ella decidió esperarlo hasta que tomara una decisión. Sin embargo, durante ese tiempo no permaneció sola, mantuvo una relación a distancia con un inmigrante en Estados Unidos (originario de la localidad), quién le enviaba dinero para los gastos del hogar, al parecer le funcionaba como una segunda opción en caso de no resultar la reconciliación con su esposo, quién le proporcionaba insuficiente dinero y de manera discontinua. Además, tenía un pretendiente interesado en conquistarla del cual también recibía apoyo económico aunque en menor grado.

Sin que el esposo estuviera enterado de tal circunstancia, Romina tenía como estrategia mantener los tres tipos de relaciones para que en caso de no resultarle alguna tuviera otras alternativas. Los padres estaban enterados de la situación, aparentemente aprobaban tal comportamiento pero en el fondo estaban interesados en que eligiera a quién le proveyera recursos económicos. Especialmente a la abuela le incumbía que al recibir una manutención segura ella no tuviera que trabajar, pues de ser así seguiría descuidando al niño.

De parte del esposo hay rumores de mantener por igual un vínculo sentimental, Romina no lo cree y piensa que la sigue queriendo por enojarse cuando lo amenaza con casarse con otro hombre si no decide a tiempo. En ambos lados mienten o manipulan la información de las infidelidades con tal de no descartar la posible reconciliación.

Esto afecta al infante, al no resolver asuntos personales y de pareja lo ponen en juego. La muestra está en la percepción creada respecto a la figura paterna, ya que al niño le mencionan a los tres hombres como papás, incluso le preguntan en diferentes momentos cotidianos a quién prefiere. Ante la indefinición de unirse con una única pareja, hacen dichos comentarios sin considerar la repercusión ocasionada en el hijo, pues le hablan de varios rostros masculinos y en realidad no sabe quién es su papá.

Otro punto relevante, es el engranaje de mentiras, el cual puede repercutir en riñas de los adultos, y en cierto grado llegar a enojo, amenazas, controversias y quizá hasta generar venganza y violencia.

¡Para otra vez no me invites si me vas a mandar a traer los refrescos y no me vas a atender! (Trabajo de campo, 2013).

Siguiendo con los relatos maritales, está el de Rutila quien a partir del abandono del esposo (migró a Estados Unidos) quedó como madre soltera y dependió económicamente de sus padres, a diferencia de Julieta y Romina, ella no desencadenó problemáticas con la mamá, en parte por cumplir con el rol maternal en el cuidado del niño y por asumir otras actividades concernientes al apoyo doméstico, lo que de alguna manera equivale a la reciprocidad al interior de la familia. Rutila mantiene cierto respeto y agradecimiento hacia sus padres, no los encara debido a que reconoce la ayuda brindada desde que el niño nació.

Circunstancialmente, resalta el hecho de los hermanos, quienes intervienen para orientarla sobre la mejor manera de educar o cuidar al niño, de esta familia, mientras hay respeto y fraternidad las sugerencias son recibidas y contempladas, en cambio, cuando existen fricciones el desenlace no es bueno²¹⁹.

Las familias de Angélica, Lourdes y Yeni conformaron una unión conyugal y es vigente, así que ese motivo no les genera conflictos. En términos generales, las tres no desencadenan la complejidad de las anteriores, aquí permea la convivencia con otras familias nucleares al interior de la misma vivienda, lo cual, atañe problemas ajenos.

Los altercados van desde no estar de acuerdo en que la suegra sea participe del cuidado del niño (alimentación, aseo personal), presenciar gritos y peleas entre tíos, hermanos, abuelos; así como depender económicamente de terceros. De ahí la incidencia de vivir con otros familiares y no solo con los papás. En algunos acontecimientos, la consecuencia inmediata será empeorar la situación por la intervención de diversos integrantes, quienes se vuelven jueces cuando opinan.

Por otro lado, entre parejas, la autoridad del hombre está por encima de la mujer, generalmente él decide y no solicita consideración en la toma de decisiones, lleva la batuta, impone y ordena. La mujer soporta presión social a tal grado de trabajar sin importar la condición de salud o de persona, primero están los demás y al final ella. Asume el papel de obediente, calla y piden autorización para ciertos actos.

Aunado a todos los casos, aclaramos no ser expertos en el tema, pero estando una temporada considerable en la localidad a manera de resumen mostramos un esquema general de las tensiones familiares. Los datos también resultaron de innumerables pláticas informales, de ahí que nos atrevemos a presentarlos.

Primero diremos el interés de acercarnos a esta temática. Al hacer trabajo de campo, escuchamos diferentes narrativas del comportamiento entre familiares, el grado en que son mantenidas las relaciones nos acercaba a explorar de manera conjunta cuál era el patrón.

Observamos que, las dificultades en familia nuclear o extensa no cesan, con regularidad pueden presentarse problemas en un ciclo dinámico lleno de contradicciones según los discursos; las peleas son constantes y cambiantes entre los miembros, no acaban, regresan y son amenazantes en cualquier momento.

En ese círculo hay de todo, silencio, distanciamiento, mentiras, enojo, orgullo y venganza, al final el cometido será lastimar a otros. El contenedor de tales emociones conlleva en algunas circunstancias a agresiones verbales o físicas, de acuerdo a las personalidades puede haber impulso inmediato o guardar los sentimientos y expresarlos en una oportunidad.

²¹⁹ En la localidad, con regularidad el hermano mayor es el que tiene la autoridad para decidir qué es lo que debe hacerse con respecto a un conflicto. Si él muere, el que sigue es quién toma la batuta, generalmente son los hombres quienes tienen tal cargo. Cuando existe respeto entre hermanos la regla aplica pero cuando hay serias riñas debe intervenir otro familiar para intentar controlar la situación.

La intensidad de las emociones y el manejo de las mismas conllevan a diferentes tipos de violencia. La cual es sentida incluso entre padres e hijos o entre hermanos. Atendimos a historias de madres que al no poder moderar el temperamento de algún hijo varón (generalmente en estado de ebriedad) debía solicitar el servicio de la policía municipal para arrestarlo y poder calmar su comportamiento agresivo (querer golpearla). En el caso de las mujeres, el asunto puede resolverse entre ellas pero siguiendo la pauta de dañar al otro con reclamos y gritos.

¡Si de verdad quisiera matarse debería tomar veneno! (Trabajo de campo, 2012).

No sabemos de qué manera todo esto afecta psicológicamente al niño, pero las tensiones familiares de alguna forma no son favorecedoras. Además, el infante al darse cuenta de hechos violentos los socializa y hace suyos en sus discursos y forma de actuar, debido a que reproduce y valida lo que ve.

¡Si tus primos te pegan, no te dejes, míéntales su madre! (Trabajo de campo, 2012).

Nos dimos cuenta que cualquier problema de los adultos es observado y escuchado por los niños, pues los asuntos no son hablados de manera privada sino frente a ellos. Cuando se trata de violencia, no pierden de vista qué se dice, entre quiénes es el pleito y por qué, en este sentido, participan también del problema. Existe la costumbre de mandarlos a “divisar”, es decir, ver por dónde transita el familiar después de salir de la vivienda para estar pendientes de no tener dificultad con alguien en la calle, de ser así, debe acudir rápidamente a la casa y avisar.

Así, los adultos ordenan a los niños ir detrás de ellos, pero fingir que están haciendo otra cosa, como ir a comprar algo a la tienda. En algunos niños esto causa cierto estrés, por ejemplo, niñas adolescentes, a quiénes les da miedo pasar por dónde están los hombres tomando alcohol, las mujeres califican esta actitud como desidia y flojera por lo que al final las obligan a “divisar”.

Nos tocó ver que, cuando llega a haber un pleito entre familias se integra desde el más pequeño hasta el más grande, por lo tanto, los hacen también partícipes y van copiando ciertas conductas.

¡El niño lloraba y ella también, temblaba su hermanita de ver a su hermano! (Trabajo de campo, 2012).

4.5.3 Tipo de afectos

En este rubro nos centramos específicamente en los tipos de afectos otorgados al niño, esto es, la forma de hablarle, de referirse a él, consentirlo, desaprobarlo, mostrarle cariño y restringir su conducta.

Conjuntaremos la información de las seis familias y evitaremos particularizar los casos al menos que sea necesario referirlo.

Cuando los padres están de mal humor, irritables, enojados y no logran contrarlar esas emociones muestran una figura represora, no permiten romper las reglas, por ejemplo: dejar de comer por hablar, interrumpir las pláticas de los adultos, hablar, jugar, opinar, decir groserías y hacer travesuras.

Existe escasa tolerancia y rápida desesperación, en algunos casos tal actitud no es consiente y cuando lo es no les agrada pero se les dificulta evitarlo. Cuando los padres no pueden moderar sus impulsos sancionan al niño con mayor facilidad.

Los regaños son constantes, cualquier motivo los genera y con frecuencia llaman la atención a los niños para que sigan todas las instrucciones, de lo contrario hay molestia y existe fuertes regaños (agresivos y en voz alta). La restricción de los papás es vertical (castigo o represión), tratan de corregir las acciones del infante a como dé lugar. Les ordenan, someten, sancionan, prohíben, pero sobre todo amenazan con groserías sino obedecen.

¡Deja ahí, no metas tu mano, no seas cochina, di que quieres eso -agua-, no andes poniendo tus manos así! (Trabajo de campo, 2013).

También suelen poner calificativos negativos al niño como: “burro” “sope” “tonto” “zopilote”, “pendejo”, “menso” “cochino”.

Las amenazas verbales son una forma de opresión para que los niños obedezcan.

¡Se va a ir tu madre y te va a dejar!
¡Ya no me hables!
¡Te vas a morir si no te la comes! (Trabajo de campo, 2012).

La amenaza de lastimarlos físicamente está presente cuando no dejan de llorar, hacen cosas que no están bien para los padres o dicen groserías (travesuras generalizadas):

¡No quiero que andes diciendo esas pinches palabras, oíste, te voy a dar uno de tu bocota, y di que no te lo dí fuerte, para la otra va a ser más duro! (Trabajo de campo, 2012).

Los niños reciben golpes físicos que van desde nalgadas, bofetadas, manotazos, golpazos en la cabeza o jalar el cabello, cuando la molestia es extrema no importa reprenderlos públicamente.

Los niños generalmente obedecen por temor a ser maltratados, en algún momento pueden llegar a contestar pero la mayor parte del tiempo, permanecen callados y siguen indicaciones de manera sumisa.

Aunque el niño también va incorporando a su vida cotidiana emociones reprimidas, al contener demasiado enojo (hablamos de un caso) en contra del padre, suele ofenderle e incluso desearle la muerte. Curiosamente, en la misma historia familiar, la mamá comentó que al ser pequeña acumuló coraje por recibir regaños y golpes severos de parte de su madre, por lo que en algún momento anhelo le pasará algo similar.

¡Pero uno se aguanta y no les dice nada por respeto! (Trabajo de campo, 2012).

Los abuelos también tienen autoridad sobre los nietos, pueden llamarles la atención, regañarlos o incluso golpearlos, pero la mayor parte del tiempo les muestran cariño, los defienden de sus padres e intervienen por ellos. Los niños identifican el papel que juegan los abuelos al interior

de las familias, así que están cómodos con la protección brindada y los buscan cuando hay represión o descuido de los padres. El abuelo se convierte en un defensor en cualquier lugar.

¡No lo regañes, son niños chiquitos, no se les debe hablar así! (Trabajo de campo, 2012).

Los padres a diferencia de los abuelos demuestran menos cariño hacia el niño, no realizan caricias frecuentes o besos, al menos que sean los más pequeños de la familia, a ellos sí les tienen bastante consideración.

En una familia nos topamos con falta de atención de parte de la madre hacia el niño, éste al querer acercarse a ella y no conseguir respuesta satisfactoriamente, se dice que puede estar “chipilón”, llora porque quiere que lo estén abrazando y solo así logra calmarse. Al enojarse no le hace caso a nadie, suele aislarse en el cuarto y aunque lo llamen no acude, después de un tiempo, cuando se le quita el coraje regresa y busca a la mamá.

¡A veces nosotros le hacemos más caso que su mamá! (Trabajo de campo, 2012).

De hecho, cuando los padres son más cariñosos con los niños pequeños del hogar, los de mayor edad buscan estar con los abuelos. Las mujeres más que los hombres manifiestan algún tipo de afecto.

En general, los abuelos son los que más abrazan, contemplan y consienten (trato amable y cordial), es el integrante de la familia de quien más se recibe estímulo y afectos. No obstante, mencionamos en otro apartado que las abuelas tienen un trato preferencial con los hijos de las hijas más que de las nueras. Al ser mimados por la abuelita, reciben menores regañes y más comodidades. En cambio, aunque los otros nietos (hijos de nueras) también son cuidados y procurados la distinción es latente.

Un niño que es gracioso (por comportamiento) ocupa más atención de parte de los adultos. Empero, el propósito es provocarlo, hacerlo enojar o insistirle en repetir groserías que les causa risa, ejemplo: ¡“puerco”, “chinga tu madre”, “pendejo”!. Algunas veces lo maltratan (nalgadas o jalan el cabello) para que reaccione con insultos hacia los adultos.

Ya habíamos dicho en párrafos anteriores que el infante al aprender de los adultos, incorpora a su vocabulario pautas similares, por ejemplo cuando el papá llega alcoholizado a la vivienda, el niño advierte:

¡Llegaste bodacho –borracho- a qué pendejo, acuéstate o si no te voy a dar! (Trabajo de campo, 2012).

Esto nos hace reiterar que los niños van observando el comportamiento de los adultos y por eso al reforzarlo con acciones análogas, van repitiendo las conductas que pueden tener en el futuro.

Incluso los hermanos mayores ejercen control, poder, autoridad y maltrato sobre los menores cuando no están siendo vigilados por un adulto. Entonces, asumen el proceder de los padres.

4.5.4 Tipo de cuidados (salud)

Específicamente aquí abordaremos los cuidados en salud otorgados al infante. Durante el periodo de trabajo de campo, registramos los sucesos de enfermedad por lo que pasaron los niños, así como las distintas acciones llevadas a cabo por las familias para lograr la recuperación²²⁰.

Al anotar los incidentes de enfermedad durante diferentes estancias de campo, conocimos de qué enfermaron los menores según el transcurrir del tiempo.

Cada niño tuvo de dos a siete acontecimientos de enfermedad (aproximadamente en un año y medio), con excepción de un infante que no presentó ninguno. La mayoría de eventos recurrentes fueron dos: 1) infecciones respiratorias y 2) cuadros diarreicos. De las primeras, reportaron síntomas generales como gripa, catarro, fiebre, tos y del segundo evacuaciones continuas, dolor de estómago, temperatura y eventualmente vómito. Para ambos sucesos enfermizos hubo llanto, inquietud, irritabilidad y falta de apetito²²¹.

En cualquier evento, las mamás identificaron que si el niño dejaba de comer estaba enfermo, por tanto relacionaban su baja de peso por no consentir el alimento. Es decir, si el niño no comía era indicativo de malestar y habría que atenderlo.

La niña (Guadalupe) que presentó el mayor número de episodios repetidos tuvo fiebre y molestias en la garganta, a colación, un médico general sospechó problemas dentales por lo que al referirle al odontólogo, éste confirmó caries en los dientes y por eso las infecciones constantes acompañadas de temperatura, ya que diagnosticó daño en los nervios.

Referente a las terapéuticas, una vez ocupado un medicamento (después de haber consultado a un médico), si éste resultaba efectivo volvían a usarlo para evitar pagar la consulta con el profesional.

En relación a los medicamentos prescritos para infecciones respiratorias no tienen identificado uno en específico, olvidan los nombres y tiran las recetas. Sin embargo, aunada a la infección está la fiebre, en este caso, sí está ampliamente validado el Tempra® para bajar la temperatura, inclusive lo conocen en sus diversas presentaciones (pastillas o gotas), generalmente lo recuerdan y nombran como paracetamol. También suelen ocupar la Neomelubrina®, Desenfriol® y Mejoral® para el resfriado general, cualquiera de estos productos son adquiridos con facilidad en cualquier tienda de la localidad.

Entre los tratamientos domésticos para disminuir la fiebre ocuparon el alcohol con tomate y también el huevo, ambos frotados sobre el cuerpo. En algunos casos combinaron el tomate con alcohol tibio y manteca, mojaron un trapo y lo pasaron por los pies.

²²⁰ Aunque adicionalmente recuperamos información valiosa sobre diversos cuidados domésticos (autoatención), en este apartado sólo nos centramos en referir los eventos de enfermedad observados durante la interacción con las familias.

²²¹ Existen varias percepciones acerca del origen de la diarrea y dolor de estómago, por ejemplo, el “frío metido”, el cual es causado por usar ventilador en la habitación, esto origina que se enfríe “la boca del estómago” La idea está sustentada principalmente en el cambio de clima (caliente-frío), ya que también es ocasionado por no cubrir el cuerpo, andar descalza o mojarse la ropa en temporada de lluvias.

Particularmente, cuando una fiebre no era contemplada como alarmante según el estado físico y ánimo del niño, las mamás recurrieron a la desatención, es decir, no realizaron ninguna acción, dejaron que la fiebre bajara sola.

Para los cuadros diarreicos, normalmente utilizaron la “Agromicina”, así le nombran pero en realidad es Acromicina®. En las tiendas es conseguida sin ningún problema, inclusive cuando los niños acuden a comprarla solo piden una pastilla para “diarrea y dolor de estómago” y le es otorgada con singularidad.

Las tácticas complementarias llevadas a cabo fueron, dar de beber jugo envazado y en un caso al desconocer el proceder de la enfermedad, hicieron uso del aceite de oliva con un sobre de Estomaquil® para descartar que no hubiera “algo pegado” en el estómago.

Entre los eventos singulares, existió una lesión en el pie, a razón de una disputa entre familiares en estado de ebriedad, donde un hombre al arrojar una botella de vidrio sobre un perro, afectó al niño, generándole herida por el impacto. Del hecho destacamos que, al haber inconformidad por la afectación hacia el menor, hubo altercado físico y verbal entre los integrantes que desembocó en amenazas verbales, al final, el provocador del accidente pagó servicios médicos particulares. No obstante, el problema inmediato estuvo en que dos médicos privados de la localidad se negaron a dar la consulta por haber sido un evento violento²²².

Al no contar con ningún servicio profesional (el personal del Centro de Salud fue descartado porque el incidente fue alrededor de la siete de la noche y a esa hora ya no dan consultas), la familia recurrió a la autoatención, le quitaron los vidrios pequeños, ocuparon agua oxigenada, alcohol y pusieron un líquido conocido como “Violeta” (para sanar heridas). Al segundo día un médico privado accedió a revisar al niño con ciertas condiciones:

Le dije: ¡Sí, puedes traerme al niño a las 8:30, estaré esperando pero si después de esa hora no vienes, pues ni modo, no puedo estar esperando! También le dije que si no traía dinero no viniera porque este es un consultorio privado (Trabajo de campo, 2012).

En dos familias (Gabriela y Yuri), la falta de apetito estuvo considerado como suceso de enfermedad, aunque no hubo otro síntoma o manifestación de malestar. Para las mamás la situación era preocupante por lo que en circunstancias extremas (pasar más de dos días sin respuesta a comer) buscaron la opinión de un experto (médico) para saber que debían hacer. Una mamá (Julieta) asistió al médico privado para tener un sondeo general de la salud del niño, pero sobre todo solicitarle explícitamente unas vitaminas.

En otra familia por tener el antecedente de desnutrición en el niño (Daniel), la mamá tenía temor de recaída, es decir, bajar de peso considerablemente y llegar a padecer anemia. Por la experiencia pasada no quería regresar a los estudios de laboratorio y dar vitaminas, pero de confirmarle algún médico estaría dispuesta a seguir indicaciones. Contó que darle la papilla (del programa Oportunidades) fue lo más difícil, al inicio le costó trabajo la aceptación de parte del niño, al final la ventaja fue que sí le gustó. Entre las recomendaciones de los nutriólogos

²²² Uno de los médicos, al que previamente habíamos entrevistado, comentó haber dejado de atender a cualquier persona que asistiera a su consultorio con una lesión a causa de violencia, debido a que tuvo problemas personales.

recuerda darle de comer verduras y frutas, así como agregar colaciones (alimentos en diferentes momentos del día); reconoció que al aprender y ver el resultado en el niño aún sigue algunas sugerencias alimenticias. Posteriormente, un médico pasante del Centro de Salud le ratificó estar en peso y talla normal pese a haber mostrado inapetencia temporal.

Otro suceso enfermizo fue el “daño”, el cual es común entre los más pequeños de la familia (ver capítulo III, apartado: Aire de daño). Aquí las mamás manifestaron que el daño ocurrió porque un adulto les había calentado la sangre a los niños, como síntomas estuvieron la calentura, escozor en la piel, no querían dormir y tenían llanto constante. La atención fue efectuada de acuerdo al saber doméstico, las encargadas fueron las abuelas, ocuparon una playera sudada del padre o abuelo y limpiaron con huevo (frotado en todo el cuerpo).

A puro regaño se lo querían quitar, mi niño puro llore y llore, me levanté y les dije ¿Qué cosa tiene el niño, por qué lo están regañando y pegando? Miren no le peguen a mi niño, denme una camisa sucia de su papá (Trabajo de campo, 2012).

Para concluir, de los seis niños, en uno (Alina) hubo sospechas de “querer escapulario”, pero conforme avanzó la trayectoria de atención y recuperación del infante, fue descartado dicho padecer. En otro caso (Yuri) sí fue atendida con la terapéutica popular, la información es presentada en el capítulo VI, apartado: 6.2.3.1.3 Yuri, último evento²²³.

Frente a todos los eventos señalados, las familias acudieron al médico y a la autoatención (incluida la desatención), en un caso con el curandero porque fue necesario consultarlo.

En cuestiones de salud, es sumamente relevante decir que las riñas, confrontaciones o diferencias entre mamá y abuela (relatos antes citados) no aparecen cuando se trata de recuperar la salud de los niños. Las jóvenes mamás dan y otorgan poder a las “mayores”, al reconocer su saber. En episodios de enfermedad como los descritos aquí, los papás (varones) no figuraron en alguna intervención, el cuidado en la salud recayó en las mujeres.

Las tácticas de represión familiar también suelen estar presentes en los procesos de salud y enfermedad, particularmente en los de prevención. Por ejemplo, en un evento respiratorio, cuando los niños no querían seguir las medidas provisorias como cubrirse una prenda al momento de salir a un ambiente frío, las mamás solicitan al médico inyecciones en lugar de pastillas, pues sabiendo que éstas les causa temor, aseguran que a través del miedo tendrán mayor precaución de cuidarse. Otro ejemplo es, asustarlos con curarles la garganta con tomate.

²²³ No pudimos hacer observación participante durante el momento de la atención debido a que temporalmente no nos encontrábamos en la localidad, posteriormente realizamos una entrevista que arrojó los datos.

Capítulo V.- El escapulario y sus representaciones sociales

Este capítulo ofrece adentrarse al mundo de las ideas construidas alrededor del escapulario. Al ser éste un fenómeno de salud partimos de las nociones de los actores sociales.

Para caracterizar elementos afines al escapulario iniciamos la búsqueda de información con conceptos elaborados desde la medicina como son, causalidad, sintomatología, diagnóstico, prevención, tratamiento, eficacia de las terapéuticas y complicaciones, sin embargo, la investigación nos fue llevando a categorías desconocidas por explorar para entender desde qué mirada el escapulario es visto como enfermedad.

De ahí que usamos algunas palabras literales referidas por la población para describir detalladamente el proceso de la salud y la enfermedad. Pensamos exhibir el bagaje lingüístico con el propósito de adentrarnos a la cultura local y entender el sentido otorgado.

Vale la pena aclarar la estrategia metodológica para recabar la mayor cantidad de datos y aproximarnos a la complejidad de las representaciones sociales. Así, nos dimos a la tarea de realizar entrevistas estructuradas pero también estar en diversos espacios comunitarios y generar encuentros informales que nos dieran la oportunidad de enriquecer la recolección de datos, de ahí que la mejor manera fue asistir a los eventos del ritual curativo²²⁴.

De esta manera registramos y triangulamos los diferentes relatos compartidos por la gente y fue así que también llegamos a la saturación teórica.

5.1 Referencias del escapulario

En el apartado “Antecedentes etnográficos del escapulario o santo” del capítulo II, presentamos un compendio de la literatura encontrada hasta ese momento. La etnografía incorporada aquí es una aportación al conjunto de referencias ya realizadas, en ese sentido comenzamos indagando cuestiones preliminares del escapulario.

5.1.1 Denominación

Hasta ahora hemos señalado al escapulario con tal nombre porque así es denominado en la localidad, de hecho también le llaman santo. Para hacer más factible la lectura decidimos dejarlo con el primer calificativo en lugar de usar los dos. No obstante, es de nuestro interés enfatizar que en algún momento fue reconocido de otra manera y después cambió.

Preguntamos abiertamente a los curanderos, mamás, personajes claves y población en general si al escapulario le conocían de otro forma. La población mayor puntualizó que en otras localidades aledañas como Cuentepec (Municipio de Temixco), Alpuyeca (Xochitepec) y Xoxocotla (Puente de Ixtla) usan otros nombres como “mixcoton” y “micho” para identificar a la enfermedad.

En Coatetelco, inicialmente también le decían mixcoton y en menor grado micho (éste último relacionado a una grosería o alusivo a los genitales), pero en ambos casos desconocen el significado real de las palabras y resaltan han dejado de llamarle de esa manera.

²²⁴ Asistimos a veintiuno.

Los abuelos o ancianos son los que llegaron a nombrarle así desde su niñez pero conforme fue transcurriendo el tiempo quedó en desuso, argumentan que fue a razón de haber dejado de hablar náhuatl (“mexicano”) y comenzar a utilizar el español. Actualmente, son pocos los que lo conocen como mixcoton o micho, pero en la memoria de la gente aún pervive.

Antes era mixcoton, pero las personas de antes se están acabando, ahora queda la nueva generación y ya no es igual, ya es el santo (Trabajo de campo, 2012).

Finalmente, la pregunta es ¿Y por qué llamarle escapulario o santo? En el desarrollo del texto iremos especificando lo concerniente a las diversas representaciones sociales, por ahora nos conformamos con precisar que le nombran santo por estar relacionado a dos santos de la religión católica, San Antonio y Santo Domingo y escapulario²²⁵ por utilizar un objeto terapéutico peculiar en la atención.

El escapulario es por la forma en que hacen el listón, forman una rosa de colores, entonces a esa rosa le nombran escapulario porque adentro va la imagen de San Antonio y Santo Domingo, ese es el escapulario, lo que cuelga (Trabajo de campo, 2012).

Fotografía No. 1. Objeto terapéutico



Fuente: Paulo Maya, 2010.

²²⁵ En la religión católica se utiliza un escapulario llamado devocional, está unido en dos piezas con bandas de tela o cordones que porta imágenes santorales y es colocado en el cuello.

5.1.2 Características precedentes

Recuperar la tradición oral del escapulario no fue objetivo de la investigación así como tampoco encontrar la ruta etnohistórica que revelará el origen de la enfermedad para ubicarla en algún grupo étnico del periodo prehispánico o época colonial. Por cuestiones de tiempo y fines del estudio nos centramos en el momento actual, aunque no perdimos de vista algunos datos precedentes que fueron de ayuda para comprender y entender mejor qué cambios han sido resignificados en las representaciones y prácticas sociales.

De acuerdo al testimonio de algunas personas, el escapulario existe en la localidad desde tiempos inmemorables a la revolución mexicana, entre los ancianos de mayor edad (más de ochenta años) recuerdan haber oído y vivenciado enfermar de esa manera. Quizá décadas previas ya figuraba entre las formas de enfermar, pero desconocemos la articulación de los hechos por falta de pericia histórica en el tema, ya otros profesionales en el área tendrán la oportunidad de retomar la investigación.

Mientras tanto, durante la acogida de información encontramos que el escapulario era una enfermedad predominante y frecuente en los niños.

La reflexión de los curanderos fue que los niños enfermaban más porque las mamás tenían desdén hacia su cuidado, con regularidad dejaban pasar el tiempo hasta que creían o los veían muy enfermos. La forma de apreciar el mal cuidado era porque el infante se rascaba o pellizcaba constantemente la nariz hasta sacarse sangre, se mordían las uñas y lloraban en exceso.

Aunado a ello, los niños tenían ciertas características distintivas al momento de enfermar, estaban muy delgados (coloquialmente “pescuesuditos”), inflamados del estómago (“barrigoncitos”) y en casos extremos llegaban a tener dificultad para respirar, siendo este suceso lo que podría llevarlos a la muerte. Otros síntomas típicos eran la diarrea y vómito. En suma, con dicha sintomatología sospechaban que el niño había enfermado de escapulario.

Porque muchos los abandonaban, no les hacían caso. Te digo, antes era de niños chiquitos de meses, de año, de medio año, nomás les daba diarrea, les pegaba cesido en el pecho (¡ah, ah, ah!...expresó y simuló) (Trabajo de campo, 2012).

Otro aspecto fuertemente marcado era la temporalidad de la enfermedad, pues de acuerdo a diferentes argumentos, ésta se propagaba en un periodo determinado, el del temporal (época de lluvias), contemplado desde finales del mes de mayo para concluir en septiembre. Había una distinción en que junio era el mes más notable para atender a la gente de escapulario, seguido de julio, agosto y septiembre, inclusive a estos meses los consideraban como los más dañinos.

A su vez, la temporalidad de los casos estaba relacionada a los santos antes mencionados, San Antonio y Santo Domingo, pues de acuerdo a la fecha en que ellos “salían a trabajar” era que surgía la enfermedad. El término es asignado a fechas determinadas para enfermar a la gente, la diferencia en los dos estriba en que, cuando un santo terminaba el otro empezaba.

A decir verdad, no existe claridad en el periodo estipulado a cada santo, suele haber ambigüedad en las fechas. De acuerdo a las nociones, aludieron a diferentes días del mes de junio para la entrada de San Antonio y distintos días de agosto para Santo Domingo. Como

quiera que sea, reflexionamos que la correlación en fechas está ligada al calendario litúrgico de la religión católica, San Antonio es conmemorado el 13 de junio y Santo Domingo el 4 de agosto²²⁶.

Un elemento añadido es que los santos están ubicados en ciertos templos religiosos de localidades aledañas, así, en el imaginario de la gente, cuando en esos lugares “destapan” (abren) los nichos de las imágenes por un lapso de tiempo es que los santos salen a enfermar. Actualmente es sabido que la enfermedad ya no se dispersa en una temporada concreta sino durante todo el año, los motivos alrededor del cambio varían, pero destacan que los santos ahora están permanentemente descubiertos, se quedaron en Coatetelco porque les gusta como los atiende la gente, ya no se retiran porque creen más en ellos. Cuando una persona no es atendida durante esa temporada seguirá estando enferma durante el resto del año.

Antes por temporada, de tal fecha a tal fecha es uno, y de tal fecha a tal fecha es otro. Tenían sus fechas, de tal día empieza a tal día se termina, y el otro tal día empieza y tal día se termina. Pero ahora, no sé, ya lo agarramos todo el año, ya no hay fecha (Trabajo de campo, 2012).

Provisionalmente cerramos este pequeño apartado con precedentes puntuales, sin embargo, durante el seguimiento del texto, iremos haciendo alusión a los cambios reflejados del antes y el después.

5.2. Situación actual del escapulario

En el estudio, un objetivo específico que causaba expectación por conocer era la demanda de atención del escapulario. Las visitas esporádicas y el primer acercamiento con la población antes de comenzar formalmente la investigación revelaban innumerables historias personales por escuchar. Fue por ello que nos propusimos registrar el panorama actual de la enfermedad en la localidad, intentando esquematizar los datos por grupos de edad, sexo y temporalidad.

Partiendo del enfoque teórico-metodológico de la epidemiología sociocultural de incluir a los actores sociales para dimensionar el acontecimiento de salud, nos dimos a la tarea de identificar a la gente que pudiera contribuir en nuestro cometido y solicitarle su participación. Contamos con el apoyo de curanderos, personas que tienen un rol concreto en el ritual curativo²²⁷ y hombres dedicados a ofrecer servicio de música para amenizar eventos sociales (conocidos como sonidos²²⁸). No obstante, aunque la solicitud fue abierta para un número de sujetos determinados (veinticuatro), no todos accedieron o concluyeron favorablemente el registro, así que hicimos el conteo general con lo que obtuvimos (doce).

La petición para cada participante fue concreta, les pedimos llenar un formato de fácil utilización donde anotaran el nombre de la persona que enfermó de escapulario, edad, sexo y fecha en la que fue atendido (mes del año). Para ordenar de mejor manera la información contemplamos el lapso sincrónico de enero del 2012 a marzo del 2013²²⁹.

²²⁶ The metropolitan museum of art. Saints a book of days. New York, USA, 1994.

²²⁷ Ponen el huentle (alimentos).

²²⁸ Los sonidos de música para eventos civiles de la localidad juegan un papel importante de diferente orden, status, simbólico y de convivencia comunitaria. En el caso del escapulario la contratación de este servicio para el ritual curativo es cada vez más demandante, por esta razón, los sonidos fueron incluidos para el registro, ya que asisten con regularidad.

²²⁹ El formato fue diseñado por nosotros, le denominamos: situación actual del escapulario.

El formato fue llenado cuando las personas consultaron al curandero y en el momento de llevar a cabo el ritual curativo. Durante la realización del rastreo estábamos conscientes que sería complejo tratar de emprender este conteo, pero aun así quisimos aventurarnos porque insistimos en enaltecer el problema de salud.

5.2.1 Registro en un periodo

Antes de presentar la ordenación cuantitativa de los datos, describiremos la representación social de la gente también en relación a la preponderancia de la enfermedad (grupos de edad, sexo y periodo en qué la gente enferma).

Según los curanderos, el escapulario se manifiesta a cualquier edad, en bebés (incluidos los recién nacidos), niños, jóvenes, adultos y ancianos; ya no observan distinción entre la población porque es “parejo”. Inclusive, no entienden por qué y de qué manera ha variado entre la población cuando inicialmente sólo atendían a los niños; tienen como hipótesis que la gente cree más en el escapulario de lo que creía antes. Así que, pronostican un incremento de enfermos cada vez mayor, proclive hacia los adultos más que a los niños.

Pues yo creo que las personas mayores... porque hoy casi niños no, pura gente grande (Trabajo de campo, 2012).

Las mamás comparten junto a los curanderos que el escapulario está presente indistintamente en todos los grupo de edad, aunque infieren que los más propensos a enfermar son niños y ancianos.

En cuanto al sexo, curanderos, mamás y población en general coinciden en que hombres y mujeres enferman por igual. Con excepción de una curandera, quien opinó que las mujeres son las más atendidas de escapulario.

Sobre la temporalidad de la enfermedad, ya hemos dicho antes, que está ha sido modificada a través de las décadas, hoy en día, la gente no sólo enferma en el temporal de lluvias sino en todo el ciclo anual. Empero, la mayoría de curanderos siguen viendo un incremento de casos durante los meses de junio, julio y agosto. En contraste, una curandera puntualizó que el escapulario ya no puede predecirse con certeza porque el tiempo para enfermar es variable.

Ahora bien, con todas las aristas que contiene realizar un bosquejo cuantitativo, contrastamos su alcance con el cualitativo, no sin antes advertir que, seguramente obtuvimos aproximaciones.

En el capítulo III, indicamos que el escapulario es la enfermedad por la que los curanderos otorgan más consulta²³⁰.

Lo del escapulario, casi siempre el escapulario está más, de todas las enfermedades más el escapulario (Trabajo de campo, 2012).

De siete curanderos, a quienes les pedimos ser partícipes del registro, sólo una mujer accedió a colaborar favorablemente. En un año realizó diferentes consultas y por tanto diversos diagnósticos, de estos, setenta y cinco salieron de escapulario. De los cuales, consideramos

²³⁰ Ver apartado: demanda de atención de los principales padecimientos con expresión cultural.

sólo un total de diecisiete casos para conocer la edad y el sexo de los consultantes²³¹.

La edad promedio fue de once años (incluidos menores de un año hasta cuarenta y cinco años), respecto al sexo el 71% fueron mujeres y el 29% hombres. Este dato coincide con la curandera que difirió del resto de los curanderos que argumentaron que el escapulario está presente por igual en ambos sexos. Nosotros complementamos que esto puede deberse a que ella en la consulta utiliza una atención personalizada e incluye en la indagatoria del diagnóstico cuestiones personales y familiares, por lo que las mujeres a diferencia de los hombres pueden tenerle más confianza al solicitarle el servicio²³².

A partir de los demás actores sociales (dueños de sonidos y participantes en el ritual curativo), la referencia cuantitativa es la siguiente. Aquí tomamos como parámetro un total de ciento tres casos para determinar el sexo, cabe aclarar, que esta gente no solo tuvo el diagnóstico sino también se atendió de escapulario. Tenemos entonces que, el 51% fueron mujeres y 49% hombres; con el resultado vemos mayor margen del sexo femenino, aunque no por mucho, así que, la representación de curanderos, mamás y población converge con este informe.

Respecto a la edad, tomando en cuenta a cien personas, el promedio de edad fue de veinticinco años. Para poder apreciar una estimación por grupos de edad presentamos el comparativo:

Tabla No. 34							
Enfermos de escapulario por grupo de edad, 2012							
-1año	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65 y más	Total
10	13	22	15	14	13	13	100
10%	13%	22%	15%	14%	13%	13%	100%

Fuente: Trabajo de campo, 2011-2013.

Así, el grupo de cinco a catorce años fue quién más enfermó de escapulario, seguido del de quince a veinte cuatro años y en tercer lugar de veinticinco a cuarenta y cuatro; siguieron con similar porcentaje tres grupos de uno a cuatro, cuarenta y cinco a sesenta y cuatro y sesenta y cinco y más, el último sitio fue para los menores de un año. Al sumar el porcentaje de los tres últimos grupos de edad, los adultos son quienes más enferman en comparación a los menores de cinco años.

Sobre la temporalidad consistente al periodo en que enfermaron las personas, incluimos sólo al año 2012.

²³¹ Incluimos nada más el listado detallado de 17 porque el resto no lo especificó.

²³² La temporalidad (fecha en que las personas enfermaron) no la anotó por tal razón la omitimos.

Tabla No. 35												
Enfermos de escapulario según mes, 2012												
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
1	1	2	2	3	7	8	7	5	6	7	7	56
2%	2%	4%	4%	5%	13%	14%	13%	9%	11%	13%	13%	100%

Fuente: Trabajo de campo, 2011-2013.

De cincuenta y seis casos, observamos que de enero a mayo el número de personas enfermas fue el menor; en cambio, de junio a diciembre el mayor, en ese lapso el porcentaje se mantuvo casi igual durante siete meses, el mes con más enfermos fue julio.

Haciendo el recuento de todo, procedemos con la asignación de la enfermedad según el sexo, tanto mujeres como hombres son atendidos de escapulario casi de manera semejante, aunque son ellas las que generalmente están por arriba de los varones.

La edad promedio es coincidente de acuerdo a las distintas fuentes de información, son los jóvenes de la edad escolar (5-14) los que enferman más de escapulario, seguidos de los adultos en edad productiva (15 a 44) y por debajo están ubicados de manera descendente, también del rango de edad productiva (45 a 64), le siguen los de edad posproductiva (65 y más), preescolar (1 a 4) y en último lugar infantes (menores de un año)²³³. Con esto, la noción de los curanderos es acertada, son más los adultos los que están enfermando de escapulario. En el caso de la mamás, pese a percibir que niños y ancianos son los más afectados a enfermar de escapulario, la realidad está mostrando lo contrario.

Para concluir, el lapso de tiempo en el cual enfermaron más las personas fue durante el segundo semestre del 2012, reflejando un alza a partir del mes de junio tal como el saber popular lo indicó (durante el temporal); sin embargo, el número no disminuyó en los últimos tres meses del año, por lo que en fundamento a las representaciones sociales, conjeturamos que el escapulario efectivamente ya no tiene un periodo específico para enfermar.

De acuerdo a la recaudación de datos, la atención por escapulario rebasó más de cien casos durante un año, es un fenómeno de salud habitual y cotidiano entre la población.

5.2.2 Ocurrencia

Un asunto inesperado a partir del trabajo de campo fue la ocurrencia de la enfermedad, pues sorprendió saber que las personas enfermaban más de una vez y de manera recurrente durante su historia de vida. No obstante, recabar este tipo de información a nivel local sería complicado, así que la manera de resolverlo fue a través de las genealogías de las familias seleccionadas. Basándonos en el número de integrantes residentes en la misma vivienda, preguntamos abiertamente: ¿Cuántos miembros fueron atendidos de escapulario y número de veces? En la tabla 36 presentamos los resultados.

²³³ Una fuente de información adicional para cotejar los datos fue la propia, al asistir a veintiuno eventos de curación, anotamos las edades de las personas enfermas y también coincide con lo reportado en los formatos, los grupos de edad con mayor rango fueron: 5-14, 15-24 y 25-44.

Tabla No. 36 Ocurrencia de escapulario en las familias			
No.	Integrantes	Atendidos de escapulario	Núm. Eventos
Familia 1	10	7	1-5
Familia 2	6	5	1-3
Familia 3	12	8	1-5
Familia 4	8	6	1-4
Familia 5	12	9	1-2
Familia 6	6	3	1-8

Fuente: Trabajo de campo, 2012.

Podemos observar que de las seis familias, en todas, más de la mitad de los integrantes ha enfermado de escapulario y el número de eventos ha sido desde una hasta ocho veces, lo cual nos indica que la ocurrencia es latente.

Sin ignorar el hecho indagamos la representación social respecto a la ocurrencia (enfermar repetidas ocasiones). Encontramos diferentes percepciones, destacaron que, las personas enferman varias veces porque son “débiles”, aludiendo al tipo de carácter, aunque a decir verdad, nos dimos cuenta que no están conscientes del término y suelen reproducirlo sin fundamento.

Otra versión, es por la “costumbre” de ser atendidos de escapulario, una tras otra vez o mejor dicho, una vez al año consecutivamente desde pequeños hasta volverse adultos.

Una más, por pedir estar enfermo de escapulario, es decir, expresárselo verbalmente a los santos, pues existe expectativa personal por lo que ofrece la curación:

Hay personas que dicen ¡Me gusta cómo me traen mi ropa, me gusta porque me traen bien los dulces!....Te gusta pues lo que te traen (Trabajo de campo, 2013).

En este caso, el mayor peso es puesto en los recursos terapéuticos y no en la enfermedad en sí, incluso, pueden correlacionar el evento con un festejo, ejemplo, compararlo con una fiesta de cumpleaños. Entre la gente no creyente del escapulario o quién está en contra del procedimiento popular (médicos, autoridad religiosa, entre otros) juzgan y descalifican a la creencia justo por el tipo de tratamiento.

Continuando con la idea precedente, la gente que sí cree, piensa que es común enfermarse cuando a los santos les gusta cómo los atienden (cordialidad) unas personas a diferencia de cómo pueden hacerlo otras, de ahí que regresan una y otra vez con quién les trata bien.

Por otro lado, aparece la ocurrencia pero no de manera individual sino familiar, significa que la

enfermedad puede manifestarse también en un periodo, en el cual los miembros de la familia van enfermando seguidamente y sin interrupción.

Nosotros aquí se nos había metido mucho el santo, el santo, el santo. Cada año, cada año, cada año, si no uno otro, si no uno otro. Al año mi mamá, al año yo, igualmente ese mismo año... a las dos, y nos dábamos un mes una, al otro mes otro, a los quince días otro (Trabajo de campo, 2013).

Sobre esto creen que, al estar exteriorizándolo oralmente, tal suceso es concedido, por lo que es mejor no anunciarlo para evitar enfermar de escapulario. Asunto contrario a desecharlo como lo referimos en un párrafo anterior.

Y como dice mi hermano: nosotros mismos estamos llamándolo, llamándolo, llamándolo... Entonces dejamos de decir santo, santo (Trabajo de campo, 2013)

Con las citas reflexionamos el sentido común de las ideas, por un lado, es una práctica constante ser atendido de escapulario cuando el acontecimiento es periódicamente una costumbre y por otro desecharlo o dejar de nombrarlo equivale a enfermar el mayor número de veces o evitar las menos posibles.

En el apartado de prevención mencionaremos las acciones llevadas a cabo para dejar de enfermar innumerables veces.

5.3 Causalidad

En el apartado “características precedentes” de este capítulo, adelantamos que el escapulario está relacionado con dos santos, San Antonio y Santo Domingo. Ahora que sabemos que los dos “salen a trabajar” durante todo el ciclo anual, la pregunta que nos ocupa exponer es: ¿Qué significa que ellos salgan a trabajar?

Identificamos que es una connotación socialmente compartida entre la población, que advierte el momento en que ambos santos pueden enfermar y generar malestares físicos en las personas.

Entonces, estos santos son los que originan la enfermedad. Sin embargo, cada uno tiene atributos singulares que les permite generar daño de diferente manera.

Antes de describir las características de San Antonio y Santo Domingo, destacamos que el escapulario no está vinculado a otros santos sino exclusivamente a los mencionados. De acuerdo a la representación social, los dos forman parte del conjunto de santos católicos, plasmados en imágenes, pero no comparten ciertas cualidades a las de otros santos.

5.3.1 San Antonio y Santo Domingo

Al recabar información de distintas fuentes (curanderos, mamás y población en general), caímos en cuenta que aunque las ideas son compartidas entre los actores sociales, los curanderos a diferencia de cualquier gente poseen un saber especial por el bagaje cultural heredado.

Desde la perspectiva de los curanderos, San Antonio se caracteriza por ser un santo compasivo, considerado y paciente, a razón de ser papá y traer consigo a un niño cargando, esto simboliza que el santo entiende lo que un niño sufre cuando enferma, en ese sentido, es causante de la

enfermedad pero no es tan severo.

San Antonio sí espera porque tiene a su niño, tiene paciencia porque él sabe lo que es tener hijos, lo que es sentir un dolor, una desvelada, una enfermedad de los hijos (Trabajo de campo, 2012).

Por su parte, Santo Domingo es soltero, “corajudo” y envidioso (no tiene a nadie que le acompañe); es visto como el más “malito” (malo) y peligroso porque no tiene “piedad”, no espera; él enferma de manera rápida y “fuerte” (gravedad) hasta ocasionar una muerte inesperada. Lo describen portando una “crucecita o varita” (cruz o vara).

Ese no perdona, ese rápido quiere... rápido le tienen que poner... (Trabajo de campo, 2012).

A diferencia de los curanderos, las madres desconocen la razón por la cual San Antonio y Santo Domingo enferman a la gente, saben que son los causantes de generarla pero no tienen explicación del por qué lo hacen, indican que desde que “abrieron los ojos” (nacieron) es así; es decir, reproducen la representación social sin racionalizarla. Ellas reconocen algunas características de cada santo aunque no de manera particular como los curanderos, a San Antonio también le atribuyen ser más compasivo que Santo Domingo por llevar consigo a un niño.

Es relevante destacar que las imágenes físicas de los dos santos no son guardadas, conservadas o colocadas en un altar al interior de las viviendas, esto fue enfatizado por las mamás, quienes piensan que de hacerlo podrían enfermar continuamente, pero sobre todo, porque saben que no es conveniente tener a cualquier tipo de santo en la casa. Este referente está presente debido a que han escuchado o vivenciado que a través de la brujería las imágenes religiosas pueden ocasionar otro tipo de enfermedades (ver apartado “aire de imagen” del capítulo III).

Así, otros santos de la religión católica también enferman aunque de distinta manera. En el caso del escapulario, es claro que ubican a San Antonio y Santo Domingo como específicos de esta enfermedad.

Una cualidad adicional asignada a los dos santos es su procedencia, poco es comentado pero se dice que viene del “malo”, es decir, del demonio y no de Dios, en el caso de los curanderos, algunos ponen en duda esta cuestión, en cambio las madres ni siquiera se lo plantean, es un hecho que recurren a San Antonio y Santo Domingo porque les originó una enfermedad así que no les interesa saber de dónde provienen²³⁴.

Pues, la verdad, yo no sabría decirte si viene por parte de Dios o por parte del malo. Nosotros como decimos, bueno yo en lo personal ¡Yo quiero la salud para mi ser querido, no me importa si dicen que es para el diablo o para Dios! (Trabajo de campo, 2013).

Ahora bien, los rasgos compartidos entre un santo y otro son los siguientes: a) Se considera que hacen el “bien” pero también el “mal”, puesto que, por un lado enferman pero por el otro curan a la gente una vez que se les da lo que ellos piden; b) Poseen “poder” porque pueden

²³⁴ De acuerdo a un curandero, San Antonio y Santo Domingo provienen del malo porque les agrada beber alcohol. Sin embargo, el resto de los curanderos no correlaciona el gusto al alcohol por venir del demonio sino porque desde siempre les ha gustado.

enfermar a cualquier persona en el momento que así lo deseen y c) Les gusta convivir con los “pobres” aunque estos tengan poco por ofrecer.

Algo que diferencia a San Antonio y Santo Domingo del resto de santos católicos es que desde su infancia ambos fueron “traviosos” y “atrabancados”, siguieron así durante la edad adulta y hasta el tiempo de hacerse santos; es por esta razón que continuamente “molestan” a la gente de diferente manera, “tumban” (tiran al piso), “recargan” (están sobre la espalda o cuerpo), “pegan” (golpean físicamente alguna parte corporal) y “abrazan” (aprietan el estómago).

Entre otras cosas, San Antonio y Santo Domingo nunca fueron bautizados y por esa razón son “groseros”, “atrevidos” y hacen la “maldad” de enfermar a la gente.

Causan enfermedad por un propósito específico, quieren que las personas les den diferentes cosas, entre ellas, comida.

Más que nada es la forma de avisarnos que ellos quieren su mole, su chocolate, su alcohol... porque ya siendo santos ya no tienen posibilidades de hablar o de decirnos que quieren algo, pues es su forma de expresarse. Es por eso, me imagino que es a través de las enfermedades (Trabajo de campo, 2013).

Entonces vemos que, los santos tienen ciertas diferencias a los demás santos existentes en la religión católica²³⁵. A partir de la causalidad, comenzamos a vislumbrar que San Antonio y Santo Domingo tienen una personalidad única, la cual les permite enfermar por un propósito especial, comer.

5.3.2 Santa Muerte

La Santa Muerte es un tercer participante en promover enfermedad, sin embargo, éste es un elemento reciente y reelaborado, pues anteriormente no tenía cabida. Intentamos indagar el tiempo de inserción pero no encontramos un dato certero, aludieron a diez o veinte años aproximadamente.

Los curanderos revelaron que la Santa Muerte comenzó a ser parte del escapulario desde el momento en que los “buenos” curanderos (saben hacer brujería) indicaron incluirla. A partir de ahí, enseñaron parte de su conocimiento a personas claves dedicadas a colaborar en el ritual curativo, con el único propósito de integrarla.

En cuanto a la causalidad, socialmente empieza a difundirse que también la Santa Muerte pide que la gente le dé de comer. Aunque a decir verdad, no toda la población cree que ella esté involucrada en enfermar, más bien piensan que es partícipe de la agonía de las personas cuando ya están enfermas o es la causante de recuperar su salud si están muy graves. En ambos sentidos, es relacionada a la gravedad de las enfermedades.

Al igual que San Antonio y Santo Domingo, la Santa Muerte se distingue por algunos aspectos, es “mala” y “enojona” pero sobre todo puede “matar” contundentemente a alguien. Para lograr matar, “tumba la mollera” (la baja) y por este motivo muere cualquiera.

²³⁵ San Juan, la Virgen de la Candelaria y San Pedro son los santos patronos de la localidad, los festejan anualmente de acuerdo al calendario litúrgico, la concepción alrededor de ellos es completamente distinta.

Sí es del malo, la Santa Muerte te tumba la mollera... y te mueres, por eso dicen que es del malo. Porque los curanderos nos lo han recomendado, los meros curanderos que saben la recomiendan (Trabajo de campo, 2013).

La Santa Muerte ésta vinculada al “malo” (demonio) más que a Dios, algunos curanderos dicen que también puede ser santo, pero en general no la toman en cuenta, pues San Antonio y Santo Domingo son los que marcan la tradición.

Por su parte, las mamás tienen una apreciación distinta de la Santa Muerte, la perciben como “buena” y a la vez “mala”. En función del escapulario la distinguen pero no la conectan directamente como causante de la enfermedad, solamente han escuchado que otras personas sí han recurrido a ella en la terapéutica.

Las mamás a diferencia de los curanderos conocen elementos adicionales de la Santa Muerte, por ejemplo, debe ponérsele un altar en casa o intercambiar cosas con ella, empero, es trascendental mencionar que esto ya no tiene nada que ver con el escapulario, es un acervo particular por influencia y creencia de otros familiares.

5.3.3 Manifestación de los santos

Por tradición histórica y oral, de aquí en adelante referiremos únicamente a los dos santos causantes de enfermedad, San Antonio y Santo Domingo, a la Santa Muerte la traeremos a colación sólo de ser necesario.

Partiendo de que San Antonio y Santo Domingo al convertirse en santos ya no tienen manera de expresar lo que quieren, recurren a distintas formas para ser escuchados y atendidos.

Primero diremos que San Antonio y Santo Domingo en algún tiempo fueron niños, adultos, ancianos y después murieron hasta ser santos. De ahí que la manera de revelarse es a través de su última etapa de vida, siendo ancianos, mejor conocidos como “los viejitos”.

La niña está diciendo quién es y nosotros las señoras sí comprendemos, pues es el viejito, quién es, el santito (Trabajo de campo, 2012).

Los viejitos se presentan a través de sueños o simbólicamente, pero no cualquiera puede verlos o soñarlos sólo algunas personas, con mayor frecuencia los ven los niños o aquellos convalecientes por gravedad. Quienes no han visto a los viejitos dudan o no creen en ellos aunque sí saben de su existencia. De hecho, las generaciones de los jóvenes tienen poca credibilidad de su aparición a diferencia de los adultos mayores quienes legitiman la creencia.

No siempre se muestran los dos juntos, pueden ser uno o los dos al mismo tiempo. Los viejitos al manifestarse aparecen con ciertas características, físicas, vestido, lugares específicos y comportamiento particular.

Físicamente son “viejitos, chaparritos, barbones, feos, prietos, mugrosos y greñudos”. Toda la vestimenta hace remembranza a una forma precedente de vestir, camisa y pantalón de manta blanca, sombrero, bastón (o palo), morral y algunas veces también portan una olla y jarro. En cuanto a lugares comunes dónde aparecen, generalmente se les ve parados afuera de las puertas de las casas, arriba de los árboles, en las esquinas y ocasionalmente en las áreas de cultivo cuando los hombres van al campo.

Él decía que veía que venían dos señores, dos viejitos, con sus bastones y lo jalaban, de un pie uno y otro de otro pie y lo bajaban de la cama. Y él sentía que ya lo tiraban al suelo. Pero no, dice que despertaba en su cama... (Trabajo de campo, 2013).

El comportamiento de los viejitos es singular, son enojones, gritan, hacen señas y presionan los pies de la gente cuando quieren algo específico, por otro lado, también ruegan con insistencia para convencer sobre lo que solicitan. Una manera de distinguirse es tener mole en las mejillas, los niños suelen confundirlo con moco por ser de color verde. Al infante, la imagen de los viejitos suelen causarle llanto o temor debido a que el aspecto físico no es deseable.

Los viejitos primordialmente piden comida, mole verde, agua, chocolate, alcohol o un guiso especial; en parte por esto, llevan consigo una olla para guardar y llevarse los alimentos.

El mole o preferencias como alcohol y cigarros son repetidamente demandados porque es lo que consumían San Antonio y Santo Domingo desde tiempo inmemoriales (antes de morir y ser santos), por ejemplo, anteriormente se “echaban un pegue de alcohol cuando hacían un coraje”. No obstante, conforme han sido re-significadas las representaciones sociales les piden otro tipo de cosas.

Lo soñó, dice, que hasta comieron así juntos, dice él... no seas cabrón dame patitas de puerco con huevito, en un rato no lo he comido... ¿Pero por qué me pides eso? Yo no sé hacer eso, dice ¡Dile a tu esposa que lo haga, no seas malito...! (Trabajo de campo, 2013).

Alimento es lo que piden los viejitos porque quieren consumirlo, es decir, la representación está centrada en pedir de comer pero no por antojo sino por hambre, los relatos describen en su aparición, una expresión de súplica: "Dame molito".

Un indicador de que la enfermedad ya está presente en el cuerpo es cuando a los viejitos se les sueña o ve, aunque no necesariamente aplica en todos los casos sino en algunos.

Si ya lo tengo, es lógico que lo vea por dónde quiera, a dónde sea (Trabajo de campo, 2013).

Después, al culminar el ritual curativo vuelven a ver a los viejitos ya que es la muestra de que se van con lo que pidieron, llevan comida en su morral.

5.3.4 Los aires y su la relación con el escapulario

Siguiendo el curso de la redacción, damos pie a exponer por qué el escapulario es relacionado con un tipo de aire, entre los curanderos lo ubican como “aire de santo”, la población en general no le llama así pero reconoce que San Antonio y Santo Domingo son un aire.

Los dos santos se hacen pasar por viejitos, pero ya no están vivos sino muertos, por lo que al dejar de existir ronda su esencia, esto es el aire.

Sí, esos son el aire, se hace pasar por muchas formas porque a veces ve que un viejito; los que más están graves dicen que ven un viejito que está en su puerta y les grita; y es un viejito bien barbón. Dicen que se ve muy mal... Es el mismo, el mismo aire del santo, se le aparenta... Si, si, ese es el aire del santito (Trabajo de campo, 2013).

En ese tenor, ese aire es el que molesta y enferma a las personas. El aire genera malestar sobre el cuerpo y ahí se queda hasta que exista una curación que lo saque, quite, aleje o retire. Una muestra de la particularidad del aire de santo, es que el enfermo al traerlo corporalmente pone en riesgo de enfermar a otro integrante de la familia, pero exclusivamente aquel que duerme junto a él, por ejemplo un hijo o la pareja, el hecho de dormir de manera cercana puede generar que el aire “se le pegue”. Por esta razón, durante parte del ritual curativo es conveniente ocupar una estrategia de previsión para evitar este tipo de esparcimiento por llamarle de alguna forma (ver apartado: prevención).

Sabiendo que ambos santitos son aires, tienen la cualidad de trasladarse de un lugar a otro, por eso cuando ya han enfermado a la persona no solo se le presentan a ésta específicamente sino a varias al mismo tiempo porque pueden visitar diferentes casas y espacios.

La facultad de desplazamiento permite a San Antonio y Santo Domingo llegar desde otro lugar hacia Coatetelco. En el apartado “características precedentes” de este capítulo relatamos que existe la noción de que los dos santos están situados sólo en algunos templos religiosos de localidades aledañas. Donde al destapar los nichos en los cuales se encuentran, tienen libertad de salir para pedir su comida. Solo que ahora llegan a Coatetelco todo el tiempo sin tener un periodo definido y sin irse de ahí. Con relación a esta idea, creen que ya no se van porque les gusta cómo los atiende la gente.

No existe razonamiento claro del por qué San Antonio y Santo Domingo llegan de otro lugar, se dice que quizá “aparecieron” allá pero después “regaron” la enfermedad. El sitio más mencionado de dónde provienen es Atlacholoaya (Municipio de Xochitepec), aunque también indican otros como Tepoztlán, Cuautla, Cuentepec (Temixco) y Xoxocotla (Puente de Ixtla). En Coatetelco los santos no están físicamente en el templo, andan en las calles, afuera de las casas o en el campo, en cambio, en las localidades señaladas las imágenes sí están “escondidas” al interior de los recintos católicos.

En general, la población cuenta que San Antonio y Santo Domingo están en algún santuario católico pero de otro pueblo, no en Coatetelco, aunque coincidentemente colindantes con este (parte poniente del Estado de Morelos). La gente sí ha escuchado dónde están pero no los ha visto, son pocos los que han acudido a los sitios señalados para verlos. Es importante decir que uno y otro son patronos de esos lugares, lo cual no es cuestionado, solo saben que salen a “trabajar” (enfermar), por lo que les tienen que cumplir.

En Atlacholoaya... allá están unos santotes grandotes, no sé si será verdad, porque casi nunca voy ahí a la fiesta, pero dicen que sí están unos santos y ... yo no sé por qué se vinieron mucho para acá... porque les gusta yo creo lo tradicional (Trabajo de campo, 2013).

La movilidad de los santos está extendida hacia otros lugares, pues además de enfermar a gente residente en Coatetelco, enferman en localidades cercanas, regularmente de Xochitepec, Alpuyecá, Mazatepec; y yéndose más lejos en la ciudad de Cuernavaca y Estados Unidos de América (migrantes radicando principalmente en Georgia y Charlotte en Carolina del Norte). Esto significa que los santos suelen trasladarse a los sitios que decidan.

Referente a la razón del por qué los santos enferman en otros lugares, la población hace una

correlación a la misma creencia y tradición adquirida como nativos de Coatetelco. Además, en la lógica de las mamás, el alma de los santos es la que anda en cualquier pueblo, ciudad o país.

Otra característica que confirma la volatilidad de San Antonio y Santo Domingo es mediante la atención al susto, una curandera recurre a los dos santos para que vayan al lugar donde los asustados perdieron su sombra. En el argumento, ella destaca que estos santos pueden apoyarle porque no están bautizados, pero sobre todo por tener la facultad de desplazamiento.

Al recordar el apartado de “tipología de aires” del capítulo III, indicamos que todos los tipos de aire causan daño, mal o enfermedad, no obstante, la diferencia entre unos y otros reside en el origen que lo genera, de manera natural y por manipulación de terceros (curanderos o seres sobrenaturales). En el caso del aire de santo, se valida que la enfermedad es producida de manera natural a través de San Antonio y Santo Domingo, sin la intervención de una persona o mediada por curandero.

En resumen, San Antonio y Santo Domingo son entidades etéreas representadas en ancianos que al morir quieren seguir gozando de ciertas cosas terrenales, por ejemplo, la condición de seguir siendo alimentados. Adelantamos que la población los personifica, teniendo necesidad y hambre. Así, darles de comer es la forma de seguir manteniéndose a través del tiempo.

...No alcanzaron, durmieron mucho, como ya estaban viejitos durmieron mucho, ya no alcanzaron la bendición, entonces dijo el sacerdote ¡Ya no alcanzaron bendiciones hijos, ustedes durmieron, ahora ustedes van a estar viviendo toda la vida en los niños, en las niñas, chiquitas! Aunque ahora ya no, ahora hasta grandes, ya cambió la cosa, todavía les dijo Dios ¡Van a mantenerse en los niños, las niñas, van a comer molito, les van a pedir molito... en eso se han de mantener, en el mole, en andar comiendo para allá y para acá! Pero tampoco los maten...que les den molito y hasta que no les den nos los dejen (Trabajo de campo, 2011).

Siendo santos, ya no tienen posibilidades de hablar o de decir qué es lo que quieren, entonces, una forma de expresarlo es a través de la enfermedad.

5.4. Representación sobre la enfermedad

Atendiendo al modelo explicativo de la enfermedad propuesto por A. Kleinman, nos dimos a la tarea de recoger testimonios del padecer, tal como lo viven pero también como conciben a la enfermedad, eso nos permitió entrar a las representaciones sociales en el más amplio detalle posible. Fue así que a partir de las formas propias de nombrar al proceso de enfermar, asignamos los mismos términos.

5.4.1 “Agarrar”

Comenzamos exponiendo el significado de “agarrar”, quiere decir que la persona ya tiene una enfermedad, pero ésta puede ser cualquiera, pues es común escuchar decir, “lo agarró el aire” o “le agarró la diabetes”, es un término encausado a todo tipo de enfermedades, sean populares o no.

Específicamente en el escapulario, San Antonio y Santo Domingo también “agarran” a las personas, ello lleva implícito enfermedad. Así, el aire de los santos agarra a toda hora e

inesperadamente a cualquier persona. Sin embargo, cada aire (ver apartado tipología de aires, capítulo III), agarra de diferente manera, ello significa que la forma de enfermar es distinta.

Agarrar = enfermedad
“Te agarró el santo”

Pese a que no todos quieren que los santos los agarren, no es voluntad personal evitarlo, ellos eligen a quién agarrar y así lo hacen, inclusive se dice que a veces agarran a quien no cree para que se dé cuenta que lo están queriendo a él.

Cuando los santitos ya agarraron a la persona, empieza a sentirse mal, desarrolla ciertos síntomas que indican la enfermedad.

A veces, los santos tienen preferencia de agarrar continuamente a una persona o a una familia particular, de hecho creen que tienen predilección para agarrar a los pobres y no a la gente con posibilidades económicas.

Si porque nada más estaba con nosotros, entonces nosotros decíamos por qué no agarra a otras personas donde de verdad tengan dinero...ya que agarré a otra persona que tenga dinero, nosotros ya nos quedamos sin dinero porque pues ya esto, ya el otro, que cada año (Trabajo de campo, 2013).

Una razón del por qué el santo agarra en una familia peculiar es porque ha transcurrido tiempo sin darle atención oportuna al integrante a quien inicialmente agarraron, por lo tanto, como no prestan cuidado de ello, los santos optan por agarrar a otro miembro de la familia.

Ahora bien, el motivo por el cual San Antonio y Santo Domingo agarran, ya lo hemos venido diciendo en párrafos anteriores, andan buscando comida y por eso agarran a la gente para que sea ésta, quien les proporcione alimento. El enfermo es el encargado de darle de comer a los santos. Por esta razón, la representación en los viejitos es una forma de decir que ya te agarró el santo.

Si bien es cierto que los santos agarran en cualquier lugar, existen algunas áreas donde habrá mayores posibilidades para realizar su cometido, por ejemplo, al momento de realizar el ritual curativo, ahí agarra frecuentemente a niños por el hecho de asistir, estar presente y ver cómo se lleva a cabo el procedimiento ritual.

Ese dónde quiera, dónde sea, si vas a un escapulario pues a lo mejor... pues si le gustó al santito, a lo mejor te agarra en ese ratito (Trabajo de campo, 2013).

Es que el día del huentle de su abuelita andaba baile y baile (Trabajo de campo, 2012).

Otro lugar puede ser en el campo, aunque ahí agarra especialmente a los hombres. Anteriormente habíamos dicho que con regularidad los viejitos se hacen presentes en los árboles de huamúchil y son identificados por sus rasgos físicos, vestimenta y utensilios para pedir de comer. En general, San Antonio y Santo Domingo se caracterizan por agarrar dónde sea posible.

Una cuestión a considerar, es que como los santos rondan por todas partes, no es conveniente hablar de más de ellos, sobre todo para mal, desacreditando su existencia o retándolos, pues de ser así, San Antonio y Santo Domingo pueden enojarse y agarrar a aquellas personas haciéndoles lo que quieren, es de decir, les va peor en los malestares sentidos. Con esto nos damos cuenta, que los santos escuchan y observan los actos realizados por la población.

Su mera abuelita, me dijo a mí ¡Pinches viejos yo quisiera que me agarraran a mí y no a mi nieta!... Y como a los ocho días la agarran a la abuelita... así sabemos... es por hocicona, eso es lo que pasa (Trabajo de campo, 2012).

MI mamá no creía y una vez dijo ¡Sí deveras es eso del santo, a ver que me agarre la cosa –vagina-! Y a ver cómo es que ellos escucharon eso de mi mamá, que deveras la agarraron de ahí (Trabajo de campo, 2012).

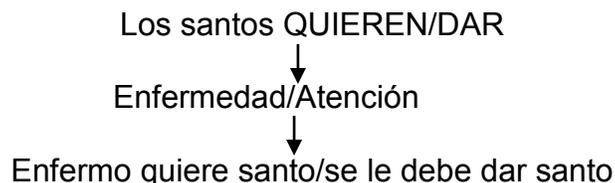
Un aspecto más que genera que los santos agarren, es cuando de alguna manera la gente los llama con la mente o expresiones verbales, en favor de ser agarrados, en ese sentido San Antonio y Santo Domingo no dudan en hacerlo.

Es relevante decir que cuando los santos agarran, no lo hacen los dos, esto es, sólo uno agarra, ya sea San Antonio o Santo Domingo, pero no los dos a la vez. Entonces, la persona debe saber cuál fue el santo que agarró, ya que posteriormente será necesario conocer esa información para poder llevar a cabo parte del ritual curativo.

En el diagnóstico, los curanderos indican qué santo fue quien agarró, pero también existe otra forma de descifrarlo, es en el momento de “avisar” a los santos que sí les darán de comer. Son dos espacios y tiempos diferentes para saberlo. Más adelante lo señalaremos (ver apartado: descripción del escenario), por ahora solo nos basta anticiparlo.

5.4.2 “Quiere santo”

Sabiendo que los santos agarran, la población asigna un nuevo término “quiere santo”. La expresión como tal otorga un amplio sentido a estar enfermo, los verbos “querer” y “dar” van de la mano, más adelante entraremos a describir “dar santo”; mientras tanto, debe saberse que la relación existente entre “quiere santo” y “dar santo” es como una causa y efecto en el proceso de la salud-enfermedad-atención, es decir, si la persona quiere santo se le tiene que dar santo ¿Por qué? Porque solo así se curara. Por lo tanto, de la conexión “querer” y “dar” surgen diversas representaciones y prácticas sociales.



Cabe señalar que en la revisión de la literatura etnográfica (ver apartado: antecedentes etnográficos del escapulario o santo), algunos investigadores en el tema describen a la enfermedad como “quiere de gato” (Hernández, 1995; Paulo, 2002; García, 2011); en alusión a Coatetelco, en trabajo de campo encontramos que anteriormente le decían “quiere mixcoton”. Con esto, tan solo resaltamos que detrás de tal enunciación lingüística y cultural está implícito

un conjunto de ideas relacionadas a la representación de la enfermedad.

Cuando San Antonio y Santo Domingo ya agarraron a la persona, ésta comienza a sentirse diferente de como estaba en su vida cotidiana, algo ha cambiado en su cuerpo, sentidos y hasta emociones. Ahí comienza a pensarse que quizá quiera santo, es una sospecha qué habrá de descifrarse.

Existen diferentes maneras de saber si la persona quiere santo, pues además de la búsqueda de un diagnóstico explícito (viene siendo la última opción a consultar), la gente observa ciertos patrones de conducta o sensoriales para verificar si se quiere santo o no.

Entre los malestares sentidos tanto en adultos como en niños, estos son diversos y a la vez específicos según los síntomas desarrollados en el cuerpo, no obstante, en cuanto a los infantes se refiere, regularmente las mamás observan aspectos comunes en el cambio de ánimo, suelen estar inquietos, pierden vitalidad y dejan de estar activos, tienen enojo y coraje con facilidad o son berrinchudos, solo pretenden estar durmiendo, no se mueven, lloran, dejan de jugar y estar alegres.

En el aspecto sensitivo, algunos niños tienen el “gusto” por bailar, si escuchan música regional y conocida en la localidad (principalmente de la danza de los Chinelos²³⁶) comienzan a bailar sin que nadie les motive a hacerlo. Asimismo, comienzan a degustar alimentos que habitualmente no probaban como guisos picosos o alcohol y desean estar comiendo dulces más de lo que comúnmente lo hacían.

En el caso de los jóvenes, adultos y ancianos, al tener más desarrollados sus sentidos, dicen abiertamente lo que perciben, olores y sabores hacia ciertas cosas. Es así que algunas personas comienzan a tener afán por comer mole verde, chocolate, galletas o dulces u oler copal o flor de cempasúchil; no todas las cosas a la vez, puede ser nada más una.

Yo nada más se me venía el aroma de tamal, de mole, galleta. Yo le decía a mi mamá: ¡Mamá yo quiero mole porque yo huelo mole, yo quiero galletas pero esas de sahumero! (Trabajo de campo, 2012).

Los adultos al igual que los niños comen cosas que anticipadamente no apetecían.

Pues, por ejemplo mi suegra, ella quería santo, pero ella no te come los dulces, ella no te come los chocolates, y ese día estaba bien mala y ya empezamos a sospechar, y dice mi cuñada, no, pues mi mamá quiere santo porque ella no era así, y empieza a comer así las cosas que se le antojaban mucho... Luego comía dulces, muchos dulces., muchos dulces y no le gustan, le escaldaban (Trabajo de campo, 2012).

En cambio, hay personas que no tienen ninguno de los indicios descritos pero pueden tener una forma distinta de revelación, los sueños, a través de los cuales están los viejitos pidiendo alimento o simplemente soñar que comen o toman algo especial.

²³⁶ Danza popular del estado de Morelos.

Yo siento que quiero esto porque yo los soñé que estoy tomando un picado²³⁷y ni me caigo y me dan otra cerveza (Trabajo de campo, 2012).

De lo expuesto ahora, analizamos que cuando la persona quiere santo, hay deseos y expectativas por comer ciertas cosas, sin embargo, a simple vista eso no es consciente de parte de la gente. Deteniéndonos a pensar qué significa el verbo querer, apuntamos a decir que se pretende adquirir algo, hasta el momento hemos visto que destaca la comida con ciertas características peculiares e incorporándose dos componentes más, baile y alcohol.

Más adelante, en el apartado “¿Qué quiere el enfermo?” detallamos qué tipo de cosas pedirá el enfermo, esto acontece cuando existe certeza de que la persona sí quiere santo.

Un elemento adicional de que una persona quiere santo, está en función de que ante la apariencia de signos de cualquier enfermedad no hay alivio a pesar de asistir al enfermo con varias instancias médicas doméstica, alópata y otras) Esto significa que sin tener un diagnóstico previo de que puede ser escapulario pero no ver ninguna mejoría o recuperación completa del malestar, hay sospecha de que quiere santo.

Cuando sospechamos que la persona quiere santo, es cuando una persona no puede curarse de alguna enfermedad y que ya la llevaron al doctor, que ya le pusieron esto, que ya lo llevaron con brujos o ya lo llevaron en muchas partes... es que decimos quiere santo, es que quiere santo (Trabajo de campo, 2012).

¡Y ándale, yo sí creo que voy a querer santo, estoy enferma y no me puedo componer! (Trabajo de campo, 2012).

También suelen contemplar que la persona quiere santo cuando las molestias de la enfermedad son inesperadas y sin causa aparente, pues de estar bien en un momento determinado pasa a sentirse mal.

Ante las circunstancias aquí puntualizadas, cualquier molestia por sencilla o compleja que sea, al sospechar que la persona quiere santo, finalmente acuden a dos procedimientos diagnósticos (ver apartado procedimiento diagnóstico: doméstico y curandero) para validar formalmente la enfermedad.

5.4.3 Mujer embarazada o amantado “quiere santo”

La peculiaridad de que una mujer quiera santo lleva una connotación especial, nos referimos a que esté embarazada o amantando a su bebé.

En el primer caso, se cree que cuando una mujer embarazada quiere santo debe hacerse el tratamiento correspondiente pues de lo contrario, la mamá seguirá sintiéndose mal después del parto o en su efecto, el bebé será el que padezca la enfermedad al nacer. En una situación complicada, si no toman en cuenta que la mujer quiere santo, tanto el niño como la mamá corren peligro de perder la vida.

Con todo lo que ello repercute, debido a que en el ritual curativo debe consumirse alcohol y

²³⁷ El picado es la combinación de alcohol de caña con refresco de Coca-Cola® o sabor toronja.

bailar, algunas familias deciden no atender a la mujer, condición que como acabamos de decir después se verá reflejada con molestias sin recuperación en la mujer o propiamente será el infante quien querrá santo después.

Supuestamente nosotros queremos santo –mujer embarazada-, pero como no podemos tomar ni bailar como debe de ser, entonces cuando sale el niño le pasa lo mismo. Vuelve a querer santo él, se le cuelga al niño después de que nace, se puede decir, los dos queríamos santo. Pero como todavía estaba adentro de la panza, pues no le pudieron dar a él...entonces cuando él nace, es que se enferma, le da calentura o diarrea, pero no se le puede parar, es porque se le colgó el santo... Y si no, es que a veces, él quiere santo aunque está dentro de la panza, quiere santo, y pues no se le puede dar a él. Sólo que, me lo estén dando a mí, entonces, ya cuando él ya nació (este) le tenemos que dar... (Trabajo de campo, 2012).

Como puede observarse en el testimonio, estando el bebé en el vientre de la madre, no siempre se sabe quién es el que en realidad quiere santo, si la mamá, el niño o los dos. Ante tal suceso, si el niño después de nacer presenta cualquier tipo de enfermedad, conjeturan fue por no haber atendido a la mamá durante el intervalo de embarazo, por esta razón, el niño quiere santo.

Al mismo tiempo, recuperamos el término “cuelga” el cual hace alusión a que el santo fue transmitido de madre a hijo. Recordando que los santos son un aire adherido al cuerpo de la persona enferma, vemos que esto es a través del contacto.

De las trayectorias de atención, recopilamos varias que ejemplifican esta situación, pero fue relevante la de una niña a quien le dieron la atención popular a los tres días de nacida, el diagnóstico fue ratificado por una curandera.

En el caso de las mujeres embarazadas a quienes sí les dan atención, beben alcohol pero no en exceso, pues a los santos les hacen saber el estado en el que se encuentran, por lo que un familiar cercano ingiere por ella.

Ese día tomé poquito por mi embarazo -ocho meses-, pero tomé y lo que sí es que me bailaron mucho, al final quedé bien cansada pero estaba contenta...Hasta mi niño le tocó santo por eso yo creo que él no va a querer (Trabajo de campo, 2012).

En cuanto a las mamás que quieren santo pero están amantando al bebé, existe mayor consenso de atenderlas, ya que no ven un riesgo el consumo de alcohol, de hecho, consideran que al darle la leche materna al niño están contribuyendo para que él también beba, entonces, habrá menos posibilidades de que el infante quiera santo posteriormente. En caso contrario, si es el bebé el que quiere santo, le dan de beber alcohol a la mamá, pues la lógica es la misma, a través de ella el bebé está recibiendo lo consumido.

Si le van a dar santo al bebé yo tengo que tomar por él. Porque yo estoy amamantando y todo me absorbe (Trabajo de campo, 2012).

En cambio, hay niños de hasta tres años a los cuales les siguen dando pecho, a ellos les dan directamente de beber alcohol, aunque no en demasía y la mamá por su parte también lo consume.

En el apartado “Los aires y su relación con el escapulario” de este capítulo, hicimos una pequeña acotación sobre la transferencia del aire de santo cuando dos personas duermen juntas, aquí la representación es la misma, tanto del embarazo como el amamantamiento.

Ejemplo, cuando una mujer está amantando y es invitada a un evento terapéutico de otra persona se negará a asistir porque al consumir alcohol y darle el pecho a su hijo existirá la posibilidad de que el niño enferme de santo.

5.5 Sintomatología

El origen de la enfermedad está asociado a síntomas y malestares generales. Para tener claridad en lo expuesto, retomamos la idea constante de que los santos por ser traviosos y molestar a la gente, hacen ciertas cosas como “tumbar, recargar, pegar y abrazar”. Esto por consecuencia tiene efectos en el cuerpo de la persona según cómo la hayan agarrado y por ende las molestias resultarán ser distintas; por ejemplo, si tumban tendrán problema para caminar.

Sin embargo, no en todos los casos agarran de esa manera, en otra situación, los síntomas o malestares solo son sentidos sin conectarlos a alguna travesura particular de parte de San Antonio y Santo Domingo. Lo que sí es un hecho, es que los santos molestan a la gente y al hacerlo le generan diferentes síntomas y malestares.

Entre síntomas y malestares hay una diferencia de acuerdo a la opinión de los curanderos, por síntoma entienden aquello relacionado al mal funcionamiento del cuerpo y por malestar cuestiones como desanimo, falta de apetito, insomnio, mal humor o incluso flojera.

En general, la enfermedad es entendida como una mala sensación tanto física como anímica para poder llevar a cabo actividades habituales o estar a gusto. Al desarrollarse diferentes tipos de enfermedades en el cuerpo, asimilan que éstas son las mismas a las identificadas en la práctica médica profesional. Con ello estamos diciendo que, la enfermedad (incluyendo síntomas y malestar) dentro de dos saberes médicos distintos (popular/alópata), es vista como equivalente en su manifestación, por ejemplo, temperatura corporal, dolor de cabeza o mareo; la diferencia radica en dos cosas, quién o qué causa la enfermedad y el tratamiento adecuado para restablecer la salud.

Dando una secuencia a lo descrito, primero aludiremos a lo que los santos ocasionan cuando hacen una travesura peculiar.

Tabla No. 37 Sintomatología por causa de los santos		
Tipo de travesura	Síntoma o malestar (literal)	Descripción general
Tumban	Golpes y dolor en pies por caída. Los deja "güilos" (no pueden sostenerse en pie) Se hinchan las rodillas. Se entume la mitad del cuerpo. Van perdiendo la vista hasta dejarlos "ciegos"	Imposibilidad para caminar o ver
Recargan	Dolor en la espalda Cansancio	Agotamiento o debilidad.
Pegan	Sentir golpes físicos en alguna parte del cuerpo. Latigazos en la espalda o pies.	Dolores musculares en el cuerpo.
Abrazan	Dolor de estómago. Falta de apetito Vómito	Problemas digestivos.

Fuente: Trabajo de campo, 2011-2013.

Destacamos que, parte de ésta sintomatología es justificada por algunos atributos de San Antonio y Santo Domingo, por ejemplo, sentir golpes en la espalda es en función de que los santos golpean con el morral que portan. O que al tener abrazado al estómago, la persona no podrá comer hasta que no dejen de abrazarla, incluso puede estar "tapada" (estreñida).

Dicen que lo tienen bien abrazado del estómago...y que por eso no deja comer, por eso es que tiene vómito (Trabajo de campo, 2013).

A mí me dolía la espalda, me azotaba muy feo en el piso porque los santitos me pegaban atrás en mi espalda... como si te estuvieran pegando con un lazo en la espalda (Trabajo de campo, 2012).

Digamos que la asociación entre causalidad y sintomatología permea notablemente. La causa origina síntomas y malestares y por eso se está enfermo. Por lo tanto, mientras los santos no "suelten" o "dejen" a la gente, ésta no se sentirá bien.

Pasando ahora a la descripción de síntomas y malestares generales sentidos entre la población, resaltamos dos cosas, por un lado, entre adultos y niños puede existir cualquier tipo de molestia por leve o grave que ésta sea, y en segundo lugar, hoy en día pareciera que la sintomatología es variable y difusa entre niños y adultos. Intentamos hacer un compendio de lo más mencionado para poder entender mejor esta coyuntura.

Tabla No. 38. Sintomatología en adultos

Variable y difusa (literal)	Síntomas y malestares (literal)	Descripción general
<p>Por cualquier cosa. Depende cada enfermedad. Casi no a todos les da la misma. Agarra de muchas enfermedades. Distintas formas. No falta qué. Muchas cosas que le pueden pasar al cuerpo. El escapulario es diferente. Agarra de varias partes De todas clases te puede hacer. Muchas formas de enfermarse. Diferentes cosas cómo los agarra. En casos se enferman sí de verdad. Pero hay veces que no es necesario enfermarse gravemente. Hay mucha diferencia en la enfermedad esa. Pero eso viene, se dice, a arruinarnos la vida. La mayoría sí son de enfermedades.</p>	<p>Ya no pueden caminar. No te quieres parar. Tienes flojera. No más tienes sueño. Cansado. Agotado. El cuerpo no lo aguantas. Ya no se pueden parar de la cama. Les duele todo el cuerpo y ya no se paran. Les duele la espalda. Dolor de cuerpo. Nada más estás acostada. Ya no pueden caminar. Les duele el pie, no les funciona. Paralizado como una embolia Las personas graves no se pueden valer por sí mismas. Simplemente se cayó. No más se espanta. Dolor de hueso.</p> <p>Agruras. Aquí le decimos se avienta. Esponjada (o) de la panza. Acedo. Lo que te ataca es de comer, no te da hambre, No se quita la diarrea. Dolor de estómago. Ya no puedes ni ventosear, ni eructar, ya te tapó ahí. Está atarcado. No más está vomitando.</p> <p>Granos. Ronchas. LLagas.</p> <p>Se empaña la vista. Ya no ven (lagrimeo). Se quedan ciegos.</p> <p>Una tosecita. No más agarra el frío. Dolor de garganta</p> <p>*Calentura Dolor de cabeza.</p> <p>Todo molesta. Coraje.</p>	<p>Fatiga general en el cuerpo y dificultad para desplazarse.</p> <p>Dificultades estomacales, digestivas, intestinales.</p> <p>Afectación en la piel.</p> <p>Dificultades visuales.</p> <p>Dificultades respiratorias.</p> <p>Recurrentes y acompañantes de otros síntomas.</p> <p>Mal humor.</p>

	No quieres nada. Dolor de muela. Mareos. Hemorragias.	Aisladas (poco habituales)
--	--	----------------------------

Fuente: Trabajo de campo, 2011-2013.

En la tabla 38, a pesar de observar un amplio campo de síntomas y malestares imprecisos, los organizamos por grupos para analizar qué es lo que está afectando más a la salud de la población. Así, vemos que en los adultos el tipo de padecer es más sentido en cuestiones concernientes a la movilidad corporal, lo cual de alguna manera les impide realizar sus actividades usuales, en segundo lugar predominan los problemas digestivos o confinados a las funciones estomacales; después siguen en orden descendente las afectaciones en la piel, las dificultades visuales y otras. Algo que llama la atención es que la calentura y el dolor de cabeza son persistentes a otros síntomas y malestares.

Asimismo, el concentrado de información permite mostrar que la sintomatología es muy similar a la descrita en la tabla 37, de este modo, podemos pensar que la representación social es respaldada por sí misma.

Tabla No. 39. Sintomatología en niños	
Síntomas y malestares (literal)	Descripción general
Fuerte diarrea y vómito. Están empachaditos. Unos no comen alimento, nada de alimento. Ya no quieren ni una galletita, ya se les va el hambre. Dolor de estómago, pero es de lo mismo. Se enflacan mucho. Como deshidratados que estuvieran. Pierden el apetito. Atarcado (a) (inflamación) La pancita...se les inflamaba, dura, dura. Apurados, se pellizcan, aunque no tengan nada en sus dedos y sus narices se pellizcan.	Dificultades estomacales, digestivas, intestinales, nutricionales.
*Calentura y vómito.	Recurrentes y acompañantes de otros síntomas.
Tristes. Lloran mucho. Inquietos. Nomás están durmiendo. Chocosos. Se alzan para arriba, ya no quieren nada, nada, nada. Corajudos. Caprichudos. Enfadados.	Mal humor.
Escalofríos.	Dificultades respiratorias.

<p>La calentura y el dolor de cuerpo.</p> <p>Granos (comezón en todo el cuerpo o en la cabeza) Sienten aguates en la espalda (sienten comezón)</p> <p>Dolor de huesos. Duele la muela. Los hace sordos. Les duelen los pies. Pálidos.</p>	<p>Afectación en la piel.</p> <p>Aisladas (poco habituales)</p>
---	---

Fuente: Trabajo de campo, 2011-2013.

En la tabla 39, contemplamos síntomas y malestares más particulares y no tan variables a los adultos, no obstante, aclaramos que la información sólo hace alusión a niños menores de cinco años. En este grupo de edad, son constantes las dificultades confinadas a las cuestiones estomacales, digestivas, intestinales o propiamente nutricionales (prevalció la “fuerte diarrea” por no quitarse con facilidad); le sigue el mal humor, el cual explícitamente es intranquilidad general, después aparecen las respiratorias, afectaciones en la piel y las aisladas. Sobresalen la calentura y el vómito como síntomas asociados junto a otro tipo de malestar.

Los niños cuando se enferman de santito les da fuerte diarrea, vómito o calentura, o nomás tienen una desesperación, ellos lloran, ya ni porque les den chichi, no quieren. No quieren nada; ya todo te avientan, y es cuando ven que está malito el niño (Trabajo de campo, 2012).

Existen otras representaciones sociales acerca de la sintomatología, éstas son según el santo que haya agarrado a la persona, así, los síntomas y malestares no serán los mismos si fue San Antonio el que agarró o fue Santo Domingo. De acuerdo al testimonio de una curandera, San Antonio, deja el sueño, flojera y falta de apetito, en cambio, Santo Domingo es el causante de ocasionar ronchas, manchas, comezón o hinchazón así como originar vómito y diarrea imparable.

Otras curanderas, hacen remembranza a la historia y enfatizan que en el caso de los infantes, Santo Domingo se caracterizaba por dejarlos delgados y con un comportamiento único.

Ahora ya se distinguen porque ya no se hacen pescuesuditos, ni barrigoncitos, ya no más en eso se distinguen... Antes decían mis abuelitos lo agarró Santo Domingo, porque su pescuecito se apagaba y mascaba la tortilla y si no la uña la mordía, se quitaban sus uñitas... y si no su naricita, duro, duro, ese es Santo Domingo (Trabajo de campo, 2013).

Decía mi papá ya va a entrar Santo Domingo... Te agarra una diarrea, te agarra vómitos y más que nada ya no lo podías detener... (Trabajo de campo, 2013).

Al inicio del desarrollo de este capítulo, expusimos que los niños anteriormente enfermaban de un cuadro concreto donde estaba presente la diarrea y el vómito aunado a ciertas características distintivas al momento de enfermarse como ponerse muy delgados. Poniendo atención en ello y con el objetivo de explorar si tal idea concierne a las madres incluidas en la investigación, les preguntamos abiertamente ¿Identifican algún malestar común en los niños cuando enferman de santo?

Las respuestas más resaltadas fueron diarrea, vómito y calentura, vemos entonces, una

persistencia actual de la diarrea y el vómito no así de la calentura porque ésta antes no era usual. No obstante, ya no resaltan que están “barrigoncitos ni pescuesuditos” o rascándose nariz y uñas. Si bien en la tabla número seis aparece como parte de la sintomatología ya no es tan manifestado y evidente como lo era antes.

En contraste, la diarrea y vómito sí siguen estando presentes y con la similitud de no detenerse fácilmente, incluso a pesar de utilizar remedios caseros o acudir con el médico alópata. Aparte de esto, aparecen momentáneamente, es decir, de un día para el otro y aparentemente sin explicación o causa posible para desarrollar esa sintomatología.

Pues porque hay veces si un niño está bien y no falta que al segundo día amanece con diarrea, pero ¿Por qué? Si no le di nada, y ya le comienza la diarrea, el vómito, la calentura, es eso de lo que comienza uno por eso (Trabajo de campo, 2012).

La combinación vómito y calentura (sin diarrea) también es asociada a enfermar a causa de los santos y la calentura en sí misma pero junto a otros malestares. De los tres síntomas, diarrea, vómito y calentura, ven más letal a la primera, aunque ésta se manifieste sola sin ninguna otra molestia.

Casi el santo, eso sí es, eso de que tienes diarrea y en eso te da el santo nada más con una sola diarrea que no te deja. No sé cómo, de las cosas que comes, o ellos mismos, no sé la verdad, pero sí es lo más común, que eso sí es una sola cosa, que nada más diarrea te da, y ya...Es lo único pero te tiene bien mal, casi te mata, por la diarrea, la diarrea, la diarrea, diarrea, diarrea... (Trabajo de campo, 2012).

¿En qué cabe eso de la diarrea? Diarrea, diarrea, nada más te da diarrea y dicen que ya quieres santo (Trabajo de campo, 2012).

En cuanto a la diarrea, algunos curanderos tienen explicaciones propias, una curandera enfatiza que ésta es distinta a otro tipo de diarreas, porque cuando es de escapulario huele feo o con un olor diferenciado. Por otro lado, un curandero reconoció que durante el período de lluvias los casos de diarrea se intensifican más pero a causa de los mismos santos. Una curandera reflexionó también sobre mayor cantidad de diarreas en la época de lluvias pero agregó como problema adicional las condiciones sanitarias de la localidad, haciendo énfasis en tuberías desgastadas por donde se filtra el agua sucia. Aunque a decir verdad, fue la única que hizo esta correlación contextual independientemente de la atribución otorgada a San Antonio y Santo Domingo.

Baja bastante agua... todo esto se llena de agua; entonces hay tuberías que están mal y se penetra el agua contaminada, de todo lo que baja de excremento, de animales y de todo eso (este) entonces le afecta mucho a la gente (Trabajo de campo, 2012).

Sobre otras molestias generales, las mamás identificaron brote de ronchas, gripa, dolores en los pies, oídos, cabeza. Sobre la gripe dijeron que si había cambio de temperatura (frío), por ende habría más niños convalecientes. En su lógica, deducen la condición climática al tipo de malestar pero este sucede a la par cuando los niños enferman más de santo, esto es, no racionalizan la causa real, dan por sentado ser obra de los santos.

En términos generales, aunque la sintomatología es diversa y pareciera ser inespecífica por la

cantidad de síntomas y malestares que la gente puede sentir al momento de enfermar, al esquematizar y organizar la información puede verse en las tablas cinco y seis que algunos de éstos son coincidentes. En el caso de los niños es notable observar que los síntomas para ellos son más precisos y para sorpresa nuestra la diarrea y el vómito siguen siendo los más sentidos por los infantes.

5.6 Procedimiento diagnóstico

A partir de este apartado en adelante haremos mención de la participación de la familia en la enfermedad y salud de una persona, puesto que las opiniones, sugerencias y llamadas de atención están presentes durante todo el proceso. De hecho, la intención de incluir las cuestiones familiares no fue nuestra, el mismo reporte de campo dio pauta para resaltar su relevancia.

Basta decir que originalmente pretendimos explorar sólo el diagnóstico realizado por los curanderos, no obstante, la investigación arrojó que el ámbito doméstico tiene un peso importante tanto en la forma de diagnosticar, como al momento de cambiar diagnósticos y posteriormente en ser co-participes de la atención.

5.6.1 Doméstico

Las mujeres de más edad o con experiencia al interior de una familia, sean mamás, suegras u otras son las que conservan de mejor manera el saber y a la vez quienes se encargan de reproducirlo a las nuevas generaciones. La creencia hacia los santos no se pone en juego y de ser así, son ellas las que dirigen qué debe hacerse cuando hay un enfermo en casa.

En el apartado “Querer santo” de este mismo capítulo, introdujimos que existen diferentes sospechas para saber si una persona quiere santo o no. Una de esas es haber recorrido varias instancias o terapéuticas, pero al no haber una recuperación satisfactoria en el enfermo, deducen puede ser de santo.

En este tenor, entra la cuestión doméstica, debido a que no necesariamente la gente acude con un curandero para que sea él quien valide la enfermedad. Bajo dicha circunstancia, la familia está a la expectativa de la misma enfermedad y su evolución, puesto que esto en parte les ayuda a determinar el diagnóstico.

Sin embargo, no compete a la enfermedad todo el peso, para ello, hay una manera de indagarlo e inclusive de ponerlo a prueba. Así que, cuando el enfermo empieza a tener ciertos síntomas o molestias primero apelan a terapéuticas caseras, después de ocuparlas si no ven mejoría acuden al médico institucional (privado o público) quién proporciona un tratamiento especial, pero si después de esta instancia en lugar de ver alivio ven lo contrario, esto es, la persona está peor de como se encontraba, es casi un hecho que querrá santo.

En este aspecto, lo que determina que puede ser santo es la reacción a los medicamentos, si la reacción es positiva significa que no es de santo, en cambio, si es negativa sí es santo, ya que observan que con los medicamentos el enfermo se siente peor. Para ello, nombran “No es de doctor”, lo cual significa que aunque lleven a la persona con el mejor profesional no tendrá recuperación.

Si te cura el doctor te cura y si no pues no. Aunque te esté metiendo de todo, no vemos los resultados (Trabajo de campo, 2012).

¡No es de doctor, tú quieres escapulario! ¿Cómo? Dice: ¡Pues no lo creas pero tú quieres escapulario! (Trabajo de campo, 2012).

En eso mandé traer a mi mamá, y tuvimos que ir al doctor, (este) pero me dice mi mamá ¡Pero no es del doctor, hija! ¡No le duele nada! Dice mi mamá ¡Ponle un tecito! Le poníamos un tecito y nada. Y nada, y nada, y nada, pensábamos que le dolía su estomaguito, porque se aventaba, se aventaba de cola, se aventaba, se ponía boca abajo... (Trabajo de campo, 2012).

Ya lo llevan al doctor y no es de doctor, al contrario empeora más (Trabajo de campo, 2012).

Otra condición está en que al asistir con el médico, él receta medicamento, pero después de tomarlo o concluirlo, la sintomatología en la persona vuelve a presentarse, a pesar de la ingesta. En consecuencia, corroboran que “No le quedó” y por lo tanto, no es de doctor.

Lo que pasa es que a veces, vamos con el doctor primero, siempre es lo primero que se hace, acudir al médico. En algunas veces, nos sucede que se nos quita... durante los días que tenemos el medicamento en nuestro cuerpo, pero terminándose lo que nos dice, a partir de la fecha que se nos termina el medicamento, vuelven los síntomas ¿Qué nos quiere decir? Que no es de doctor (Trabajo de campo, 2012).

Porque a veces te llevan al doctor, y te preparan medicina y no te queda, eso no es de doctor (Trabajo de campo, 2012).

Lo vemos en el niño que no está contento con las medicinas y medicamentos que nos dio el doctor, vemos que no está contento y empeora más (Trabajo de campo, 2012).

Ahora bien, en base a lo dicho antes, hay familiares que a partir de la observación en el enfermo deciden realizar inmediatamente la terapéutica popular correspondiente, empero, hay otros que no, ocupan otros procedimientos adicionales que permiten revalidar el diagnóstico.

De esta manera, en lo doméstico existen dos formas diagnósticas, una es pedir “el favor” a una persona que sin tener propiamente la especialidad sepa “limpiar” con huevo o alumbre, puede ser un vecino, conocido de confianza o alguien que le “sabe”. Este tipo de mujeres (generalmente son del sexo femenino) no atienden a cualquiera porque no se dedican a proporcionar consultas por dinero, sino a prestar ayuda a alguien cercano.

La forma de diagnosticar es parecida a la del curandero, ocupan huevo o alumbre, en el primer caso, lo pasan por encima del cuerpo desde arriba hacia (cabeza) abajo (pies) y después lo rompen en un vaso de agua; el alumbre también es frotado de la misma manera, en seguida lo dejan caer en un recipiente de una sardina, la cual se pone sobre el fuego; en ambos casos determinan a partir de las figuras representadas.

El segundo procedimiento doméstico es a través de la colaboración de los mismos integrantes de la familia, ellos regularmente viven con el enfermo. Esta acción depende de dos circunstancias, una, no contar con dinero para pagar a una curandera así como decidir evitarse ese gasto y la otra, por situaciones de contratiempo (no encontrar a ninguna curandera que dé consulta, condiciones climáticas y emergencia).

La técnica consiste en usar dos velitas de cebo (potencialmente utilizadas en el ritual curativo) y pasarlas por el cuerpo del enfermo desde la parte alta a la baja, hacen énfasis en alguna parte donde haya dolor o molestia y comienza a hablar con los santos ofreciéndoles cosas pero también una señal de que la persona se sentirá mejor.

Luego, dicen, a ver si es eso, les voy a hablar ¡Vete a traer dos velitas, lo voy a limpiar! Si es eso, les hablan, como digamos una persona ¡Déjalo a mi enfermo y danos unas señas, si ustedes son y quieren... su mole, sí se los vamos a dar; pero dénme unas señas que ustedes son...! (Trabajo de campo, 2012).

Les dije ¡Déjalo si ustedes son, pues están mirando que no tienen, son pobres, no hay trabajo, pero sí se les van a dar, pero déjalo y dale unas señas si son ustedes, porque ahorita ya está el aguacero, dónde voy a andar consiguiendo! Y sí, prendimos las velitas, y nos tomamos nuestra cubita nomás nosotras, y sí amaneció mejor (Trabajo de campo, 2012).

No es para que me hagan estas maldades... no hay necesidad de que me hagan así, sí les voy a poner su huentle, pero quítenme estas ronchas, ya no quiero sentir esto, si eso es, denme una señal. Y si voy a seguir pues me voy con el doctor a ver qué me dice (Trabajo de campo, 2012).

Si quiere santo, las velitas van a tronar como cohetes sacando chispitas, si las velitas prenden bien - están en calma- es que no quiere (Trabajo de campo, 2012).

¡Miren, si realmente son ustedes, quiero que mi hijo se cure, si para las cinco de la mañana no se siente bien, no les voy a poner nada!... Pues no me lo vas a creer, pero a las cuatro de la mañana, mi hijo se echó un pedo, pero bien apestoso, no se aguantaba el olor, pero después de eso, mi hijo ya no se sintió mal, ya no le dolió la panza (Trabajo de campo, 2012).

Seguidamente de haber limpiado a la persona con las velitas, éstas deben encenderse, después pasará un tiempo hasta consumirse por completo, al término de esto, la señal positiva será que el convaleciente momentáneamente sienta mejoría, disminuya el dolor o molestia y descanse (duerma). En este sentido, se da por sentado el diagnóstico, confirman que sí es de santo. Cabe agregar que mientras las velitas están consumiéndose, los familiares están junto al enfermo bebiendo alcohol de caña para complacer aún más a los santos.

Entre otros recursos diagnósticos, están algunos provisorios, por ejemplo, hablan únicamente con los santos, les expresan calmar las molestias del enfermo y de ser así, todo a punta a afirmar el diagnóstico. Otra manera es, ocupar el huevo, (algunas veces con hierbas como jarilla, albahaca y ruda) o el alumbre, todo esto sirve para verificar el diagnóstico pero también para refrescar el cuerpo de la persona, principalmente bajar la calentura en los niños y lograr por lo menos conciliar el sueño.

El alumbre es una piedrita, te limpia, bueno yo mi abuelita con esa me limpiaba, me limpiaba, me limpiaba duro, duro, duro. Y decía si es santo que se dibuje (Trabajo de campo, 2012).

La práctica es ejercida principalmente por las mujeres mayores del hogar, pero ellas reproducen el saber a las jóvenes. Ya hemos mencionado que éstas generalmente recurren a los consejos o sugerencias de madres, tías, suegras, abuelas, quienes incluso tienen la autoridad de regañarlas cuando no siguen las indicaciones o no creen en los santos.

En último lugar, cuando ven intranquilo al enfermo a pesar de haber hecho lo pertinente en

casa, optan por acudir directamente con un curandero para tener mayor certeza del diagnóstico, ya que le otorgan crédito a su conocimiento.

5.6.2 Curandero

Elegir a un curandero para solicitar su servicio no es una cuestión personal sino familiar, aunque la consulta ya no es doméstica, buscar a alguien especializado implica también el acompañamiento de mujeres mayores o con más experiencia. Esto es asumido favorablemente por las jóvenes, lejos de ocasionar tensión familiar.

Pues yo antes, cuando vivía en mi casa, iba con otro señor; ya después ya no. Cuando llegué aquí, mi suegra me llevó con doña Viviana y ahora a ella la ocupamos (Trabajo de campo, 2012).

Algunas cosas a considerar en la elección del curandero son: confianza en su conocimiento (si mantienen un vínculo consanguíneo o social con ellos, es mejor), residir relativamente cerca de su vivienda, no tener fama de estafador (ser honesto con el diagnóstico), cobrar la consulta a bajo costo y tener resultados satisfactorios en el proceso de atención.

La legitimidad hacia los curanderos es expresada y llevada a cabo de manera cotidiana sin obstinación, su práctica no es cuestionada porque creen ampliamente en su saber.

Pues yo no le veo forma, pero si ella dice que con eso me voy a componer, pues lo hago (Trabajo de campo, 2012).

5.6.2.1 La limpia

En el apartado “Demanda de atención de los principales padecimientos con expresión cultural” del capítulo III, adelantamos que la limpia tiene dos propósitos en el proceso de la salud-enfermedad-atención, uno es el diagnóstico y otro el curativo.

Hablando concretamente del escapulario, las limpias están presentes en todo ese proceso, por ahora nos dedicaremos a explicar cómo forman parte del procedimiento diagnóstico y más adelante retomaremos la idea de la limpia con su función curativa.

Cuando una persona requiere verificar o saber de qué está enferma, los curanderos otorgan consultas, así lo definen ellos mismos; en ésta realizan la limpia con huevo y alumbre para determinar el diagnóstico. Dos curanderas (hermanas) realizan también la consulta pero sin limpiar, emplean únicamente la “baraja” (juego de cartas).

Martes y viernes son los mejores para limpiar, al parecer eso es una idea inherente a la brujería, pues esos días tienen la cualidad de ser “fuertes” para hacer el mal pero también para una mayor precisión en el diagnóstico.

Acudir con un curandero para requerir una limpia, significa ser partícipe de un espacio en el cual el enfermo espera recibir atención personalizada y cercana ante su problema, por ello, además de un interrogatorio previo de parte del especialista, existirá contacto físico e interactivo entre los dos.

En primera instancia, cualquier objeto (huevo, alumbre, hierbas) utilizado en la limpia implica

“apretar” el cuerpo (pasarlos sobre éste) y en segundo lugar mantener diálogo verbal con el enfermo y familiares que lo acompañan; así como con San Antonio y Santo Domingo. El escenario del procedimiento diagnóstico es dinámico entre los distintos actores involucrados sean tangibles o no. De hecho, aunque la limpia en el diagnóstico no tiene un carácter netamente curativo, logra “refrescar” corporalmente y apaciguar la intranquilidad de la persona.

Lo dice fuerte a la vez y a la vez le va bajando...escucho que dice: San Antonio y Santo Domingo... y otras cosas más, pero le habla a todo tu cuerpo (Trabajo de campo, 2012).

La limpia es una posibilidad para tener certeza de la enfermedad sentida, es un puente de conocimiento ampliamente reconocido. Ésta especifica diferentes padecimientos populares e inclusive aquellos que no lo son, a lo cual refieren “es de doctor”.

Cuando los llevamos a limpiar, también ahí nos dicen ¡No, sabes que, llévalo al doctor porque es de doctor! O, es de santo, o es de aire también te dicen (Trabajo de campo, 2012).

Pero yo quiero que me digan por qué, o qué es lo que tiene, y ellos me dicen si es de doctor, pues lo llevo al doctor, y si es de otra cosa me dicen, también (Trabajo de campo, 2012).

5.6.2.1.1 La limpia con huevo y alumbre

Ahora bien, la manera de efectuar la limpia y proseguir a dar el diagnóstico será con huevo o alumbre. Algunos curanderos ocupan los dos, pero otros nada más el huevo. La gente puede tener preferencia por uno u otro, así que aquel curandero que ocupa tanto el huevo como el alumbre pregunta cómo quieren la limpia. La elección de la gente depende de la credibilidad a cada recurso. Por su parte, si el curandero no logra obtener una interpretación satisfactoria con el huevo recurre al alumbre para asegurar una lectura adecuada. Llegan a ocupar alcohol y hierbas como epazote, albahaca y jarilla (aunque no en todos los casos).

De manera general diremos que tanto el huevo como el alumbre deben deslizarse sobre el cuerpo de la persona, en forma vertical de la cabeza hacia los pies, ese recorrido permitirá absorber el malestar contenido corporalmente. Durante ese instante, hay quienes se “encomiendan” a Dios para realizar una adecuada consulta, inician rezando el Padre Nuestro, Credo o Ave María; otros prefieren hablarle a San Antonio y Santo Domingo para pedirles manifestarse durante el diagnóstico (en caso de ser ellos los causantes de la enfermedad) y algunos llaman a otros santos o entes solamente conocidos por ellos.

La interpretación depende de dos mecanismos distintos, después de la limpia el huevo es roto en un vaso de agua, a través de las figuras reflejadas en la yema y clara establecen qué enfermedad es; el alumbre es colocado en un recipiente de aluminio, generalmente es una lata de sardina, está debe estar caliente para que al momento de colocar el alumbre se derrita y aparezcan las figuras.

En ambos casos, cuando es escapulario la figura representa a los dos santos, cada curandero tiene su manera de comprenderlo pero hacen alusión a las características ya conocidas, San Antonio cargando a un niño y Santo Domingo portando una cruz; y aunque sólo uno de los dos agarra a la persona, tanto en el huevo como en alumbre aparecen los dos. El curandero es quien establece cuál de los dos fue quien agarró (ver apartado: 5.7.2.2 Descripción del

escenario).

Hay una época en que está San Antonio y otra Santo Domingo, por eso a mí me preguntan qué santo lo agarró. Y ya les digo cuál de los dos fue... (Trabajo de campo, 2012).

Otra manera de descifrar si es escapulario, será observar diversos elementos del ritual curativo en el huevo, las formas que pueden exhibirse son: cohetes (bombitas), copal (humareda), rosario de galletas o flores, dulces, pan y adornos de lentejuela.

Se pone el carbón en el brasero y una sardina y lo hechas en la sardina –el alumbre- y así la piedrita se acaba de coser, se hace como cenicienta, y ya después lo sacas y ahí se ve bien, se pintan las galletas, el rosario de las flores y las rosquitas, una para acá y otra para acá (Trabajo de campo, 2012).

El saber y la experiencia del curandero le posibilitan distinguir que el escapulario es un tipo de aire específico y no es otro.

Con el escapulario, dos cabecitas... como ahora los santitos de los escapularios... San Antonio y Santo Domingo, esos son sus aires, ellos son (Trabajo de campo, 2012).

A su vez, la limpia indica cuando es “fuerte santo”, el cual es más nocivo para la salud en caso de no atenderse a tiempo. La forma de dilucidarlo es relativamente disímil, siguen estando presentes los mismos elementos antes descritos en el huevo o alumbre pero con mayor énfasis.

En el huevo salen los cohetes, sale que quiere muchos cohetes... y cuando quieren con mucho copal, sale mucho humo, mucho humo, mucho humo (Trabajo de campo, 2012).

Con base en esto, la indicación del curandero suele ser contundente, prontitud para llevar a cabo la curación y efectuarla con instrucciones precisas (elaboración del ritual curativo).

Existe otra forma en señalar una urgencia, le dicen “¡Lo quiere rápido!”, eso significa que no debe perderse tiempo en la organización de la curación, deben agilizar todo más de lo habitual. Además, en algunos casos además de quererlo rápido, especifican ¡“Quiere bien”!, lo cual acredita no subestimar gastos económicos, invitar a bastante gente y contratar música.

De no haber premura, le denominan “sencillo”, esto es, la curación puede ser muy familiar, sin necesidad de buscar padrinos ni llevar a cabo de manera elaborada el ritual curativo (no gastar demasiado dinero) (ver apartado: tratamiento “Sencillo” y “Quiere bien”).

Incluso con dicha lectura, podrá interpretarse cuando una persona no ha sido atendida en años, en tal situación, es indicativo de complicación. Por la gravedad que ello conlleva, el curando precisa si será necesario poner un huentle (ofrenda) a la Santa Muerte.

Por otro lado, no queremos pasar por alto un diagnóstico que aunque no es de escapulario es concerniente a él, debido a que constantemente la población está revalidando los diagnósticos en base a resultados satisfactorios. Aludimos a las enfermedades atendidas por médicos, las cuales también son distinguidas en la limpia de huevo y alumbre.

El diagnóstico conocido como “de doctor”, igualmente puede mostrarse al romper el huevo, pero

en la yema y clara no se presenta nada, ninguna forma, sale “limpio” y “normal”, eso significa que la enfermedad no es popular y debe ser atendida exclusivamente por la medicina institucional. Algunas veces el curandero se aventura a revelar un diagnóstico fuera de su competencia, por ejemplo, infecciones, pero generalmente exhortan consultar a los especialistas en esa área. En esta circunstancia, tampoco es refutado el saber del curandero, simplemente aceptado.

Nosotros confiamos; y ellos nos dicen si es de doctor, puede ser de santo o puede ser otra cosa. O luego nos dicen ¡Necesita médico! o ¡Es de doctor, no se va a componer! ¡Ahí, ustedes deciden! Y nosotros acudimos a los que nos dicen (Trabajo de campo, 2012).

Cabe señalar que antes y después de realizar la limpia, el curandero debe prepararse para no impregnarse de cualquier tipo de aire u otro malestar, debe tomar un trago de alcohol o frotarlo en las manos, de no ser así, puede sentirse mal posteriormente.

Por último, diremos lo concerniente a otro tipo de técnica para diagnosticar, la baraja, reiteramos es la práctica menos usual pero también consultada. Con ésta no se lleva a cabo la limpia corporal nada más la lectura de cartas. Los diagnósticos son diversos, no sólo de escapulario, también pueden adivinar si es de doctor, incluyen afecciones estomacales, cuestiones emocionales (previo indagatoria sobre cuestiones de pareja o familiares) y otras como daño (maldad ocasionada por terceras personas), aires y bebés “enlechados”²³⁸ (problema digestivo en la absorción de leche materna, el excremento tiene apariencia de leche en estado de descomposición y hay vómito). Cada carta corresponde a una dificultad especial, así que la elegida será la determinante a diagnosticar.

En términos generales, observamos que mediante el diagnóstico el curandero da pauta para fomentar, consolidar y reproducir la creencia hacia los santos, a través de él sigue legitimándose en la localidad.

5.6.3 Validación de diagnósticos a partir de otras enfermedades

Al estar al tanto del procedimiento diagnóstico encontramos que éste no siempre es definitivo al momento de valorar el avance de la enfermedad, sobre todo, sin recuperación aparente. La incertidumbre pone en alerta a la población porque la enfermedad es evaluada como incierta.

De ser así, la gente busca diferentes respuestas al problema de salud, es así que, constantemente aprecian la mejoría o no en el enfermo. En estos casos, suelen considerar la opinión del curandero, por ser él el especialista en el área.

La investigación por sí misma aportó datos que inicialmente no habíamos contemplado, por ejemplo, la combinación del escapulario con otra enfermedad. Aunque no hallamos demasiadas trayectorias de atención concernientes a esto, nos parece importante mencionar la representación social de la revelación.

²³⁸ Los niños enlechados toman leche materna, se cree que la causa se debe a que la mamá realiza demasiados quehaceres domésticos y después da pecho; un síntoma es la diarrea, existen varios tratamientos para atenderlos, por ejemplo, combinar alcohol de caña, cerveza y sal para después dar a beber al bebé, otro consiste en hervir hierbabuena (*Mentha piperita* L.) con un pedazo de comal (de adobe) y también beberlo, por su parte la mamá debe tomar un vaso de cerveza durante la mañana pero después de haberse bañado.

Primero diremos que no indagamos exhaustivamente por no aparecer como un dato insistente y común, de ahí, que lo que alcanzamos a explorar es lo siguiente.

Una asociación entre padecimientos, es el escapulario y susto. En los apartados “Susto” “Aire de muerto” “Aire de campo” y “Recapitulación de tipología” del capítulo III, describimos y analizamos diferentes ideas respecto a la correlación entre algún tipo de aire y el susto, como tal, el escapulario no escapó de este nexo.

Recuperamos concretamente sobre el escapulario dos percepciones, una es que los santos al tumbar a la gente ocasionan tirarla al piso o hacerla tropezar y la otra es que San Antonio y Santo Domingo se manifiestan con características repugnantes haciéndose pasar por viejitos, así, en ambos escenarios provocan susto. Entonces, la persona además de querer santo está asustada, esto por la caída inesperada y por la impresión de ver a los santitos.

Si a ti ya te agarró y tuviste suerte de que lo veas, entonces, el mismo susto te asustó y ahí es a donde ya te empieza a dar calentura, te empieza a doler la garganta, la cabeza y así... No más te espanta (Trabajo de campo, 2013).

Tú no quieres otra cosa, te agarraron los santos, ellos mismos te lo aventaron que te tumbara y lo malo es que te agarraron en el campo (Trabajo de campo, 2013).

Entre el susto y los aires existe una correlación debido a que cuando la gente ve o se encuentra inesperadamente con algún aire, se espanta. Ya hemos dicho en el capítulo III que el aire es figurado de diferentes maneras, niños, animales (culebra) o entes sobrenaturales; en el escapulario, son los dos santos contemplados en ancianos sucios y hambrientos.

Así que, ambos padecimientos deben ser tratados con las terapéuticas correspondientes, generalmente proceden a realizar primero la del susto y después el escapulario. La indicación es hecha por el curandero después de confirmar los dos diagnósticos²³⁹.

Otra asociación con el escapulario, es el aire de muerto, donde además de tener un diagnóstico ratificado de escapulario, también lo es de otro tipo de aire. En esta coyuntura, la curandera valida el diagnóstico pero también los tratamientos a efectuar, y aunque el aire de muerto es de su facultad para atender, procede a valorar la gravedad de cada padecimiento y en función de ello, exterioriza a que curación debe dársele prioridad. Por ser partícipe de la terapéutica del aire de muerto, la curandera realiza un número delimitado de limpiezas con hierbas “fuertes” (albahaca, ruda, estafiate y pirú) para retirar ese aire.

Y finalmente, en versión de una curandera que hace uso de la baraja como procedimiento diagnóstico, ella devela la combinación entre escapulario y “de doctor”. Esto significa atender a los dos padecimientos, pero primero al escapulario y después acudir con el médico, la razón es por el consumo de alcohol en el ritual curativo en honor a los santos, por ende, de acudir primero

²³⁹ Pueden existir otro tipo de asociaciones menos comunes, por ejemplo en los niños se presenta el escapulario y estar “enlechados” o escapulario y “chincual”, este último se da generalmente en los bebés menores de un año. La razón por la que un niño tiene “chincual” es porque durante el embarazo de la madre, ella comió picante en exceso. Los niños lloran mucho, no duermen, algunas veces tienen dolor de estómago por los cólicos, diarrea (raro); se dice que, “lo están comiendo los gusanitos, son como hilitos en la colita”. Un indicador es que es que los talones de los pies y el ano están de color rojo. Para ambas enfermedades hay tratamientos específicos, por lo que son llevados a cabo además de la curación del escapulario.

con el médico no podrían consumirlo por tener que tomar medicamentos.

5.7 Tratamiento de atención

5.7.1 Tiempo, espacios y actores en escena

A partir de este momento nos adentramos a la complejidad social del tratamiento de atención, puntualizamos que organizamos los siguientes apartados de la mejor manera posible para el lector, pues existen amplias ideas en relación a la forma de curar.

Al ir recopilando la información observamos que el tratamiento tiene una singularidad para llevarse a cabo, ya que en todo momento el tiempo, los escenarios y personajes son importantes para la recuperación del enfermo. En este sentido, la ritualidad es inherente al proceso de la salud-enfermedad-atención, por eso quisimos presentar los datos bajo el título de ritual curativo.

Primero diremos que por ritual entendemos un conjunto de acciones (escenas), donde los actores participantes tienen un rol específico a desarrollar, deben seguirse ciertos pasos que justifican la realización del mismo. Igualmente, el ritual tiene sentido para quienes desean formar parte de él, por lo que de manera implícita las representaciones y prácticas sociales están ahí, proyectan formas de pensar y hacer²⁴⁰.

Atendiendo a estos elementos antropológicos permisibles para la descripción y análisis del tema de investigación, identificamos dos intervalos fundamentales en la atención del escapulario, los clasificamos en primer (ritual curativo “Avisar”) y segundo curso de atención (ritual curativo “Dar santo”).

Durante el desarrollo del texto, veremos que aunque ambos son parte del mismo proceso de curación, su cometido es distinto. Al denominarles rituales terapéuticos, estamos exponiendo dos espacios singulares en los que inicia y concluye la reparación de la enfermedad.

5.7.2 Primer curso de atención

Una vez confirmado el diagnóstico de que la persona quiere santo, el siguiente paso será observarla atentamente, porque de no tener un poco de descanso o bienestar después de la limpia (huevo-alumbre) realizada por la especialista; la indicación será limpiar nuevamente a la persona pero ahora en el hogar y con dos velitas de cebo, aunado a hablar con San Antonio y Santo Domingo para comenzarles a pedir que dejen de molestar al enfermo y le quiten los malestares sentidos, ahí les expresan verbalmente que no tardaran en ir a ver a los padrinos para pedirles el favor de “dar santo”.

La acción de hablarle a los santos también es con el enfermo, pues él también debe saber que sí le darán santo, de no ser así, las molestias en lugar de mejorar serán más sentidas. En el caso de quienes después de llegar de ver a la curandera lograron sentirse ligeramente mejor, ya no son limpiados con las velitas y siguen el mismo acto después, ir a ver a los posibles padrinos (es una posibilidad porque pueden negarse y habrá que buscar a otros que sí acepten).

²⁴⁰ Entre otras funciones, el ritual tanto en su contenido como en su forma tiende a exhibir y legitimar la estructura social, además se mueve en un nivel psicológico porque expresa la emoción o sentimientos que en general representarían un riesgo para el orden social (Barfield, 2000).

De realizarse la limpia, esta puede ser hecha por cualquier familiar residente en la misma vivienda, generalmente son mujeres adultas, ancianas o con experiencia para limpiar y hablarle a los santitos. Cada vela de cebo representa a un santo, entonces, es una manera de comenzar a refrescar al enfermo, hacerlo sentir mejor, pues son los santos quienes lo pueden estar “dejando” si les hablan y ellos acceden.

Hablar con San Antonio y Santo Domingo es fundamental, es como si estuvieran conversando con una persona físicamente, y aunque no tienen ninguna imagen en la casa, la gente sabe que los santos escuchan porque son aires y andan rondando por donde quiera.

Como tal, no hay una oración concreta que decirles, más bien, les hacen múltiples peticiones en función de la salud y la enfermedad. Les externan varias cosas como: dejar al enfermo porque debe ir a trabajar (es decir, la salud está al plano de recuperarse para poder reincorporarse a actividades cotidianas); que les pondrán su huentle (les darán de comer) pero con carencias económicas porque no tienen dinero; les piden esperar o ser pacientes, cuando una mujer está embarazada o alguien muy deteriorado por la misma enfermedad, les avisan que no podrán consumir alcohol pero que lo hará otro familiar por ellos.

¡Señor San Antonio y Santo Domingo, te voy a poner huentle para que nos des nuestra vida, más que nada quitarnos nuestra enfermedad! (Trabajo de campo, 2012).

... ¡Santo Domingo y San Antoñito; cuánto no les vamos a agradecer, si ustedes nos mandan ese alivio... de veras de corazón les pedimos que nos mandes ese alivio... (Trabajo de campo, 2012).

¡Déjalo, aquí no tienen, con trabajos consiguieron para que hacerles sus huentles, váyanse a casa del doctor, ahí tienen dinero, ahí agárrenlo al doctor!... (Trabajo de campo, 2012).

San Antonio... déjalo mi niño, eres un santo sabio, lo vas a dejar a mi niño porque yo no tengo dinero, pero te voy a parar tus lucecitas para que te esperes, pues voy a conseguir, no tengo, aunque sea para la semilla, para el alcohol o lo que más me hace falta, para que yo te ponga, me vas a esperar ocho días (Trabajo de campo, 2012).

Señor San Antonio, te vamos a poner tu huentle, señor Santo Domingo te vamos a poner tu huentle, ya deja a esta persona que se recupere y pueda trabajar (Trabajo de campo, 2012).
Sí ellos esperan –los santos-, cuando uno les habla y les dice que se esperen, son considerados” (Trabajo de campo, 2012).

Entre tanto, la familia comienza a pensar en quién será el o los padrinos, si el enfermo es menor a cinco años con regularidad los padres o adultos deciden por él, pero conforme el niño adquiere mayor edad, le preguntan abiertamente quién querrá que sea el padrino. Una creencia es que los padrinos deben tener algunas características para ser considerados, coloquialmente “que sean de gusto”, es decir, alegres, bailadores y tengan agrado por consumir bebidas alcohólicas, pues todo esto después repercutirá en el éxito de la atención.

Entonces, de manera formal visitan a los padrinos en su domicilio, aclaramos que constantemente existe una reconfiguración en las percepciones, muchas de las cuales son incorporadas de los eventos sociales o religiosos (ejemplo, boda). Aquí han agregado llevar a los posibles padrinos algún obsequio (fruta o botella de alcohol) como símbolo de respeto, pero sobre todo esperando que acepten ser padrinos del enfermo y darle santo. Aunque esta práctica

no siempre es generalizada, algunos sí la llevan a cabo²⁴¹.

Si los padrinos acceden a la petición de los familiares del enfermo, acuerdan una fecha para asistir a la casa del enfermo y “avisar” que sí darán santo. El tiempo para acordar el día de la reunión puede demorar horas o días dependiendo de la circunstancia de la enfermedad, si la curandera o los familiares valoran gravedad será de manera inmediata, de lo contrario, esperaran unos días de la semana.

Para colmo el día que fuimos a ver a mis padrinos no estaban, mi mamá primero me dio una limpia y me calmé, pero al ir a buscar a los padrinos y no encontrarlos me puse más mal, no podía estar, estaba desesperada, sentía bien feo, en la noche no pude dormir y a las seis de la mañana desperté a mi esposo y le dije, párate, vamos a ver a los que quiero que sean mis padrinos, entonces fuimos y sí los encontramos... Mi familia les dijo que nos hicieran el favor porque sí me sentía mal (Trabajo de campo, 2013).

El relato muestra que si el enfermo está enterado de que los padrinos aceptaron resulta importante para él, le genera tranquilidad escucharlo, eso va influyendo poco a poco también en la recuperación, digamos que el proceso de atención va siendo paulatino en cada etapa a transcurrir. Y lo rescatable en todo, es la forma en que el enfermo es tratado, considerado o le hacen saber cómo van sucediendo las cosas.

Unos se sienten mejor como ahora con el padrino. Dicen ¡Vamos a ver al padrino, a ver si quiere y no nos regresa! Y se van, ya después regresan. Ya cuando vienen... el niño ya nada más está revisando, oye la puerta, el niño se pone alegre ¡Sí mi hijito, ya fui a ver a tu padrino, sí te va a venir a dar santo! (Trabajo de campo, 2012).

Inclusive al enfermo le llaman ahijado, pues la lógica es que los padrinos tienen un compromiso con él y lo atenderán. Entre tanto, comenzamos a vislumbrar que el papel de los padrinos en el proceso de atención es transcendental, son actores clave.

5.7.2.1 Ritual curativo “Avisar”

Una vez que los padrinos aceptaron ser parte del tratamiento, ellos y los familiares del enfermo ponen fecha para el primer ritual elaborado y formalizado, al que le hemos denominado “avisar”, pues así es aludido por la gente, también suelen decirle “ir a limpiarlo”.

El término hace referencia al día específico en que los padrinos visitaran al enfermo en su casa y ellos le darán otra limpia con la velas de cebo, pero sobre todo ahí le avisarán a los santos que sí les pondrán su huentle, es decir, les darán de comer, pero otro día elegido igualmente por padrinos y familiares.

Al pasar las velitas por todo el cuerpo, es para que te quiten los síntomas y las velitas significan los santitos porque les ponen nombres: éste es San Antonio y éste es Santo Domingo... Supuestamente te abrazan para que te curen... (Trabajo de campo, 2012).

Sí, ellos –santos-, al pasar sobre el cuerpo nos van quitando ellos mismos los dolores, por eso nos los pasan de pies a cabeza (Trabajo de campo, 2012).

²⁴¹ Algunas veces tienen planeado tener una lista de tres madrinas, este es un plan, en caso de no aceptar la primera, la segunda o la tercera.

En el escenario “avisar”, cualquier acto sigue girando en torno a los santos, pero también al enfermo, pues todo parece apuntar que éste los representa de manera simbólica. La principal función de avisar, es manifestarles a los santos que sí les cumplirán con lo requerido por ellos, la comida.

También es una manera de hacerles hincapié en que deben esperar a que llegue ese día, como si fuera una solicitud para dejar transcurrir unos días más y no desesperarse. Tanto es así, que como una manera previa de convivir con los santos efectúan algo aparecido al día de “dar santo”.

Aquí nuevamente, avisarle a los santos cuándo será la fecha²⁴² del acontecimiento, significa avisarle de igual forma al enfermo, el hecho de expresarlo verbalmente significa que San Antonio y Santo Domingo al igual que el enfermo están avisados, es decir, ambos escuchan el acuerdo. A este último lo animan a recuperarse por sí mismo cuando ya le han avisado, como si de él también dependiera recuperar su salud.

El padrino... lo viene a limpiar con unas velitas... le avisan al santo, para tal día nos esperas, vamos a venir, le avisan al niño: ¡Compónte, vamos a venir, te vamos a dar tu santo! (Trabajo de campo, 2012).

Entre padrinos y familiares llegan a establecer la fecha del evento, lo cual está en función del estado de salud (leve-grave) indicado por lo curandera y de las condiciones económicas de ambos, pues saben que tendrán un gasto por solventar. No obstante, en casos de gravedad no existe consideración, ponen fecha inmediatamente.

La importancia del suceso está en que después de la limpia realizada por los padrinos, el enfermo comienza a sentirse mejor, puede ser a partir de ese día o los siguientes, pero no en todas las personas resulta igual, en algunos casos van teniendo mejoría hasta el día en que les “dan santo” (ver apartado subsecuente).

Hay unos que sí desde que los limpian se componen, ya están mejor pero hay otras que no, hasta que les damos santo (Trabajo de campo, 2012).

Pues si tienen una enfermedad, por ejemplo, frío, calentura, diarrea, yo que sé, se compone de un día para otro, amanece como si no tuviera nada, a veces ocurre así. Y a veces, (este) es cuestión de días, tres días está así y ya se compone, para que el día del santo esté bien (Trabajo de campo, 2012).

Entre los que sí logran la gradual recuperación el cambio va siendo notable en varios aspectos, por ejemplo, cambiar a un mejor estado de ánimo (contento, alegre), tener mayor energía, apetencia para comer o tener menores dolencias corporales. La limpia se va convirtiendo en el “alivio” temporal de la persona porque ya le avisaron a los santos y al enfermo, ya saben que sí les darán santo.

Los niños ya andan más alegres, ya juegan. Y cuando todavía no los limpian, los niños están tristes, nada más duermen, no hacen nada. Y ya después de la limpia, entonces ya empiezan a jugar, a

²⁴² De acuerdo al testimonio de algunos curanderos no es conveniente que la fecha elegida coincida con los martes y viernes porque son días difíciles para deshacerse de los aires, sin embargo, si la persona está grave sí es propicia la elección de estos dos días. Para otros curanderos no es necesario poner cuidado en este aspecto. Nosotros interpretamos que esta idea está conectada a la brujería, donde la noción es similar, al parecer está implícita la dualidad bueno-malo.

correr, a reír, ya empiezan (Trabajo de campo, 2012).

Pues en la persona cambia ya su forma de ser, sus ánimos, su cara, si está triste se ve un poco más alegre. Hay a unos que se les quitan los dolores (Trabajo de campo, 2012).

El niño ya cambia, ya se siente más tranquilo, más contento, ya se va la madrina y le dice ¡Espera, yo voy a venir ese día, te voy a traer tu santo! (Trabajo de campo, 2013).

Es como una reacción, empieza a reaccionar tu cuerpo, ya te empiezas a componer, a sentir un poquito mejor (Trabajo de campo, 2012).

Te vienen a limpiar y en esa limpia tú sientes algo bueno, algo bien, y te sientes como que te quitan algo de encima... como que tienes algo en tu cuerpo, como algo que te están quitando y ya de esa limpia te sientes tranquila (Trabajo de campo, 2012).

Yo sentí, que en eso salí, cuando fueron a ver a mis padrinos y me vinieron a limpiar, y les hablaban –a los santos- (Trabajo de campo, 2012).

De acuerdo a la analogía y reflexión de una mujer joven, “avisar”, es como tomar una pastilla, porque el malestar es calmado y en general el enfermo comienza a sentirse mejor.

Sin embargo, si por alguna razón después de avisarles a los santos que sí tendrán su huente el día especificado, no llegan a hacerlo, no les cumplen con lo acordado, existirá recaída o empeoramiento de la enfermedad, las dolencias aparecerán otra vez.

Un aspecto sumamente relevante en este primer ritual es el acompañamiento de padrinos (sus invitados) y familiares al enfermo, todos se reúnen en honor a él, intentan hacerle la plática, causarle reír, inclusive contar bromas de San Antonio y San Domingo.

Viene la madrina... a avisar ¿Cierto que quiere santo mi niño?, depende como le hable, no. Y el niño dice que sí. Y le dice ¡Yo te voy a dar santo, nada más que voy a traer tu santo lejos, me esperas, vengo, no llores, te voy a traer tu santito! Entonces lo limpia con dos velitas, tomamos alcohol, cigarros y ahí tenemos... risas que tenemos y el niño también ya se siente a gusto (Trabajo de campo, 2012).

Platicar, relajear, que te la pases contento ese ratito que te vienen a limpiar (Trabajo de campo, 2012).

Digamos que es un escenario fundamental en donde más hablan de la enfermedad y la salud, ya que los asistentes cuentan sus experiencias cuando enfermaron de escapulario o cuentan historias de otras personas. Por si fuera poco, bromean también en que a los santos les gusta enfermar a los pobres y no a los ricos o a los médicos.

Asimismo, en esta reunión no solo se generan relatos de la experiencia en torno al padecer sino también hay conocimiento aprendido sobre el mismo, pues es socializado y reproducido entre los niños y generaciones jóvenes.

Se piensa que los santos escuchan, así cuando están en plena convivencia dialogan con el enfermo, pero al mismo tiempo lo están haciendo con los santos. En tanto, consumen alcohol de caña con refresco, brindan en honor a los santos y fuman cigarro, el enfermo también lo hace.

Fui a ver a mis padrinos y... ellos vinieron a limpiarme luego, luego, luego, ese mismo día vinieron en la tarde a limpiarme, y me dieron de tomar, me trajeron unos dulces... y ya hablaron con ellos –los santos-... y ese mismo día yo vi lo que ellos hicieron –San Antonio y Santo Domingo-, y sí es cierto, sí son ellos porque me dejó de doler la espalda (Trabajo de campo, 2012).

Llevarle dulces o galletas (raras veces fruta) al enfermo es muy significativo porque es una manera de decirle al enfermo y a los santos que deben esperarse hasta el día en que culminará la curación (ver apartado: ritual curativo “Dar santo”), es la forma de “entretenerlos”.

De acuerdo a los relatos contados y a la observación participante consideramos que en el primer curso de atención (avisar), se da el primer indicio de que la curación está rindiendo efecto.

Es representativo que al avisarles a los santos, por ende el enfermo asuma que le avisaron a él, esa acción de parte de padrinos y familiares es relevante para él porque sabe que esperará el día del evento final. Anunciarlo previamente y poner una fecha, le genera tranquilidad.

Este ritual curativo es más íntimo y cercano al enfermo porque acude menos gente, el tiempo de convivencia es relativamente corto y no hay tanto consumo de alcohol (con excepciones) como el día que darán el santo.

Es un momento que se presta para dialogar entre los acompañantes, los temas pueden ser diversos, concernientes a los santos, o hasta de política y sexualidad, pero el que no puede faltar es el de salud y enfermedad, abordado de manera pública y colectiva. Así, se trata de compartir, platicar e incluir al enfermo en los diálogos o en las bromas.

5.7.2.2 Descripción del escenario

En este apartado describiremos la forma en que es llevado a cabo el ritual curativo “Avisar”.

Establecida la fecha y hora en que los padrinos van ir a avisar, llegan a la casa del enfermo, acuden con ellos alrededor de tres a cinco acompañantes, la mayoría mujeres. Mientras tanto, los familiares esperan su arribo, señalamos que cuando los padrinos demoran demasiado en asistir, les pueden reclamar sin ofenderlos, solo les es manifestado que el enfermo ya está desesperado por su aparición.

Los padrinos comienzan a saludar a los anfitriones y preguntan en qué lugar de la casa pondrán la mesa para el huente ofrecido a los santos. Ese espacio será el mismo que ocuparán el día que darán santo. Entre las cuestiones a considerar del área, están, no estar cerrado, fácil acceso, ventilación y amplio; no existe otra lógica más que pensar en comodidad para los asistentes (ahí no colocan a ninguna imagen religiosa).

Los padrinos generalmente llegan asistidos de familiares o conocidos que tengan conocimiento del ritual para que les otorguen apoyo sobre cómo deben hacerse las cosas. Es una asesoría constante para no equivocarse en ese momento y todo salga bien para el enfermo.

La función del padrino es socialmente conocida, así que desde el instante en que aparece en escena comienza a poner atención en el enfermo.

Los asistentes al momento de sentarse en el sitio donde será colocada la mesa, los de parte del padrino deben estar de un lado y los del enfermo en otro extremo, como si fueran dos bandos diferentes e identificables. Desde ahí podrán ser espectadores de la limpia.

Reunidos todos los que deberían estar, sobre todo familiares inmediatos al enfermo, los padrinos empiezan la limpia con las velas de cebo. Los padrinos van preparados con una bolsa donde llevan las dos velas, dulces o galletas, alcohol de caña y refresco.

Los padrinos detienen con las manos las dos velas, pero la forma de hacerlo es singular, pues cada una de estas representa a cada santo, así la de San Antonio debe estar en la mano derecha y la de Santo Domingo en la izquierda; con la vela de Santo Domingo limpian la parte trasera del cuerpo y con la de San Antonio la parte de frente.

La limpia debe hacerse de arriba hacia abajo del cuerpo, en la cabeza hacen una cruz, de ahí van bajando paulatinamente, es como dar un masaje con las velitas. Los padrinos le hablan en voz baja a los santos, les piden por la recuperación del enfermo; y a éste le preguntan qué parte del cuerpo le duele o dónde está ubicado el malestar, ahí se detienen un momento para limpiar con mayor énfasis, después continúan bajando hasta llegar a las piernas y pies.

Concluida la limpia sobre el cuerpo, las velas deben colocarse en la mesa donde se podrá el huentle, pero la orientación igualmente tiene un orden, existen dos formas de ubicarlas, la primera es poner las velas tal y como las tiene la madrina en cada mano (Santo Domingo mano izquierda y San Antonio mano derecha) y de frente a la mesa (ver diagrama No. 3). La otra manera es, sostener también las velas en las manos antes indicadas pero ahora la madrina antes de ponerlas sobre la mesa cruza las manos (en forma de cruz) y las sitúa de frente a la mesa, por lo que aquí cambian de lugar los santos (ver diagrama No. 4).

Diagrama No. 3. Primera forma de ubicar a los santos sobre la mesa



Fuente: Trabajo de campo, 2012.

Diagrama No. 4. Segunda forma de ubicar a los santos sobre la mesa



Fuente: Trabajo de campo, 2012.

Fotografía No. 2. Ubicación de los santos en la mesa



Fuente: González Rojas, 2012.

Los curanderos y especialistas en poner huentle optan por el diagrama número dos, exponen que Santo Domingo debe quedar sobre la mesa del lado derecho. Al preguntar la razón de esa práctica no hubo respuesta consensada, fue difícil entender el dato por la diversidad de respuestas, el conocimiento es transmitido sin saber por qué. Nosotros interpretamos que a Santo Domingo le dan mayor peso por precaución debido a que saben que no es benévolo, entonces, cómo se trata de atenderlo y quedarle bien, asumen que esa orientación le corresponde a él. En este sentido, estar del lado derecho es como si fuera un lugar de privilegio.

Lo relevante de la información es que una vez encendidas las velas, la que se consume más rápido será la que indica qué santo agarró al enfermo, así, a través de esto interpretan cuál de los dos fue, San Antonio o Santo Domingo.

Los curanderos en cambio, también pueden dilucidar qué santo enfermó aunque no con tal claridad, debido a que anteriormente se sabía en función de la temporalidad en que los santos salían a agarrar, pero como ahora los santos salen durante todo el año esa interpretación ya no es segura, prefieren hacerlo a través de la lectura del huevo.

De cualquier manera resulta importante saber qué santo fue el que enfermó a la persona porque el día en que concluye la curación (ritual curativo dar santo), los padrinos realizan un objeto al

que le denominan escapulario, el cual debe ser portado en el pecho por el enfermo. En ese escapulario el santo que agarró debe ser colocado por delante (del cuerpo) y el otro por detrás (aquí las figuras de ambos santos sí son tangibles). El hecho de que uno vaya por delante y otro por detrás también destaca estatus así como cuando las velas se ponen en la mesa.

Siguiendo el orden del ritual, además de poner las velas de cebo en la mesa, colocan alcohol de caña en dos recipientes de plástico (algunas veces combinado con refresco, otras no²⁴³), debe servirse la misma cantidad de líquido, de lo contrario no está haciéndose bien, adicionalmente van dos cajas de cigarro (marca Alas[®]) y dos de cerillos, cada elemento de éstos es para cada santo.

En el acto seguido, los padrinos entregan dulces o galletas al enfermo y después dos de sus acompañantes comienzan a repartir una primera ronda de tequila con refresco, empiezan de un extremo y concluyen en otro, aparentemente el orden en que inician la distribución (izquierdo o derecho) tiene también una lógica de ser, pero ante la reconfiguración y cambio de ideas, no hay precisión en ello. Lo que es un hecho es que a quien deben servirle primero es al enfermo y terminan con los padrinos. Del mismo modo reparten un cigarro a cada asistente, el cual debe fumarse para después tirarse debajo de la mesa.

Algún asistente de parte de los padrinos da pauta para brindar en honor a los santos, expresando algo así:

San Antonio y Santo Domingo, vamos a tomar con ustedes para que el niño se sienta bien (Trabajo de campo, 2012).

Con permiso, esto no es para beber, es para que el niño se cure (Trabajo de campo, 2012).
Para que se vayan a otro lado que les den (Trabajo de campo, 2013).

Cuando los enfermos no muestran ánimo o agrado por beber, los familiares y padrinos les insisten para lograr su recuperación. De igual manera, le recuerdan que el día en que le darán santo debe bailar, beber, estar contento y no enojarse.

Mientras tanto, bromean, ríen y conversaban. Entre las cosas que abordan durante la plática es preguntar la talla y número de calzado del enfermo, ya que el día en que le darán santo, le llevan ropa nueva.

Posteriormente la gente de los padrinos sirve tres rondas más de alcohol, y en cada una de estas, alguien expresa una frase como las citadas anteriormente; la tanda de cigarros únicamente se reparte dos veces.

²⁴³ A la combinación de alcohol de caña con refresco le llaman “picaditos”.

Fotografía No. 3. “Avisar” a los santos y al enfermo



Fuente: González Rojas, 2012.

Un elemento adicional que vale la pena señalar es cuando los niños hacen acto de presencia en éste espacio, no les es permisible estar ahí porque los santos pueden enfermarlos, no obstante, está regla era más tajante con anterioridad ya que ahora aunque la sigan difundiendo es más fácil de romper. Inclusive los integran a la convivencia y también les dan a probar alcohol; la práctica es aceptada y hasta valorada porque saben que es benéfico para la mejoría del enfermo.

Este evento dura alrededor de dos horas y acaba justo cuando las velas de cebo se consumen completamente, para ese instante ya podrán saber quién fue el santo el que enfermó a la persona. Generalmente, los padrinos y sus invitados prosiguen a despedirse e irse porque saben que el cometido está cumplido, sin embargo, suele haber gente que decide esperar más tiempo para seguir consumiendo alcohol y dialogar.

5.7.2.3 ¿Qué quiere el enfermo?

Todo lo que hemos expuesto hasta ahora es que cuando la persona quiere santo, significa que está enferma a causa de San Antonio y Santo Domingo, esto porque ellos quieren algo y eso es comida. En ese tenor, como los santos no están vivos pero son entes volátiles que desean comer lo expresan justamente a través de la persona a la que han enfermado para que ella les dé lo que piden.

Entonces, después de que los padrinos ya acudieron a avisarle al enfermo que sí le darán santo, es momento de que el enfermo manifieste abiertamente qué es lo que quiere comer para el día

esperado. Algunas veces puede expresarlo en el primer ritual curativo (avisar) pero regularmente lo hace horas o días después nada más en compañía de los familiares cercanos, quiénes deberán prestar atención a las peticiones específicas, pues de no gustarle o cumplirle, no surtirá efecto la curación.

De acuerdo a la representación social, San Antonio y Santo Domingo quieren comer porque tienen hambre, por ende, el enfermo es el que pide ciertos alimentos y otras cosas debido a que él personifica a los santos.

Y ¿Qué quiere el enfermo? En un inicio pedía exclusivamente mole verde y tamales “nejos” (llamados así por elaborarse con la ceniza de leña), empero, hoy en día los alimentos pueden ser diversos y variados. Si bien el común sigue siendo el mole verde, puede querer cualquier guisado que sea de su agrado, como si fuera un antojo.

Después de esa limpia, me sentí mejor, estaba contenta porque ya me habían avisado. Ese día me preguntaron a ver ¿Qué vas a querer? De una vez di y yo dije ¡Quiero espagueti con pechugas y que me las venga a preparar mi tía! (Trabajo de campo, 2013).

En el aquel entonces, era puro mole verde, ahora ya es muy distinto, que al enfermo se le antojó un caldo de pescado, que pescado frito, que mole rojo, que tacos al pastor, que una cecina con su ensalada, pues eso se le pone, lo que pida según el enfermo (Trabajo de campo, 2012).

Según se dice que en el huentle debe ponerse el mole, el chocolate y los tamales porque eso es lo que se antoja, pero a mí no se me antojó eso, a mí me preguntaron, a ver ¿Qué es lo que se te antoja? Y yo dije ¡Espagueti y pechugas empanizadas! Y eso es lo que me pusieron (Trabajo de campo, 2012).

Es necesario detenernos y hacer énfasis en que de no cumplir con los deseos del enfermo en todo lo que quiere para el día en que culminará la curación habrá repercusiones de ineficacia. Y aunque las peticiones resulten desconcertantes o poco habituales deben llevarse a cabo, de no hacerse así, la atención deberá repetirse por segunda ocasión, es decir, hacer dos veces el ritual curativo.

La niña pidió cervezas, eh, si no lo hacen como dijo ella van a gastar doble, yo nada más les digo (Trabajo de campo, 2013).

Por ello, los familiares deben preguntar y escuchar al enfermo para saber cómo quiere que se lleve a cabo todo, incluso no solo en relación a la comida, sino a otras cosas como la cantidad de gente que asistirá al evento (privado o público), si desea que haya música o no, si no quiere que haya demasiado consumo de alcohol, con quien quieren bailar, etc.

Si el niño dice ¡Es que yo quiero que me den santo pero no quiero borrachos... quiero fiesta! Le hacen como si fuera un cumpleaños y ya ponen el huentle... y no se da demasiada bebida, pero porque el niño así lo pidió (Trabajo de campo, 2012).

De hecho, ya desde antes se le había tomado en cuenta para preguntarle quién quería que fueran sus padrinos, el asunto es que durante todo el proceso de atención, el enfermo siempre está siendo considerado en sus requerimientos.

La población es tan complaciente con los santos, dándoles de comer y atendiéndolos con gusto,

que por eso la gente cree que ya no se van de la localidad y asimismo enferman durante todo el año y no solamente por temporada.

5.7.3 Segundo curso de atención

Durante la investigación tuvimos cuidado de identificar el acontecer de la enfermedad, tratando de observar el transcurso mismo de curación. Nos dimos cuenta que al segundo curso de atención denominado por nosotros ritual curativo “dar santo”, le ponen mayor vigilancia, ya que solamente de esta manera el enfermo logrará recuperarse completamente.

Aunque existe reconocimiento del ritual curativo “Avisar”, el peso otorgado a ese primer evento no es tan fuerte como el asignado al día en que el enfermo recibirá de parte de sus padrinos el denominado santo o escapulario, el cual es un objeto que representa a San Antonio y Santo Domingo como si fueran ellos mismos. De hecho, el significado simbólico es lo que permite otorgar el mismo nombre a la enfermedad.

Entonces, los padrinos arriban a la casa del enfermo con el santo, como si fuera su llegada formal, es el día en que finalmente comerán lo que les pondrán en su huentele, pero no solo eso, festejarán como si fuera una celebración debido a que a los santos les gusta, bailar, beber alcohol y estar contentos.

El ritual curativo “dar santo” es por mucho el más elaborado en la organización e integración de actores sociales, es el escenario donde más esmero debe tenerse para seguir el orden de la ceremonia, de lo contrario, no rendirá efecto la curación. Y considerando que ésta es la parte final del tratamiento, de una buena culminación dependerá no tener recaídas en la salud, porque de ser así, tendrán que repetirlo por segunda ocasión, lo cual implica inversión de recursos económicos.

5.7.3.1 Ritual curativo “Dar santo”

Entendiendo que el segundo ritual curativo es más amplio y complejo, éste requiere planificación previa de parte de la familia y de otros protagonistas que participarán en la curación.

La característica singular es la integración familiar y comunitaria, pues todos los asistentes son partícipes del efecto favorable de la salud de la persona. Entre los actores destacan padrinos, familia nuclear (mejor conocidos como caseros), especialista en poner huentele e invitados al evento. El curandero no participa en ninguno de los dos rituales curativos, nada más en el diagnóstico. Sin embargo, algunos curanderos también saben colocar el huentele, así que adquieren ese papel sin ningún problema.

Existe un grupo al que identificamos como “personas que prestan los santitos”, quienes tienen bajo su propiedad a las imágenes de San Antonio y Santo Domingo, las adquirieron al comprarlas. Aunque estas personas no intervienen directamente en el ritual, de alguna manera apoyan prestando a los santos en cada acontecimiento. De acuerdo a los relatos, antes de los noventa la demanda en pedirlos era alta porque pocos los tenían; así que solicitarlos llevaba anticipar el préstamo hasta por ocho días, por esta razón, otras personas se interesaron en comprarlos. Hoy en día son más los que los prestan. En la fiesta patronal de Alpuyeca (localidad

aledaña) pueden comprarse²⁴⁴.

Respecto a los padrinos, dar santo significa que ya aceptaron ser parte de la atención, por lo tanto, tienen responsabilidad no solo de llevar el escapulario sino de comprar ropa y calzado, así como confeccionar otros recursos (corona de flor, rosario de cempaxúchitl y galletas) terapéuticos y contratar un servicio de música.

Él le va a poner el santo, por ejemplo, él le va ir a dar lo de la mesita, le va a bailar, todo... por eso lo fuimos a ver para padrino, para que él se dedique al niño... esta vistiendo a la persona, está dando el sonido... (Trabajo de campo, 2012).

Por su parte, el enfermo será eje de su mejoría, días previos lo han estado incitando a “componerse”, por un lado, le hacen saber que de él dependerá restablecerse y por otro, le enfatizan a colaborar con su buen ánimo para comer, beber alcohol y bailar. Al adoptar su rol en la curación, el día del suceso, podrá solicitar bailar o beber con quién desee, no deben negárselo, habrá que complacerlo en lo que pida.

Ese día, de enfermo pasa a ser festejado (ahijado) y la connotación no es otra que ser el centro de atención.

Aunque es conocida la inversión económica requerida para esta segunda parte de la atención, la llevan a cabo con todas las carencias existentes, lo harán en la medida de sus posibilidades y no dejarán de hacerlo porque están dispuestos a pagar el precio de la salud del enfermo.

Mi niño lo que pida, si él está pidiendo... pues se lo vamos a dar (Trabajo de campo, 2012).

El asunto más significativo del segundo curso de atención es poner el huentle para los santos. Entiéndase por huentle el conjunto de alimentos ofrecidos, mismos que serán comidos por San Antonio y Santo Domingo y el enfermo. El huentle no está compuesto por un alimento sino por un grupo de éstos: mole verde, tamales, chocolate, pan de dulce, sal, agua, alcohol. Cuando la palabra huentle es referida, está haciéndose alusión a los alimentos: “Aquí van a hacer el “huentle” –preparar la comida-, “van a llevar el huentle” –transportar la comida-, “le pusieron su huentle” –colocar la comida-.

Señalamos que el huentle no es exclusivo para la atención del escapulario, es un componente cultural arraigado en la localidad que es ofrecido para distintos entes como otro tipo de aires, santos y difuntos. Sin embargo, el objetivo de ofrecerlo es distinto.

Hacemos un paréntesis respecto a la representación de la Santa Muerte, si bien ya hemos dedicado un espacio en otro apartado (ver: 5.3.2 Santa Muerte), es preciso detallar de mejor manera. No toda la gente cree en ella, implícitamente existe temor y poco conocimiento sobre su procedencia. Regularmente no le ponen huentle, pero de estipularse por el curandero tendrán que hacerlo porque la vida no está en juego.

Nosotros aquí en nuestra familia nunca le hemos puesto, pero si es cuestión de que me salve, aunque le dé yo huentle. Pues, es cuestión de que me salve no de que me muera (Trabajo de campo, 2012).

²⁴⁴ Las imágenes pueden ser bendecidas en el templo católico, pero de lograrlo, los dueños las bendicen con “agua bendita”.

A pesar de considerarla para ofrecerle alimentos, el status de los santos es prioritario. Se dice que la Santa Muerte es un acompañante de los santos, a quien no conviene negarle la comida. Por esta razón, es contemplada y no minimizada porque puede atentar directamente con la vida de la persona.

Para evitar que la Santa Muerte “se lleve” a un enfermo en estado de gravedad, deberá ponérsele su huentle, así lo “dejará” y no morirá sino que de forma similar contribuirá en restablecer su salud.

En contraste, cuando la persona no está grave no hay motivo de ponerle huentle porque en lugar de generar su pronta recuperación, empeorara o tendrá recaída.

Cuando a la Santa Muerte comenzaron a ponerle huentle, el alimento que le ofrendaban no era consumido por ninguna persona ya que era considerado inservible, así que lo tiraban en la calle. Posteriormente la percepción cambió y el alimento fue dado a los perros o alguien alcoholizado, la intención sería no desperdiciar la comida y aprovecharla.

Le ponen lo mismo –Alimentos-, nomás que... tiran todo el huentle, la bebida, todo lo tiran en la calle... Pero esta vez que vi, los tres huentles ya los repartieron (Trabajo de campo, 2012).

Cuando empezó a aparecer eso... se tiraba todo y ya después ya no, se debe de comer porque si no ella es mala –Santa Muerte-, se enoja (Trabajo de campo, 2012).

No perdamos de vista que la comida en Coatetelco tiene un gran valor simbólico, quizá esto motivó la reconfiguración de la idea. El propósito de dar la comida a un “borrachito” lleva consigo la noción de que esa persona está impregnada de alcohol por lo que no le hará daño o pasará algo, es una protección (ver apartado: aire de imagen, capítulo III).

No encontramos demasiados relatos orales sobre el origen de la Santa Muerte, con excepción de algunos. Por ejemplo, se cree que en algún momento de la historia, una persona le pidió comida al diablo y no se la dio, le pidió a Dios y tampoco se la dio y cuando se la pidió a la Santa Muerte, ella sí lo hizo, por eso se dice, que la Santa Muerte es “pareja” con todos, ricos, pobres, niños y adultos, ella no tiene distinción.

En otro orden de ideas, el día esperado para dar santo empieza formalmente desde las doce del mediodía y concluye aproximadamente a las seis o siete de la tarde (la mayoría de veces se prolonga), es un día intenso para comer, bailar y beber. La parte final del tratamiento será cuando el enfermo termina cansado de tanta agitación y va a dormir, se dice que es el momento en que los santos se van de ese lugar. Algunas personas llegan a verlos, representados en viejitos, llevan comida, salen alcoholizados, contentos y satisfechos (ver apartado: manifestación de los santos).

Sí, para estar contento, mucha gente pone música, hay baile, bailan al niño o la persona adulta y hasta que se cansa, eh, se tiene que dormir, el enfermo se tiene que dormir, ya cuando se durmió como a eso de las 6 de la tarde, ya se duerme, se termina el baile, se termina la bebida... (Trabajo de campo, 2012).

Queda claro entonces, que dar santo es la parte final de la atención y la manera en que se lleve a cabo determinará la reincorporación del enfermo a su vida habitual. A este ritual debe

prestársele mayor cuidado, la forma cómo se planea y coordina resulta relevante. Ahora bien, recapitulamos que hasta este momento o días posteriores algunas personas comienzan a sentirse mejor.

En términos sociales el formalismo y compromiso para efectuar el acontecimiento es lo más parecido a una fiesta, no obstante, la cuestión simbólica de la enfermedad y salud va más allá de eso. La fiesta es para los santos, pero quién personaliza a los santos es el enfermo.

5.7.3.2 Descripción de los actores

5.7.3.2.1 Padrinos

A pesar de haber mencionado algunas características respecto a los padrinos, agregamos otras a considerar. Se dice que además de tener gusto por bailar y beber alcohol tienen que invitar a gente conocida que también tenga esas cualidades, pues sería innecesario llevarlos al evento esperado si no contribuyen con su ánimo y alegría por divertirse.

Porque de eso se trata, de tomar, buscamos a las personas que les gusta tomar... y que tenga buenos invitados que también les gusta tomar (Trabajo de campo, 2012).

No obstante, cuando alguien está dispuesto a participar como padrino pero sin consumir demasiado alcohol, acepta advirtiendo un consumo considerado o en su caso llega a negociar con los santos (hablándoles) para que otra persona tome por él.

Yo de darle, sí le doy, nomás te voy a decir ¡No tomo pero... mi esposa lo va a tomar mi huentle, mi picadito, mi cubita se la voy a dar mi esposa, lo que venga le doy a ella, yo me voy a comer todo lo que haya! (Trabajo de campo, 2012).

Los padrinos deben tener fe y creer en los santos, pues de no ser así, la atención no tendrá efecto o en su caso el enfermo puede empeorar. De hecho quienes no creen lo expresan abiertamente para no ser culpados por la ineficacia.

No tienen buena mano... porque no lo hacen con la fe que debe de ser, no creen. Hay algunos padrinos que aceptan pero no creen... y por eso hay algunos padrinos que dicen: ¡Tú quieres que te dé santo, pero yo no me creo eh... y ya es tú culpa, no sé, ya es de Dios que te compongas pero la mera verdad, yo no me creo de ese santo! (Trabajo de campo, 2012).

Personas que han sido padrinos más de una vez pero sin obtener resultados positivos en el enfermo, dan por hecho no volver a participar, porque de hacerlo quedarán mal con los caseros y los harán gastar nuevamente por tener que repetir la curación.

Una vez mi abuelito me preguntó ¿A poco tú vas a dar santo, hija? Sí abuelito ¿Por qué? Pues para dar santo no cualquier pendejo, para eso se necesitan personas especiales, hay que saberlas elegir, ahora ya cualquiera puede dar santo pero por eso las personas no se componen (Trabajo de campo, 2012).

Algo particular a observar en los padrinos será no ser conflictivos o agresivos, pues ese tipo de personas no contribuyen a la curación.

Deben ser contentos, alegres, pero que no sean, aquí les decimos pleitistas, que no sean pleitistas, que tomen pero que sean tranquilos, que sean buenas gentes, buenas personas (Trabajo de campo, 2012).

Anteriormente era común elegir como padrinos a los de bautizo, sin embargo, ahora llegan a escogerlos en situaciones extraordinarias. De darse tal opción, los gastos resultan mayores porque deben contratar una banda de viento, por tanto, adquieren un compromiso económico más grande.

Quedan descartados como padrinos aquellos familiares que vivan en casa del enfermo, sobre todo los que duermen con él. De acuerdo a la representación, preferentemente deben ser externos porque el aire del santo está en la vivienda y los padrinos pueden llevárselo o sacarlo de ahí mediante la curación, inclusive ellos corren el riesgo de trasladar ese aire a su casa y ser enfermados.

La madrina a diferencia del padrino, generalmente asiste y colabora durante el desarrollo del ritual curativo, pues lo asume como parte de su competencia, en contraste, el varón ocasionalmente será el eje.

De hecho, la implicación física para quien participa es intensa por el ajetreo invertido en el ritual; la cual es sentida no solo por la madrina sino por las invitadas que le asisten de manera cercana.

Es un golpazo para ti, si es chiquito lo vas a cargar, al otro día sientes que tus brazos se te entumen, estás bien cansada; la que lleva la charola también se cansa, es que dirás que no pesan los santitos pero sí pesan. Al otro día lo sientes en tus manos están bien golpeadas y la madrina igual (Trabajo de campo, 2012).

La elección de los padrinos es tan relevante que de no ser los que quiere el enfermo podría ser otra causa también de ineficacia.

5.7.3.2.2 Caseros

Los caseros son los integrantes de la familia más cercanos al enfermo (regularmente es la nuclear), quienes se encargan de preparar y llevar a cabo todo lo necesario para dar seguimiento al proceso de atención. En el segundo ritual curativo, tienen la función de comprar y cocinar los alimentos que serán colocados en el huentle así como dar de comer a todos los asistentes, particularmente a los padrinos e invitados, pues han adquirido con ellos un deber social.

Al igual que los padrinos, los caseros solicitan apoyo de algunos conocidos o parientes para coordinar las tareas domésticas²⁴⁵. En base a esto, existe una red comunitaria que permite el intercambio y reciprocidad, así, los vínculos y la cooperación es reforzada. El participante a cambio de su labor recibe comida para llevar a su casa, la cual será suficiente para compartir con su familia nuclear.

²⁴⁵ Algunas veces contratan a una “comidera”, encargada de cocinar a cambio de un pago, ella dirige la preparación de los alimentos, pero requiere apoyo de las invitadas.

Por el valor simbólico y cultural otorgado al huentle, describimos la elaboración del mole verde, elemento crucial para dar de comer a los santos.

Los ingredientes son: 2 cuartillos de pepita o semilla de calabaza²⁴⁶ (un cuartillo equivale a $\frac{3}{4}$ de un kilo), la mitad de un cuarto de chile verde (serrano, jalapeño o seco) y caldo de pollo.

La cocción final del mole puede llevarse hasta 3 horas, aunque con regularidad son 2. En una olla de barro se deja hervir un poco de agua. Previamente, la semilla de calabaza debió haberse tostado (se tuesta con flama baja, no conviene dejarse quemar porque amarga, está tostada cuando cambia de color) y molido en la “forma” (es un instrumento de madera que permite moler varias semillas). Después de molerse en la forma o en licuadora, se cuela para obtenerse en polvo, lo que sobra es conocido como “apayanado”, eso también sirve. En la licuadora es depositado lo “apayanado” de la pepita, el chile verde y agua para ser licuados por suficiente tiempo (ya que después no será colado).

Una vez que está hirviendo el agua en la olla de barro, todo esto que fue licuado es vaciado a la misma y deja hervirse por un rato. Antes ya debió ponerse a hervir un pollo completo, pues el caldo será ocupado. Al hervir todo lo antes mencionado, debe vaciarse también el caldo de pollo a la olla, después, colocar el polvo de la pepita. A partir de ese momento, no debe dejar de moverse todo lo mezclado, pues en parte esa es la clave para que el mole “no se corte”. Se “corta” cuando la pepita se aparta de la consistencia del caldo. Lo cual significa que no está bueno, no sabe hacerse o puede doler el estómago. El mole quedará aguado o espeso dependiendo de la consistencia deseada.

Una causa por la que el mole puede cortarse es porque la persona que lo cocinó estaba enojada, en caso de suceder esto, para remediar el problema, corresponde deshebrar una hoja de maíz, amarrarla como si fuera escobeta y ponerla en la olla por un tiempo. Así, preparar el mole tiene su especialidad, pues no es un alimento cotidiano, sino especial para el ritual. En cuanto a los tamales “nejos” o también llamados de “cuamixtle” (aparición de color amarillo), son preparados con ceniza, la cual es hervida con el maíz y cal conjuntamente (nixtamalización), eso les da un sabor diferente.

En la vivienda de los caseros las actividades son distribuidas de distinta manera, el mole verde es preparado exclusivamente por una persona que sepa cocinarlo, en cambio, los tamales son envueltos entre varias mujeres. Otro tipo de actividades como hacer tortillas a mano es labor de todas las invitadas.

Desde la siete u ocho de la mañana se emprenden los planes caseros, antes del mediodía debe estar todo listo.

²⁴⁶ La pepita de calabaza es sembrada durante el temporal, en el mes de junio; a finales de octubre es cosechada, este producto es sumamente importante para las festividades rituales. Una vez cosechada, si a la calabaza no le sacan la semilla puede conservarse hasta por dos meses, sin embargo, es preferible sacársela para ponerla a secar y conservarla el resto del año.

5.7.3.2.3 Especialista en poner huentle

El tercer personaje en escena es una persona que posee conocimiento y práctica en poner huentles. No le es estipulado un nombre específico, la mayoría de veces la ubican por su nombre y lugar dónde vive.

Nosotros quisimos denominarle especialista porque a pesar de no recibir instrucción formal sobre su saber, tiene experiencia y es legitimada por el resultado conseguido cuando solicitan su servicio²⁴⁷. No cobra un monto económico por asistir a la terapéutica, empero, debe buscársele con anticipación y hacerle formalmente la invitación porque puede tener compromiso en otro lugar.

Los caseros son los encargados de buscarla y pedirle el favor de acompañarlos, generalmente la gente recurre a un familiar o quién de acuerdo a su criterio cumple con tres características: tiene conocimiento, es de ambiente (le gusta el relaxo, divertirse, pasársela bien, beber alcohol y bailar) y sabe hablarle a San Antonio y Santo Domingo.

Los caseros deben proporcionar a la especialista, la comida y otros elementos necesarios para colocar en la mesa: 2 floreros con rosas rojas (antes usaban flor de cempaxúchitl), mole verde, tamales, chocolate, sal, pan de dulce, agua, alcohol de caña, refresco de Coca-Cola®, cerveza, cigarros y cerillos.

Su responsabilidad fundamental es saber poner adecuadamente el huentle, ejemplo, estar atento del orden y tiempo en que los alimentos son ubicados en la mesa. De no ser así, ante el mínimo error, no tendrá una acertada participación en la atención, por ende, generará poca probabilidad de recuperación para el enfermo, ya que puede ser otro factor de ineficacia.

Cuando una especialista pone huentle, percibe dolor temporal en el cuerpo o mareo. No hay explicación de la causa, se dice que es por la labor desempeñada y por el contacto directo con el copal (recurso terapéutico), el cual es considerado de calidad caliente. Como medida precautoria evita bañarse inmediatamente, lo hace al tercer día después de haber participado en el ritual.

5.7.3.3 Descripción de escenas

En el primer ritual curativo destaca únicamente un escenario para llevar a cabo la atención, en contraste, el segundo ritual está compuesto de diferentes escenas, por ello las enumeramos para describirlas de una mejor manera. Ninguna escena tiene un nombre específico asignado por la gente, nosotros les pusimos un título para identificarlas.

En orden consecutivo presentamos cada escena durante el día especial (dar santo), detallamos desde los preparativos en casa de los padrinos hasta el recalentado (segundo día).

²⁴⁷ La gente dedicada a esta actividad no tuvo la finalidad de recibir conocimiento sobre el tema, en la mayoría de casos lo hicieron por la enfermedad de algún familiar. En una situación de emergencia el curandero u otra persona ya especializada les compartieron el saber, es así que se ha reproducido entre diferentes mujeres y contados hombres. Pueden existir algunas variaciones en la forma de colocar el huentle, pero en general respetan el trabajo de la otra.

Escena No. 1. Los padrinos preparan recursos terapéuticos en su vivienda

Antes del mediodía los padrinos esperan en su casa a algunos de sus invitados para dar pie a la elaboración de todo lo que ocuparán y llevarán al enfermo. Conforme van arribando les obsequian una botella de tequila (generalmente Rancho Viejo) o dinero, eso es sinónimo de acompañamiento y participación.

Antes de arreglar cualquier recurso terapéutico, los santos (imágenes físicas)²⁴⁸ ya debieron haberse sumergido en un recipiente que contenga alcohol de caña y un cigarro, pues desde este instante los santos son complacidos con lo que les gusta²⁴⁹.

Cuando el escapulario (objeto) no es comprado,²⁵⁰ adquieren lo necesario para confeccionarlo, listones de color rojo, flores y lentejuelas de diversos tonalidades. En caso de comprarlo, de cualquier manera las imágenes de los santos tendrán que ser zurcidas²⁵¹.

Usan hilo de color rojo para coser todo, incluidos los rosarios, el de galletas y cempasúchil, así como la corona de fulmina. Después utilizan dos charolas, en una colocan la muda de ropa y par de zapatos nuevos que el ahijado portará y en la otra el escapulario, los dos rosarios, la corona, dulces y dos piezas de pan.

El alcohol donde fueron inmersos los santos es rociado en las charolas para que no haya riesgo de que el aire de santo se quede en casa de los padrinos, de esta manera, estarán yéndose y no se quedarán ahí.

Es incumbencia de los padrinos elaborar y comprar todos estos componentes así como contratar un sonido de música.

Las prendas preferentemente deben ser de color rojo (incluyendo la interior). Al respecto, la gente no tiene un significado claro sobre el uso de color rojo, algunos piensan que tiene que ver con el mal o el demonio, pero a decir verdad no refieren el origen o razón de ser. Nosotros interpretamos que el rojo genera vitalidad para el enfermo²⁵².

²⁴⁸ Las imágenes han sido previamente solicitadas a quién las presta. Las personas que los prestan no reciben ningún pago, solo hacen "el favor" del préstamo, el cual no debe excederse por más de tres días, después de ese periodo deben entregárselos y a cambio recibirán una pequeña ofrenda compuesta de dos velas de cebo, dos ramos de flores, pan y chocolate.

²⁴⁹ Al momento de diseñar el escapulario, ha dejado de ser común sumergir en alcohol a las imágenes de los santos. Antes lo hacían a partir de las seis de la mañana, actualmente el horario es indistinto. La creencia está fundada en que a esa hora, a San Antonio y Santo Domingo les agrada salir a beber, así que donde pongan el alcohol más temprano, ahí se quedarán.

²⁵⁰ Existe un grupo de personas dedicadas a vender escapularios, los hacen por tamaños para bebés, niños y adultos. El costo aproximado es de \$120 a \$150.

²⁵¹ Además del escapulario ataviado, adicionalmente deberán llevarán listones de color rojo para el familiar que duerma con el enfermo (bebé, niño o esposo (a)).

²⁵² La sospecha está en función de saber que existe otro tipo de enfermedad conocida como tosferina, aunque ha dejado de prevalecer en demasía aún pervive la idea en la localidad. Los niños son los más afectados por el padecer, con tos seca difícilmente de tratar; el asunto está en que la terapéutica es similar al escapulario, les compran ropa nueva y de color rojo, eso genera la recuperación. En el 2013, registramos la muerte de una niña de un años dos meses con un cuadro persistente de tos, temperatura y gripa, a quien en su recorrido de atención le dieron esta atención.

El listón rojo (con limones o "cocolitos") también era utilizado para atender al niño chipil.

Mientras tanto, los asistentes (mujeres) fuman dos cigarrillos y toman dos copas de alcohol porque es la manera de comenzar a convivir con San Antonio y Santo Domingo. En este intervalo de tiempo, es necesario comentar la experiencia de quienes han padecido de escapulario, pero también hablar de otros asuntos concernientes a la vida o la localidad.

Fotografía No. 4. Elaboración de recursos terapéuticos



Fuente: González Rojas, 2011.

Al final, los padrinos eligen a dos invitadas para llevar las charolas, una cada una, quienes aceptan deben estar convencidas de su participación, les tiene que gustar beber alcohol, bailar, creer en los santos y hacerlo con gusto no por obligación, no debe haber queja, aunque días después tengan cierto cansancio. Se dice que los santos pesan y como una de ellas lleva cargando el escapulario, eso genera dolor en el cuerpo.

Cuando inician la elaboración de los recursos terapéuticos, un varón lanza un cohete y cuando terminan de hacer todo echan otro, el segundo es la señal a identificar por los caseros, quienes al escuchar el estruendo del cohete estarán preparados en recibir a los padrinos.

Escena No. 2. Preparación del huentle en la vivienda del enfermo

Las actividades domésticas en casa del enfermo giran en relación a la preparación de los alimentos que posteriormente serán puestos en el huentle, así como también la comida ofrecida a los asistentes. Las mujeres de mayor edad dirigen y organizan las tareas asignadas a cada ayudante, quienes son invitadas por los caseros, tienen por función cocinar la comida (adicionalmente proporcionan una botella de tequila o dinero). Desde este instante, se ponen de acuerdo para decidir quién se dedicará exclusivamente a la encomienda de la cocina y quienes serán partícipes del huentle, donde saben que deben beber alcohol y bailar.

La elaboración del mole y tamales ya los hemos descrito anteriormente, solo falta decir que al momento de envolver los tamales, las mujeres fuman dos cigarros (uno por cada santo) y beben dos copas de alcohol de caña, la lógica imperante es la misma, iniciar el acompañamiento con los santos el día de su celebración. Este detalle es tan relevante, que hasta en esto hay que tener cuidado de hacerlo correctamente. Por ejemplo, la envoltura de tamales no debe hacerse en cualquier espacio físico sino donde será puesto el huentle.

El chocolate es otro elemento a considerar, debe ser realizado por alguien que sepa hacerlo; lo que es un hecho es que todos los alimentos deben estar preparados antes de que llegue la especialista en poner el huentle. El primer indicio de parte de los caseros para recibir a los santos, es ubicar sobre la mesa donde estará el huentle un pollo entero caliente (regalado tiene más valor que comprado), así a través del aroma caliente de la carne se les esta invitando.

Escena No. 3 La especialista pone el huentle y limpia al enfermo

Concluida la cocción de los alimentos, la especialista en poner el huentle arriba a la casa del enfermo, quién ya espera que todo esté listo para colocarlo en la mesa.

Hace acto de presencia a las once de la mañana para acomodar el huentle a las doce del mediodía, pues es la hora en que los santos también llegan; por lo que intentan ser puntuales con ese momento del día; después le restan menor importancia a que los padrinos prolonguen su presencia más tarde (la demora puede ser hasta dos o tres de la tarde).

En tanto, los caseros entregan los alimentos y el resto de los elementos a utilizar. Todo lleva un orden y razón de ser. El lugar donde será ubicado el huentle es decidido por los caseros, quienes ya lo habían decidido en días pasados. El espacio es cualquiera de la vivienda, preferentemente eligen los patios o fuera de las habitaciones para tener mayor comodidad y ventilación, la especialista acata la decisión, aunque suele sugerir a la intemperie para que el aire de santo salga de las habitaciones y no se quedé ahí.

Lo primero a preguntar es ¿Qué santo agarró al enfermo? De acuerdo a la respuesta pondrá a cada santo en un lugar de la mesa (derecha-izquierda). Aquí no resulta complicada la ubicación, el santo que agarró al enfermo es colocado del lado derecho y el otro santo del lado contrario (izquierdo).

Recordemos que esta información es conocida desde el día en que los padrinos acudieron a limpiar al enfermo (ver apartado: descripción del escenario). En casos específicos, el curandero a través de la lectura del huevo (en el diagnóstico) puede establecer el lugar asignado a cada santo, es una indicación precisa a seguir según su criterio, puede ser por gravedad, prontitud o simplemente haberlo interpretado a partir de su consulta.

Inclusive, algunos curanderos revelarán que en lugar de poner el huentle para dos santos deberá ser para tres, incluyendo a la Santa Muerte. Empero, esto dependerá de la gravedad del enfermo. De ser así, a la Santa Muerte le corresponde estar en medio de la mesa, ni derecha, ni izquierda; o habrá quien preferirá ponerle una mesa exclusiva.

Refiriéndonos únicamente a los dos santos describiremos cómo es conformado el huentle²⁵³. Sucesivamente, en primer lugar se arregla una docena de rosas rojas en dos floreros, uno para cada santo, después dos botellas de alcohol de caña (355ml), dos cervezas, dos refrescos de Coca-Cola®, dos destapadores, dos vasos de agua, dos cajas de cigarros y cerillos, dos tazas de chocolate, una o dos piezas de pan de dulce, dos platos de mole verde, una o dos piezas de tamales nejos, dos saleros y dos tandas de tortillas; los alimentos preparados deben colocarse al final porque al estar calientes despedirán el aroma, misma que atraerá a los santos y mediante la cual podrán consumir la comida. Indudablemente puede haber algunas excepciones en la presentación del huentle, por ejemplo, algunos desean agregar un guiso adicional o aumentar el tamaño de las botellas de alcohol. Distribuir los alimentos en la mesa por pares, uno para santo es lo que no debe perderse de vista.

Fotografía No. 5. El huentle para los santos y el enfermo



Fuente: González Rojas, 2011.

Al iniciar la colocación del huentle la especialista mantiene un diálogo permanente con los santos, generalmente no es en voz alta, es llevado a cabo en silencio, el discurso es personal y alusivo a la reintegración de la salud a favor de la persona.

Ya les pusimos, querían esto, ahora pedimos el saneamiento de la persona... ya estamos aquí contentos, tranquilos (Trabajo de campo, 2012).

¡Señor Santo Domingo aquí está tu mole, lo que pedías, ya te le están dando, dejen a la niña! Platicándoles así (Trabajo de campo, 2012).

²⁵³ Cuando es incluida la Santa Muerte el orden del huentle no cambia, solamente debe agregarse una porción más de cada componente, en lugar de dos, son tres.

Señor San Antonio ya está tú huentle aquí, Santo Domingo ya está tu huentle aquí y el que los anda siguiendo –Santa Muerte- aquí está también (Trabajo de campo, 2012).

Posteriormente es requerido un sahumero para prender copal, el humo generado será esparcido alrededor de la mesa y se persigna a los alimentos haciendo una cruz. El enfermo es llamado para presenciar la colocación del huentle y a partir de ese instante ya no puede salir de esa área, regularmente a él también le propagan el copal sobre la parte delantera y trasera del cuerpo de arriba hacia abajo. El sahumero estará colocado en el piso y seguirá poniéndosele copal hasta concluir la parte terapéutica más importante del ritual.

Al terminar la ubicación de los alimentos sobre la mesa, la especialista da pie a preparar los picados (combinación de alcohol de caña con refresco), estos podrán ser desde dos, cuatro o más pares de botellas dependiendo de la cantidad de gente esperada al evento. De alguna manera prevé lo necesario antes de la llegada de los padrinos.

El siguiente paso será limpiar al enfermo con dos velas de cebo, el procedimiento es el mismo que hemos descrito durante el desarrollo del texto, esta limpia es la primera del día y está bajo el cargo de la especialista, quien no deja de hablar con los santos para pedirles dejen de molestar al enfermo y devuelvan su salud, a la persona le pregunta en qué parte del cuerpo siente malestar y ahí se detiene por un rato.

Fotografía No. 6. Limpia con velas de cebo por la especialista en poner huentle



Fuente: González Rojas, 2011.

La variante a resaltar es por la Santa Muerte, ya que como bien sabemos San Antonio debe estar en la mano derecha y la de Santo Domingo en la izquierda; con la vela de Santo Domingo limpian la parte trasera del cuerpo y con la de San Antonio la parte de frente, entonces, con la vela de la Santa Muerte se limpia exclusivamente la cabeza (lugar donde está ubicada la mollera).

Concluyendo la limpia, cada vela es puesta sobre la mesa, tomando en cuenta la información previa (lugar específico de cada santo). Las velas son encendidas, solo habrá que esperar a que se consuman y la asistencia de los padrinos.

Porque ellos –San Antonio y Santo Domingo- ahí están, ya se acabaron las velitas, ellos nada más están esperando que traigan el santo –que lleguen los padrinos- para que ya tomen alcohol, dicen que ahí ellos ya comieron lo que querían, ya no más están esperando la madrina (Trabajo de campo, 2012).

En este sentido, se dice que a través del aroma de los alimentos, los santos ya degustaron la comida.

Escena No. 4. Encuentro entre caseros y padrinos

Transcurrido un lapso de tiempo aunque las dos velas de cebo aún no se hayan derretido, los padrinos pueden llegar en ese intervalo. Al llegar a la casa del ahijado, a unos cuantos metros lanzan un cohete para notificar que ya están afuera de la vivienda.

Por su parte, la especialista permanece cerca del huentele, pero advierte que los caseros e invitados deben salir a recibir a los padrinos, entre ellos, una persona sostendrá el sahumero mientras el resto acude con los picaditos y cervezas.

Antes de salir al encuentro, los caseros dan la indicación para que el sonido de música (contratado por los padrinos, instalado horas previas) comience a amenizar con canciones específicas (música regional de la danza de los Chinelos).

Los caseros salen con el enfermo sosteniéndolo del brazo para encontrarse con los padrinos y entregárselo de manera emblemática. El primer acto de respeto es el saludo entre los principales actores. Inmediatamente después la madrina sostiene el sahumero y lo ocupa para esparcir el humo por las dos charolas (donde trasladan el escapulario, ropa, rosarios) y sobre el cuerpo del ahijado. Acto seguido, uno de sus acompañantes retiene alcohol en su boca y después lo escupe simulando una cruz en la parte frontal y trasera del cuerpo.

Fotografía No. 7. Punto de reunión



Fuente: González Rojas, 2012.

Enseguida se dirigen hacia el patio de la residencia de los caseros, los invitados de los padrinos también llevan sus picados y cervezas, por lo que a partir de ese instante comparten esas bebidas, las intercambian y regresan entre todos. Los de un grupo incitan a tomar a los otros y viceversa. El ahijado no es excepción, es parte de su propia atención y por consiguiente le concierne hacer lo mismo.

El baile y la convivencia ha comenzado y quienes estén dispuestos a beber alcohol, bailar y pasársela a gusto ya no deberán salir de esa dinámica hasta finalizar la terapéutica. En caso de estar dispuestos a acompañar pero no entrar al huentle (espacio asignado donde ya se pusieron los alimentos), serán solo espectadores y estarán observando desde otro ángulo.

Escena No. 5. Llegada a la vivienda del enfermo

Al entrar a la vivienda y estacionarse en el patio, la música sigue con una ronda de tres canciones²⁵⁴, ese periodo da pauta para continuar bailando alrededor del ahijado, los padrinos y las personas que sujetan las charolas y sahumerio, ellos son el centro de atención (recuérdese que llevan el escapulario).

El padrino asume su rol y desde ahí estará al tanto del ánimo y participación del ahijado, lo motiva e incita a beber, reír y bailar. En ese inter de convivencia todos los participantes deben acabarse los picaditos y cervezas para ingresar a donde está el huentle.

²⁵⁴ Regularmente son el zopilote mojado, xochipitzahuac y jarabe tapatío.

Fotografía No. 8. El padrino asume su papel en la curación



Fuente: González Rojas, 2011.

Escena No. 6. Alrededor del huentle los padrinos visten, limpian y dan de comer al enfermo

La especialista en poner el huentle espera la llegada de los asistentes, se quedó a un costado de la mesa, en el lugar donde ubicó al santo que agarró al enfermo. Todo el tiempo estará de ese lado monitoreando, supervisando y dando instrucciones a seguir.

Su colaboración en la atención es significativa, le corresponde estar atenta a lo que se llevará a cabo en esta parte del ritual, sin descuidar detalles y generar errores. De lo contrario, habrá repercusión en el enfermo y el tratamiento tendrá que repetirse por segunda ocasión.

Su función a realizar en esta escena es fundamental, esperará alrededor de dos horas adentro del huentle y posteriormente podrá retirarse del evento al culminar este cometido. De igual manera, todo aquel que entre al huentle ya no podrá salir en ese lapso.

Entonces, cuando acabaron de bailar las tres canciones, a la cuarta canción entran a donde está puesto el “huentle”, ninguna de las botellas debe quedar con alcohol, tienen que acabarse.

Enseguida colocan un tapete sobre el piso para que padrino y ahijado se sienten en dos sillas, la gente se acomoda alrededor del huentle. Así, es obligatorio escuchar las “mañanitas”²⁵⁵, la madrina y dos de sus colaboradoras comienzan a quitar la ropa del ahijado para vestirlo con ropa nueva, algunas ocasiones utilizan una sábana para cubrirlo pero otras no. El sahumero

²⁵⁵ En la localidad, la canción popular mexicana las “mañanitas” es común en cualquier celebración, sea festiva o no, por ejemplo al recordar la muerte de los difuntos, en cabo de año o cinco años, el valor simbólico otorgado es importante porque hace alusión al recuerdo.

es puesto abajo de la mesa del huentle sin dejar de ponerle copal para que el humo siga esparciéndose en ese espacio.

Quienes ayudan a la madrina (las dos personas que cargaban las charolas) están dispuestas a auxiliar con lo que les incumbe. A una le toca asistir en el cambio de ropa, persigna cada prenda por arriba del sahumero y va transfiriéndosela a la madrina para vestir al ahijado; la otra mujer, espera a que le toque su turno de participar, una vez que terminan de vestirlo, a ésta le compete pasar por el sahumero los dos rosarios (de galletas y flores de cempasúchil) y el escapulario. Los rosarios son primero y posteriormente el escapulario; la especialista en poner el huentle indica cómo quedarán los santos en el cuello, quién irá enfrente y quién atrás (el santo que agarró al enfermo en la parte de frente y el otro atrás). Realizado este acto, piden a alguno de los acompañantes de los padrinos (situado en el patio) lanzar un cohete justo en ese instante. Después fijan la corona de fulmina (o cempasúchil) sobre la cabeza del ahijado y consecutivamente el pan de dulce es recorrido sobre su cuerpo (haciendo una cruz) y los dulces vaciados en la cabeza, él debe recogerlos del piso y guardarlos en un recipiente o bolsa. Al final, una ayudante de los padrinos vuelve a soplar alcohol sobre su cara y cuerpo (por último tres cohetes son arrojados).

Continuando con el orden del ritual, la madrina limpia al enfermo con dos velitas de cebo, primero, las pasa por encima del sahumero y después sobre el cuerpo del ahijado. Es la segunda persona del día que habla con los santos y pide por el bienestar del enfermo, el procedimiento de la limpia es el mismo que hemos descrito antes, de arriba hacia abajo y deteniéndose donde hay molestias. Al concluir la limpia, las dos velas son ubicadas en la mesa del huentle (según hayan sido detenidas en las manos por cada santo, la instrucción es otorgada por la especialista), ahí permanecerán prendidas hasta consumirse completamente.

La música no deja de cesar y por segunda ocasión es escuchada la canción de las mañanitas para que los padrinos le den de comer al ahijado. La especialista en poner el huentle será la encargada de proporcionar los alimentos de la mesa de acuerdo a una práctica establecida, primero saldrán los alimentos del santo que agarró al enfermo (lado derecho de la mesa) y después los del otro santo (lado izquierdo).

Simbólicamente el enfermo no debe dar la espalda a los santos sino estar frente a ellos, por eso al momento de comer está ubicado frente a la mesa.

Siguiendo la regla, inicialmente circula el pan de dulce y el chocolate, le siguen el mole verde, los tamales, tortillas, sal y agua; el alimento de cada santo es comido uno por uno, ejemplo, primero el chocolate de un santo y después del otro y así sucesivamente. Regularmente los padrinos dan de comer en la boca, sean niños o adultos. Cuando son bebés les dan a probar con el dedo.

El ahijado no comerá toda la proporción de los alimentos, bastarán unos cuantos bocados. En otra circunstancia, cuando no quiere comer nada intentan darle probadas y el resto lo ponen en una bolsa de plástico para aventarlo a un árbol de huamúchil, eso es para que ahí se quede el

aire, con el paso del tiempo, el viento o la lluvia se lo llevarán. También pueden guardarlo, hervirlo y dárselo de comer más tarde o al otro día hasta terminar²⁵⁶.

Mientras madrina y ahijado continúan con la comida, dos invitados de los padrinos reparten entre los espectadores el alcohol de caña (con Coca-Cola®) y los cigarros puestos sobre la mesa (dos copas y dos cigarros en dos rondas, una por San Antonio y otra por Santo Domingo). Para respetar el lugar de cada santo también lo sirven del lado derecho en una misma dirección para terminar en el otro extremo y al terminar lo hacen del lado izquierdo siguiendo la dinámica.

Es importante resaltar que antes de repartir el alcohol y cigarro entre los asistentes, primero le dan a la madrina, al ahijado, a un familiar cercano (papá, mamá, esposo, hijo) a las dos mujeres que cargaron la charola y a la especialista. La cerveza no es distribuida, la botella del lado derecho es para el ahijado y la del lado izquierdo para la madrina y solo en casos excepcionales cuando el enfermo no logra terminarse la cerveza le puede ayudar algún integrante de la familia²⁵⁷. Al tomar el alcohol se dirigen a la mesa y brindan en honor a los santos, simulando hacerlo con ellos.

Fotografía No. 9. Momento crucial al interior de la vivienda donde se colocó el huentle



Fuente: González Rojas, 2012.

²⁵⁶ El alimento de la Santa Muerte, es dado a los perros o algún alcohólico e inusualmente a un niño, quien de comerlo, deberá salir a comer afuera del huentle y no regresar.

²⁵⁷ Cuando el huentle es para tres, incluida la Santa Muerte, el orden para repartir los alimentos es igual, no obstante, respetan el lugar concedido a los santos, primero ellos y después la Santa Muerte. La gente que desconoce o no cree en la Santa Muerte cuando toma el alcohol de su huentle lo hace con desconfianza, algunas veces la especialista prefiere retirar los alimentos antes de que la gente los vea. Respecto a las cervezas, la de la Santa Muerte es bebida por la persona que carga la charola con el escapulario.

Cuando el ahijado acaba de comer, su madrina baila con él y a partir de ahí, los demás también lo hacen. Al terminarse el alcohol de caña comienzan a beber tequila (poco habitual cerveza), una botella es repartida de parte de los caseros y otra de los padrinos, el mecanismo siempre es el mismo, dos invitados de cada grupo ofrecen de beber a los asistentes, la mayor parte del tiempo será presionando para que acepten pues es sabido que quien entra al huentle no debe negarse.

Es común la participación de las mujeres más que de los hombres, solo están presentes si son papás del enfermo, padrinos o invitados específicos de los padrinos (les piden abiertamente entrar al huentle). Cuando los padrinos son jóvenes la asistencia de sus invitados lo es también y cuando son de edad adulta ocurre algo similar.

Las velas están prendiendo y mientras no acaben de diluirse, el consumo de alcohol, baile, y convivencia perduran; el periodo de tiempo no es preciso, algunas veces puede durar más de dos horas, en parte de eso depende la cantidad de botellas de tequila que serán bebidas adentro del huentle.

La creencia apunta que cuando las velas de cebo se acaban rápido, la persona quería con urgencia la atención de escapulario, es como una forma de medir la gravedad de la enfermedad.

Escena No. 7. Salida del huentle

Al consumirse por completo las dos velas de cebo es hora de salir del huentle, significa que los santos han obtenido lo que estaban solicitando, todo apunta a que el objetivo principal ha sido cumplido, los santos están satisfechos de haber comido.

En cuanto a la especialista en poner huentle, habrá quien querrá continuar en la festividad por deseo personal pero ya no es obligación su permanencia. Su responsabilidad concluye cuando la gente sale del huentle, en recompensa los caseros le entregan una porción de comida para llevar.

Mientras tanto, en esta escena la gente seguirá bebiendo, bailando y conviviendo, a partir de ese momento le dan de comer a todos los asistentes, los espectadores de afuera y los participantes en el huentle. Habitualmente dan de comer carne de cerdo en diversos guisos, son ocupados condimentos como comino, clavo y pimienta, algunas veces ofrecen mole verde. La abundancia de comida es suficiente y el refresco lo es también.

Fotografía No. 10. Afuera del huentle sigue el baile y la convivencia



Fuente: González Rojas, 2012.

El consumo de alcohol dependerá de las botellas que hayan reunido tanto los padrinos como los caseros y de la cantidad de gente que asistió al evento. Durante el desarrollo del ritual es común escuchar decir a la gente que están bebiendo alcohol por “remedio” no porque les guste éste, este término tiene un gran valor cultural que analizamos en los siguientes apartados.

Así, bajo la efervescencia del alcohol, la gente cambia de actitud y conforme transcurre el tiempo hay menos desinhibición, sin embargo, prestan cuidado de mantener la concordia, pues en caso de generarse ofensas verbales o pleito, deberán evitarlo a como dé lugar, pues a los santos no les agrada ese tipo de riñas. Por lo tanto, intentan mantener la armonía para generar que los santos regresen la recuperación completa al enfermo.

En lo que respecta al ahijado, después de la ingesta de alcohol, es evidente su estado de embriaguez y es usual que rompa en llanto expresando algunas emociones, algo similar ocurre con algunos asistentes.

Bailar no deja de ser sustancial, existen canciones tradicionales pero también contemporáneas afines al ritual curativo (se ha convertido una costumbre escucharlas y solicitarlas). La música resulta cada vez de mayor trascendencia, es una forma distinta de expresarse.

Podemos decir que conforme el evento avanza, el ahijado al haber comido, bebido y bailado satisfactoriamente, todo apunta a que es un buen indicio de efectividad en la curación. De hecho, algunas personas muestran buen aspecto o ya están restablecidas, empero, otros aún están recuperándose o no han mejorado por completo.

Escena No. 8. Agradecimiento de los caseros a padrinos

Finalmente, los caseros agradecen a los padrinos su colaboración en la atención al enfermo, les gratifican por haber aceptado el compromiso y a manera de retribución les entregan una porción de comida para llevarse a su casa.

El encuentro es relevante porque de ambos lados manifiestan disculpas por los detalles mal realizados durante su participación pero sobre todo enfatizan las carencias económicas sentidas. Generalmente alguna persona de los dos grupos expresa palabras alusivas, de parte de los padrinos desean la pronta recuperación del ahijado y los caseros agradecen el favor concedido e invitan a comer para el siguiente día, el denominado recalentado.

Por efecto del alcohol, entre dimes y diretes pueden bromear pero con el único objetivo de burlarse del otro o seguir pasándola bien, en general muestran respeto siendo recientes compadres.

Fotografía No.11. Agradecimiento: “Aunque pobremente”



Fuente: González Rojas, 2011.

Escena No. 9. Culminación del ritual, se van los santos

Aproximadamente a las siete de la noche, se establece que los santos deben irse de la casa del enfermo, para ello, solicitan al sonido de música amenizar con canciones regionales de la danza de los chinelos. Algunas veces aunque el ahijado ya se haya dormido por cansancio, lo despiertan y lo incorporan al área de baile para cerrar el ritual. Realizan un círculo para bailar y la corona de fulmina que le fue colocada en la cabeza es distribuida entre los asistentes para rotársela pero también destruirla, el escapulario también es girado pero éste no es deshecho.

En este intervalo de tiempo, algunos enfermos ven cuando los santos se retiran de la casa, son representados en viejitos. Se van contentos y portando sus recipientes llenos de comida.

Fotografía No.12. Se cansó el enfermo y se van los santos



Fuente: Paulo Maya, 2010.

Escena No. 10. Recalentado

Antes de la llegada de los padrinos a la casa del ahijado, aproximadamente a las siete u ocho de la mañana los caseros envían a dos personas a la vivienda de los recién compadres para “saludar” o la “cura”, llevan una botella de tequila, lo cual significa que acuden para “curarse la borrachera del día anterior”, esto puede prolongarse hasta las doce o una de la tarde. La comida del recalentado es entre tres y cuatro de la tarde.

El recalentado no es propio del ritual curativo del escapulario, como bien sabemos es una forma de agradecer a los compadres por algún compromiso social, en este día nuevamente se da comer a los invitados (es muy común preparar caldo de pescado).

Fotografía No. 13. ¿Cómo amaneció el ahijado?



Fuente: González Rojas, 2012.

Así, el recalentado ha sido integrado al ritual, el objetivo de este evento es que los padrinos asistan un segundo día a la casa del ahijado para preguntar sobre su salud, cómo siguió, cómo se sintió. De hecho, tiene esa función, es un deber preguntar, porque aunque el ahijado previamente ya tenía mejoría, de todos modos tendrán que hacerlo.

Este acontecimiento genera formalismo y da pie a seguir la convivencia, la concurrencia de gente es menor de parte de los dos grupos, por lo tanto la preparación de comida también, es característico cocinar caldo de pescado, quizá por la tradición pesquera de la laguna.

Algunas personas acuden a la comida y se retiran, en cambio, en otros casos el consumo de alcohol continúa y el baile igual porque los padrinos contratan de nuevo al sonido de música (de no contratarlo ocupan estéreo).

5.12 Validación de la atención

En este apartado presentamos dos visiones después de realizar el tratamiento del escapulario, la satisfacción e insatisfacción sobre el restablecimiento de la salud.

La gente argumenta la eficacia e ineficacia a partir de resultados concretos y palpables. En ambos desenlaces, las razones culturales que ameritan la recuperación o no de la salud son asociadas a las representaciones sociales.

5.12.1 Eficacia e ineficacia del tratamiento

Después de llevar a cabo la atención concerniente al escapulario, en general, la gente aseveró haber recuperado la salud, obviamente a partir de su propia experiencia.

No obstante, primero aclaramos lo que hemos venido diciendo hasta el momento, la recuperación del enfermo puede ser repentina o paulatina y varía en cada caso durante todo el curso de atención, habrá quien se restablezca ligeramente inclusive desde el diagnóstico, otros lo harán a partir del primer ritual curativo y habrá otros que lo harán con menos prontitud y pasados unos días después del segundo ritual curativo.

En situaciones inusuales, ha habido personas que el día que les dan santo, parecieran agravarse más, llegan a desmayarse y todo apuntaría que están peor, sin embargo, de acuerdo a la creencia, la enfermedad está saliendo, es una forma de expresar cómo los santos están reintegrando la salud.

A mí me ha tocado ver, se agravan, hasta se han desmayado cuando les están dando o cuando ya les pusieron los santitos, ya tomaron todo lo de la mesa, las cubitas... Y no que ¡Trae el alcohol, soplale! Soplidos para Santo Domingo, el santito que lo agarró y lo regañan: ¡No, ya qué quieres, ya te hicimos tu huentle, ya déjalo! Y sí, vuelve en sí, y cómo si nada, tranquilo (Trabajo de campo, 2013).

Otro grupo de gente recobra la salud de manera extraordinaria, es decir, rápida e inexplicable o porque se pensaba que no tenía probabilidades de curarse (por la gravedad); esto llega a ocurrir después de la limpia de los padrinos (primer curso de atención) o el día en que le están dando el santo (segundo curso de atención).

Entre los casos destacan, personas que ya no podían ver o caminar y lograron hacerlo después, aquellos que no soportaban alguna molestia interna o dolor físico y dejaron de tenerlo de manera inmediata, otros tenían sarpullido de granos en la piel y desaparecieron definitivamente.

Pues ya me fui componiendo... poco a poco fui pudiendo caminar, pues la verdad yo no pasaba de mi cama y antes de que me dieran santo –segundo curso de atención- yo ya caminaba bien. Pero así caminar, caminar, de un día para el otro, no, fue poco a poco...pasaron como quince o veinte días (Trabajo de campo, 2012).

Vi el caso de un niño al que mi mamá le fue a dar santo. El niño estaba bien malito según porque no aguantaba el dolor de estómago y ese rato que al niño lo estaban bailando y todo eso, pues ya no tenía nada, ya estaba perfectamente bien. El niño ya empezó a comer del huentle y estuvo bien (Trabajo de campo, 2012).

Cuando a mí me limpiaron para avisarme –primer curso de atención-, te digo que estaba mi cabeza ya bien fea –con granos-. Ya hasta con gusanos –ámpulas y pus- y todo. Me limpiaron, se terminaron las velitas y a los diez minutos ya no tenía nada (Trabajo de campo, 2012).

En cambio, en circunstancias convencionales el aspecto general de una persona va siendo progresivo y diferente, recuperan el apetito para comer y jugar (sobre todo niños), el estado de ánimo es favorable, deja de estar triste y se pone alegre, tiene tranquilidad, reduce el cansancio o dolor corporal.

De acuerdo al saber maternal, la recuperación de los hijos menores está en función de verlos contentos, pero sobre todo, que piden de comer después de haber perdido el apetito.

Ahora bien, la pregunta a reflexionar es ¿Qué es lo que curó al enfermo? La respuesta es, los santos, ya que ellos lo enfermaron pero también tienen la posibilidad de curarlo ¿De qué

manera? Dándoles lo que quieren y piden, al ser así, dejan a la persona.

Así, existe un intercambio entre los santos y la gente, a cambio de lo que piden, devuelven la salud a la persona.

Les damos lo que nos piden –los santos-, ya que les dimos lo que quisieron, su mole, o lo que hayan pedido ya se van porque ya les dimos lo que quisieron (Trabajo de campo, 2012).

No obstante, darles a los santos lo que quieren y piden no es sencillo porque habrá que darles “gusto” en varias cosas de su agrado; de cometer aciertos o errores dependerá la eficacia o ineficacia en la atención.

Aunque en apartados anteriores hemos puntualizado algunos aspectos que generan la eficacia e ineficacia, hacemos un recuento de las ideas respectivas. Nos centramos principalmente en el segundo ritual curativo porque en éste se hace mayor énfasis.

Entre los principales aspectos a considerar para una atención eficaz, están:

- Creer en los santos (tener “fe”).
- Preparar y poner el huentle a los santos.
- Tener “buena voluntad” para ofrecerles el huentle.
- Al estar adentro del huentle, los asistentes deben aceptar beber alcohol.
- Todos los asistentes deben permanecer contentos en el evento²⁵⁸.
- Ocupar únicamente la terapéutica del escapulario.
- Participación acertada de los padrinos.

Las particularidades por las cuales la atención es ineficaz son mayores, van de lo complejo al mínimo detalle, como son:

- No creer en los santos (no hay fe o devoción).
- Familiares cercanos o invitados asistieron al evento y no creen en los santos ni en el tratamiento.
- No cumplir con lo acordado, ejemplo, poner el huentle en la fecha indicada.
- Ofrecer el huentle o encontrar a los santos con “coraje” o enojo.
- No haber bebido el alcohol de caña de los santos o de la Santa Muerte.
- No convivieron contentos y unidos, hubo pleitos entre los asistentes (agresiones verbales o físicas).
- Ocupar otras terapéuticas (especialmente medicamentos alópatas)
- La participación de los padrinos no ayudó (por su comportamiento)
- Al enfermo no le permitieron elegir a sus padrinos o hicieron caso omiso de su petición.
- Llevar a cabo la terapéutica de manera encubierta sin hacérselo saber a la familia cercana.
- No colocar en el huentle la gallina regalada (obsequio).
- Envolver los tamales en otro lugar que no sea el asignado para poner el huentle.
- Darle de comer primero a la gente y después a los santos.

²⁵⁸ La gente invitada al ritual curativo, ya sea por parte de los padrinos o caseros cumple un papel importante, por lo que no debe existir inconformidad de la cantidad de asistentes.

- La especialista en poner huentle no lo hizo bien, no ordenó los alimentos adecuadamente u omitió algunos componentes (como olvidar dar la sal al enfermo).
- No les hablaron “bien” a los santitos (no les especificaron cuál sería el arreglo con ellos o no les pidieron adecuadamente sobre la salud del enfermo)
- Al festejado no le gustó la ropa o calzado que los padrinos le entregaron.
- Colocar inadecuadamente el escapulario (objeto) en el cuello, en sentido inverso sin respetar la regla de que el santo que agarró va adelante y el otro atrás²⁵⁹.
- En el momento en que el ahijado recogió los dulces que sus padrinos le llevaron, otra persona los tomó y eso le causó enojo.
- El enfermo quería santo “bien” y fue “sencillo” o viceversa (ver siguiente apartado 5.8.2).

En términos generales, existen mayores razones para justificar la ineficacia, entre éstas nos interesa puntualizar lo referente al ahijado, quien también es motor de su propia curación, cualquier detalle no agradable para él tendrá repercusión.

A mí me pasó con una señora a la que le fuimos a dar santo, le compramos unos zapatos y no le gustaron, entonces con que ella dijo ¡No me gustó! Ya no se curó porque no le gustó cómo le llevamos. Entonces para la próxima ella tiene que decir qué es lo que le gusta para que se cure... (Trabajo de campo, 2012).

Hay varias cosas, primero está el enojo... cuando al enfermo no le gustó lo que le llevaron, porque le llevan todo nuevo de arriba abajo, ropa nueva, calzado nuevo... (Trabajo de campo, 2012).

Considerando que el enfermo personifica a los santos, a él también habrá que complacerlo con sus deseos, antojos y gustos. De alguna manera, cumplir las expectativas esperadas.

Esto en parte no deja de tener relación con darles gusto a los santos, en cierto modo debe ser a ambos, tanto al ahijado como a ellos, pues actúan con emociones parecidas.

Ellos son como nosotros, como personas que están muy enojados, si les falta una cosita, pues no se recupera y no se recupera -el enfermo- (Trabajo de campo, 2012).

Ahora bien, cuando el resultado en la salud no fue el esperado y existen argumentos para validar la ineficacia por los aspectos antes mencionados, comienza a pensarse qué pudo haber ocurrido, al tener sospecha de faltas cometidas, acuden con el curandero para ver qué procede o deciden de manera personal llevar a cabo nuevamente la terapéutica.

De acuerdo a los relatos, nos dimos cuenta que cuando el padecer generalmente reaparece con los mismos malestares o es persistente algún malestar (inestabilidad temporal), esto es considerado una recaída. De suceder así, dan por hecho la ineficacia y habrá que repetir la atención.

Si hacen un pleito de querer pegarse y todavía está el gusto del escapulario, tampoco se compone. Se compondrá dos, tres días, pero de nuevo le vuelve lo mismo (Trabajo de campo, 2012).

²⁵⁹ Las imágenes colocadas en el escapulario (objeto) también son parte del tratamiento, contribuyen a la recuperación de la salud porque representan simbólicamente a los santos.

Ante esta circunstancia, tendrán que prestar mayor cuidado del que hubo en la primera ocasión, los padrinos no serán los mismos sino otros y evitarán cometer los errores acontecidos para generar una recuperación efectiva.

Existen dos condiciones particulares a considerar para repetir la atención, una es cuando el ahijado esperaba un evento de mayor envergadura al que tuvo.

No lo hicieron como él lo pidió. Por ejemplo, si yo lo quiero bien, con baile y todo y no me lo hicieron así, nada más fue un simple huentlequito... pues obvio que no se me quita nada, sigo en lo mismo (Trabajo de campo, 2012).

Y la otra es cuando el evento fue grande y el ahijado lo quería en privado, solo con la familia más cercana (ver apartado 5.8.2).

Cuando las recaídas están presentes, impera creer que los santos no se fueron de la vivienda del enfermo, y al no haber hecho las cosas como querían, la salud de la persona recaerá o enfermará a otro miembro de la familia hasta conseguir lo que quieren.

Entonces, si la enfermedad proviene de los santos el tratamiento es específico, debido a que un médico no podrá recobrar la salud, en contraste, sino no es enfermedad de santo y otorgan este tipo de atención tampoco se curará.

Porque a veces, hay personas que dicen que es de santo, los propios curanderos y no es de santo. Es de otra cosa, como una enfermedad médica o un trabajo más fuerte -brujería- (Trabajo de campo, 2012).

La manera de valorar si la persona se curó de escapulario es con la satisfacción del tratamiento, pero al no haber mejoría, entonces es otro tipo de enfermedad.

Cuando es de eso –escapulario-, luego se ve, se hubiera puesto mejor después que le avise –primer curso de atención-, pero no fue así (Trabajo de campo, 2012).

En la localidad la gente acostumbra nombrar con frecuencia la frase “No le quedó”, lo cual no es exclusivo del escapulario sino de cualquier tratamiento que no haya sido positivo para la salud, así, cuando la atención fue de escapulario y la persona no se recuperó, se dice “no le quedó”, es decir, no fue funcional y habrá otras opciones a consultar.

Inclusive, si pretenden atenderse de escapulario, en algunos casos está descartado acudir al médico porque de hacerlo no se sabrá si le quedó o no lo del santo, esto es, si fue eficaz.

La muchacha no cree, dijo que va a llevar a la niña con el médico, le digo ¡No, si lo vas a llevar, llévalo y no estés intentando poner el huentle, porque cómo vas a saber que esto le quedó, si tú le sigues dando la medicina! ¡No, no, desde que se les avisa –primer curso de atención- ya no pueden tomar medicamento, porque si están tomando medicamento, cómo vas a saber si es cierto que le quedó el santo! (Trabajo de campo, 2012).

De cualquier manera, es trascendente recapitular que en caso de existir ineficacia en el tratamiento del escapulario, la población sigue buscando otras formas de atención, cambia de diagnóstico, va y regresa, en sí, hace lo posible por la restauración de la salud.

Nosotros no nos dejamos morir, y si nos morimos, antes ya le hicimos la lucha (Trabajo de campo, 2012).

Concluimos que la gente cree que el tratamiento de escapulario es eficaz, las historias y trayectorias de atención así lo revelan, otras veces la gente piensa que alivia algunos malestares pero no completamente y finalmente hay quien piensa en resultados insatisfactorios, pero son los menos.

5.8.2 Tratamiento “Sencillo” y “Quiere bien”

El curandero durante el diagnóstico determina algunas especificaciones para realizar el tratamiento a partir de la lectura del huevo, entre éstas hay dos formas de denominarlo: “Sencillo” y lo “quiere bien”.

La gente en la localidad ha socializado esta información a partir de las consultas y entiende cómo debe llevarse a cabo la atención según sea el caso.

Cuando una persona no presenta gravedad en la enfermedad el ritual curativo dar santo puede ser sencillo, lo cual significa que existe la libertad de realizar éste evento de manera austera y muy familiar, es decir, no será necesario invertir demasiado dinero y seguir rigurosamente todo lo conocido. Es una opción sugerida por el especialista, pero la gente decidirá si es sencillo o no.

Sin embargo, el curandero no solo estipula si el tratamiento será sencillo, lo hace el mismo enfermo, pues existe gente a la que le agrada tener un acontecimiento más privado que masivo. De solicitar esto deberá prestársele precaución a la petición porque de no hacerlo será motivo de ineficacia como acabamos de explicar en el apartado anterior.

La persona decide tener un tratamiento sencillo por varias razones, porque no quiere padrinos, ni contratación de sonido de música, no desea bailar y no accede a ser vestido en frente de los asistentes; la pena y timidez entre otras cosas son los principales motivos, ya que al saber que la terapéutica se vuelve pública, descarta la posibilidad y pide solo un “huentlecito sencillo”.

Cuando dicen le pusieron un huentlecito es porque la persona no quiso escándalos, no quiso madrina, no quiso nada... solamente él dijo ¡Quiero un huentlecito así entre nosotros, no quiero fiesta grande... porque no quiero que se enteren... porque me da pena! (Trabajo de campo, 2012).

No hubo sonido, no hubo baile, no hubo harta gente, el huentle nada más así lo pones en la mesa, nomás con el estéreo y entre nosotros (Trabajo de campo, 2012).

El tratamiento consistirá entonces en poner el huentle a los santos, darles de comer, el enfermo comerá los alimentos ofrecidos, recibirá dulces y los escasos acompañantes (familiares más cercanos) beberán el alcohol de caña. Cualquier integrante de la familia que no duerma con el enfermo podrá fungir como padrino aunque formalmente no lo sea, el asunto será limpiarlo con las velas de cebo y tener el rol conocido en la terapéutica.

¡Sí hija, te voy a hacer tu huentle mañana; yo me apuro, hago el mole, el chocolate! Yo sola por no tener dinero para ver otra persona, entonces, le compongo su mesita y la limpio como es la costumbre, le pongo su ofrenda y todo... No tuvo padrinos, provisional nada más (Trabajo de campo, 2012).

Al ser un evento familiar, difícilmente le darán cabida a algún extraño o gente no autorizada por el enfermo. Las variantes durante el ritual son: no será necesario bailar o beber alcohol en exceso (puede ser posible si el enfermo cede a ello) tampoco compraran ropa nueva e inclusive no le pondrán el escapulario (objeto), los rosarios y la corona de fulmina; alguna veces suelen poner sólo un listón de color rojo, el cual simula al escapulario confeccionado.

Cuando no se les da bien el santo es cuando se lo dan sencillo, sin sonido ni nada de eso... cuando no les arreglan el escapulario bien, hay unos que les llega a poner un listón rojo nada más... (Trabajo de campo, 2012).

En términos generales es un espacio más espontaneo donde las reglas a seguir no son tan estrictas, incluso llegan a decir “fue de engaños”, esto es, un evento pequeño, con menor formalidad y responsabilidad en cuanto a gastos económicos.

No más es algo sencillo, ahora sí nomás le vamos a engañar, le ponemos todo pero no es en grande (Trabajo de campo, 2012).

A un niño... lo engañan... con un sonidito o algo lo engañan (Trabajo de campo, 2012).

El sentido por buscar la atención es el mismo, la diferencia estriba en que la terapéutica se convierte en más doméstica que comunitaria. El diagnóstico doméstico no escapa a esta manera de atenderse, de hecho son complementarios.

Este tipo de tratamiento era habitual en otro tiempo de la historia local, la atención doméstica era primordial y no la colectiva como lo es ahora, pero ante una dinámica diferente en la vida cotidiana han surgido cambios en las representaciones y prácticas sociales.

Por otro lado está el tratamiento nombrado “quiere bien”, bajo la perspectiva del curandero cuando hay gravedad en la enfermedad no debe existir demora porque es “fuerte santo” (complicación), ello notifica urgencia y habrá que hacerlo “bien”, esto es, no escatimar gastos económicos. Aquí la gente no está en posibilidad de decidir, es una especificación a seguir porque de lo contrario el enfermo no recupera la salud.

Cuando nos dice ella –curandera- que es santo fuerte es porque quiere algo bien hecho... tenemos que buscar a una persona –padrinos- que le dé bien... que traiga sonido, el santo bien arreglado y nosotros pues hasta matar marranos, una cosa más o menos grandecito (Trabajo de campo, 2012).

Esos que están bien enfermos, necesitan hacerle bien el santo, con sonido, banda, y toda la cosa porque ellos... ya están demasiado enfermos. Y lo quieren rápido... (Trabajo de campo, 2012). Pero ellas mismas –curanderas- te dicen ¡Este niño quiere con sonido, quieren con cuetes...! (Trabajo de campo, 2012).

De manera personal la gente puede desear tener este tipo de tratamiento en lugar del sencillo porque el alcance del evento terapéutico es mayúsculo y aunque el curandero no lo designe en el diagnóstico es común llevarlo a cabo. Incluso cuando a una persona le hicieron el ritual sencillo pero no le gustó hay ineficacia y habrá que hacerlo bien.

Mi abuelita se la paso llore y llore todo el día, pero ella no decía lo que quería, porque primero decía que no, que no quería nada, pero después ya nos contó que sí, que sí lo quería bien (Trabajo de campo, 2012).

Los dos tipos de tratamiento están en constante articulación porque de no ser eficaz uno recurren al otro y viceversa, depende tanto de la consulta con el curandero como de la percepción y sentir del enfermo. Sin dejar de contemplar a los santos, de quienes también deriva por el desagrado que puedan tener sobre algún aspecto del ritual.

Lo llevé a limpiar... y luego nos dijeron –en la consulta con curandero-, no, que la comida no se hizo bien, que el que llevó la charola no tomó nada, ah, no, pues ahí nos tienes haciendo un huentlecito sencillito y así se compuso (Trabajo de campo, 2012).

5.8.3 Experiencia en la atención

En este apartado tenemos el cometido de conectar la credibilidad hacia el tratamiento en función de la experiencia personal. Durante la investigación detectamos esta conexión cuando la gente contaba sus historias personales y trayectorias de atención.

Creer en los santos va implícito al efectuar el tratamiento pues de no hacerlo no tendrá sentido continuar, pero ¿De qué depende reforzar esa creencia? La respuesta es obtener un resultado positivo en la salud.

Yo sí pienso que sí es verdad todo esto porque he visto que sí ha resultado (Trabajo de campo, 2012).

Ya vi que eso es verdad, la realidad, porque sí se alivian (Trabajo de campo, 2012).

No obstante, los desenlaces no siempre son favorables sino todo lo contrario, entonces de acuerdo a la experiencia la creencia es acrecentada.

Primero abordaremos las experiencias satisfactorias, entre éstas la de gente inicialmente incrédula que después creyó por observar mejoría en la salud personal o la de algún familiar cercano (hijos).

Yo tampoco creía... era yo habladora y caí en la trampa (risa)... porque decía ¡Son cochinas, qué tanto están tomando, creen que ya se alivió su niño, están locas! Y me surtió bien feo con mi hijo, él se cayó... Yo así creí, dije ¡Pues ahora lo voy a ver! Así pensé ¡Si es cierto, ahora veré! Amarré todas las medicinas y las colgué... Fue ahí donde ya empecé a meter esas ideas de que sí es verdad que se componen (Trabajo de campo, 2013).

La mayoría de veces los santos son puestos a prueba a través de alguna manifestación tangible, por ejemplo, el dolor mismo o la desaparición del malestar.

Cuando yo me enfermé me estuvieron pegando muy feo en la espalda –Los santos- yo hablé con ellos y les dije que me dejaran que yo les iba a dar lo que ellos querían. Pero yo quería ver primero si eran ellos, yo quería ver algo y curarme, que ya no me pegaran tanto para que yo creyera, porque no creía, entonces sí vi eso (Trabajo de campo, 2012).

En sucesos poco convencionales piden otro tipo de revelación como es la aparición de su imagen en el cuerpo.

Yo no creía antes, pero pedí algo, que me dieran unas señas, una respuesta si eran ellos... y sí me dejó la seña, yo tengo el santo dibujado... Yo le dije a mi papá ¡Si van a gastar yo necesito ver una

respuesta, necesito verlo! Y lo pedí de corazón... y así fue (Trabajo de campo, 2013).

Entonces, a partir de una experiencia confortable la creencia permea y la atención del padecimiento es impulsada a reproducirse como legítima. Y aunque algunas veces la gente duda, cuestiona o pretende encontrar una explicación sobre el proceder de los santos eso ya no resulta relevante cuando la percepción en el cuerpo es grata o la de un familiar con el restablecimiento de la salud.

En cambio, cuando el tratamiento no resulta benefactor a partir de la experiencia vivida, descartan atenderse en sucesos posteriores; y de hacerlo, sólo es por mandato del curandero pero poniendo en duda la atención.

Inclusive, las trayectorias de atención revelan que en caso de realizar el tratamiento del escapulario, éste es la última alternativa después de consultar otras a las que se les dio mayor legitimidad (apego).

Por otro lado, cuando la gente no cree en los santos (haya tenido o no una experiencia previa con la enfermedad) y le diagnostican atenderse, puede tener repercusiones de no hacerlo o dejar pasar demasiado tiempo. Por ejemplo, no encontrar un tratamiento eficaz a pesar de recorrer varias instancias y en situaciones extremas llegar a la muerte. De ser así, al final del camino recapitulan y consideran el tratamiento de escapulario como una posibilidad, pues la intención es encontrar una solución a la salud.

Empero, antes de llevarlo a cabo tendrán que disculparse con los santos por no haber creído en ellos previamente.

Entre la gente que no cree en este tipo de atención, están aquellos que critican, descalifican y consideran ilógico el tratamiento²⁶⁰. Las acusaciones más severas son por el consumo de alcohol y el tipo de recursos terapéuticos; especulan sobre vicios y deseos de la gente.

¡Esos son puros inventos, lo hacen nada más porque les gusta tomar, lo hacen porque quieren estrenar ropa, los hombres nada más quieren bailar con las mujeres! (Trabajo de campo, 2012).

¡No quiero santo, yo no quiero esa porquería... no creo en esas pendejadas, nada más quieren tomar! (Trabajo de campo, 2012).

¡Cómo voy a creer que no más con mole se componen! ¿Cómo? ¡Están locos, no! (Trabajo de campo, 2012).

A ese señor ya varias personas le habían dicho. Él decía que no estaba loco para hacer esas tarugadas: de poner el huentle, bailar y tomar... que no estaba creído, que prefería morirse y no hacer esas pendejadas (Trabajo de campo, 2012).

¡Chingados, le dieron santo, cuando quiera yo, mejor me emborracho, y no me dan santo! Y ahora a ese señor que era muy hablador, le dieron santo apenas. Hasta dos días de baile hubo –risas- (Trabajo de campo, 2012).

²⁶⁰ Quienes desapruaban, están en desacuerdo y no creen en el santo, mayormente son: gente con un mejor nivel económico, profesional, de otra religión o católico allegado a los preceptos o alguien que no tuvo una experiencia favorable con la atención.

Con todo esto, la incredulidad no es absoluta pues ante un evento inesperado o grave, las convicciones cambian cuando el temor ante la enfermedad o la muerte misma están de por medio, por lo tanto, agotan todas opciones posibles.

Le vamos a hacer, no por eso mi hijo no se va a curar (Trabajo de campo, 2012).

5.8.4 Otras experiencias en la atención

En este rubro hablaremos de otro tipo de experiencias, las cuales son de importancia porque quienes las experimentaron no son originarios de la localidad o lo son pero han emigrado a otros lugares.

Primero, retomamos los casos de aquellas personas nacidas en Coatetelco residentes en otra localidad o municipio del estado de Morelos, principalmente de Cuernavaca. La gente al emigrar va perdiendo noción de algunas ideas sobre la salud y la enfermedad, sin embargo, cuando tienen algún padecer sin solucionar consultan al curandero (local) para ampliar el margen de posibilidades. Al confirmar el diagnóstico por escapulario y de acceder a ejecutar el tratamiento correspondiente, la gente de la localidad (amigos y familiares) se traslada a la ciudad para ser partícipes de la atención; los padrinos, la especialista en poner huentle y los recursos terapéuticos procuran ser llevados desde el lugar de origen.

En este grupo también entra gente nativa de Coatetelco pero migrante hacia los Estados Unidos de América, quienes optan por dos circunstancias, llegar a México (de visita o vacaciones) y aprovechar la estancia para atenderse de acuerdo a las reglas locales establecidas en la terapéutica; de no existir esta posibilidad entonces el tratamiento es efectuado en el extranjero, tratan de seguir las indicaciones de los residentes en Coatetelco o tienen apoyo de otros paisanos viviendo allá. Generalmente los recursos terapéuticos son enviados por paquetería como es el escapulario (incluidas las imágenes de los santos, prestadas por un rango mayor de tiempo), la semilla para el mole verde y cacao, los componentes perecederos al no poder mandarse tendrán que cambiarlos por otros.

En tercera instancia están las personas no oriundas de Coatetelco pero sí de la región, es decir, vecinos aledaños de Mazatepec, Tetecala, Alpuyeca y Coatlán de Río entre otras. En esos lugares a pesar de no creer escrupulosamente en los santos y el tratamiento, han escuchado de qué se trata, por lo que existen casos donde ceden a la terapéutica. La organización es muy similar a la descrita en párrafos precedentes, personas de Coatetelco se trasladan a la localidad para generar mayor efectividad en la recuperación, pues de no hacerlo correctamente corren el riesgo de realizar más de una vez el ritual curativo (segundo curso de atención). El curandero es quién puede dirigir y buscar gente colaboradora, pues desde el diagnóstico muestra apertura.

- ¡Ay señor, pues ni va a creer lo que le voy a decir, ustedes no se creen por allá de esto, hasta se van a reír de mí!
- ¡No señor, dígame!
- ¡Lo que usted tiene es que quiere... santo!
- ¿Y cómo es eso?
- ¡Pues es Santo Domingo y San Antonio, pero el más malito es Santo Domingo! ¡Si usted no cree, no se apura, no se cura con lo que él le pide, se lo lleva!

- ¡No, sí, no más usted explíqueme qué cosa voy a hacer y sí me lo voy a hacer!.... ¡¿Y cómo es ese huentle?! ¡Si usted sabe, no importa, aunque le paguemos y lo vengamos a traer, pero nos los va a hacer usted! (Trabajo de campo, 2013).

Es que no hicieron las cosas como les dije, pues esa enfermedad no es de doctor, a este niño tiene que hacersele un santo pero fuerte (Trabajo de campo, 2012).

Pero se van a aguantar, voy a conseguir a una madrina que le guste el alcohol, pero también lleva mucha gente (Trabajo de campo, 2012).

Otorgar el diagnóstico y tener la disposición de colaborar no es exclusivo de un curandero sino de otros dos, y, aunque no es numerosa la cantidad de gente interesada en atenderse de escapulario, resulta relevante la reproducción de la práctica.

En cuarto lugar hay gente nativa de otros estados del país, los cuales han residido temporalmente en Morelos y visitado esporádicamente Coatetelco. Estos casos son peculiares, pues a través de una mujer comerciante de la localidad se ha difundido el tratamiento, así, ante la necesidad de buscar alivio a la enfermedad (largo camino terapéutico) aceptaron asistir con una curandera y tener un diagnóstico.

La mujer además de contactarlos con la curandera, ofreció sus servicios para planear y llevar a cabo todo lo concerniente al primer y segundo curso de atención, ella fungió como madrina aunque no lo era (realizó la limpia) y al mismo tiempo adquirió el rol de casera para preparar los alimentos del huentle. El tratamiento fue sencillo, sin necesidad de contratar sonido de música o tener asistencia masiva de gente.

Del 2009 al 2011 existió el vínculo con cuatro mujeres (de 29 a 65 años de edad), después de consultar a la curandera y confirmarles el diagnóstico, tres autorizaron y contrataron su servicio para la atención, el cual consistía en comprar todo lo necesario y guiar la terapéutica. El pago fue desde setecientos a mil quinientos pesos máximo.

De las experiencias donde hubo éxito en la salud, declararon sentirse mejor a partir de la limpia (primer curso de atención), incluso, eso generó tener confianza para dar continuidad al tratamiento (segundo curso de atención). De tres personas atendidas dos encontraron solución a su padecer.

En todos los casos, aunque la gente no cree en lo santos, no está del todo convencida o no conoce con precisión de qué se trata, admite este tipo de atención con el único objetivo de intentar algo diferente a lo realizado previamente sin efectos factibles.

En general, las personas procedentes de otros lugares, ante la desesperación y urgencia de una enfermedad, consienten efectuar un tratamiento desconocido.

5.13 Complicaciones

5.13.1 No atención

Las complicaciones en la enfermedad aparecen por diferentes motivos, entre ellos, no creer en los santos y negarse a realizar el tratamiento específico.

Una vez diagnosticada la enfermedad, deberá llevarse a cabo la atención, de no ser así, van surgiendo diversas manifestaciones de malestar conforme transcurre el tiempo. La demora en atenderse puede ir desde días, meses hasta años.

El tiempo, la espera y la no atención es un factor que genera complicación, cuando el padecer es leve la persona puede retomar su vida de manera normal y escapar a la complicación, en cambio, cuando el padecer avanza los síntomas iniciales irán acumulándose o complejizándose por lo que sí habrá complicación.

Tiene una enfermedad chica y se va agrandando más porque no le dan –atención-y... ahora ya tiene hasta tos, ya tiene hasta gripa, ahora ya le está doliendo el estómago y se les va complicando... (Trabajo de campo, 2012).

Las personas no lo quieren hacer porque en eso... esperan mucho tiempo, llegan a tener temperatura, vómito, diarrea y después llegan hasta convulsionar... esas son las consecuencias (Trabajo de campo, 2012).

Me quedé flaca, flaca, pero flaca.... Yo duré cinco años... no más decía ¡Algún día me voy a dar, y algún día y algún día! Hasta que me tumbó pues (Trabajo de campo, 2013).

Ya no comía, se le cayó el pelo y al poco tiempo falleció (Trabajo de campo, 2012).

De acuerdo a la representación, esto depende en parte del santo que haya enfermado a la persona, pues recordemos que Santo Domingo a diferencia de San Antonio, tiene características más malintencionadas; o en su caso, ninguno de los dos está dispuesto a esperar demasiado tiempo.

Porque yo digo esta cosa... pues él tiene su ser más duro... Más, como le quisiera decir, como más irresponsable para que ande haciendo eso (Trabajo de campo, 2012).

Porque al santo lo hicieron enojar y haga de cuenta que debilitó más a la persona con la enfermedad que tenía (Trabajo de campo, 2012).

Ya hemos dicho antes que entre las principales causas de incredulidad está descalificar la atención por los recursos terapéuticos utilizados (consumo de alcohol y baile) pero ahora añadimos un fundamento más, no creer en los santos por pertenecer a otra religión que no sea la católica, en esta circunstancia el tiempo de espera será mayor porque difícilmente el enfermo o sus familiares aceptaran atenderse de escapulario, por lo tanto, habrá complicación.

En el intervalo de tiempo de la no atención, si la gente decide ocupar otra terapéutica como es la alópata, se dice que también existe complicación porque la cualidad de los tratamientos es inversa, los medicamentos son considerados “calientes” y los componentes terapéuticos del escapulario deben ser “frescos” no calientes²⁶¹.

²⁶¹ El aire de santo es considerado caliente, por tanto, se cree que los recursos terapéuticos también lo son, ejemplo, sahumerio, copal, alcohol, flor de cempasúchil (antes ocupada) y velitas de cebo (limpia), sin embargo, no hay claridad en la cualidad del tratamiento, pues encontramos dos inconsistencias, una es que los componentes terapéuticos también suelen ser frescos y la otra es que no deben implementarse medicamentos alópatas porque son calientes. La dualidad caliente-caliente o caliente-fresco no es precisa, ni específica, aunque nos dimos a la tarea de explorarla, caíamos en cuenta que no hay un sentido especial asignado por la gente, de hecho, podríamos decir que es irrelevante en las representaciones.

Otra complicación acontece cuando a los santos les habían dicho que sí les pondrían su huentle y no se les cumple, en derivación, la persona recae con los malestares sentidos y puede empeorar aún más. Esto es, de una recaída llega la complicación.

Le pasó a mi papá... él quería santo, nada más lo limpiaron y le avisaron que le iban a dar santo y se compuso pero ya no le dieron santo. Pero ya se le fue complicando más porque ya la próxima vez cuando le volvió a agarrar ya le agarró más feo (Trabajo de campo, 2012).

Un referente más de complicación será cuando al poner el huentle, se le pone a la Santa Muerte además de San Antonio y Santo Domingo, esto es designado por el curandero a partir de la consulta. Lo relevante del asunto es que al dejar transcurrir el tiempo y no realizar el tratamiento es cuando la Santa Muerte interviene.

Por otro lado, ya expusimos las distintas razones por las cuales la atención del escapulario es ineficaz, ejemplo, no seguir algunas reglas del ritual curativo. Sin embargo, cuando alguna situación sobrepasó el mal cuidado al momento de realizar la ritualidad, también aparece una complicación.

La hija de mi hermana enfermó, le dijeron que era del santo pero nomás se hicieron a lo loco... sus compañeros de la iglesia le arreglaron el escapulario pero con San Juditas, le pusieron uno por otro... Y en la noche qué crees, se vio más grave mi sobrina. Mi mamá se enojó, le dijo: ¡Ustedes lo hacen a lo loco, si tu hija se muere, bien merecido... si se muere por pendeja! ¡Esta creencia ya sabemos cómo es... no es juguetería...! ¡Si tú no te crees no andes haciendo tus chingaderas! Y se puso más grave mi sobrina (Trabajo de campo, 2012).

Dejar transcurrir el tiempo y no atenderse tiene importancia porque será difícil restablecer la salud, por lo que conforme más avance, la complicación es más grave. La complicación es un indicador de gravedad²⁶².

Entiéndase a la gravedad como un estado de enfermedad cada vez más crítico, en este sentido, las complicaciones tienen repercusión en la salud, no todas las situaciones son iguales, podríamos decir que van de ligeras a severas, por esto, el tiempo es decisivo entre unas y las otras.

La complicación ligera será no restablecer la salud inmediatamente sino paulatinamente a través del reposo, entre las repercusiones pueden estar la tristeza, caer en cama por inmovilidad física, estado mental alterado y dejar de comer; en los niños, se identifica a la deshidratación.

De lo enfadoso que se sienten no les da el hambre, eso es lo más peligroso para ellos porque eso hace que los niños se vayan deshidratando, no toman ni agua, no comen, ni nada (Trabajo de campo, 2012).

La complicación severa será la muerte. Una complicación ligera es factible para convertirse en severa, en otras palabras, cualquier complicación de no ser atendida provoca la muerte y el daño es irreparable.

²⁶² Entre otras ideas, se dice que cuando una persona está grave, suele ver con mayor facilidad a los santos representados en viejitos porque empiezan a agravar más sobre la enfermedad.

5.9.1 “Fuerte santo”

Existe un tipo de complicación específica denominada “fuerte santo”, es identificada por el curandero en el diagnóstico. Al igual que cualquier complicación, tiene cierto margen de gravedad.

De confirmar la complicación durante la consulta, el tiempo de espera para hacer el tratamiento está limitado a horas o días, al no hacerlo, el riesgo es latente.

La expresión fuerte santo, es análoga a decir, “fuerte aire”, no es un aire convencional y fácil de tratar sino difícil. El fuerte santo está asociado a la letalidad de la enfermedad causada por los santos²⁶³.

Regularmente, es eso cuando estás muy grave, muy enferma y no te puedes componer, tú estás en cama porque quieres fuerte santo (Trabajo de campo, 2012).

El fuerte santo es caracterizado por algunos elementos concretos, como es el tiempo, es decir, rapidez y prontitud para atender a la persona, y con fundamento en ello, la terapéutica requiere de otros aspecto preciso, “hacerlo bien”, que como ya dijimos en el apartado correspondiente, deberán buscar padrinos para contratar un sonido de música (es indispensable), el escapulario (objeto) estará arreglado y habrá demasiada gente en el evento (segundo ritual curativo).

Cuando te dicen fuerte santo es porque es una cosa grave, te deben dar rápido y bien. Ahí, cuando te dicen fuerte santo, es que a fuerza tienes que llevar música, tu padrino te tiene que llevar música, aunque sea unas tres horas con la banda (Trabajo de campo, 2012).

El fuerte santo requiere mayor exigencia durante el tratamiento, no existe posibilidad de omitir las indicaciones otorgadas por el curandero, será lo mínimo a realizar para lograr tener eficacia.

Es porque dicen que los santos lo quieren bien, no lo quieren así sencillo (Trabajo de campo, 2012).

Cabe señalar que en casos poco habituales el fuerte santo requerirá de otras recursos populares además del tratamiento del escapulario, de acuerdo al testimonio de una curandera es fundamental retirar a otro tipo de aires que puedan estar complicando el padecer, es factible utilizar plantas olorosas como albahaca, ruda y estafiate.

Cualquier complicación de no atenderse, incluyendo el fuerte santo, conducirá a la muerte.

5.9.3 Muerte

Las complicaciones y la muerte no están deslindadas, las primeras conducen a la segunda por el acto en sí mismo, es decir, acción y omisión.

Las causas que provocan la muerte de una persona son distintas, la más común es la no atención, por no creer en los santos, dejar transcurrir el tiempo, subestimar el riesgo y no llevar a cabo el tratamiento. Esta circunstancia depende tanto del enfermo como de su familia, porque

²⁶³ Cualquier tipo de aire puede convertirse en “fuerte aire”, la palabra “fuerte” implica complicación o gravedad. Por esta razón al escapulario, le asignan la denominación “fuerte santo”.

de negarse cualquiera de los dos habrá desatención, pues los familiares son indispensables para la organización y planeación de la curación.

La lógica adyacente a esta causa fue que no les dieron de comer a los santos, no les proporcionaron lo que pidieron y por esa razón ocasionan la muerte de la gente. Entre otras causas están, que a pesar de haber realizado la atención, ésta se practicó demasiado tarde, por lo que la gravedad de la enfermedad avanzó cada vez más y al final ya no hubo nada que hacer.

Y al señor así le pasó. Aunque él decidió o se convenció, se creyó en ese aire, pero ya no fue tiempo. Se murió, se murió el señor (Trabajo de campo, 2012).

De manera similar, están aquellos que hicieron la terapéutica pero el enfermo al no creer y no querer ese tipo de atención, estuvo enojado y no recibió contento a los santos, quienes al no agradecerles esa actitud, determinaron su muerte.

La señora no los encontró bien, ya se fue –murió- ¿Por qué? Fue grosera... Porque no quiso, sí le pusieron, pero bien enojada, bien enojada (Trabajo de campo, 2012).

Pueden existir otras implicaciones de muerte cuando otras terapéuticas fueron ocupadas, principalmente la alopática.

Un aspecto a considerar en la atención será seguir el orden y reglas establecidas, porque de no poner cuidado, San Antonio y Santo Domingo podrán ser enérgicos y generar la muerte, por ejemplo, cuando el escapulario (objeto) es colocado inadecuadamente en el cuello de la persona. O en su caso, cuando al enfermo no le gustó cómo le organizaron el tratamiento (segundo ritual curativo), es decir, quería sencillo y le hicieron bien (ver apartado: tratamiento “Sencillo” y “Quiere bien”).

Una vez quisieron hacerle a un muchacho, ya grande como de unos diecisiete años, le pusieron de cabeza –el escapulario-... la imagen en vez de que lo pusieran bien firme, lo colgaron para abajo y le hizo mal, no se compuso y se murió (Trabajo de campo, 2012).

Sí, luego murió. Conforme le dieron el santo y no le gustó, porque no quería música... no quería nada el señor y sus hijos aceptaron que le llevaran baile, entonces el señor como que agarró coraje, se enojó y murió (Trabajo de campo, 2012).

Cualquier persona es proclive a morir a causa de los santos, desde mujeres embarazadas (incluido el bebé) niños recién nacidos hasta ancianos. La única diferencia radica entre gente con menores y mayores recursos económicos, se considera que éstos últimos tienen más posibilidades de morir porque son incrédulos de los santos y por ende no se atienden.

De escapulario mucha gente ha muerto porque no creen. Luego hay gente que es codita, agarrada, no quiere gastar aunque sí tienen, luego dicen ¡Ay por qué voy a darles de comer a esos perros flacos! No le dieron santo y se murió (Trabajo de campo, 2012).

Cuando el enfermo muere, se dice que los santos se lo “llevaron”, la idea está sustentada en que son difuntos y eso les concede poder generarlo. Aunado a ello, la Santa Muerte siendo un ente dedicado a “llevarse” a la gente también les ayuda, incluso hay quien piensa que el “malo” (demonio) igualmente contribuye. El desenlace de una muerte adversa, origina especular que

además de los santos, el daño por brujería pudo estar presente, pues al no encontrar explicaciones favorables a la salud ponen en duda la causa de muerte.

Ahora bien, existe una manera de contrastar cuando la gente muere por obra de los santos, en primer lugar, enterarse de cualquier acción u omisión de las descritas anteriormente ya es una sospecha de este tipo de muerte; posteriormente, cuando el cuerpo de la persona es expuesto para ser vestido con una mortaja (vestidura alusiva a cualquier imagen católica, es una tradición luctuosa), de observar ciertos rasgos alusivos en el difunto, eso también determinará si fue producto de los santos

Las pruebas suelen ser: tener figurado sobre el pecho o espalda el escapulario (objeto) o el rosario de galletas y en la cabeza la corona de fulmina. En algunas ocasiones solo aparece el santo que agarró (enfermó), tanto San Antonio como Santo Domingo. Otra manifestación de la afectación de los santos es sacar “espuma” o pus por la boca o nariz y ocasionalmente pueden aparecer moretones o la temperatura corporal permanece caliente. En última instancia, se dice que los santos “ahogaron” a la persona porque ya no pudo respirar.

Entre curanderos y especialistas en poner huentle existe la versión de que a partir de la muerte de una niña, la gente comenzó a creer más en los santos, justo por las revelaciones explícitas en el cuerpo.

Esa es una creencia que murió una niña y no le dieron... y cuando murió ya la iban a vestir, aquí les ponen ropita nueva, una mortaja, entonces, la vistió la madrina y le vio pintado el santito, se pintó aquí en su pecho (Trabajo de campo, 2012).

Los relatos fueron reiterados en distintas entrevistas y todo apunta que a partir de ese acontecimiento ocurrieron cambios fundamentales en las representaciones sociales. La gente refiere tal evento hace quince años aproximadamente.

Entonces, inicialmente no toda la gente creía en los santos, eran los menos entre la población, pero la muerte al convertirse en un hecho latente desencadenó temor.

No creían, empezaron a creer hasta que vieron la de a de veras, que sí pues (Trabajo de campo, 2012).

Murió y por eso mucha gente se cree del escapulario, que si existe eso (Trabajo de campo, 2012).

Entonces la gente como que se asustó, más que nada, pues ¿Quién va estar contenta que se muera su familia? (Trabajo de campo, 2012).

Un segundo cambio vino después, pues se pensó que la muerte estaba desencadenándose por no realizar la terapéutica “bien”, en ese sentido, comenzaron a dejar una práctica de curación doméstica y privada por otra más colectiva y pública, ya que los santos querían muestras de una mejor organización.

Con tal circunstancia nacieron y subsistieron modificaciones para mejorar los recursos curativos, por ejemplo, la confección del escapulario (objeto), ya que de un listón rojo amarrado al cuello de la persona pasó a ser un adorno más elaborado; por otro lado, de preparar un huentle transitaron a incluir más elementos hasta convertirlo en evento social y festivo. Pero

esto no fue lo más importante, sino que a partir del rumor y difusión de los testimonios de muerte, la población legitimó el suceso de morir y por lo tanto aumentó la demanda de atención, solicitando un diagnóstico y llevando a cabo el tratamiento correspondiente.

Antes nada más era puro huentle y un listón. Eso es lo que hacían, después ya no, porque dicen que un niño murió qué porque le hicieron ese huentle pero nunca le arreglaron el santito... y cuando él murió se le pintaron los santitos atrás. Así como están figurados los santitos, así se figuraron los dos cuadros atrás, estaban morados y en medio la forma de Santo Domingo con la cruz y el otro con el niño. Dicen que al niño le salió mucha espuma de la nariz y de su boquita y eso fue la señal de que los santitos querían bien, que lo arreglaron (Trabajo de campo, 2012).

La pregunta a contestar sería ¿La muerte enalteció la creencia en los santos? Nosotros deducimos, que el temor a morir, generó no ponerse en duda y efectuar la atención al costo que fuera.

Sí, fueron a verlo, lo voltearon boca abajo. Vieron, porque mucha gente, mucha gente decía ¡Murió por el escapulario porque no le dieron, porque no quiso! No creían en eso, y mucha gente se decidió a desengañarse en ir a verlo, que si era verdad o no. Y dicen que sí... el aire ese fue el que lo mató. No más lo ahogó (Trabajo de campo, 2012).

En último lugar, una transformación desde la divulgación de la muerte fue agregar a la Santa Muerte a la terapéutica. Aunque como bien sabemos, hoy en día no cualquiera la incluye a las ideas tradicionales, la ven ajena y desconocida.

Así, el miedo o la duda ante la posibilidad de morir siguen favoreciendo la creencia hacia los santos, por lo tanto, consideran efectuar el tratamiento para no morir.

¡No por eso mi hijo se va a morir! (Trabajo de campo, 2012).

Y qué le dice la señora: ¡Mira pendeja, ya ves, no le diste santo a esta niña ya se la llevó el santito! Y qué le dice: ¡Ay, ya no me digas nada, ya no!... Dice: ¡Velo que está pintado, eso para que creamos! Yo lo vi, la estábamos cambiando, así tal cual como el adorno que le ponemos, aquí se pintó ¡Ay, ya no me digan, mejor a mi niña le hubiera dado, yo no creía que me la fuera a quitar San Antonio ¿Por qué me lo quitaste, por qué no me esperaste? Y Dice otra señora: ¿Cómo te iba a esperar si no crees? Y pues lloraba amargamente la señora... Y ahora hasta su marido ya le dio –atención-, ella ya se dio también (Trabajo de campo, 2012).

La muerte resultó relevante para la población pues con base en ésta las representaciones sociales fueron re-configuradas, por su parte, los curanderos al ser autoridad y poseer conocimiento, tienen gran influencia al validar los casos, por lo que la gente lo asume como tal.

¿Sí de verás? Le digo –al curandero- Pues de santo mi hija ya no se va a morir, se me murió una, se la llevó el santito, pero ésta ya no me la va a quitar, le voy a dar lo más pronto que se pueda (Trabajo de campo, 2013).

5.14 Prevención

En general, la población comenta que la enfermedad del escapulario no puede evitarse porque los santos enferman indistintamente (sexo, edad, tiempo) y en cualquier lugar, por lo tanto, no hay prevención.

Sin embargo, aunque la gente menciona que no pueden escapar a la malevolencia de los

santos, en la práctica realizan ciertas acciones preventivas, solo que, no siempre las reconocen como tal, no les dan demasiada importancia y no tienen conciencia de sus propias estrategias.

Aquí presentamos algunas de éstas, por ejemplo, cuando es realizado el segundo ritual curativo los padrinos además de comprar el escapulario (objeto) para el enfermo tienen que llevar un listón de color rojo para los familiares que duermen con él (hijo, pareja, bebé tomando leche materna), pues recordemos que el aire de santo es transferible en estas situaciones.

“Amarrar listón o poner listón”, es una protección para que a ellos no los enfermen los santos. Inclusive, pueden comprarles ropa nueva y de color rojo para vestirlos también. El asunto está en que al dormir juntos, el aire de santo genera contacto y puede propagarse del enfermo hacia esos integrantes específicos. Durante el momento del ritual, deben vestirlos o colocarles el listón afuera del huentle no donde está el enfermo.

Me pasó a mí cuando me dieron santo, mi niña tenía como siete meses... le daba el pecho y dormía conmigo, me dijo la señora –curandera-, que le pidiera de favor a la persona que me iba a dar santo –padrinos- que también la vistiera a ella. Vestirla y amarrarle un listón, pero no le llevaron el santito, nada más a mí (Trabajo de campo, 2012).

El acto anticipado tiene la finalidad de que San Antonio y Santo Domingo no se queden en la vivienda del enfermo sino que se vayan a otro lugar, con otra familia y otra persona.

De igual manera, los familiares deben prestar atención a la planeación y organización del festejo porque de no gustarle a los santos (o enfermo) tendrán que repetir la atención, esto igualmente es preventivo, pues esperan darles gusto para que ya no se queden en la casa, ya que de ser así, harán nuevamente el gasto económico.

Entre los niños, la acción de prevención más indicada e identificada acontece igualmente en el segundo ritual curativo (adentro del huentle). Cuando los padrinos le llevan dulces al ahijado, éstos deberán ser exclusivamente para él y ningún otro niño puede recogerlos, de hacerlo, el aire de los santos puede enfermarlo en ese instante. Ante tal saber, impiden que los niños estén presentes al interior del huentle y los padrinos comisionan a un adulto para que en la parte de afuera otorguen dulces a los niños.

A ti te agarran porque te comes los dulces que le traen al niño... los que le trajeron en la charola especialmente para él. Dicen que si tú te lo comiste por eso te agarró (Trabajo de campo, 2012).

¡Ay, lo llevé a mi niño al escapulario, pues ahí se le pegó! ... Por eso cuando pone uno el escapulario si hay niños los apartamos, porque hay unos que se meten, como ven el pan y todo, quieren tomarlos, pero los apartamos... (Trabajo de campo, 2012).

Los niños anhelan lo que ven y le están dando al enfermo, por lo que al quererlo y desearlo, los santos se los conceden y así los enferman.

Los niños son más curiosos porque luego ven que lo están cambiando –al ahijado-, lo visten, le dan luego los dulces, entonces ellos –niños- sienten algo y nomás no les dan, pues ahí los agarran, ese mal aire, más bien dicho, de ahí lo agarran (Trabajo de campo, 2012).

Empero, dicha práctica preventiva está dejando de tener vigencia, porque en otro tiempo a los

niños les prohibían tajantemente la entrada al huentle o estar observando; hoy en día asisten y están presentes sin tal exclusión o rigidez.

Conjuntamente, los adultos al ser partícipes de la curación (entrar al huentle) no deben negarse a beber alcohol, bailar o estar contentos, porque si no aceptan son proclives a enfermar, la acción preventiva consiste en tener disposición para participar.

Por su parte, la gente que no cree en los santos o habla mal de los ellos y lo manifiesta abiertamente esta más expuesta a enfermar, por lo que, es preferible no expresarlo para prever. Del mismo modo, es conveniente no nombrarlos frecuentemente aludiendo a enfermar por su causa porque podrá convertirse en un hecho si San Antonio y Santo Domingo escuchan a la persona.

Un modo de prevención peculiar ocurre cuando una persona ha enfermado más de una vez de escapulario, en este caso, para disuadir que los santos no vuelvan a enfermarla, la especialista en poner el huentle prepara un “compuesto” (brebaje) con agua de San Ignacio, doce iglesias, semana santa y fragancia siete machos; todo es combinado y vaciado en dos botellas que deberán ponerse debajo de la mesa donde se colocó el huentle, una es para San Antonio y otra para Santo Domingo. Esto debe hacerse en privado al concluir el ritual curativo, la especialista, en presencia del enfermo, reza y rocía el preparado (agrega agua bendita) sobre la mesa.

Otra manera de frenar dicha situación, será con la hierba hedeondilla (*Cestrum dumetorum Schlechtenda*), la cual habrá que deslizar sobre piernas y pies, esto debe hacerse estando de pie en la puerta de la vivienda, preferentemente a las doce del mediodía. La tercera opción será elaborar el escapulario con una característica particular, colocar de cabeza las imágenes de los santos²⁶⁴.

En los tres procedimientos anteriores, el objetivo es retirar a los santos de esa persona, pues el costo de la curación es alto para estar solventando periódicamente.

Por último, para prevenir que los aires (especialmente aire de muerto y aire de santo) enfermen ordinariamente a la gente, son convenientes algunas cuestiones pragmáticas, por ejemplo, lavarse las manos después de comer alimentos como pollo y pescado o frotar alcohol/cigarro sobre cuello, manos y cabeza, esto es para no correr el riesgo de que los aires huelan comida y como protección.

En términos generales podemos decir que la población no presta demasiado cuidado a la prevención, solo la llevan a cabo de ser necesario. Algunas prácticas han dejado de tener sentido, rigidez o resultar contradictorias conforme transcurre el tiempo, pero esto se debe a que las representaciones sociales están en constante cambio.

5.15 Recapitulación

En este apartado haremos un recuento a partir de tres elementos medulares: las representaciones sociales de la enfermedad y el alimento, del alcohol como parte “remedio”

²⁶⁴ Ante la necesidad de encontrar respuestas a la salud, las innovaciones están presentes, solo que no siempre resultarán positivas.

(tratamiento) y los cambios reelaborados sobre el escapulario.

5.15.1 Representación de la enfermedad y el alimento

San Antonio y Santo Domingo a diferencia de otros santos de la religión católica, al morir, no fueron bautizados y bendecidos por Dios, por tal razón, para vivir a través del tiempo tienen que alimentarse de alguna manera. Es así que piden de comer a la gente a través de la enfermedad.

Los santos son distinguidos como aires, un tipo de aire especial y diferente, se trasladan de un lugar a otro como una entidad incorpórea, no tienen que comer y ese es el motivo por el cual buscan a la gente para enfermarla. Inicialmente se mantenían a través de los niños pero la reconfiguración de ideas ha ampliado los grupos de edad (desde el feto desarrollándose en el vientre de la mujer embarazada hasta los ancianos).

Es así que, de generación en generación los santos han enfermado a la gente para poder comer, transitan de una persona a otra, de una familia a otra y se trasladan de un espacio a otro. En décadas pasadas había un periodo establecido para salir a comer pero ahora en cualquier momento andan buscando comida.

San Antonio y Santo Domingo fueron niños, adultos y ancianos, pero después de su muerte, terrenalmente se presentaron en la última etapa de su vida. La gente les denomina viejitos y quien está enfermo por su causa, debe alimentarlos.

Cuando suelen presentárseles a algunas personas son descritos con vestimenta de manta desgastada y sucia, una apariencia de limosneros o pordioseros; los imaginan teniendo expresiones de petición, requerimiento, solicitud y ruego, es decir, hambrientos.

Los alimentos agradables al gusto de los viejitos eran, mole, tamales nejos, pan de dulce, chocolate y alcohol de caña; preferencialmente los consumían en aquel tiempo. Hoy en día, la comida se ha convertido en especial para el ritual, es preparada no de manera trivial sino tradicional, cocinar el mole y tamales tiene su peculiaridad, no es un alimento cotidiano sino especial. El consumo de ese alimento es una remembranza del pasado, del estilo de vivir de los santos, de una época antigua.

El huente siendo el componente que conjunta a los alimentos, es el más significativo, anhelado y esperado por los santos, existen expectativas por la necesidad de comer.

Cuando los santos enferman a la gente, encuentran la forma de comunicarse y manifestarse, por un lado, generan malestares corporales (síntomas y signos) y por otro despiertan los sentidos, el olfato, gusto, vista, el oído y tacto. Concerniente a los alimentos, desarrollan el gusto para detectar sabores y huelen el aroma de la comida.

Las afectaciones en el cuerpo son diferentes, desde dolor o incapacidad física hasta sensaciones y emociones, esto señala la presencia del aire en la persona (externa o internamente). Una característica medular identificada como molestia general es la inapetencia para comer.

El estado sensorial del enfermo está enfocado provisionalmente hacia cierta comida, principalmente mole, tamales, chocolate, dulces y galletas (u otros guisados de su preferencia), los huele o apetece comer. A partir de sus cualidades, los alimentos (aromáticos, calientes, picosos, bien elaborados y sabrosos) tienen un sentido simbólico para la gente, adquirirlos y degustarlos.

La representación social pone al descubierto que San Antonio y Santo Domingo tienen distintas necesidades, la primordial es comer, pero no por antojo sino por hambre, en ese sentido, requieren que alguien les dé comida y satisfaga la apetencia.

De acuerdo a esta noción, interpretamos que coexiste una reminiscencia hacia la subsistencia por alimentarse. La población recuerda periodos en los que ha habido sequías y temporadas críticas en la actividad agrícola para conseguir provisiones. Los adultos de mayor edad aluden a recuerdos vagos durante la fase final de la revolución mexicana (1920), tiempo después, en la década de los sesenta ubican otro momento de carencia.

En este orden de ideas, los santos piden alimento porque desde tiempos inmemoriales ha habido escasez alimenticia en esta localidad, por ende, las representaciones sociales son creadas inconscientemente bajo las necesidades básicas sentidas. Sin embargo, han surgido cambios en las nociones, lo cual refleja otro tipo de necesidades adicionales al modo de vida actual.

Basta añadir, que si bien los santos tienen hambre, el enfermo tiene antojo y deseos sobre la comida, aunado a otras inclinaciones, muestra de ello es la música, bailar y embriagarse hasta saciarse. Otra variación es la inclusión de la Santa Muerte para ofrendarle huente, quien es un ente con poderes idóneos para aminorar la gravedad de la enfermedad o para apresurar a morir (no es contemplada como un aire). Lo relevante del asunto está en que al principio los alimentos que se le proporcionaban debían ser tirados en la calle y no consumirse por nadie, no obstante, la idea fue reconfigurada después para no desperdiciar los alimentos.

A San Antonio y Santo Domingo la gente les habla en el cotidiano creando un diálogo interpersonal debido a que son representados como seres humanos que escuchan y tienen entendimiento. Les es solicitada la recuperación de la salud mediante la súplica, regaño, condicionamiento o pidiéndoles disculpas.

La terapéutica se personaliza al conversar con los santos, lo cual significa que se establecen acuerdos entre las dos partes, se les otorga el huente para alimentarse a cambio de curar al enfermo, de alguna manera existe un intercambio, interlocución y negociación.

El huente será la prueba fehaciente de que se les está dando algo, la comida; este elemento es análogo a la mejoría de la enfermedad. Mientras los santos no consigan alimento o logren sus pretensiones, el padecer seguirá prevaleciendo.

La gente cree que los santos son seres compasivos, benévolos, bondadosos y comprensivos pero a su vez malignos, crueles e insensibles cuando no les agrada el proceder de la gente o no consiguen lo que quieren. Por un lado pueden curar al enfermo atendiendo su dolor o

sufrimiento, pero de no atender sus peticiones (comida), la enfermedad permanecerá durante un periodo corto o prolongado, agravará el padecer o la consecuencia inmediata será la muerte.

Recapitulamos que San Antonio y Santo Domingo al ser considerados como sujetos provistos de sensaciones humanas, requieren de las personas terrenales para seguir alimentándose.

El enfermo siente y percibe por los santos, por lo que al representarlos esta dándoles de comer (entre otras cosas), es quien enfatiza su apetencia por la comida; esa perceptibilidad es circunstancial mientras perdura la enfermedad.

Algunos dicen que los santos comen a través de las personas pero hay quienes argumentan que se alimentan mediante el aroma de la comida. La primera versión está fundamentada en que a cualquiera que enfermen, él debe darles de comer a través de lo que consume; la segunda es que al exponer los alimentos calientes se les incita a comer.

El aire del santo al comer con el aroma o directamente de la persona, origina la recuperación de la salud. Para ello, el enfermo lo ve reflejado en su bienestar corporal, pero además los viejitos se retiran simbólicamente después de haber comido, se van satisfechos y contentos.

La asociación directa en la corporalidad de la persona es que sus sentidos son también de los santos, pues esa es la manera de transmitir lo que ellos quieren. San Antonio y Santo Domingo son personificados, es decir, sus actos y sentir son relacionados a la necesidad, sufrimiento, dolor y angustia que sienten los sujetos terrenales.

Inclusive, un elemento alusivo después de la convalecencia del padecer, será restablecer el apetito por comer, lo cual es explicativo con las representaciones sociales aquí presentadas.

5.15.2 . Representación del alcohol como parte del “remedio”

Aquí presentamos las acotaciones referentes al tratamiento que cura la enfermedad, el cual no es llamado así sino remedio. Éste tiene un conjunto de elementos socioculturales relevantes a destacar.

Por remedio se entiende lo que rige la regla, es decir, un orden establecido durante el curso de curación, de no cumplirse no existe efectividad. De hecho en el apartado: “Validación de la atención”; ya hemos descrito sobre la eficacia e ineficacia del tratamiento, solo que aquí, queremos resaltar que a partir del significado del remedio están compenetrados varios aspectos que vale la pena puntualizar y no pasar inadvertidos.

Uno de los más importantes es el alcohol, que como bien sabemos es parte del huentle, los alimentos son considerados necesarios y a su vez favorables por su sabor y olor, en cambio, el alcohol es contemplado “malo” (inmoral), pero al gustarles a los santos²⁶⁵, es imposible no ofrecérseles y consumirlo.

²⁶⁵ La representación social del alcohol esta fundamentada en que los santos todos los días lo ingieren y están “crudos”, esto es correlacionado también a los señores del pueblo “de antes” acostumbrados a beber diariamente.

Respecto al alcohol, es necesario enfatizar su significado debido a que es uno de los elementos más juzgados de la atención por aquellos que no llevan a cabo este tipo de tratamiento²⁶⁶, pero también por lo que constituye para la localidad.

Primero diremos que el alcohol como parte del remedio tiene un sentido de ser, tiene una finalidad y debe seguir así. La pauta para hacer remedio es beber alcohol; tiene que tomarse sin cuestionar la acción u omitirlo, es parte de y debe llevarse a cabo.

A diferencia de la noción del alimento, en cuanto a ser comido por los santos, a través de dos formas, el aroma o el enfermo los come. El alcohol es bebido únicamente por la persona, ella bebe por ellos, pues solo así San Antonio y Santo Domingo podrán embriagarse.

Originalmente (décadas pasadas) el alcohol degustado por enfermo y asistentes era mínimo, no más de tres copas, pues el consumo era limitado²⁶⁷.

Sin embargo, ahora la gente bebe alcohol de manera exorbitante, pero al ser remedio es justificable. Los argumentos que lo sustentan son diversos, por ejemplo: a) los santos piden alcohol y no puede negárseles, b) al enfermo deben emborracharlo para que de esa manera los santos estén ebrios, se cansen, estén satisfechos, olviden dónde estuvieron y vayan a enfermar a otro lugar, c) si no beben no hay recuperación de la salud, d) si alguna persona está alcoholizada, en lugar de descalificarla por sus ocurrencias ríen por el suceso, pues eso es del agrado de los santos, e) el alcohol no es nocivo por tomarse provisoriamente.

En términos generales, está permitido el exceso de alcohol, entre más tomen es mejor, se sabe que “no se toma por gusto sino por remedio”; así quien está dentro del huentle no puede rehuir a ingerirlo porque de eso depende la efectividad. En cambio, cuando “no quieren tomar fuerte” (mucho) por tener prescripción médica, juramento religioso o elección personal no son obligados siempre y cuando lo manifiesten abiertamente pero sobre todo no estén al interior del huentle. En caso de que el padecimiento sea grave, los familiares cercanos al enfermo rompen cualquier criterio establecido de los antes mencionados y beben a favor de la salud de la persona.

La representación social sobre el significado del remedio ha sido transformada, ahora resulta primordial el consumo desmedido aunque la idea central era otra.

¿Podría pensarse que a partir de la atención existe una incitación al alcohol? De entrada la respuesta sería sí, empero, observamos que el empleo de alcohol no es una práctica exclusiva en la terapéutica del escapulario, es contextual, es decir, es un reflejo de la vida habitual donde la ingesta es parte del estilo de vida. Ejemplo de ello, son los innumerables festejos y eventos civiles donde el alcohol también esta presente, la bebida es del agrado de hombres, mujeres y de jóvenes.

Trayendo a colación a los jóvenes, por un lado, éstos adquieren y asumen el rol de adultos (al

²⁶⁶ En este grupo se encuentran los no creyentes de los santos, profesionales de la salud y las autoridades religiosas católicas (sacerdote), el consumo de alcohol es considerado “vicio”.

²⁶⁷ Hoy en día el consumo mínimo se da en el tratamiento sencillo no así en el de “quiere bien”. Aunque excepcionalmente sí puede incrementarse en el tratamiento sencillo.

convertirse en padres) a muy temprana edad, por lo que les obliga a adquirir compromisos sociales. Por otro, desde los doce años existe deserción escolar por lo que adquieren una vida laboral que genera ingresos propios, así, intentan tener una vida más libre y decisiones independientes. El resultado es que el alcohol es consumible desde la adolescencia en cualquier espacio social.

Beber alcohol es una práctica admitida por la población, no importa el sexo y la edad; al tener agrado, voluntad y no ocasionar problemas maritales con el esposo (nos referimos a las mujeres por las condiciones de desigualdad, de ser viudas, divorciadas o separadas), éste es permisible.

La combinación alcohol-música es un factor cultural ampliamente naturalizado, así como alcohol-prácticas violentas; sobre este último rubro, la investigación reveló que el consumo de alcohol en la atención del escapulario lejos de ser un “catalizador” de violencia es un indicador mediador, pues de acuerdo a la representación social, no generar pleitos en el evento curativo también es parte del remedio.

Esta acotación la hacemos a partir de la observación participante realizada en múltiples eventos de curación, nos dimos cuenta que conforme va en aumento el consumo de alcohol, la desinhibición y exteriorización de sentimientos es más notoria. Regularmente, el llanto es una expresión tangible de la descarga de emociones.

Sin duda, este momento se convierte en un espacio para situaciones reprimidas o guardadas que no son expresadas estando sobrios, pero a pesar de eso, las riñas en caso de generarse son esporádicas y no comunes, debido a que a los santos no les gusta este tipo de actos (pleitos), por tal motivo, la gente procura colaborar a beneficio del enfermo para hacer remedio en lugar de no contribuir.

En caso de suscitarse disputas, éstas son verbales pero no físicas²⁶⁸. En función de esto, analizamos que el agente positivo del remedio resulta en no generar conflictos, situación difícil de lograr en otros eventos sociales cuando se ha consumido alcohol. Para hacer remedio es deseable la unión y convivencia armoniosa entre los asistentes porque de no ser así no se logrará contribuir a la salud, llega a inferirse que “la convivencia es lo que ayuda” a la curación del enfermo.

Desafortunadamente la integridad de las personas no es asegurada después de salir de ese ámbito lícito, tolerable y válido; ya que al transitar a la vía pública o arribar a sus viviendas cualquier situación violenta puede desencadenarse estando alcoholizados.

Consecuentemente, los padrinos también son medulares en el remedio, así que igualmente deben evitar altercados porque de lo contrario su participación es considerada nula. Cuando los padrinos son acompañados por gente joven o de mayor edad, el comportamiento y la integración grupal cambian según sea el caso, con todo ello, a los jóvenes participantes se les instruye con las reglas del ritual curativo.

²⁶⁸ De veintiuno acontecimientos observados, sólo en dos presenciamos discusiones verbales y en ninguno agresión física.

Los hombres en caso de acompañar a sus esposas no obstaculizan su participación por el consumo de alcohol, esta permitido (también bailar) porque saben que es por remedio, incluso permanecen afuera del huentele mientras las señoras están adentro. Es notable cuando ellos se mantienen al margen del escenario, la organización ritual les es adjudicada a ellas, alcanzan cierto protagonismo hasta para sacar a bailar a los hombres (las de mayor edad). Las mujeres con mayor libertad de ser partícipes en el remedio son viudas, solteras, divorciadas y abandonadas temporal o permanentemente (a causa de migración), sin embargo, no se deja de lado a quienes no están en esta condición, lo hacen aunque de manera más restringida.

5.11.3 Cambios alrededor del escapulario

Aquí presentamos los cambios incorporados a las representaciones sociales. Para exponerlos, seguimos el orden del modo explicativo del padecimiento: causalidad, sintomatología, diagnóstico, tratamiento, validación de la atención, complicaciones y prevención, únicamente resaltamos los más importantes.

En el apartado “Características precedentes” de este mismo capítulo, adelantamos dos modificaciones de importancia, la temporalidad de la enfermedad y la ampliación de los grupos de edad que padecen escapulario²⁶⁹.

Nos resta reiterar que, ya no existe un período específico para enfermar a causa de San Antonio y Santo Domingo, aunque a partir de junio es incrementada la demanda en la atención, cualquier día del año se puede enfermar.

Otro aspecto notable es que el padecer ya no es exclusivo de los niños sino de cualquier edad. Centrándonos únicamente en los infantes, anteriormente los síntomas eran puntuales y no distintivos como pueden ser hoy en día. En aquel tiempo las características principales para identificar la enfermedad en los niños era rascarse y morder insistentemente nariz, dedos, uñas, respiración rápida, llanto excesivo, diarrea, dejar de comer y corporalmente ser muy delgados pero con el vientre grande e inflamado. Observamos entonces que, anteriormente los síntomas eran más identificables.

Las ideas van teniendo otra lógica a partir de los cambios, por ejemplo, al tener comezón en algunas partes del cuerpo se creía que era producto de los bigotes y barba de los santos, era la forma de jugar o molestar a los niños. Esta versión ya no es escuchada porque es raro que los niños tengan la afición por rascar dedos, uñas y nariz. Actualmente siguen habiendo algunos de aquellos signos como es la diarrea, falta de apetito e impaciencia, pero el campo de malestar puede ser más amplio.

El escapulario como enfermedad lejos de aminorar se ha convertido en una enfermedad demandante que crece con mayor frecuencia. La noción sobre el padecer en el caso de los adultos es que “está pegando difícil” por dos razones, una se debe a que cada vez enferman

²⁶⁹ No obtuvimos ningún dato preciso sobre la cronología en qué la demanda de atención, amplitud del grupo de edad y la temporalidad de la enfermedad acrecentó, pero de acuerdo al testimonio de un ex empleado de la biblioteca “Teresita Ballesteros”, interesado en rescatar algunas tradiciones históricas de la localidad, antes de los setentas el escapulario era una enfermedad típica de los niños durante un periodo concreto, después de los ochenta comenzó el cambio y aumentaron los casos.

más personas de escapulario y la otra porque les impide incorporarse fácilmente a su vida cotidiana y laboral, ejemplo, inmovilidad física.

Respecto a la causalidad de la enfermedad, el elemento añadido es la Santa Muerte, la cual, no es considerada causante directa de enfermar pero sí de complicar el padecer o de contribuir a la recuperación de salud cuando existe gravedad de por medio²⁷⁰.

Referente a los síntomas, de alguna manera ya hemos esquematizado en párrafos precedentes la diversidad de malestares sentidos, sin embargo, para el grupo de edad que nos interesa (niños); habrá oportunidad de correlacionar la información de la representación con la de la práctica social, ya que en el siguiente capítulo (trayectorias de atención), podremos observar tangiblemente los cuadros de la enfermedad a partir de experiencias concretas.

Para el diagnóstico, antes no era necesario buscar a un curandero y saber si el niño quería santo, si bien podían consultar a alguno no era fundamental, pues de acuerdo a los síntomas (antes mencionados), la sospecha aludía a escapulario. En cambio, como ahora el campo de las molestias es más abundante y variado, es común acudir con un especialista, aunque como describimos en el apartado “diagnóstico doméstico”, no podemos pasar inadvertido que las mujeres aún realizan algunas estrategias caseras (ponen a prueba a los santos validando la recuperación momentánea) para confirmar la enfermedad.

En el tratamiento nos detendremos con mayor cuidado porque ahí observamos más cambios en torno a los re-significados.

Como bien sabemos el curso de la atención está dividido en dos fases, la primera es denominada “Avisar”. De lo cual vale la pena señalar, que al igual que ahora, a los niños les hacían saber que sí les darían santo, es decir, los curarían (poner el huentle). Solo que anteriormente les decían que los santos aún no pasaban el río Bravo²⁷¹, los adultos decían esto para calmar el sobresalto e inquietud de los infantes, pero también para tener un mayor rango de tiempo y conseguir lo necesario (dinero o alimentos).

Respecto al segundo curso de atención, hay por demás distintos aspectos a considerar, sobre todo los recursos terapéuticos y la forma de darles un nuevo sentido en función de ciertas necesidades afectivas, sensitivas, emotivas, percibidas, experimentadas, sufridas y temidas.

Entre las cosas del huentle están las flores, regularmente ponían cempaxúchitl, rosa de castilla (*Rosa centifolia L.*), geranio (*Geranium mexicanum Kunth*), platanillo (*Canna indica L.*), paraíso (*Melia azedarach L.*), tulipán (*Hibiscus rosa-sinensis L.*) y adelfa (*Nerium oleander L.*); por otro lado, debían cocer dos gallinas ponedoras regaladas por cualquier persona; en general los alimentos siguen siendo los mismos aunque han agregado otros guisados particulares.

El alcohol como componente del huentle y del gusto de la gente también ha sido renovado; inicialmente se consumía anís, jerez y alcohol de caña (o agua ardiente), después lo

²⁷⁰ Pese a ser un elemento reciente, la Santa Muerte, también ha tenido un cambio primordial, los alimentos correspondientes a su huentle, ya no son tirados en la calle, sino consumidos por alguna persona o animal.

²⁷¹ Sin saber cuál era la ubicación del río Bravo, los adultos tan solo lo mencionaban para engañar a los niños.

sustituyeron por brandy y ron de las marcas Presidente[®], Bacardí[®] o Don Pedro[®]; hoy han añadido cerveza y tequila.

Antes el escapulario (objeto) no era tan elaborado, esto es, no llevaba tanto adorno como ahora, era escueto y simple, solo un listón rojo amarrado al cuello (o combinado con los colores verde y blanco), algunas veces también les ponían cascabeles en las muñecas de las manos y tobillos²⁷².

La corona puesta en la cabeza y uno de los rosarios para el cuello era elaborados únicamente con cempasúchil, ahora predomina la flor de fulmina en el primer caso y en el segundo, la flor no ha sido reemplazada.

Los dulces eran llamados de “colación”, solo persisten las galletas de “animalitos” porque han incorporado dulces de diferentes rúbricas comerciales y frituras de la compañía Sabritas[®].

No era necesario comprar ropa, era la de uso común, desgastada y habitual. Actualmente debe considerarse más de una muda de ropa nueva, incluida la interior y el calzado. De ser necesario compran ropa del familiar que duerma con el enfermo para prevenir de la enfermedad.

Un factor adicional a la terapéutica es la música, en su momento no era necesaria pero de ser requerida solo la escuchaban en el radio en un horario específico (una de la tarde), después ocuparon consecutivamente “sinfonola” (fonógrafo), tocadiscos y consola; solamente en casos de gravedad los padrinos de bautizo llevaban banda de viento.

Hoy la música se ha convertido indispensable para la atención, así que los “sonidos”²⁷³ por contratación son requeridos en lugar de los modulares. En algunos casos cuando no existe posibilidad económica (recurren al tratamiento “sencillo”) sí escuchan la música desde sus propios estéreos.

El disco compacto del escapulario, ya es distribuido comercialmente entre algunos sonidos de la localidad, de acuerdo al testimonio del creador, éste fue realizado en función de la solicitud de diferentes señoras. El orden de las canciones esta tal cual lo reproducen en el ritual curativo (segundo curso de atención), contiene canciones tradicionales²⁷⁴ y las contemporáneas que estén de moda.

En términos generales de ser recursos terapéuticos más caseros, regionales o de uso habitual, algunos han sido desplazados por otros de tipo comercial o afines a la transformación global.

²⁷² En la fiesta patronal de la virgen de la Candelaria, existe la costumbre (práctica en decadencia) de que los niños tienen una madrina, quién les entrega una "medida" (listón rojo) para dejársela a la imagen, esto de alguna manera simboliza protección en la salud del infante. Posteriormente el ahijado (así considerado) debe llevarle una canasta con pan y chocolate en agradecimiento. En este sentido, durante el desarrollo del trabajo de campo, nos preguntábamos ¿Existirá alguna relación con el escapulario? Llegamos a la conclusión que no podemos descifrarlo porque no fue un objetivo indagarlo, lo único que podemos advertir es que sí tiene similitud por el hecho de que metafóricamente el listón representa fortaleza a la salud.

²⁷³ Aproximadamente entre 1965 y 1970, surge el primer proveedor de un sonido de música, actualmente existen alrededor de 40 en Coatetelco.

²⁷⁴ Las canciones también tuvieron modificaciones, por ejemplo, originalmente solo escuchaban el “Zopilote mojado” y “Jarabe tapatío”, después, agregaron “Xochipitzahuac”, música de los chinelos y las “Mañanitas”.

Un aspecto notable a enfatizar es el hecho de que, de ser una atención doméstica pasó a convertirse en una colectiva. Sobre este punto diremos que de acuerdo a diversos testimonios, antes el tratamiento era del ámbito familiar, eran un suceso íntimo y sencillo.

En ese mismo sentido, no era fundamental la participación de los padrinos (solo por gravedad era inevitable), regularmente quien asistía al enfermo era algún conocido o familiar, por lo tanto, no concurría demasiada gente a la curación. En contraposición, en la actualidad, es un acontecimiento masivo y de festejo.

Realmente, las mujeres eran las únicas en organizar y llevar acabo la atención, solicitaban apoyo de otras dos o cinco mujeres máximo (vecinas o familiares) sin que el esposo se diera cuenta del evento debido a que no creían en los santos ni el tratamiento.

Los preparativos debían efectuarse antes del medio día para terminar por muy tarde a las cinco de la tarde, pues después de esa hora los hombres arribaban a la vivienda por haber concluido la jornada agrícola. A su llegada todo debía estar intacto, como si nada hubiera ocurrido porque de enterarse habría enojo y regaño hacia la mujer.

En ese entonces yo me creía pero él no creía... un día él se fue al campo, se va, cuándo él vino, yo ya había hecho el huentle, pedí favor, me vinieron a dar el santo sin que él estuviera... (Trabajo de campo, 2012).

Venía mi tía y le decía a mi mamá ¡Pendeja se va a morir su niño, ehh, apúrate! ¡Ay tía pero ves que él –esposo- no cree! ¡Ponga el nixcomalito, mañana vengo, yo te traigo la semilla molida, para que no vea que lo muelas, dame semilla, allá lo muelo! ... ¡Lo pones temprano y lo tapas por allá dónde no lo vea! (Trabajo de campo, 2012).

Hemos interpretado que quizá por este motivo los hombres tampoco tienen demasiada cabida en el tratamiento; ya que si tiempo atrás no eran partícipes no tendrían por qué serlo ahora. De una u otra forma son las mujeres quienes han sostenido y recreado las ideas y prácticas en torno al escapulario, está en sus manos por ser un asunto concerniente y adjudicado a ellas.

Las mujeres respaldan la no intervención de los hombres por no tener tiempo para descuidar su labor desempeñada y sentir pena en un espacio de mujeres.

Sin embargo, aunque los hombres no son el motor principal en la organización del tratamiento, el cambio significativo en ellos es que ya creen en los santos, por ello, acceden a ser atendidos con el tratamiento correspondiente.

La diferencia en las mujeres estriba en que su participación lejos de decrecer, incrementó, puesto que existe un gran número de mujeres viudas, divorciadas o abandonadas, esto facilita su inserción a los diferentes eventos terapéuticos a los que son invitadas.

Porque yo cuándo vine a dar de nuera... yo no era de la calle, era mi suegra, se iba a las invitaciones... yo empecé a salir hasta que fui viuda, ahí sí, ya empecé a tomar, me invitaban, ya había cerveza, ya había botella (Trabajo de campo, 2012).

Indudablemente, cada variación en la terapéutica por mínima que sea ocasiona mayor gasto económico. Se cree que conforme hay más esmero y cuidado en los detalles concernientes a

los gustos de los santos (en el tratamiento) es más factible que estén permanentemente en Coatetelco (viven ahí) y sin probabilidad de irse a otra localidad o a su lugar de origen.

Así, algunos elementos recreados en la atención del escapulario han sido incorporados de otras festividades sociales porque les han sido funcionales para seguir reproduciendo y enriqueciendo una curación que como dijimos antes es más comunitaria que doméstica. Con base a las innovaciones de los recursos terapéuticos es validada la atención, es decir, entre más cambios añadidos más argumentos habrá sobre la eficacia e ineficacia.

Entre las complicaciones de la enfermedad tan sólo observamos la inclusión de la Santa Muerte, de quien insistimos, es la gestora de empeorar el padecer hasta propiciar la muerte o detener la gravedad de la enfermedad.

Concerniente a la muerte, inevitablemente está relacionada con la difusión de las representaciones sociales. Pues recordemos que a partir de la muerte de una niña, la creencia hacia los santos se extendió fuertemente entre la población, lo que desencadenó temor. No obstante, pese a sentir amenaza a morir, ésta es considerada de menor grado a la precedente, pues en otro momento la probabilidad de muerte en infantes era muy alta en comparación a la de hoy.

Finalmente, sobre la prevención existe un cambio transformado a través del tiempo, antes a los niños no les permitían estar presentes al interior del huentele, pues se creía que los santos los podían enfermar, era una cuestión solo de adultos. En el momento actual esta creencia es poco comentada, está dejando de tener validez, los niños ya forman parte del ritual y pueden asistir, inclusive, siguen pautas culturales de los adultos. Ejemplo, puede haber “madrinitas” (os), niñas que fueron elegidas por el niño enfermo (los padres están al tanto acompañándolos).

5.12 ¿Qué saben los médicos del escapulario?

Un objetivo particular de la investigación estuvo enfocado a indagar qué sabían los médicos sobre el padecimiento escapulario. La intención de conocer esa información serviría para triangular con el resto de datos. Además, su opinión sería valiosa por la interacción permanente con la gente y la estancia prolongada en la localidad.

Antes de entrar de lleno al escapulario, preguntamos sobre otras enfermedades con expresión cultural atendidas por curanderos que ellos hayan escuchado de parte de la población. Entre lo más comentado estuvo: “mal de ojo, espanto, ocupar a la partera, dolor de huesos, hechicería, aire metido, aire en el estómago, empacho, brujería, daño, frío y santo o escapulario”²⁷⁵.

De las diferentes enfermedades de tipo popular, llamó la atención la reiteración de los aires, daño y brujería. El asunto estriba en que los médicos no desconocen este tipo de prácticas, por el contrario, asumen su existencia por ser una localidad con marginalidad pero también con una herencia ancestral e indígena que ocasiona la reproducción de “usos y costumbres”.

“Lo que más manejan los curanderos es el famoso ¿Cómo le llaman? Aire... pero qué cosa es el aire, es cualquier enfermedad pero... ellos relacionan la enfermedad con ese tipo de airecitos... me imagino

²⁷⁵ De la atención en el hogar destacaron medicina naturista, herbolaria y remedios caseros.

que se han de imaginar como una especie de fantasmas que los atacan, que viajan en forma de aires” (Trabajo de campo, 2012).

Ahora bien, con respecto al escapulario, al inicio del trabajo de campo supusimos que los médicos desconocían del tema, sin embargo, para sorpresa nuestra, la mayoría de médicos (de base, pasantes, particulares) sí identificaron al escapulario como un tipo de enfermedad peculiar. La excepción fue una médica perteneciente a la Caravana de Salud, quien desconoció completamente el fenómeno, sospechamos que quizá se deba a que labora en un servicio itinerante con menor posibilidad de cercanía entre la población²⁷⁶.

Así, al preguntar abiertamente mediante las entrevistas qué sabían, habían escuchado o indagado del escapulario, fue que encontramos la siguiente información.

Referente a la causalidad es poco conocido quién o qué es el causante de la enfermedad, con salvedad de un médico originario de la localidad, quien alude a los “viejitos”, solo que desconoce la conexión con San Antonio y Santo Domingo.

Los médicos saben que el curandero es el que confirma la enfermedad, no comprenden el procedimiento ni tampoco cómo descifra cuando algún padecer debe ser atendido por él o el alópata. Por ejemplo, de no ser escapulario realiza la canalización hacia el médico, empero, esto no es reconocido como un acto entre pares.

Hay quienes saben que el paciente quiere un doctor ¡A mí no me lo traigas! Te lo mandan como médico. El mismo santero les decide cuándo es una atención por médico y una atención por santo, eso sí, él lo decide (Trabajo de campo, 2012).

En este plano, los profesionales adquieren el rol de únicos sabedores del proceso salud-enfermedad-atención por lo que subestiman a los otros curadores, incluso utilizan términos peyorativos como “santero, brujo, hechicero”.

Todos los médicos puntualizaron que los síntomas relacionados al escapulario son inespecíficos, por lo que, cualquier enfermedad de tipo de biomédico puede ser considerada como tal.

...Tienen la cultura de que todo es santo, todo es escapulario, la gran mayoría de las enfermedades las atienden de esa manera (Trabajo de campo, 2012).

Para todo mal el santo (Trabajo de campo, 2012).

En el caso de los niños, describen cuadros principales y recurrentes, por ejemplo, respiratorios (faringitis, dificultad bronquial) e infecciosos (problemas estomacales con diarreas y vómito) o también enfermedades permanentes como anemia o desnutrición. De acuerdo al punto de vista del médico, al no aceptar una condición como éstas la gente recurre con frecuencia al escapulario, concluyen que es una vía suplente de la atención.

²⁷⁶ En el capítulo III, señalamos la inasistencia de la Caravana de Salud durante un periodo prolongado, situación sentida por la población.

En los adultos han visto que el padecer cultural puede estar relacionado con alteraciones dermatológicas, depresivas, emocionales, diabetes, insuficiencia renal o leucemia; distinguen un campo más amplio, diverso y complejo.

Al decir que ninguna enfermedad biomédica tiene que ver con el escapulario, observamos que para el médico y la gente el padecer tiene una lectura e interpretación diferente. Para el sector institucional (público y privado), es acotado a la ignorancia en lugar de entender un problema de salud.

Al desconocer el mecanismo de acción de esos microorganismos o la fisiopatología de la enfermedad, ellos recurren a lo que tienen como tradición, sin darse cuenta que lo que les está generando el problema es la falta de alimentación, falta de atención, falta de higiene, etc (Trabajo de campo, 2012).

Sobre el tratamiento no hay claridad sobre lo que debe hacerse y por qué (recursos terapéuticos), pero sí saben que es fundamental una clase de festejo, una celebración donde hay consumo excesivo de alcohol²⁷⁷. Lo cual no es favorable desde su forma de entender a la enfermedad, pues en su postura racional no encuentran fundamento para atenderla de esa manera, todo lo contrario, piensan que hay efectos colaterales en la salud de la gente.

Debido a que los médicos no han asistido y presenciado la forma de llevar a cabo la atención ritual, existen diferentes suposiciones alrededor del evento. Desde una lógica personal, hay quien piensa que realizan “misas negras” encomendadas al diablo en lugar de Dios, en este sentido, se considera que la creencia no tiene que ver con el precepto de la religión católica. Así, en la medida de prometer lo “malo” (alcohol) es como consiguen la salud a cambio. De hecho opinan que, al practicar este tipo de atención ligada a la “santería”²⁷⁸ se origina una conducta “degenerada”. Por nuestra parte, analizamos que alrededor del tratamiento es donde más se generan prejuicios e ideas negativas del proceder de la población, donde la perspectiva del médico es guiada por su propia moralidad.

Cuando ellos piden un favor a ese ser, le prometen que todos los que están presentes ahí, van a tomar vino, alcohol, todos van a bailar. No se van a fijar en el sexo, ni la relación familiar, ni con quién están bailando. Yo les digo en forma exagerada, llegan al degenerare, pero en realidad sí llegan, en cierta forma sí llegan a unas fiestas que degeneran totalmente... Al final de las fiestas, ocho o días parejas ya no están con su verdadera pareja, han cambiado pareja en ese momento (Trabajo de campo, 2012).

No obstante, con todo lo que representa efectuar esta atención, a partir del testimonio de las personas, los médicos identifican que las experiencias generalmente son positivas en lugar de ser negativas. Y aunque estas últimas sí pueden existir, no se las cuentan.

²⁷⁷ La excepción fue un médico pasante, a quién le causó intriga la demanda manifestada en sus consultas, así, indagó con los pacientes el modo de llevar a cabo la atención; inicialmente pensó que era un pretexto para embriagarse, pero conforme fue recabando más relatos llegó a conjeturar qué quizá tenía que ver con algo más religioso, mítico o de sentido profundo para la gente.

²⁷⁸ A la “santería” la relacionan con el escapulario, esto porque resulta un paradigma misterioso y oculto.

Hay mucha gente que te afirma con toda convicción que le dieron santo y se curó de inmediato (Trabajo de campo, 2012).

Como que al santo lo tienen como una forma muy poderosa de curación (Trabajo de campo, 2012).

La explicación médica respecto a la efectividad de dicha atención popular es proporcionada bajo distintos enfoques, enfatizan que la gente al ser asistida de esa manera puede obtener una consecuencia eficaz en su salud por la creencia cultural sostenida en el placebo. Otra interpretación esta mediada a través de la “fe” o mentalidad de la gente, la cual conlleva una actitud positiva sobre el efecto benefactor que se desencadenará; dicho de otra manera, el aspecto psicológico influye y sobrepasa al agente biológico de la enfermedad misma. Y en última estancia, puede deberse a una forma de canalizar estrés o presiones emocionales.

En cuanto a la muerte, no pierden de vista que la gente cree en la posibilidad de morir de no atenderse con el tratamiento popular. Desde su postura técnica la muerte se suscita por la complicación de la propia enfermedad biomédica y la no atención alópata (“correcta y previa”).

Este aspecto por estar conectado a los recorridos terapéuticos, les preguntamos qué habían observado en la práctica habitual, asistir primero con ellos (médicos) y después realizar la curación popular o viceversa. De acuerdo a su versión, es más común tener una atención alópata y después efectuar la del escapulario, a modo, de última medida de curación.

Lo relevante del asunto es que el médico se ha dado cuenta que la gente consulta a más de un médico antes de él; y la razón esta fundamentada en no encontrar respuestas satisfactorias a su malestar, así que al no tenerla, ven en el escapulario la solución. Y si bien existen casos donde sí hay recuperación de la salud por efecto del medicamento, está suele ser momentánea, por lo que de una u otra forma la opción sigue siendo el tratamiento popular.

Han pasado con muchos colegas médicos y no han tenido una curación... Y a pesar de los tratamientos, alópatas u homeópatas pues la persona sigue enferma (Trabajo de campo, 2012).

Por otro lado, aunque es menos probable, no descartan que la gente primero consulte al curandero siguiendo inmediatamente la atención del escapulario sin buscar al médico. Tal decisión no es de su agrado debido a que consideran primordial la atención científica sobre cualquier creencia cultural “arraigada”.

Hay familias que son demasiado aferradas... y no visitan a los médicos antes del santo, se supone deben visitar al doctor, pero en estos casos ni siquiera lo hacen, van directamente con el santero... Si tienen a un hijo que no quiere comer bien, que lo ven demasiado delgado, pálido, etc... de repente en lugar de llevarlo al médico, de inmediato le dan santo... ya no es una transición, ya es directo la cultura del santo (Trabajo de campo, 2012).

Entre los itinerarios menos frecuentes, al no curarse con la terapéutica del escapulario regresan con el médico a pesar de haber otorgado una consulta previa.

La manera de justificar la elección de otra medicina que no sea la de ellos, está estipulada en el desapego a los medicamentos y en no dar seguimiento a indicaciones precisas.

En términos generales, los médicos aceptan y toleran la práctica de atención, pero están en desacuerdo con ésta, por lo que en cuanto pueden la desacreditan negativamente y no la recomiendan. Según argumentan, no apelan a la descalificación o desaprobación de la representación social porque de ser así perderían el respeto hacia su labor profesional y tendrían problemas personales.

Es notable la defensa del saber científico ante el popular, así que, aunque aparentemente existe respeto hacia la forma cultural de concebir a la enfermedad, en realidad no es así.

Bueno son creencias y son respetables, pero hay muchas cosas de las que ya hay evidencia... así que es absurdo que sigan pensando en eso. A veces... hasta se los he dicho ¡Cuando uno... no encuentra nada cúrense donde quiera, con tal de que se sienta bien, adelante! Pero al haber algo ¿Cómo es posible que una diarrea, un problema bronquial lo sigan atendiendo así? Pues no... está mal (Trabajo de campo, 2012).

Los médicos están al margen de la práctica porque no es de interés personal investigarla, de hacerlo sería solamente por una curiosidad ordinaria y bagaje cultural, pero no así, por tratar de entender la lógica del proceso-salud-enfermedad-atención en la localidad, así como tampoco la comprensión para lograr una mejor interacción con la población.

De hecho, ningún médico ha asistido a algún evento de curación a pesar de ser invitado por la gente. Entre las razones de no hacerlo están, no descuidar la imagen institucional, desacreditar al gremio, afectar la cuestión laboral y personal. Por otro lado, tampoco lo harían por temor a ser agredidos físicamente por efecto del abuso de alcohol, pues desde su apreciación, es una cuestión inevitable entre la población.

Se facilita la falta de respeto y la violencia, en esta comunidad las personas ya lo traen en sus raíces, la violencia en su sangre, ya viene a manera hereditaria, son comunidades que antiguamente fueron guerreras y diseñadas para combatir y por eso tienen una actitud muy activa sobre la violencia, también por eso me alejo, por la violencia que pueda generarse y a la cual pueda ser expuesto (Trabajo de campo, 2012).

Porque se trata de alcohol, estoy así con la imagen de alcohol, santo igual a alcohol, entonces, por lo mismo de que la población es muy conflictiva, yo sé que cuando andan tomados se agarran de valor y matan a diestra y siniestra, por eso he dicho ¡Mejor no, mejor aquí me quedo! (Trabajo de campo, 2013).

Capítulo VI

Un recorrido en la salud del infante alrededor de las trayectorias de atención

En este capítulo presentamos en términos generales la condición de salud del niño, intentamos hacer un recorrido por su historia de vida desde el inicio de la gestación, los antecedentes médicos recurrentes, experiencias previas del padecimiento escapulario y el último episodio. La atención estará centrada fundamentalmente en las trayectorias de atención del padecer con expresión cultural, sin embargo, no quisimos pasar desapercibida información concerniente a otros eventos de salud y enfermedad porque consideramos que serían complementarios al proceso de salud-enfermedad-atención del infante.

6.1 Salud infantil

6.1.1 Embarazo-Parto-Puerperio de la madre

En este apartado presentamos relatos de las seis madres de familia al momento de transcurrir la etapa de embarazo, parto y puerperio de uno de sus hijos, ese niño entre 1 y 4 años de edad, en algún momento de su vida padeció escapulario.

Contemplamos el desarrollo de la salud del niño desde su gestación hasta después de nacer, con ello, pusimos interés en la dinámica familiar en relación a dicho acontecimiento.

Comenzaremos enlistando a las familias y su composición: 1) Angélica-Daniel, 2) Julieta-Gabriela, 3) Lourdes-Yuri 4) Romina-Abel, 5) Rutila -Lili y 6) Yeni-Alina. Observamos a cada madre (primer nombre) e hijo (segundo nombre).

La primera etapa es el embarazo, de este exploramos alimentación y salud de la madre, relación entre pareja, dificultades familiares y control prenatal.

La mayoría de mamás relataron que durante el embarazo su alimentación fue similar a la instaurada previamente (sin estar embarazadas), es decir, no había distinción en los alimentos consumidos durante ese periodo de gestación, seguían el mismo patrón alimenticio. Ellas perciben una “buena” alimentación, comiendo de todo un poco.

El resto de mujeres, entre ellas, Angélica y Yeni tuvieron una experiencia diferente, esta última refiere falta de apetito y sin horarios establecidos para comer, podía hacerlo a cualquier hora y pocas cantidades. Angélica, es quién tuvo mayor dificultad para alimentarse y tener el peso deseado por los médicos, cuando era soltera tenía el mismo problema, pues no le apetecía comer, durante el embarazo nada cambió:

En el almuerzo eso era lo que almorzaba, dos tortillas; en la cena igual (Trabajo de campo, 2012).

Al día sólo realizaba dos comidas, almuerzo y cena; después de los seis meses de maternidad comenzó a alimentarse mejor, tres razones le ayudaron, la llamada de atención de su esposo, el acompañamiento de su suegra y las indicaciones del médico, quién le recomendó tomar cítricos como naranja y limón para aumentar o tolerar los alimentos.

Cabe señalar que aunque las mamás perciben haber tenido una alimentación “normal o buena” durante el embarazo, la realidad en campo nos mostró otra perspectiva, en el lugar de estudio existe carencia y escasez de alimentos, diversidad proteica en los mismos y malos hábitos alimenticios pues el tiempo entre una comida y otra es demasiado prolongado, con regularidad sólo tienen dos tiempos para comer (ver capítulo IV, apartados: consumo de alimentos calidad/cantidad e Intervalos y horarios alimenticios).

Sobre la salud de las mujeres, distinguimos tanto la física como la emocional. En cuanto a las enfermedades que pudieron desarrollarse durante el embarazo, tres mamás no presentaron algún malestar físico que les ocasionará problema, el resto sí tuvo algunos inconvenientes. Angélica tuvo presión arterial baja durante casi todo el embarazo; Julieta también padeció de presión baja pero adicionalmente de infección en vías urinarias, fuerte dolores de espalda, pies y cabeza; a los ocho meses de embarazo los médicos la pusieron en alerta por presentar agitación respiratoria, sospechaban de una posible taquicardia en la bebé.

Sobre este punto, el caso de Rutila fue peculiar, aunque no tuvo alguna enfermedad reconocida oficialmente por los médicos alópatas, ella padeció “hervor de sangre”²⁷⁹, le salieron demasiadas ronchas en el cuerpo que le producían comezón y ocasionalmente hinchazón de manos y pies, la mayor molestia fue el escozor. Inicialmente, el primer diagnóstico al respecto fue escapulario, sin embargo, el tratamiento no fue efectuado con el rigor requerido pues es sabido que tiene que consumirse alcohol, por ese motivo su madre decidió no llevar a cabo esa intervención porque ya estaba en el octavo mes de gestación.

Fue así que recurrieron únicamente a la terapéutica del “hervor de sangre”, la cual consistió en poner leche fría sobre el cuerpo y así contrarrestar el malestar caliente en la piel con algo fresco²⁸⁰, sin embargo, los resultados no siempre fueron los esperados, eran lentos y la molestia retornaba en algún momento. La duda siempre quedó presente, pues no tuvieron certeza de la enfermedad. Posteriormente, creyeron que al no haber hecho la atención del escapulario, ella no tuvo recuperación satisfactoria pues siempre continuó la misma situación hasta el término del embarazo. De ahí que cuando Lili (hija) enfermó a los pocos meses de nacida, sospecharon que se debía a no haber realizado la terapéutica de escapulario a Rutila (ver capítulo V, apartado: mujer embarazada o amamantado “quiere santo”).

En cuanto a la salud emocional, Lourdes, Angélica, Yeni y Rutila fueron quienes más gozaron de estar tranquilas y sin preocupación, Lourdes gozó de emociones estables, también para Angélica todo marchó en calma, ella sólo tenía temor por ser tan joven (diecisiete años) y ser mamá, no obstante, en el fondo le entusiasmaba y emocionaba serlo, para Yeni fue una gran sorpresa y alegría saber de su embarazo, pues le habían diagnosticado quistes en los ovarios, por lo tanto, tenía pocas expectativas de procrear, en el caso de Rutila, ella relata que pese a haber sido abandonada por su cónyuge (migró a Estados Unidos de América) justo en el momento del embarazo no fue afectada por esa situación pues creía que el abandono lo había hecho él, por lo tanto, estaba contenta por la llegada de su bebé.

²⁷⁹ El hervor de sangre está relacionado a la expulsión de granos en la piel sobre todo durante la temporada de calor, algunos curanderos relacionan la manifestación de esas ronchas por algún tipo de aire.

²⁸⁰ Otra alternativa de curación es la limpia con sal, jarrilla, cordoncillo y pirú o sal diluida en alcohol.

Romina estuvo en una situación intermedia, a decir verdad, no tenía tanta presión emotiva pero tampoco estaba muy tranquila, debido a que tenía miedo a perder a su hijo o morir, esto debido a que los médicos y su madre le habían anticipado no embarazarse por la cesárea realizada de su primera hija. El peor entorno sentimental fue relatado por Julieta, quien tuvo temor, angustia, enojo, sensibilidad, tristeza, coraje e indignación por su modo de vida, la mayor parte del tiempo no expresaba sus emociones y prefería quedarse callada, primordialmente el problema estaba centrado en no tener el respaldo del padre de su hija y pensar en la posibilidad de que sus padres no la apoyaran y corrieran de su casa por haberse embarazado.

Sobre la relación en pareja, nos dimos cuenta, fue un tema difícil de descifrar debido a que la percepción de las mujeres puede no ser la misma a la interpretación de nosotros, sin embargo, aquí sólo presentamos lo que ellas relatan y comparten. La mayoría de las madres (cuatro) revelaron llevarse bien con sus esposos durante la etapa del embarazo, no tener dificultades, y ser complacidas en atención. En el caso de Julieta no fue así, pues como mencionamos en el párrafo anterior no existía una buena relación con el padre de su hija, sentía poco apoyo de su parte y falta de protección, esperaba más de lo ofrecido; respecto a Rutila vimos también un abandono, el cual fue inesperado para ella, pues al parecer no había conflictos ni diferencias pero un día decidió irse sin decirle nada:

Él me pasó a dejar aquí en mi casa –de sus padres-, ya no me vino a traer, cuando supe, él ya se había ido para Estado Unidos (Trabajo de campo, 2012).

En cuanto a los problemas suscitados con los parientes de las familias extensas, ninguna mujer comentó haberlos tenido, al parecer no tuvieron este tipo de inconvenientes que afectarían su tranquilidad durante el embarazo. Tampoco existió alguna circunstancia alarmante (noticias inesperadas) que desequilibrarían su salud.

De las etapas del embarazo, exploramos a través de los relatos de las madres los cuidados prenatales, éstos divididos en cuidados familiares y atención periódica con médicos o parteras. Primero mencionaremos la vigilancia recibida de parte de la familia, en todos los casos, mencionaron recibir cuidados de parte de algún integrante de la familia, principalmente madre, suegra, hermana, cuñada o esposo, sólo en el caso de Rutila fue diferente, adicionalmente mencionó a un hermano varón a razón de mantener una relación fraternal con él. Los cuidados principalmente fueron atenderlas en sus antojos, no permitirles abusar de los quehaceres domésticos y acompañarlas a los servicios de salud, tanto alópatas como populares.

Del control prenatal indicado por los médicos, quienes tuvieron mayor regularidad en las consultas mensuales fueron Julieta y Angélica, asistieron desde el segundo y tercer mes. Yeni acudió sólo tres veces, las mismas en que le hicieron tres ultrasonidos, para ella, ese era el parámetro de saber si el bebé estaba bien; Rutila acudió a los cinco meses y fue hasta que una hermana la motivó, aconsejó y acompañó, antes de ese periodo todavía vivía con la que era su suegra, pero no recibía el mismo apoyo, por lo tanto, Rutila no lo consideraba necesario.

Sobre este aspecto nos detendremos para resaltar que, culturalmente en la localidad de Coatetelco en los procesos de salud y enfermedad el acompañamiento de las personas hacia el enfermo es sumamente relevante, no importa si es o no un familiar consanguíneo, en este sentido, si el enfermo aprecia ese apoyo, en parte de eso depende su voluntad o participación

en el propio camino de atención médica. El acompañar implica estar pendiente del otro, acudir con él a las citas médicas pero sobre todo consentir, preguntar, asistir en el hogar.

Continuamos con el resto de las mujeres: Romina y Lourdes no tuvieron control prenatal en los servicios institucionales, Romina sólo acudió una vez para hacerse un ultrasonido y eso fue suficiente para no regresar pese a que su embarazo podía ser riesgoso (por su primer cesárea) y Lourdes definitivamente no acudió ninguna vez con los profesionales de la salud, fue atendida sólo por partera por tenerle mayor confianza y ser para ella la única opción viable.

En general, las mujeres señalaron no asistir al control prenatal por tener desagrado hacia los servicios públicos del primer nivel de atención, prefirieron acudir con médico privado aunque eso les generara un costo adicional y el número de consultas mensuales fuera menor al ideal. Una de las principales causas de desistir ir al Centro de Salud fue por el tiempo de espera, falta de atención y percibir desinterés hacia su persona del lado de los profesionales.

De las seis mujeres, tres (Angélica, Yeni y Lourdes) recibieron vigilancia prenatal de una partera, en los dos primeros casos tuvieron alrededor de cuatro sesiones cada quince días para “acomodar al bebé”, pues de acuerdo a la lectura del saber popular “estaba mal sentado”, las demás no consultaron este tipo de servicio.

En cuanto al reposo, autocuidado y restricción de quehaceres domésticos, quiénes se apegaron a la instrucción médica fueron Angélica y Rutila, el resto no siguió las indicaciones, tuvieron actividades laborales e hicieron esfuerzo físico en las tareas del hogar.

Pasaremos ahora al momento del parto y bajo qué condiciones nacieron los bebés. De las seis mujeres, quienes tuvieron mayores complicaciones fueron Angélica y Rutila, en ambas influyó la atención médica de parte de los servicios públicos.

En el caso de Angélica el parto se adelantó a los ocho meses, la fuente se le rompió y llegada la hora para tener al bebé, el primer lugar al que asistió fue al hospital público de Tetecala (15 minutos en automóvil desde Coatetelco), ahí le dijeron que tendría un parto complicado porque su bebé traía el cordón umbilical enredado en el cuello, la recomendación médica fue cesárea obligatoria porque estaba en juego la vida de los dos, así le anunciaron un mal pronóstico:

En Tetecala me metieron mucho susto porque me dijeron que salvarían nada más a mi niño o a mí. Y, pues me asusté, yo digo ¡No pues yo quiero a mi bebé! (Trabajo de campo, 2012).

Sin embargo, aunque el panorama era complejo no pudieron atenderla en ese hospital debido a la falta de cirujano. Posteriormente, la canalizaron al hospital público de Jojutla, otro municipio aledaño, donde le hicieron esperar hasta que le tocara su turno, en ese lugar tampoco tuvo una respuesta pronta y eficaz, motivo por el cual la familia de Angélica tomó la decisión de ingresarla a un hospital particular, ahí le indicaron también una cesárea, le cobrarían quince mil pesos, pero para poder realizar la intervención requerían mínimo siete mil, de no tener el dinero, no la atenderían. Ante la falta de recursos económicos tuvieron que regresar al hospital de Tetecala donde su cuñada y papá reclamaron una mejor atención. El bebé nació ahí por parto normal y no por cesárea como le habían indicado en dos hospitales, el niño pesó dos kilos ochocientos, en buen estado y sin ninguna enfermedad. Con todo, el servicio médico fue inaccesible e

ineficiente, lo que generó tensión emocional y poner en riesgo la vida de ambos.

Rutila batalló durante el parto por los regresos que tuvo del hospital a la localidad, inicialmente su familia también la llevó al hospital de Tetecala, pero de ahí la trasladaron al hospital de Jojutla donde le indicaron trasladarse varias veces a su casa porque aún faltaba tiempo para el nacimiento, ella estaba un poco desesperada por tener sangrado pero sobre todo por percatarse de la falta de atención médica. Rutila cumplió los nueve meses de embarazo, empero, la niña nació con bajo peso de acuerdo a la revisión médica.

Con Julieta, la bebé también concluyó los nueve meses de gestación, fue atendida en el hospital público José Parres, ubicado en Cuernavaca, la complicación estuvo centrada en su baja presión arterial y en la posible taquicardia de la niña, aunque ella no realizó tantos recorridos médicos como Angélica o Rutila, también le señalaron cesárea y generaron cierto temor por anunciarle el riesgo a perder la vida (cualquiera de las dos). Después de todo, el nacimiento fue exitoso, permanecieron dos noches en revisión, la niña pesó tres kilos doscientos con cincuenta gramos.

En párrafos anteriores mencionamos que Lourdes no fue vigilada por ningún médico durante el control prenatal sino por partera, por lo que al momento del parto había planeado ser asistida también por ella. No obstante, al final no logró estar presente porque llegó minutos después de nacer el bebé, sólo valoró y pesó a la niña. La atención fue doméstica con ayuda de su mamá y otras mujeres del hogar. Tuvo parto normal y el bebé pesó dos kilos novecientos. Lourdes completó los nueve meses de embarazo, relató ser afortunada por no haber sufrido el nacimiento de su hija.

El bebé de Roció nació al cumplir los nueve meses, a ella también se le rompió la fuente, narró tener complicaciones por falta de experiencia y toma de decisiones acertadas con su pareja, su mamá sopesó la falta de ambos e inmediatamente la llevó al hospital para un nacimiento exitoso. Afortunadamente llegaron a tiempo, le hicieron cesárea y el niño pesó tres kilos doscientos.

Yeni narró un parto sin complicaciones, acudió al hospital de Tetecala, aunque también la regresaron varias veces a su casa por faltar tiempo, el recorrido fue menos tedioso, al final le hicieron cesárea, la niña nació bien y pesó tres kilos seiscientos gramos.

La última etapa que abordaremos es el puerperio, considerada después del nacimiento hasta los primeros cuarenta días. De acuerdo a los relatos, fue notable observar que en este periodo, los cuidados para las recién mamás fueron de mayor relevancia a los prenatales pues la diferencia radicó en no dejarlas hacer nada, ningún tipo de quehacer doméstico y mayor precaución para guardar reposo. El tiempo necesario para estar en cama y sólo dedicarse al cuidado del bebé fue alrededor de un mes y máximo tres meses.

En este lapso nuevamente nos topamos con el acompañamiento de alguna mujer al interior del hogar, siendo la madre o la suegra de las parturientas, sin importar qué familiar sea, sea este consanguíneo o no. Lo primordial es ser atendida por una persona, por ejemplo, Angélica y Yeni recibieron cuidados de su suegra, no necesariamente de su mamá, este es un indicador cultural

compartido, sin embargo, puede haber algunas excepciones pues en el caso de Romina ella sí tuvo que irse a la casa de su mamá para ser vigilada.

Todas las mamás dieron leche materna a sus hijos, Romina fue la única que lo hizo sólo tres meses, las demás duraron desde un año hasta la edad actual del niño, es decir, más de dos años y medio.

En cuanto a los bebés recién nacidos, todos gozaron de salud favorable, con excepción de Julieta. Su bebé enfermó de gripa y temperatura a los quince días de nacida pero sin ningún riesgo posterior, tuvo recuperación efectiva con medicamento. Sobre este evento existió la creencia de que la mamá le transmitió enfriamiento a la niña, pues ella se había mojado los pies y al darle pecho ese fue el vehículo por el cual enfermó.

En cuanto a las revisiones médicas para hacer estudios de rutina como la prueba de tamiz y otros, las mujeres o sus familiares asistieron para verificar el bienestar de los bebés, no obstante, queremos señalar a Lourdes, quién inicialmente se resistía a acudir con el médico, empero, durante el puerperio tuvo que hacerlo por su recién integración al programa Oportunidades:

Yo no iba al doctor. No, yo no, ya fui ya cuando me había aliviado de la niña porque ya comencé a tener lo de Oportunidades. Y allí ora' -ahora- si es de ley que tengo que estar yendo (Trabajo de campo, 2012).

Para recapitular diremos que el objetivo por explorar las etapas del embarazo-parto-puerperio estuvo enfocado fundamentalmente por conocer si el niño había tenido alguna complicación o enfermedad identificada que pudiera afectarle años después en su desarrollo infantil.

De los relatos presentados, sólo rescataremos los acontecimientos de aquellas mujeres dónde sí observamos algún efecto o impacto en la salud de los niños. En primer lugar mencionamos a Angélica, quién tuvo una mala alimentación y muy bajo peso durante su embarazo, eso de alguna manera se vio reflejado en la desnutrición que Daniel presentó años después (ver apartado subsiguiente). También está Rutila, quien a pesar de relatar una mejor alimentación durante su embarazo, el peso de Lili al nacer no fue favorable, lo cual siguió proyectándose meses y años después.

Sobre las enfermedades culturales durante la gestación, es de nuestro interés poner atención en el evento de salud que Rutila presentó, pues dentro de sus representaciones sociales sobre el escapulario, permeó la idea de que el padecimiento pudo ser transmitido de madre a hijo desde el momento del embarazo por lo que después trajo repercusiones en el niño (ver apartado: Lili, un evento previo). Así, la familia de Rutila percibió que al no atenderla adecuadamente de escapulario la niña adquirió la enfermedad.

En las cuestiones emocionales, mencionamos a Julieta como la mujer que mostró mayor inestabilidad, dicha sensibilidad e inconvenientes con su cónyuge la mantuvieron desalentada. Esta información es añadida con los relatos de la dinámica familiar (ver capítulo IV, apartado: dinámica familiar alrededor del niño) donde observamos desequilibrio sentimental y permanente que probablemente afecta la salud del infante.

Entrar al ámbito del embarazo-parto-puerperio, de alguna manera nos acercó a la dinámica familiar alrededor de la mamá y el niño para explorar los códigos culturales y comportamientos compartidos en el proceso de salud-enfermedad-atención.

Cuenta de ello, son los cuidados y acompañamiento que tuvieron las embarazadas-parturientas, observamos que sin importar el lazo consanguíneo entre mujeres (no necesariamente madre-hija sino suegra-nuera o cuñadas) generalmente es procurada la salud. Así, de no contar con el apoyo familiar, las convalecientes no procuran su auto-cuidado personal, pues regularmente esperan tener vínculos como condición especial de sus expectativas.

En cuanto a los servicios de salud institucionales, pudimos darnos cuenta que las mujeres desistieron atenderse en el primer nivel de atención por percibir desinterés por parte del personal hacia su salud. En el segundo nivel de atención sí acudieron a los hospitales, pero, percatamos temor hacia la atención recibida, principalmente por falta de herramientas comunicacionales para expresarles pronósticos de intervención.

6.1.2 Desarrollo comunicacional y psicomotor

A partir de este subtítulo nos referiremos a los niños en lugar de las mamás, pero indudablemente en todo momento seguiremos rescatando las nociones de ellas en relación al hijo.

En cuanto al desarrollo comunicacional, de los seis niños, Abel y Gabriela fueron quienes tuvieron mayores dificultades para comenzar a hablar, pronunciar palabras y expresar frases completas. Ambos, a los dos años y medio iniciaron expresando papá, mamá y otros nombres propios así como palabras básicas (agua). Llama la atención que los dos formen parte de los núcleos familiares con más tensiones emocionales, así como también quienes han recibido represión verbal de parte de sus padres (ver capítulo IV, apartado: tipo de afectos).

Lili, de acuerdo a la percepción de su madre tuvo una dificultad media para hablar pero sin ser alarmante, conforme transcurrió el tiempo pudo enunciar oraciones de mejor manera.

El resto de niños, Daniel, Alina y Yuri no tuvieron ninguna complicación para desarrollar la habilidad de comunicación, debido a que cronológicamente a partir del primer año de vida comenzaron a decir términos elementales y habituales (objetos y situaciones específicas). Coincidentemente, los tres son integrantes de las familias donde si bien no escapan a la confrontación familiar de los adultos suelen recibir mayores estímulos afectivos de los papás.

Respecto al desarrollo psicomotor, en general todos los niños tuvieron un desenvolvimiento físico sin impedimento, lograron sentarse, levantarse, dar vueltas, ponerse en pie, sostenerse de objetos fijos, arrastraron y gatearon en diferentes espacios de la vivienda.

Fue así que alrededor del año con uno, dos o tres meses dieron los primeros pasos sin algún trastorno que obstaculizará la destreza de caminar, quizá la excepción fue Yuri, quien tardó más y logró hacerlo al año con cinco meses, de acuerdo a la apreciación de la madre, la razón estuvo enfocada en ser hija única y no tener la interacción con otros hermanos o ni niños menores que la incitaran en ese plano.

6.1.3 Antecedentes médicos

Debemos aclarar que inicialmente pretendíamos integrar al protocolo de investigación la obtención de estudios de laboratorio con indicadores de química sanguínea que pudieran dar cuenta del estado de salud del infante, no obstante, el propósito fue descartado por un motivo, apegarnos a un estudio más factible en tiempo y procedimiento, pues de hacerlo seguramente requeriríamos de financiamiento económico, circunstancia imprevista y no realizable a la formación en maestría, en parte por falta de pericia.

Al desistir de tal actividad, buscamos otras alternativas entre las que estuvieron, solicitar a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente el expediente clínico del niño²⁸¹, fue así que en 2012 presentamos un oficio administrativo, empero, no recibimos respuesta de parte de las autoridades. La negativa nos obligó a una tercera opción, revisar las historias clínicas en el Centro de Salud de la localidad, lo cual solo fue posible con la participación de un médico pasante, quien accedió a efectuarlas estando nosotros presentes en la consulta. A las mamás de los niños les planteamos la propuesta mediante consentimiento informado, todas aceptaron, el único percance fue no obtener la historia clínica de Gabriela debido a que en ese momento la familia residía en otro lugar.

Previamente, ya estaba contemplado averiguar directamente con las madres sobre los cuadros de enfermedad acontecidos, pues las consideramos conocedoras y principales partícipes de los procesos de la salud y enfermedad.

Dando pauta a la descripción, en la siguiente sección realizamos un compendio de los diferentes eventos padecidos identificados durante los primeros años de vida. Para esquematizar de mejor manera los antecedentes médicos, clasificamos en tres periodos:

- A) Recién nacido a 2 meses de edad.
- B) 2 meses a 1 año de edad.
- C) 1 año a edad actual (ubicándonos transitoriamente durante el trabajo de campo, en 2012).

Tabla No. 40 Antecedentes médicos de recién nacido a 2 meses de edad				
Niño	Cronología de edad	Malestares	Tipo de atención médica	Resultado de la atención
Daniel		Ninguno		
Gabriela	15 días de nacida	Gripa y temperatura	1.Alópata	Satisfactoria
Yuri ²⁸²	*1 mes/15 días	Vómito, diarrea ²⁸³ , temperatura, dejar de comer	1.Alópata 2.Popular (escapulario)	Insatisfactoria 1ª opción.

²⁸¹ Oficio dirigido al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria No 1, de los Servicios Estatales de Salud de Morelos.

²⁸² Ver apartado: Yuri, cuatro eventos previos.

²⁸³ Las madres identifican por diarrea un número mayor de evacuaciones a las habituales y con diferente consistencia (olor, color).

Abel		Ninguna		
Lili		Ninguna		
Alina		Ninguna		

Fuente: Trabajo de campo, 2012.

En la tabla 40, observamos únicamente dos cuadros de enfermedad para Gabriela y Yuri, a esta última le pusimos asterisco porque después retomaremos en el apartado subsecuente “Experiencias previas del escapulario”.

Tabla No. 41 Antecedentes médicos de 2 meses a 1 año de edad				
Niño	Cronología de edad	Malestares	Tipo de atención médica	Resultado de la atención
Daniel	3 meses	Llanto constante, enrojecimiento del ano (chincual ²⁸⁴)	1.Doméstica	Satisfactoria
	*Recurrentemente	Vómito, Temperatura y Diarrea.	-----	-----
Gabriela ²⁸⁵	Recurrentemente	Gripa, tos, temperatura		
	*6 meses	Temperatura, no dormía, lloraba, sin apetito.	1.Doméstica 2.Popular	Satisfactoria
Yuri		Ninguno		
Abel	Recurrentemente	Gripa, temperatura, tos, dolor de garganta.	-----	-----
Lili ²⁸⁶	*4 meses	Temperatura, llanto, intranquilidad.	1.Doméstica 2.Popular (escapulario) 3. Alópata	Insatisfactoria 1ª y 2ª opción
Alina	Recurrentemente	Gripa	-----	-----
	3 meses	Llanto incontrolable por las noches (Aire	1.Popular (no fue escapulario)	Satisfactoria

²⁸⁴ El chincual generalmente es atendido de manera doméstica sin requerir de un especialista, los bebés o menores de un año son los afectados. La causa se debe a que la madre comió demasiado picante durante el embarazo. Los niños lloran excesivamente sin dejar de hacerlo, no duermen, algunas veces tienen dolor de estómago (cólicos) y diarrea; otro indicador es que los talones de los pies y ano estén de color rojo. El tratamiento consiste en “calillarlos”, buscan una pluma tierna de gallina o un cerrillo, de tal manera que en la punta ponen aceite de mamey, limón, alcohol o perfume, el propósito es picarle el ano al niño, llega hasta “privarse” y al final de tanto llanto logra conciliar el sueño.

²⁸⁵ Ver apartado: Gabriela, dos eventos previos.

²⁸⁶ Ver apartado: Lili, un evento previo.

		de imagen) ²⁸⁷		
--	--	---------------------------	--	--

Fuente: Trabajo de campo, 2012.

En la tabla 41, vemos tres casos (Gabriela, Abel y Alina) en los que de acuerdo a los malestares citados serían las infecciones respiratorias las más frecuentes; cabe señalar a Gabriela quien a los seis meses de edad manifiesta los mismos malestares sentidos para el padecer del escapulario (más adelante retomamos); ocurre lo mismo con Lili a los cuatros meses de edad pero con molestias inespecíficas.

De los seis niños, Daniel es el único que tuvo la tríada persistente vómito-temperatura-diarrea. Por su parte, Daniel y Alina tuvieron dos padecimientos con expresión cultural distintos al escapulario, la madre de la niña lo calificó grave por estar en juego su vida.

Antes de que naciera la niña... no había niños aquí. Mis sobrinas ya estaban grandecitas vivían en Estados Unidos... Entonces, nos dijo –curandero- que la Virgen quería estar sola en esta casa. Y pues a la niña no la quería ver aquí y nos dijeron que lo mejor era que la sacáramos de la casa –a la imagen- y pues mis suegros tomaron la decisión de que con tal de que la niña viviera pues teníamos que sacar a los santos –todas la imágenes físicas o impresas- (Trabajo de campo, 2012).

En el último periodo, del 1 año a la edad actual, traemos a colación los antecedentes médicos de importancia solamente de dos menores Daniel y Gabriela.

Del niño nos interesa destacar que a partir de los dos años de edad, la mamá identificó tristeza, sueño constante, desgano, falta de energía y decaída general para incorporarse a la vida usual de juego; situación extraña a su modo de ser porque era muy activo. La inquietud de la madre aumentó cuando había otros cuadros de enfermedad regulares (respiratorios o digestivos)²⁸⁸.

Ante tal circunstancia, el estado de salud fue evaluado en el Centro de Salud de la localidad, ahí le diagnosticaron desnutrición leve y le explicaron que por tener pocas defensas en el cuerpo era más vulnerable a enfermar. Es importante destacar que por pertenecer al programa Oportunidades estuvo en vigilancia durante un año, ahí fue monitoreado por el médico y dos días a la semana asistió a un grupo coordinado por la auxiliar de salud, ahí en compañía de la madre comía la papilla Nutrisano[®], en la vivienda la consumía el resto de la semana una vez al día. Alrededor de los tres años de edad fue dado de alta, con un estado de nutrición normal. Aunado a ello, en ese mismo inter de tiempo también le diagnosticaron anemia, la madre percibió más peligrosa esta condición de enfermedad que la desnutrición debido a que le realizaron estudios de laboratorio.

De la niña diremos que resulta relevante el hecho de que de manera repetida la temperatura y molestias en la garganta persistieron después del año de edad, la madre daba por hecho infecciones respiratorias, pero al cambiar de residencia (Distrito Federal), un médico general la canalizó con el odontólogo, quien le diagnosticó un problema dental que estaba incurriendo tanto en infecciones de la garganta como del estómago. Después de la explicación profesional, la mamá reconfiguró la idea de los eventos de enfermedad y apreció un estado de sanidad más complejo.

²⁸⁷ Ver capítulo III, apartado: aire de imagen.

²⁸⁸ Ver apartado: Daniel, dos eventos previos.

Por su parte, Yuri, Abel, Lili y Alina también tuvieron otros acontecimientos enfermizos durante ese lapso de sus vidas, pero para las mamás éstos no representaron preocupación e inconveniente porque controlaron las circunstancias adversas²⁸⁹. Sin embargo, en ese periodo de tiempo, cada uno de ellos experimentó el padecer del escapulario una o más veces, con esto estamos diciendo que es muy probable que las mamás no correlacionaron los malestares a la biomedicina sino a la popular y por esa razón quizá omitieron mencionarlos.

Ahora haremos alusión a los datos reportados en las historias clínicas realizadas por el médico pasante del Centro de Salud.

Aquí nos interesa destacar dos casos, el de Lili y Yuri. Antes de mencionar qué ocurrió con las dos niñas, diremos que en términos generales se llevó a cabo una consulta exploratoria para identificar algún problema de salud al día de la cita.

Para fortuna de dos madres, la atención sirvió porque Abel y Daniel días previos habían presentado algunas molestias en la garganta, en el primer caso el diagnóstico fue “faringitis bacteriana, probable parasitosis y control nutricional normal”, en el segundo “faringitis amigdalitis y control nutricional normal”. En el último caso, cabe señalar que la determinación dejó tranquila a la mamá, pues el temor a bajar de peso está presente cuando Daniel llega a tener alguna temporada sin apetito. A Alina únicamente le diagnosticaron estreñimiento y también una buena condición nutricional.

Al estar presentes durante la examinación médica de Yuri y Lili, nos dimos cuenta y a su vez confirmamos el hecho de que el servicio del Centro de Salud no controla a la población como idealmente está planeado y diseñado por las autoridades jurisdiccionales, estatales y federales. Nos referimos a la operatividad de programas específicos, los cuales a pesar de buscar estrategias con grupos objetivo, los resultados no siempre son alcanzables.

La circunstancia provisoria del trabajo de campo, identificó que ambas niñas tenían desnutrición, leve y moderada consecutivamente²⁹⁰, empero, ninguna de las dos había sido detectada preliminarmente por el personal de salud.

Las dos forman parte del programa Oportunidades, en teoría, deberían haber sido detectadas por existir mejor control y vigilancia hacia los niños menores de cinco años, pero en los hechos no fue así. De ahí analizamos que, si las dos infantes no están en un esquema de observación por falta de monitoreo efectivo ¿Qué pasa con todos aquellos menores que no tienen el programa y son población abierta?

²⁸⁹ En el capítulo IV, apartado: tipo de cuidados (salud), registramos algunos incidentes de enfermedad y aludimos a las formas de atención.

²⁹⁰ Validado en el Centro de Salud a partir del documento técnico emitido por la Organización Mundial de la Salud (2006), “Gráfica para la valoración del estado nutricional del menor de 5 años. Peso para la edad en varones de 0 a 60 meses” Y “Gráfica para la valoración del estado nutricional del menor de 5 años. Peso para la longitud/talle en mujeres de 2 a 5 años”. Para complementar la información, nos dimos a la tarea de investigar con apoyo de una médica general el estado nutricional de acuerdo a otros indicadores adicionales emitidos por la OMS, de ahí resultó que en el caso de Lili, sí existe un grado de desnutrición porque además de la talla/edad baja, el peso para la edad y el peso para la talla están por debajo del percentil tres (< 3 (B)), lo que significa que están en la parte más baja de la curva, no en grado “extremo” (o grave) pero sí desnutrición leve a moderada crónica. En el caso de Yuri, los valores están en los límites bajos (3 (B)), por lo que también está en un grado de desnutrición leve. En: http://www.who.int/childgrowth/standards/height_for_age/es/

Accidentalmente la investigación reportó esta información sin buscarla, así que aunque no planteamos comprender el funcionamiento o no de los servicios institucionales de salud, resultó fundamental exponerla por la importancia representada. Ya en otro momento habíamos informado al respecto²⁹¹, el hecho estriba en que al indagar los antecedentes médicos del niño, no podíamos omitirlo a razón de considerarlo relevante.

Ahora bien, al compaginar esta situación a la responsabilidad de las titulares, esto es, a las dos mamás seleccionadas en el estudio, diremos que, en el caso de Lili, a pesar de recibir el programa desde el 2008 (la menor tenía un mes de nacida), la madre la dio de alta como integrante de la familia hasta el 2011.

De este aspecto es necesario resaltar un aspecto social de parte de la mamá que impidió el retraso de alta en el programa, a razón de haber sido abandonada por el cónyuge; ella dejó pasar más de dos años con la intención de que él regresara y reconociera a la niña como hija. Al no suceder lo esperado decidió registrarla años después²⁹².

Siguiendo el orden secuencial de los hechos, en noviembre del 2011 le entregaron el primer documento oficial que la identificaba dentro del programa. El personal del Centro de Salud le agendó la primera cita cinco meses después, hasta abril del 2012, pero la madre no acudió con la niña; en julio del 2012 asistimos con ellas a la consulta (historia clínica) otorgada por el médico pasante, fue ahí donde la detectó con desnutrición moderada.

Aquí observamos dos asuntos, por un lado la madre no respondió favorablemente a la actividad planeada por el personal de salud pero por otro éste dejó transcurrir varios meses para otorgar la primera consulta, lo cual según nuestra consideración fue demasiado tiempo.

Posteriormente, con la colaboración del médico pasante, en agosto del 2012 le agendaron otra cita en el Centro de Salud, la mamá asistió con la menor, ahí la revisaron pero al no ver mejoría en el estado nutricional, le recetaron una vitamina diferente; Rutila: comentó “le cambiaron el medicamento, era más fuerte”; la papilla Nutrisano® no fue aceptada por Lili, así que dejó de dársela y desistió ir al grupo de Pandillas (la auxiliar de salud supervisa el consumo del complemento alimenticio).

En octubre de 2012 tenían cita concertada pero no se presentaron porque para esa fecha la madre ya estaba unida con su nueva pareja sentimental y residiendo en la ciudad de Cuernavaca. Para enero de 2013 no habían sido convocadas a ninguna reunión y no existía certeza de tenerla debido a que el plan de trabajo del Centro de Salud temporalmente había sido suspendido²⁹³.

En el caso de Yuri, en abril del 2012 tuvo una cita programada en el Centro de Salud, ahí no la detectaron con bajo peso. Después de que el médico pasante que colaboró con nosotros la

²⁹¹ Ver capítulo III, apartado: problema de salud (niños) y la organización de los servicios locales institucionales.

²⁹² Este suceso puede ser usual en casos similares a los de Rutila, abandono (temporal o permanente) a causa de la migración hacia los Estados Unidos. En otras familias existe falta de interés para registrar al niño ante la oficialía del registro civil, por lo que dejan pasar años y llegan a hacerlo cuando requieren obligatoriamente el acta de nacimiento para trámites administrativos (ejemplo, escolares).

²⁹³ La razón fue por el acontecimiento de abuso sexual a la médica pasante del Centro de Salud.

identificó (julio 2012), él la remitió para integrarse al grupo de Pandillas, pero la niña no siguió consumiendo el complemento alimenticio porque no le gustó así que la madre no se integró a la actividad de monitoreo. De julio de 2012 a marzo de 2013, no tuvo ninguna consulta para revisión médica. El 16 de agosto de 2012 debía asistir a una pero no fue, la manera de justificarle esa falta en el Programa Oportunidades fue “calificarla” si llevaba a vacunar a su perro.

Durante la consulta con el médico, observamos que la mamá desconocía información concerniente a la organización de la Unidad de Salud, por ejemplo la existencia del grupo Pandillas, además pese haber sido parte de un grupo de mujeres a quienes capacitaron para detectar problemas de salud en niños menores de cinco años (desnutridos con diarrea, vómito, deshidratación) y referir con las vocales del Comité del Programa o el personal de salud, resultó sorprendente para el médico darse cuenta que la madre no había podido manejar la situación con su hija²⁹⁴ (episodios diarreicos en días previos).

De ahí, reflexionamos que si bien es cierto que la enseñanza es un herramienta fundamental y necesaria para informar y reproducir temas de salud entre la población, no siempre se cumple con el propósito establecido, de esta manera las autoridades del sector salud deben pensar cómo se está informando, de qué manera se está haciendo y qué está entendiendo la gente.

Así, con lo descrito anteriormente, vislumbramos una serie de contingencias fuera de control tanto del servicio institucional como de las familias, que de una u otra manera a quién más afectan es a Lili y Yuri, quienes hasta ese momento (marzo de 2013) no habían podido tener un cuidado concreto y oportuno del problema de salud latente.

En suma, haber escuchado diferentes relatos de la enfermedad en la historia de vida del niño, nos permitió recrear el escenario local, adentrarnos con las familias y conocer la condición individual y biológica de cada infante. Quizá sobre el último punto es evidente nuestra limitación por falta de herramientas técnicas y necesarias para conseguirlo, sin embargo, intentamos obtener la información de la mejor manera.

6.2 Trayectorias de atención durante el padecer de escapulario

De aquí en adelante particularmente señalamos las trayectorias de atención del escapulario. En primer instancia rescatamos la forma de experimentar el padecer y cómo es afrontado según la percepción sobre el abatimiento, afección o dolencia sentidos.

En segundo lugar pondremos atención en lo que hacen las madres y en función de que guían sus actos y proceder. A través de las trayectorias, las representaciones sociales serán resaltadas en las prácticas.

Este rubro está dividido en dos partes, primero conoceremos las vivencias pasadas al momento de padecer escapulario y después describiremos y analizaremos el último episodio de

²⁹⁴ La actividad fue emprendida por un médico pasante, la consistía en capacitar a un grupo de mujeres a quien denominaron agentes y procuradoras; eligieron a aquellas mujeres que tuvieran hijos menores de 3 años, acudían dos veces a la semana, de 9 a 11pm, durante 6 meses. A Lourdes no le gustó esta actividad porque sentía que iba a perder el tiempo, sin embargo, los temas de salud sí le agradaban.

enfermedad.

6.2.1 Ocurrencia de escapulario en cada historia de vida

Con la metodología de la investigación diseñamos seleccionar a niños que hubieran padecido escapulario una vez en su vida, pues solo a partir de sus propias historias podríamos conocer las acciones concretas que llevaron a cabo en los itinerarios de atención.

De los seis niños a participar en el estudio, más de uno tenía otras experiencias del padecer, así que éstas también fueron contempladas en el análisis con el fin de complementar y enriquecer la información.

Tabla No. 42 Ocurrencia del escapulario en cada niño					
	1er Evento	2do Evento	3er Evento	4to Evento	Último Evento
Daniel	2años/1 mes.	2años/11 meses	-----	-----	3 años/2 meses
Gabriela	2 meses	6 meses	-----	-----	1año/ 6 meses
Yuri	1mes/15días.	1 año/1 mes	1año/8meses	2 años	2 años/9 meses
Abel	-----	-----	-----	-----	1año/6 meses
Lili	4 meses	-----	-----	-----	2 años
Alina	-----	-----	-----	-----	1 año/1 mes

Fuente: Trabajo de campo, 2011-2013.

De acuerdo a la tabla 42, cuatro de seis niños han padecido más de una vez escapulario, la excepción fueron Abel y Alina, quienes han experimentado un evento. Por su parte, Daniel y Gabriela tres eventos, Yuri cinco y Lili dos²⁹⁵.

En el siguiente apartado, nos centramos en todos los acontecimiento previos de cada uno y posteriormente nos detendremos en el último evento.

6.2.2 Experiencias previas de escapulario

Aquí resaltaremos elementos puntuales a cada evento de enfermedad como son: sintomatología, manifestaciones de alivio, persistencia de malestar, elección de diagnósticos, elección de tratamientos, qué sirvió y qué no sirvió, intervención familiar, facilidades y dificultades durante el proceso de atención.

6.2.2.1 Descripción de las trayectorias previas del padecer

6.2.2.1.1 Daniel, dos eventos previos

Trayectoria No. 1. Evento A

Aproximadamente a los dos años con un mes Daniel enfermó, de acuerdo al relato de la madre de un día para otro amaneció con “fuerte diarrea”, no quería comer nada y de hacerlo le causaba vómito, tenía llanto y solo quería estar durmiendo porque no tenía energía. La diarrea era

²⁹⁵ El padecimiento del escapulario resulta ser recurrente en las historias de vida, ya lo habíamos anticipado en otro momento (ver capítulo V, apartado: 5.2.2 Ocurrencia).

continua, sin parar y de color amarillo.

La primera opción de atención fue doméstica, recordando el saber de la abuela materna de Daniel, Angélica le dio té²⁹⁶ de hierba de becerro (*Stevia jorullensis*) durante todo un día, ésta es efectiva para quitar la diarrea, pero al ver que las evacuaciones seguían igual, ese mismo día su suegra tomó la decisión de cambiar a té de manzanilla (*Matricaria recutita L.*) con canela, pero tampoco surtió efecto.

Toda la noche no durmió por la persistencia del malestar, al otro día al no ver un aspecto favorable en la salud del niño, la madre lo llevó al Centro de Salud, pero al haberle negado el acceso rápido y eficaz, fue directamente con médico particular.

Yo a mi niño lo llevaba al Centro de Salud pero me decían que tenía que sacar ficha y mi niño lloraba, le decía ¡No sea malito doctor atiéndame a mi niño! Dice: ¡Pues espérame! ¡¿Por qué no sacas tu ficha?! ¡Te vas a esperar hasta al último! Y pues mi niño llorando, ya me desesperé y me fui mejor con un doctor particular (Trabajo de campo, 2012).

El médico diagnosticó infección en el estómago, a lo que recetó una suspensión e inyecciones (no recordó los nombres del medicamento). Angélica siguió el tratamiento por dos días pero al no ver alguna reacción favorable, buscó un segundo diagnóstico, éste fue el de una curandera, quien además es bisabuela de Daniel, ella confirmó escapulario.

Él –médico particular- me dijo que tenía fuerte infección en el estomaguito y yo le empecé a dar medicamento, inyecciones pero no le quedaba nada... no se le quitó nada... La diarrea y no quería comer, nada más lloraba y lloraba (Trabajo de campo, 2012).

Dice –curandera- vamos a hablarles a los santitos, dice ¡Pero se necesita que tú creas! Le digo pues con que mi niño se componga, yo sí me creo de ellos y ya le empezamos a hablar que lo dejara a mi niño, que lo dejaran comer, que se le quitara la diarrea y sí a mi niño se le quitó...(Trabajo de campo, 2012).

Después de la limpia de huevo realizada por la curandera, el primer indicio de recuperación fue abrir el apetito para querer comer, al otro día buscaron a la persona que sería la madrina, quien lo limpió con las velitas de cebo (avisar), el segundo efecto positivo fue dejar de tener diarrea. Transcurrieron quince días para efectuar la segunda parte de la atención (dar santo), para ese día ya no había malestar general.

Lo vino a limpiar y ya cuando lo limpió pues ya la diarrea desapareció, todo se le quitó...Ese mismo día, si...Pues ya no, al otro día ya no tenía nada mi niño, ya empezaba a jugar otra vez, se sentaba y jugaba (Trabajo de campo, 2012).

Días después no hubo recaída, la salud se restableció.

Trayectoria No.2. Evento B

Daniel tenía alrededor de dos años once meses cuando nuevamente enfermó, en esta ocasión comenzó solamente con ronchas en toda la cara y cuerpo. La primera asistencia fue la de un curandero, quien le diagnosticó aire pero sin especificar de qué tipo, le recomendó poner alcohol

²⁹⁶ En la localidad le denominan té, aunque a decir verdad es infusión, hierven cualquier hierba.

y un polvo especial (sin referente), sin embargo, no le funcionó porque el sarpullido en la piel no mejoró nada y fue así que para validar el diagnóstico acudió con otra curandera (nuevamente la bisabuela), ella certificó escapulario.

El mismo día que consultaron a la curandera, Angélica visitó a su mamá para solicitar su colaboración y limpiar (avisar) a Daniel, a partir de ahí las ronchas comenzaron a desaparecer pero aparecieron el día en que fue llevado a cabo el segundo curso de atención (dar santo), un mes después, la explicación de la curandera fue la siguiente:

Mi abuelita –curandera- me dijo que era porque los viejitos se estaban despidiendo pero que se le iban a quitar las ronchas ¡Y sí, se le quitaron, nada más fue ese ratito que le aparecieron, después ya no tenía nada! (Trabajo de campo, 2012).

Aunque parecía que iba haber recaída con la permanencia de las ronchas, no la hubo en días posteriores.

6.2.2.1.2 Gabriela, dos eventos previos

Trayectoria No.3. Evento A

Gabriela a los dos meses de edad tuvo un episodio de enfermedad manifestado en temperatura y no dejar de llorar. La primera alternativa de atención fue en casa, la madre le dio Tempra® (también denominado paracetamol) para bajar la fiebre y la bañó con agua tibia y hojas lechuga para conciliar el sueño. El medicamento era suministrado cada ocho horas, ocupó termómetro para verificar la temperatura (llegó a 38°) y el baño era efectuado dos veces al día²⁹⁷.

Pasó una semana sin tener algún indicativo grato y al seguir “igual”, decidieron llevar a Gabriela con el médico del Centro de Salud²⁹⁸, quien le diagnosticó infección en las vías urinarias, entre las explicaciones que le dieron estuvieron una inadecuada higiene vaginal o ser causada por rosarce con el pañal. Según el testimonio de Julieta, se apegó al tratamiento alópata durante los siete días establecidos (no recordó el nombre de los medicamentos).

Después de concluir la medicalización, dejó pasar tres días para observar cómo seguía la niña, pero al no satisfacer las expectativas de atención, optó por ir con un curandero, quién le ratificó escapulario. Después de tener el diagnóstico, al siguiente día visitaron a la que sería la madrina para acordar el día de la limpia (avisar), una vez que ésta se realizó, notaron mejoría alrededor de cuatro horas; el segundo curso de atención (dar santo) tardó veinte días, durante ese lapso de tiempo no hubo temperatura, llanto e intranquilidad constante sino buen apetito y descanso al dormir.

Los días siguientes no hubo recaída, todo lo contrario, la salud estaba restablecida.

²⁹⁷ Cuando se presentó el primer evento del padecer en Gabriela, la familia pensó que se debía a que la madre al estar embarazada había enfermado de escapulario, pero como no confirmaron el diagnóstico y no hubo atención en su momento, tan solo fue una sospecha a la causalidad, no trascendió en otro aspecto.

²⁹⁸ En ese tiempo, la familia residía en el municipio de Xochitepec, por lo que la Unidad de Salud pertenece a ese lugar.

Trayectoria No.4. Evento B

A los seis meses de edad otro cuadro de enfermedad apareció, en esta ocasión también había temperatura, no dormía, lloraba y ahora no quería comer. En primer lugar recurrió a la atención doméstica, le dio Tempra® en gotas, veinte cada ocho horas, la intención estaba centrada en bajar la temperatura. Después de unas horas observó que la fiebre bajó pero no considerablemente, así que optó por llevarla con el curandero, quien le diagnosticó escapulario.

Después de la consulta, llegaron a la vivienda y la abuela materna de Gabriela la limpió con las velas de cebo (avisar), no dejaron pasar tiempo, todo fue ese mismo día, no buscaron padrinos, fue una atención familiar. Acordaron dar continuidad a la curación (dar santo) hasta el cuarto día, es decir, transcurrieron tres días con el padecer; el primer y segundo día le siguió dando el Tempra® y lo suspendió dos días previos para poder beber el alcohol del huentle.

Cuando la abuela realizó la limpia, la temperatura disminuyó pero no completamente, de hecho perduró todos esos días hasta el día del evento terapéutico, ahí fue cuando ya no la tuvo y el ánimo comenzó a reestablecerse.

Al final, la recuperación fue paulatina pero sin recaída en días subsecuentes.

6.2.2.1.3 Yuri, cuatro eventos previos

Trayectoria No.5. Evento A

Yuri enfermó al mes y quince días de nacida, el cuadro que tuvo fue vómito, diarrea, temperatura y dejó de comer. Su madre aún estaba en reposo a causa del parto, así que quien tomó la batuta de la atención fue la abuela materna.

La primera opción de atención fue un médico particular, él comentó que tenía infección en el estómago, le recetó un tratamiento durante siete días (no recordó el nombre del medicamento), pero éste fue interrumpido a los dos días de empezarse porque en lugar de ver mejoría, el padecer empeoraba, como si el medicamento hiciera un efecto contrario al de la salud.

Pues nada más fueron como dos veces porque de hecho, lo que veíamos, era al contrario, le hacía daño...Vimos que no... no le estaba a la niña... no le quedó el doctor (Trabajo de campo, 2012).

La segunda estancia de atención fue un curandero, originalmente había sospecha de posible brujería por ser tan pequeña y estar expuesta a cualquier daño en la calle cuando la llevaban a alguna revisión médica en el Centro de Salud, sin embargo, en opinión de una tía, por los síntomas presentados todo apuntaba a que podía ser escapulario, fue así que la especialista les ratificó ese diagnóstico.

El mismo día después de haber consultado al curandero, llegaron a la vivienda y convocaron a una tía materna para ser ella la que limpiara a la niña (avisar). De acuerdo al testimonio de la madre, durante esa noche cesó la diarrea, vómito y bajó la temperatura. Al siguiente día procedieron a realizar la culminación de la terapéutica (dar santo) porque la indicación de la especialista había sido hacerse de manera pronta.

Dijo que rápido, pues ella casi siempre desde que se me ha visto así mala, de un día para otro, era el santo (Trabajo de campo, 2012).

Días después no hubo recaída, la salud se restableció.

Trayectoria No.6. Evento B

Aproximadamente al año con un mes, Yuri tuvo el mismo cuadro de enfermedad antes descrito, los síntomas fueron vómito, diarrea, temperatura y sin apetito para comer. En esta ocasión el recorrido terapéutico fue distinto, en primer lugar ocuparon la atención doméstica, en la tienda más cercana acudieron a comprar té negro (hojas parecidas al tomate), lo hirvieron y se lo dieron por cucharadas, después adquirieron un sobre de Sal de Uvas Picot® para disolverlo y también dárselo a beber; durante toda una noche concilió dormir algunas horas pero sin cambio aparente.

Al segundo día, la familia decidió consultar a una curandera para que a partir de su evaluación fuera ella la que indicara si era necesario visitar al médico o no, esta acción representaría evitar pagar el servicio de un médico particular, pues al llevar a la niña primero con él, de no tener respuesta favorable gastarían partida doble, en caso de que la enfermedad no fuera atendida por el profesional.

Dijimos, pues primero vamos a llevarla a limpiar y ya que nos diga la señora –curandera, si es de doctor la llevamos al doctor y si es de otra cosa pues que nos diga (Trabajo de campo, 2012).

La curandera diagnosticó escapulario, ya estando en la vivienda, la abuela materna limpió a Yuri con las velas de cebo y le habló a los santos; después de un lapso de tiempo llegó una tía materna y volvió a limpiarla (avisar), ahí convinieron dejar transcurrir dos días para la parte final de la terapéutica (dar santo). Terminando la limpia los malestares fueron ausentándose progresivamente pero no definitivamente porque aún tenía vómito y diarrea hasta el día del evento planeado. Pese a la persistencia de los síntomas, el hecho de haber sido más leves en lugar de agravarse, fue decisivo para concluir esa atención y no buscar otra.

Dos días después, la madre no vio recaída en el padecer pero sí convaleciente a Yuri porque la veía con debilidad física y poca energía debido a su complexión delgada.

Trayectoria No.7. Evento C

El tercer evento padecido fue al año con ocho meses de edad, en esa ocasión los malestares continuaron siendo similares al primer y segundo episodios, otra vez vómito, diarrea, temperatura y no querer comer. El primer día tuvo de diez a doce evacuaciones.

La primera atención fue en casa, para el vómito y diarrea originalmente le dieron té negro y después manzanilla durante un día, la temperatura pretendieron disminuirla con el Tempra® en gotas. Aunque parecía verse mejor, los síntomas no cesaban, la fiebre bajaba alrededor de hora y media pero volvía a aumentar.

Al siguiente día, la madre optó por buscar al curandero, la estrategia familiar fue similar al acontecimiento anterior (B), evitar gastar dinero con un médico. La especialista confirmó escapulario.

Sabiendo en qué consiste la curación, de nueva cuenta la abuela materna limpió a Yuri (avisar), en esta ocasión sólo fue una limpia, no dos (únicamente la limpia de la abuela, ya no buscaron

a nadie más). Aunque el curandero les había dicho que podían pedir a los santos esperar algunos unos días para conseguir dinero, la familia decidió una intervención rápida porque Yuri era pequeña de edad y no querían ponerla en riesgo.

Después de la limpia, la recuperación fue efectiva, logró dormir, dejó de vomitar y las diarreas se detuvieron. Al tercer día se llevó a cabo la atención final (dar santo), la tía materna actuó como madrina, pero ante la premura de tiempo, la madre le hizo saber que no gastaría dinero, ella compró todos los recursos terapéuticos necesarios.

A pesar de no tener recaída, la diarrea no cesó en dos días después del evento curativo, empero, eso no preocupó a la madre porque las evacuaciones eran más prolongadas y un aspecto considerado fundamental a la recuperación fue comenzar a comer.

Trayectoria No.8. Evento D

A los dos años de edad el cuarto evento apareció, dos meses después del tercero (C). Aparentemente no cambió nada porque siguió presentándose el vómito, diarrea, temperatura y falta de apetito, sin embargo, la diferencia estuvo en que el recorrido terapéutico fue más largo a los anteriores y el padecer parecía complicarse.

La primer instancia a visitar fue un médico particular, el diagnóstico fue una infección en el estómago a causa de usar biberón sin cuidados higiénicos, la madre no creyó en la evaluación médica porque no lo acostumbraba y los cuidado eran solo bajo su cargo.

Me dijo que era una infección según él, que era una infección de las mamilas pero yo a la niña nunca le doy mamila... Y me dice ¡Usted no le ha de dar en su casa pero habrá personas que le den! Yo le dije que no porque a la niña no se la llevan a ningún lado, obviamente, pues yo le doy las cosas y biberón no le doy (Trabajo de campo, 2013).

A pesar de no estar de acuerdo con él, compró el medicamento recetado (no recordó nombre), se lo dio tres veces al día durante dos días pero lo suspendió al no ver ninguna reacción favorable, los síntomas en lugar de apaciguarse eran más exaltados en la salud de la niña.

La segunda opción de atención fue llevarla al hospital público de Tetecala (segundo nivel de atención), el diagnóstico fue equivalente al del médico particular, infección en el estómago por falta de cuidados higiénicos (meter objetos sucios a la boca), también le suministraron medicamento (sin referente), la detuvieron un par de horas y la dieron de alta. De acuerdo al testimonio de la madre, observó mejoría en la niña pero solo por intervalos de tiempo porque los síntomas regresaban, volvían a manifestarse.

La tercera alternativa fue la doméstica, le dio té de manzanilla para calmar el malestar sentido pero no hubo variación notable.

Al día siguiente, una hermana de la madre llegó a la vivienda de visita y le planteó buscar otra atención, fue así que acudieron de nuevo al hospital de Tetecala, pues de acuerdo a la visión de la tía, el padecer estaba complicándose.

Después otra vez en la tarde así estaba la niña, vómito y vómito, después le dije a mi mamá ¿Qué voy a hacer? Vino Elia y me dijo ¡Esa niña está bien deshidratada, se te está deshidratando mucho! ...Porque la niña no más se quedaba, la niña ya no se movía nada, ya incluso ya nos quedamos allí

junto de ella porque ya veíamos que ya estaba bien mal... Ella vino en la tarde, dijo ¡Está niña se te va a ver mala en la noche porque está bien deshidratada! (Trabajo de campo, 2013).

Transcurrió una noche y en la mañana sucesiva acudieron al hospital, nuevamente permaneció unas horas y le prescribieron medicamento, además de suero vía oral.

Regresando del hospital, la abuela materna comentó la insatisfacción e incertidumbre del padecer, así que pensaron en el escapulario como la posible enfermedad. Esta vez desistieron consultar un curandero, la abuela prefirió de manera estratégica, limpiar a Yuri (hablar a los santos) y de observar reacciones positivas, todo apuntaría a que si se trataba de eso. Después de la limpia, la diarrea fue disminuyendo cada vez más, así que asumieron restablecimiento en la salud. El medicamento fue suspendido por considerarse innecesario pero adicionalmente ocuparon otras cosas, siguieron dándole el suero y adicionaron compresas en la frente para bajar la temperatura.

Ya la vi más contenta a la niña... ya no tenía el vómito... sí le daba la diarrea pero ya no igual... y le poníamos trapos mojados para quitarle la calentura... el suero nunca le dejé de dar, ese tardó más tiempo (Trabajo de campo, 2013).

Sin dejar pasar más tiempo al día siguiente concluyó la terapéutica (dar santo), la madre de Yuri solicitó el apoyo de su cuñada. Aunque estaban satisfechos con la atención del escapulario, no dejaron de utilizar el suero (también té de canela). La salud fue reintegrándose paulatinamente, pues ochos días después aún se veía convaleciente con algunos episodios de diarrea (vómito y temperatura ya no tenía).

6.2.2.1.4 Lili, un evento previo

Trayectoria No.9. Evento A

A los cuatro meses de edad, Lili presentó temperatura, llanto e intranquilidad sin causa aparente. En su corta historia de vida, éste fue uno de sus primeros incidentes de enfermedad.

La primera estrategia de atención fue en casa, le pusieron trapos mojados en la frente para aminorar la temperatura pero no fue suficiente, percibieron el aumento de ésta en lugar de bajar. La familia comenzó a sospechar que la niña quería escapulario porque cuando la madre estuvo embarazada le diagnosticaron tal padecimiento, sin embargo, no tuvo atención y a raíz de ese acontecimiento la familia pensó que la niña había enfermado de lo mismo (transferencia de la enfermedad).

Para corroborar la situación consultaron a un curandero (segunda opción de atención) quien constató escapulario; él argumentó que Santo Domingo era el causante de la enfermedad y no debían demorar en realizar la terapéutica, debía hacerse rápidamente.

En la vivienda estaba ausente la madre de Rutila, quien es un eje primordial de la familia, regularmente solicitaba su aprobación por ser madre soltera, no obstante, ante un evento de enfermedad inesperado, acudió a solicitar ayuda de la abuela materna y tías para limpiar (avisar) a la niña. El mismo día de la limpia, acudieron a ver a quién sería la madrina para culminar la curación al siguiente día porque no había que perder tiempo. Después de la limpia

y durante el evento curativo, aparentemente había mejoría porque la fiebre había disminuido, pero el día del “recalentado”, un día después, al ser deber de los padrinos preguntar por la recuperación del enfermo, opinaron que la veían recaída (débil) y sin restablecimiento completo de la salud.

En ese sentido, la tercera opción de asistencia fue la de un médico particular, él diagnosticó infección en la garganta, la madre no obtuvo ninguna explicación de la probable causa, le recetó Tempra®. Ampicilina® suspensión, Adribel® solución y Fisopred® suspensión. De acuerdo a la noción de la madre, después de consumir el medicamento la menor mejoró significativamente.

Días después no hubo recaída, la salud se restableció.

6.2.2.2 Interpretación de las trayectorias previas del padecer

La descripción de experiencias previas del padecer de cuatro niños nos acerca a comprender cuáles fueron las trayectorias de atención, qué rumbo tomaron y cuál fue el sentido subjetivo sobre los malestares sentidos.

En apartado exponemos aspectos puntuales de todas las trayectorias de atención, no sin antes advertir que las nueve vivencias corresponden a acontecimientos de enfermedad de corta duración, ninguno transitó por un tiempo largo.

Respecto a la edad en los acontecimientos destacamos los casos de Gabriela y Yuri, quienes al tener más de un evento de enfermedad, notamos que entre uno y otro existe un periodo relativamente pequeño (de dos a cuatro meses) esto apuntaría a que los síntomas y malestares pueden ser similares y por esta razón repetir los episodios.

Por ejemplo, Gabriela experimentó dos acontecimientos y presentó molestias equivalentes, por su parte Yuri tuvo cuatro experiencias del padecer y en todas fueron los mismos malestares (vómito, diarrea, temperatura y dejar de comer).

Haciendo un recuento de los infantes, en la tabla número cuatro observamos que los síntomas comunes a todos fue la temperatura, falta de apetito e intranquilidad general (llanto, no dormir); en dos casos fue recurrente la diarrea y vómito en más de un evento y uno en especial fue la aparición de ronchas en el cuerpo.

Tabla No. 43 Experiencias previas: síntomas y malestares				
Trayectorias	1er Evento	2do Evento	3er Evento	4to Evento
Daniel	Diarrea, falta de apetito, vómito, llanto, sin energía.	Ronchas en cara y cuerpo	-----	-----
Gabriela	Temperatura, llanto.	Temperatura, no dormía, llanto, falta de apetito .	-----	-----

Yuri	Vómito, diarrea, temperatura falta de apetito	Vómito, diarrea, temperatura falta de apetito	Vómito, diarrea, temperatura falta de apetito	Vómito, diarrea, temperatura falta de apetito
Lili	Temperatura, llanto, intranquilidad	-----	-----	-----

Fuente: Trabajo de campo, 2011-2013.

Llamó la atención el significado otorgado a la manifestación de la temperatura corporal, exaltándola como un indicativo de bienestar y malestar fundamental para considerar cambiar el tipo de atención en caso de no ver resultados efectivos para disminuirla. Aunque solo una madre expresó ocupar el termómetro, las demás basaron su experiencia en la observación y el tacto físico (aliento caliente, tocar cabeza, frente, pies, estómago). Aunado a ello, la primer estancia de atención para lograr disminuirla fue la doméstica, emplearon compresas de agua tibia pero sobre todo Tempra®, el cual es ampliamente conocido y difundido por su efectividad, en este sentido, de no bajar la fiebre, daban pie a buscar la opinión de algún especialista, fuera profesional o no.

Cabe señalar que cualquier tipo de malestar por superficial que sea, es evaluado en relación al tipo de tratamiento a ocupar pero principalmente su efectividad; la relevancia del asunto estriba en observar un avance y no un retroceso o incrementó de éste, porque de ser así, conjeturan que “no le quedó”, es decir, no sirvió la terapéutica y es necesario cambiar a otra alternativa.

En relación a esto, no esperan demasiado tiempo para ver los efectos de los tratamientos, pueden ser intervalos de una hora, una noche o un día, pero difícilmente mayor a ese lapso. Esto denota que en caso de haber recibido un tratamiento alópata de tres o más días, lo suspenden porque no esperan a que los medicamentos surtan efecto en más tiempo del esperado por ellas, aquí entra su subjetividad para tomar decisiones a partir de ver la condición del enfermo.

Los medicamentos suelen percibirse como nocivos a la salud cuando observan que en lugar de beneficiar están perjudicando, esto es, se agrava (“empeora”) el enfermo. Generalmente están atentas a resultados inmediatos o por lo menos distinguir indicios de mejoría.

La elección de los diagnósticos va de la mano a la de tratamientos, aquí presentamos una lista del orden secuencial de los primeros.

- Trayectoria No. 1 Doméstica/médico particular/ curandero.
- Trayectoria No. 2 Curandero (2).
- Trayectoria No. 3 Doméstica/médico público/curandero.
- Trayectoria No. 4 Doméstica/curandero.
- Trayectoria No. 5 Médico particular/curandero.
- Trayectoria No. 6 Doméstica/curandero.
- Trayectoria No. 7 Doméstica/curandero.
- Trayectoria No. 8 Médico particular/Hospital público/Doméstica.
- Trayectoria No. 9 Doméstica/curandero/médico particular.

Haciendo el compendio de las nueve experiencias del padecer, nos damos cuenta que en los recorridos a consultar, en su mayoría (seis), la primera estancia seleccionada fue la doméstica, en dos médico particular y solo en uno el curandero²⁹⁹, en este último se buscaron dos especialistas diferentes porque el primer diagnóstico no fue asertivo, lo notable es que no recurrieron a otra estancia, exclusivamente a la popular.

En la segunda estancia sobresalieron los curanderos por encima de los médicos, de los cuales, uno fue público del primer nivel de atención y el otro también gubernamental pero del segundo nivel de atención.

En las experiencias donde hubo que recurrir a una tercera estancia, predominaron nuevamente los curanderos (cuatro) más que el médico (una); y de manera peculiar queremos resaltar la experiencia número ocho, debido a que ahí no ocuparon al curandero para buscar un diagnóstico sino que se hizo a través del ámbito doméstico (en función del escapulario)³⁰⁰.

De las diferentes elecciones, subrayamos el hecho de que las madres legitimen el conocimiento del curandero incluso subestimando al del alópata, esto porque ven viable ir primero con él para que les indique con qué profesional de la salud deben tener asistencia (de acuerdo a la enfermedad). Además, en la búsqueda de diagnósticos es una estrategia dar prioridad al curandero en lugar del médico para evitar gastar dinero, pues de acuerdo a su noción y experiencias previas del padecer, más vale acceder a una situación conocida (efectiva) y no a la posibilidad de que sea peor (costosa e incierta).

En cuanto a los médicos, cuando estos fueron una opción en primer nivel de atención, eran privados más que públicos, de hecho la única Unidad Médica electa no estaba ubicada en Coatetelco, sino en el municipio de Xochitepec (por residencia temporal en otro lugar). Esto apuntaría a la recurrencia del sector privado más que al gubernamental.

Al Centro de Salud de la localidad dejan de acudir porque no es una posibilidad de fácil acceso para la atención, la organización administrativa (horarios y citas) impide asistencia pronta y eficaz por lo que prescinden de esa estancia; en parte, por tal argumento visitan al médico particular.

Ahora bien, de las manifestaciones de alivio o persistencia del malestar dependió el itinerario terapéutico a recorrer. A continuación volvemos a enlistar las nueve trayectorias, pero detallando algunos elementos relacionales en la atención. Aclaramos que el número entre paréntesis indica el uso de más de un recurso terapéutico.

TrayectoriaNo.1 Doméstica (2) /médico particular (1) / curandero (3) padrinos/colectivo³⁰¹.

TrayectoriaNo.2 Curandero (2) (3) padrinos-familia/colectivo.

TrayectoriaNo.3 Doméstica (2) /médico público (1) /curandero (3) /padrinos/colectivo.

TrayectoriaNo.4 Doméstica (1) /curandero (3) padrinos-familia/colectivo.

TrayectoriaNo.5 Médico particular (1) /curandero (3) /padrinos-familia/colectivo.

TrayectoriaNo.6 Doméstica (2) /curandero (4)/familia/padrinos-familia/colectivo.

²⁹⁹ En todas las trayectorias descritas, los curanderos a consultar fueron mujeres, ningún hombre.

³⁰⁰ Ver capítulo V, apartado: 5.6 procedimiento diagnóstico.

³⁰¹ Usamos la palabra "colectivo" para hacer referencia al día en que concluye la terapéutica.

TrayectoriaNo.7 Doméstica (3) /curandero (4) /familia/padrinos-familia/colectivo.

TrayectoriaNo.8Médicoparticular(1)/Hospitalpúblico(1-2)/Doméstica(1-5)/familia/padrinos-familia/colectivo.

TrayectoriaNo.9Doméstica(1)/curandero(4)/familia/padrinos/colectivo/médico particular (1).

La atención doméstica regularmente se basó en la experiencia personal de las madres o de las mujeres cercanas a ellas que ya habían atendido malestares similares en otras ocasiones, ocuparon remedios caseros y suministro de medicamentos (principalmente Tempra[®]). Así, al no ser funcionales como en su momento pudieron serlo, los descartaron.

Respecto a los medicamentos, reiteramos que suelen ser suspendidos si en lugar de generar mejoría ocasionan lo contrario, son considerados nocivos y perjudiciales. Entre otras cosas, caemos en cuenta que cuando detectan reacciones negativas sobre el padecer, asumen que la persona no sanará porque aunque los medicamentos sean de excelente calidad o efectividad no tendrán ningún resultado positivo debido a que la enfermedad no debe ser atendida de esa manera.

El medicamento también es suspendido por instrucción del curandero o a sabiendas del saber popular reproducido, pues de acuerdo a la representación social, la atención del escapulario requiere de consumo de alcohol, así que racionalizan que al hacer las dos cosas será perjudicial a la salud. Por otro lado, pueden haber casos extraordinarios en los que seguirán el tratamiento alópata y el del escapulario también (estratégicamente otro familiar ingiere alcohol por el enfermo), pero generalmente esto ocurre en función de la gravedad del padecer. Por ejemplo, en el acontecimiento D (complicación), de Yuri, al momento de efectuar la terapéutica no se restringió el consumo de alcohol ni tampoco dejar de tomar el suero vía oral prescrito por el médico (para monitorear la deshidratación).

En las nueve experiencias, las madres evaluaron los diferentes tipos de tratamientos utilizados en el camino del padecer, de los cuales, otorgaron la eficacia a la atención del escapulario, esto estuvo reflejado en ocho trayectorias con excepción de una, la de Lili (evento A), quien culminó con médico particular.

La eficacia e ineficacia de la atención dependió de la percepción de las madres, la cual estuvo reflejada en notar la recuperación del niño. En la experiencia de Lili (evento A), el padecer fue considerado grave porque no existió eficacia con la atención del escapulario.

Una vez que el padecer quedó únicamente bajo la terapéutica del escapulario, nos dimos cuenta que intervinieron distintos actores sociales sobre el problema de salud.

El curandero al realizar el diagnóstico y revelar el tipo de enfermedad pareciera cumplir solo con esta función, sin embargo, en algunos eventos las madres refirieron ver mejoría a partir de la limpia de huevo o alumbre.

Como bien hemos expuesto en otro momento³⁰², la limpia realizada por los padrinos funge un papel primordial para los primeros indicios del restablecimiento de la salud. De las nueve trayectorias de atención, en su mayoría (seis) el tratamiento fue “sencillo”³⁰³, lo cual representó

³⁰² Ver capítulo IV, apartado 5.7.2.1 Ritual curativo “Avisar”.

³⁰³ Ver capítulo IV, apartado 5.8.1 Tratamiento “Sencillo” y “Quiere bien”.

mayor participación de la familia más cercana o de confianza y no fue necesario formalizar el compromiso social como padrinos, por ende, el gasto económico fue menor. Inclusive, cuando la colaboración de un familiar hace “remedio” (eficacia), se le vuelve hacer la petición (“favor”) varias veces.

Adicionalmente, la participación de algún miembro con estatus o saber (abuela) fue necesaria cuando decidieron prescindir de un especialista (curandero) para diagnosticar el padecer (trayectoria de atención No. 8, evento D) o cuando además de la limpia de los padrinos (avisar), otros integrantes antecedieron una limpia para ir calmando las molestias del padecer (Trayectoria de atención No. 6, evento B, trayectoria No. 7, evento C, y trayectoria No. 9, evento A).

En este sentido, en el proceso de salud y enfermedad la familia juega un papel fundamental en la atención del escapulario, interviene como facilitadora de las diferentes etapas a transitar. A partir de la persistencia del malestar, existió acompañamiento no solo hacia el niño enfermo sino hacia la madre, así, algunas veces diagnostican, aconsejan u opinan y otras actúan como padrinos sin serlo debidamente (no compran ningún recurso terapéutico requerido, solamente participan en el acto curativo).

6.2.3 Experiencia del último evento de escapulario

6.2.3.1 Descripción de las trayectorias del último evento del padecer

En este apartado presentamos las trayectorias de atención del último evento del padecer en cada niño, para Abel y Alina representa el primero porque no habían tenido ninguna experiencia previa.

6.2.3.1.1 Daniel, último evento

La tercera y última vez que Daniel padeció escapulario fue a los tres años dos meses. Ubicándonos cronológicamente, éste fue en enero del 2012.

De hecho, la problemática del padecer estuvo centrada en que Daniel había padecido de escapulario dos meses antes al tercer evento y ello explicaba todo, pues de acuerdo a la representación social en torno al ritual curativo, cuando en éste los asistentes no participan con agrado y en lugar de estar alegres acontecen agresiones verbales o físicas entre ellos, los santos no cumplen con el cometido de restablecer completamente la salud del enfermo, por lo que la enfermedad vuelve a ser recurrente como señal de desagrado de parte de los santos. En dicha circunstancia, nuevamente debe realizarse el tratamiento y prestar cuidado a una convivencia disfrutable en compañía de los invitados y por motivo de la curación.

En esa ocasión no salieron las cosas bien, pues ese día hubo un pleito... por eso el niño no se compuso, y después siguió de eso, el niño volvió a recaer...Pues no se hizo con gusto... hubo pleitos desde temprano, desde que estábamos haciendo el mole. Por eso los santos no se fueron porque vieron que lo hicimos con coraje (Trabajo de campo, 2013).

Entonces, de acuerdo a la apreciación de la madre, este tercer evento apareció como consecuencia del anterior, y aunque en su momento esto no se vio como ineficacia tiempo

después sí lo fue, pues atendió a que los santos no se fueron de la vivienda porque no les gustó alguna acción de la curación y en ese sentido hubo recaída en el padecer, es decir, los santos volvieron a enfermar al niño.

La manifestación del malestar en Daniel comenzó con temperatura corporal, sin apetito, llanto, pero sobre todo fatiga y querer estar durmiendo la mayor parte del tiempo. La temperatura predominó de manera contigua durante dos días, para Angélica éste fue el indicador del alivio o persistencia del malestar. Su mayor preocupación fue haber dejado de comer durante tres días, pues tenía el antecedente médico de desnutrición, situación que la mantuvo alerta para observar esa inapetencia con los alimentos.

Ante la aparición de dichos síntomas Angélica recurrió a tres tipos de atención, dos antes de llegar a la terapéutica del escapulario. La primera fue doméstica, con dos estrategias, asó (puso sobre el comal caliente) tomates y después les puso alcohol para pasarlos por todo el cuerpo de Daniel, también acudió a la tienda y compró dos Desenfrioles®; la segunda atención fue acudir con el médico público del Centro de Salud, quién le diagnosticó infección estomacal y recetó paracetamol y ambroxol; finalmente la tercera fue consultar al curandero, él diagnosticó el escapulario.

Inicialmente Angélica creyó que por presentar fiebre, Daniel tenía infección en la garganta, por ello, ocupó tanto tomate como Desenfriol® para bajarla, pues previamente esas prácticas le habían servido, empero, la atención doméstica no resultó exitosa.

Después, el diagnóstico con dos especialistas (alópata y popular) le hicieron cambiar de estrategia y seguir sus indicaciones, aunque en el caso del médico no las siguió al pie de la letra porque imperó la percepción de la madre, lo que generó suspender el tratamiento. El médico fue invalidado por ella debido a la escasez de resultados terapéuticos pero también a la falta de conocimiento profesional, pues desde su parecer hizo un mal diagnóstico por hacerlo de manera automática.

Yo decía que el doctor no sabe porque siempre que voy, me dice, que tiene una infección en la garganta, que tiene una infección en el estómago y no le sirve de nada (Trabajo de campo, 2013).

Otro aspecto que determinó inconformidad hacia esta atención fue la estrecha relación que Angélica guarda con el gremio médico, pues en historias precedentes ha tenido desagrado por el trato otorgado a su persona y a la forma institucional de proceder para dar una atención con calidad. En este evento de enfermedad no hubo excepción.

Me fui como a eso de las ocho, estaba medio nublado y con frío, me lo llevé temprano... había un buen de gente ahí –Centro de Salud–, entonces le dije al doctor ¡Oiga atienda a mi niño! Y él me contestó ¡Pues espérate hasta que atendamos a estas personas porque también tienen prisa! Le digo ¡Es que mi niño lo traigo con calentura! Y él responde ¡Pues te hubieras venido más temprano a sacar ficha! Yo le expliqué ¡Es que no tengo ni quién me cuide a mi otro niño! Y al final contestó ¡Pues entonces espérate!.. De hecho por coincidencia una hermana mía llegó, se enojó con el médico y solamente así me lo atendieron (Trabajo de campo, 2013).

Angélica no perdió de vista la reacción favorable o negativa a cada atención, eso le dio pauta para esperar o cambiar de una hacia otra. La valoración de los malestares era en periodos de

tiempo cortos y en función de una resolución rápida con los recursos utilizados en cada atención. Las dos atenciones previas a la del escapulario no fueron eficaces, en testimonio de Angélica “no sirvieron de nada”.

Para ella, de las tres atenciones la última fue la oportuna, la del escapulario, ya que identificó disminución de la temperatura con la limpia (Avisar) y Daniel comenzó a comer cuando culminó la curación (dar santo), así dio por hecho un resultado satisfactorio en su salud. En los siguientes días, el ánimo del niño para jugar, comer y estar tranquilo validó la recuperación.

6.2.3.1.2 Gabriela, último evento

La tercera y última vez que Gabriela padeció escapulario fue al año y medio de edad. Ese evento ocurrió en julio del 2010.

En esta ocasión se creyó que la causa del padecer se debió a que días previos una tía de la niña enfermó de escapulario, la atendieron pero el tratamiento fue “sencillo”, esto representó que San Antonio y Santo Domingo no se hayan ido de la casa, quedaron insatisfechos con la atención brindada, fue así que por residir en el mismo lugar, Gabriela enfermó, los santos la “agarraron” por ser la más endeble.

Como a mi tía no se lo hicieron bien... no más le engañaron... los santitos no se fueron, se quedaron ahí y cómo la niña era la más débil de la casa, pues se aprovecharon de ella (Trabajo de campo, 2013).

Gabriela comenzó a tener temperatura, no dormía, lloraba mucho, le dolía el estómago y perdió el apetito. Para atender el padecer, la familia ocupó tres estancias, la primera fue acudir con un médico particular, quien le diagnosticó infección estomacal por falta de hábitos higiénicos, le recetó tres medicamentos, de los cuales solo recordó que el paracetamol había sido para disminuir la temperatura y el dolor; la segunda atención fue doméstica, la abuela limpió corporalmente a la niña con una playera sucia y la tercera fue ir con un curandero, quien determinó escapulario.

Destacamos que la primera elección de atención dependió de la opinión de la abuela materna, debido a que anticipadamente había muerto un familiar muy cercano a la madre de la niña, al haber sufrido emocionalmente esa pérdida, también existía la sospecha de que la infante podía haber sido afectada por estar tomando el pecho, de ahí que pensaron que el médico podía detectar ese problema de salud.

Como la estaba amamantando, mi mamá dijo que a lo mejor le había pasado todo mi resentimiento a ella... Un sentimiento puede provocar una enfermedad, como la muerte, tristeza, todo eso... cuando tienes dolor, resentimiento o susto fuerte es malo que amamantes a la niña porque se lo puedes pasar y eso le puede provocar hasta la muerte... Por eso la llevé al doctor (Trabajo de campo, 2013).

De las tres alternativas, la del médico fue suspendida, tenía que suministrar el medicamento durante tres, cinco y siete días pero solo se lo dio tres veces durante dos días, de acuerdo a la impresión de la madre, con el medicamento no había ninguna mejoría en la niña porque “no funcionaba”, la fiebre no aminoraba.

Ante la persistencia de las molestias, la abuela creyó que la niña podía tener “mal de ojo”, fue así que ocupó la playera, pero la limpia tampoco surtió efecto, no sirvió porque es común que los niños suelen conciliar el sueño después de esta estrategia terapéutica y no ocurrió lo esperado.

De no ver una reacción favorable, optaron por visitar al curandero, después de su diagnóstico interrumpieron el suministro de medicamentos a razón de que él lo indicó. Después de la consulta, la familia ya había pensado en quien sería la madrina, pero existía el inconveniente de que ella estaba viviendo en la ciudad de Cuernavaca, ante tal circunstancia, la abuela optó por llegar a la vivienda y hacer una primer limpia con las velas de cebo, el cometido sería hablar con los santos y pedirles calmar las molestias momentáneas de la niña. Para la madre de la menor, sí hubo repercusión de la limpia, propició un mejor semblante en el ánimo de Gabriela, logró dormir y la temperatura bajó poco.

Dos días después visitaron a la tía que sería la madrina y le solicitaron hacer la limpia (avisar) correspondiente a la terapéutica del escapulario; después de esto, la mamá observó una recuperación más notable, cesó la temperatura, durmió, recuperó el apetito para comer y jugaba. Ella cree que las reacciones de bienestar son como un “milagro”, las cuales son positivas en función de avisarles a los santos que sí les darán su huentle.

El convenio entre madrina y familia para concluir esta curación fue en veinte días, en el inter del tiempo transcurrido y el día del evento (dar santo) la niña ya no tuvo ningún síntoma, se había reestablecido. Posteriormente tampoco hubo reincidencia del padecer.

6.2.3.1.3 Yuri, último evento

La quinta y última vez que Yuri padeció escapulario fue a los dos años con nueve meses. El evento ocurrió en agosto de 2012.

A diferencia de cuatro episodios previos, este último fue completamente distinto, sin causa aparente y de un día para otro, la niña amaneció con lagaña, lagrimeo y enrojecimiento en la parte interna de un ojo, la madre lo describió como si hubiera recibido un golpe físico, pero sin tener dolor alguno. Aunado a ello, también presentó temperatura.

En ese tiempo la madre no pudo atender a Yuri porque estaba reponiéndose de un cuadro de dengue, fue así que la abuela materna realizó el itinerario terapéutico.

Se llevaron a cabo dos atenciones, la primera fue doméstica con dos prácticas, ocuparon yerba de jarilla con huevo, los cuales fueron frotados en el ojo afectado; al siguiente día le pusieron unas gotas (no recordó nombre) sugeridas por una tía. La segunda estancia a la que acudieron fue con un curandero, él diagnosticó escapulario.

En cuanto a las opciones hechas en casa, las gotas únicamente fueron utilizadas en tres ocasiones durante el transcurso de un día, ya que de acuerdo a la versión de la madre, éstas no tuvieron ningún beneficio aparente y dejaron de ponérselas porque la niña lloraba cada vez que lo hacían, en cambio, la jarilla y el huevo sí ayudaron porque el ojo dejó de lagrimear, bajó la temperatura y logró dormir más tranquila.

Sin embargo, el enrojecimiento no disminuyó considerablemente y esto llevó a asistir con el curandero, después de consultarlo y de confirmarles el diagnóstico, ya estando en la casa, la abuela procedió a hablar con los santos para pedirles curar a la niña y hacerles saber que sí les darían (huentle) lo que pedían a cambio de su salud; según la versión de la madre, la temperatura desapareció ahí.

Pasaron cuatro días para visitar a la persona que sería la madrina, en ese intervalo de tiempo, la abuela continuó limpiándola con el huevo y jarilla por haber sido funcional, cuando llegó el día la limpia (avisar), el ojo comenzó a aclararse y dejó de estar rojo tres días después.

Posteriormente pasó una semana para finalizar la terapéutica correspondiente (dar santo), en ese momento ya no había ningún signo en el ojo ni tampoco en los siguientes días.

6.2.3.1.4 Abel, último evento

La primera y única vez que Abel padeció escapulario fue al año y medio de edad. Ubicándonos cronológicamente, éste fue en agosto del 2010.

Abel tuvo diferentes molestias vómito, temperatura, diarrea, dejó de comer y no consentir el alimento, llanto incontrolado, pataleaba y por momentos su cuerpo se desvanecía por falta de energía o intranquilidad general.

Ante tal padecer, fueron visitadas tres estancias de atención, la primera fue doméstica, la abuela materna sugirió té de manzanilla, después acudieron con un médico particular, quien diagnosticó infección en el estómago y al final optaron por ir con un curandero, él dijo que tenía “fuerte santo”.

Originalmente, la abuela supuso que tenía dolor de estómago por esa razón le dieron té de manzanilla, éste fue ingerido en una sola ocasión, así que no hubo algún efecto a favor, no le calmó ninguna molestia.

Los padres al ver el llanto exacerbado del niño decidieron acudir con el médico, pensando en que él podía dar solución al padecer. Durante la consulta, él les advirtió que de no tener alivio con los medicamentos recetados, debían llevar al niño al hospital de Tetecala para que ahí le dieran suero vía oral y le quitaran el vómito y diarrea. En el relato, la madre refirió que el médico no dio alguna indicación especial para hacer en casa, así que horas después de haberlo consultado, al no ver mejoría en la salud de Abel, descalificó su saber profesional.

Él vio que estaba bien malito porque ya estaba hasta cayéndose... pero ya después le dije a mi mamá ¡Él nada más me dijo eso, pero yo creo que ni sabía lo que tenía, lo que quería el niño! (Trabajo de campo, 2013).

El tratamiento consistía en varios medicamentos durante siete días, Tempra® para la fiebre y otros que no recordó, los cuales los ocupó únicamente una vez, dejó de dárselos cuando vio que el niño no se calmaba de llorar y seguía estando intranquilo; lo único que mejoró fue la temperatura corporal pero de manera provisional.

Después de pasar alrededor de cinco horas y sin respuesta ante la ingesta de los medicamentos, la madre optó por seguir las indicaciones de la abuela de Abel, quién le había advertido no asistir con el médico.

Pues ya mi mamá me dijo ¿Para qué lo llevas al doctor? ¡Es que no es de doctor, eres una pendeja se va morir el niño por tu terquedad; que no entiendes que el niño quiere santo, que no lo ves cómo está! Dice ¡Que no entiendes que allá ellas –curanderas- te dicen si es de doctor, si es de santo o si es de otra cosa... Es que tú no crees, eres bien terca! Y pues ya mi mamá me regañó y lo llevé a limpiar... (Trabajo de campo, 2013).

La curandera en la consulta indicó que el niño tenía “fuerte santo”, lo cual tenía una implicación, de no atenderlo cómo había aparecido en la lectura del huevo, el riesgo de gravedad estaría presente. Para sorpresa de la mamá, la especialista argumentó que el malestar del niño había empeorado por no creer en los santos y haber asistido previamente con el médico.

Ella me dijo que el niño quería fuerte santo y que los viejitos –santos- no lo dejaban en paz porque yo no me creía y lo había llevado al doctor y que no era de eso, por eso mi hijo se puso mal, más malo... Y que si yo quería que se lograra –recuperara- que le diera luego, luego –dar santo-. Que sin nada de pleitos, que creyéramos en eso, que él quería cuetes, muchos cuetes y me empezó a decir que les dijera a los santitos que dejarán a mi niño (Trabajo de campo, 2013).

Al llegar a la vivienda, la madre vio que la limpia realizada por el curandero ayudó, ya que aunque el niño no estaba completamente mejorado, durmió, descansó y dejó de llorar. Al otro día buscaron a los padrinos para limpiar (avisar) a Abel, ahí también observó alivio en los síntomas porque fueron más leves, el vómito y la diarrea eran menos frecuentes. Pasaron tres días para finalizar la terapéutica, en ese intervalo de tiempo, la madre decidió seguir dándole Tempra® para bajarle la temperatura, pues seguía prevaleciendo.

El día del evento (dar santo) aún estaba un poco inquieto (llanto, vómito y con escaso deseo de comer), el padecer desapareció completamente tres días después.

6.2.3.1.5 Lili, último evento

La segunda y última vez que Lili padeció escapulario fue a los dos años cumplidos. El evento ocurrió en agosto del 2010.

Entre las molestias sentidas estuvieron, diarrea, dejó de comer y fuerte dolor de estómago que le hacían patallar y tirarse al piso.

La madre exploró dos estancias diferentes, la primera fue doméstica, en la tienda compró una pastilla denominada³⁰⁴ Terramicina®, disolvió una cuarta parte en agua y le dio a beber en cucharadas durante dos sesiones de cinco horas, a la par también usó el té de yerbabuena, se lo daba cada que tenía sed y como agua de tiempo. La segunda estancia a visitar fue un curandero, quien le confirmó escapulario.

Mientras el padecer continuaba, la madre tenía dudas del camino terapéutico a recorrer, después de haber usado dos estrategias domésticas, no sabía si acudir con el médico o ir directamente con un curandero; en el Centro de Salud tuvo dificultades administrativas por no

³⁰⁴ No tuvimos certeza del nombre de la pastilla, la madre así la refirió.

haber registrado a la menor en el Programa Oportunidades (darla de alta) así que desistió de esa opción y con médico particular no lo hizo por falta de recursos económicos.

Me decían que la llevara con el doctor pero no la llevé, no sabía qué hacer, después mi mamá me dijo ¡Pues hay que llevarla a limpiar! (Trabajo de campo, 2013).

Desde la perspectiva de la madre, las dos alternativas caseras ayudaron a calmar las molestias, por ejemplo, la pastilla contribuyó a disminuir un poco el dolor estomacal porque la niña ya no lo sentía incesantemente, por su parte, el té de yerbabuena le dio la sensación de tener el estómago caliente; inclusive, preliminarmente la mamá había pensado que la niña tenía “frío metido”, por no cubrirse el cuerpo, andar descalza o mojarse la ropa en temporada de lluvias, de ahí que el té le cayera bien.

Después, la madre dejó de darle la pastilla a partir de comentarios de otras mujeres cercanas a ella, quienes enfatizaron era demasiada dosis para un infante. En cambio, el té no lo suspendió por ser la única manera de que Lili tomara líquidos, pues el agua natural no la toleraba y veían que estaba deshidratándose, por lo que por sugerencia de la abuela materna (bisabuela de la niña) continuó bebiéndolo los días que duró el padecer.

Aunque la madre consideró que la atención doméstica había servido no era suficiente debido a que persistían dos malestares, la diarrea y no probar alimento, fue así que después de ir con el curandero y al haberles ratificado escapulario, llegaron a la vivienda y la abuela materna habló con los santos de manera provisional para que dejaran de molestar a la niña (no la limpió con velas de cebo). Desde ese momento, hubo reacciones positivas porque los episodios diarreicos comenzaron a ser menores y ya no estaba tan inquieta.

Después formalizaron la limpia (avisar) con la tía que sería la madrina, en ese momento, también vieron un cambio notable al siguiente día de haberla limpiado, Lili ya tenía ánimo para consentir la comida, al igual que mejoraba paulatinamente las demás molestias. Transcurrieron ocho días para finalizar la curación (dar santo), ese día ya no tenía ninguna queja, había alivio completo, al igual que en días posteriores.

6.2.3.1.6 Alina, último evento

La primera y única vez que Alina ha padecido escapulario fue al año y un mes de edad. El evento aconteció en diciembre del 2011.

A diferencia de otros niños, aquí el signo manifestado en la menor no era molesto, empezó a tener rozadura en la piel, especialmente en vagina y nalgas, al principio presentó enrojecimiento y adicionalmente fueron apareciendo granos en la misma área. La rozadura duró tres semanas y los granos brotaron a la cuarta semana del mes. A la madre le causó extrañeza que no existiera queja, enfado, llanto e intranquilidad.

Se ocuparon tres atenciones, la primera fue doméstica con dos recursos, utilizó la pomada Capent® y después Maizena®, ambas fueron esparcidas en el zona afectada pensando en que podían refrescar la piel. La segunda estancia a visitar fue un médico particular, quien diagnosticó rozadura del pañal, le recomendó cambiar de marca, usar unas toallas húmedas (comerciales)

para un mejor cuidado corpóreo así como la Pasta de Lassar® (óxido de zinc). La tercera atención fue asistir con un curandero que determinó escapulario.

Inicialmente, la madre creyó que se trataba de una irritación de piel, de ahí que empleara estrategias comúnmente conocidas, el Capent® la ocupó la primer semana y la Maízena® durante la segunda, pero ante un resultado no esperado decidió suspenderlas debido a que pensó que la pomada en lugar de ayudar podía irritar aún más; por su parte, la harina de maíz no estaba surtiendo ningún efecto.

Después, la suegra le aconsejó llevarla con el médico para verificar alguna infección; ahí le indicaron la Pasta de Lassar® (óxido de zinc) tres veces al día durante cinco días además de otras medidas higiénicas. Observó que los granos se quitaban momentáneamente pero después reaparecían otra vez y el enrojecimiento disminuía poco.

A pesar de eso todavía le volvieron a regresar los granitos, a pesar de que todavía seguía poniéndole la pomada – Pasta de Lassar®,... como que se le iban así apagando y otra vez otros nuevos. Y dije no pues esto no me está funcionando y ya pues tomamos la decisión de llevarla a limpiar (Trabajo de campo, 2013).

En ese sentido, optaron por acudir con el curandero, quien al haberles confirmado el diagnóstico siguieron las instrucciones ya conocidas en la terapéutica. Al llegar a la vivienda, la abuela paterna dio una primera limpia con las velitas de cebo, ésta fue antes de que lo hicieran los padrinos; al otro día de efectuarla, la mamá se percató que el enrojecimiento había reducido y con menos granos esparcidos.

Yo vi los resultados... mi suegra la había limpiado, le avisó en esa misma noche, después de que regresamos, fuimos a comprar las velitas y la limpió, al otro día vi que ya estaba casi sana (Trabajo de campo, 2013).

A los cuatro días, fue realizada formalmente la limpia (avisar) de parte del hermano de la madre, quien actuaría de padrino debido a que el tratamiento sería familiar, para ese día ya no había la manifestación de granos ni enrojecimiento. A los ocho días terminó la atención (dar santo) y tampoco existían los signos de irritación. Días después no hubo reincidencia.

Cabe señalar, que a pesar de no apreciar una restauración completa con la indicación del médico, la mamá decidió seguirle poniendo de manera habitual el ungüento recetado, ya que se dio cuenta que la consistencia era cremosa y no se eliminaba rápidamente del cuerpo.

6.2.3.2 Interpretación de las trayectorias del último evento del padecer

Por segunda ocasión interpretamos a través de la voz de las madres las trayectorias de atención del último evento del padecer pero ahora de todos los niños participantes en la investigación.

Las descripciones de cada acontecimiento estuvieron expuestas de manera resumida, en este apartado resaltaremos los elementos comunes o significativos de las seis y solo de ser necesario mencionaremos otros datos, los cuales fueron recuperados tanto en las entrevistas como en observación participante.

A partir de las trayectorias de atención pretendimos recuperar las prácticas sociales, sin embargo, las representaciones sociales salieron a la vista en los relatos registrados, así que al estar ligadas no pudimos analizar unas sin las otras.

Basta ejemplificar las trayectorias de Daniel y Gabriela, donde encontramos que al haber asignado ineficacia a una atención previa (personal o de un familiar) fue reincidente el padecer en el menor, por lo que ante tal hecho hubo que atenderse nuevamente. En otras palabras, las trayectorias evidencian la ocurrencia del padecer.

En cuanto a la edad del último evento del padecer, el único caso sobresaliente es el de Daniel, quien había tenido una experiencia precedente tres meses antes, ésta también fue justificada por la ineficacia en la atención. El resto de niños tardó más de cuatro meses entre un suceso y otro.

Un aspecto adicional a considerar son los meses en que se presentó el último acontecimiento del padecer, enero (1), julio (1), agosto (3) y diciembre (1), el mes más frecuente fue agosto, de lo cual, solo nos resta decir que las seis trayectorias de atención muestran lo que curanderos exaltan en cuanto a la temporalidad de la enfermedad predominantemente sigue manifestándose en junio, julio y agosto, sin olvidar que puede aparecer en cualquier mes del año.

Los malestares sentidos en los niños están plasmados en la siguiente tabla.

Tabla No. 44 Experiencia del último evento: síntomas y malestares	
Trayectorias	Último evento
Daniel	Temperatura, sin apetito, llanto, fatiga.
Gabriela	Temperatura, no dormía, lloraba mucho, dolor de estómago, perdió el apetito
Yuri	Lagaña, lagrimeo y enrojecimiento en la parte interna de un ojo, temperatura.
Abel	Vómito, temperatura, diarrea, dejó de comer, llanto incontrolado, falta de energía.
Lili	Diarrea, dejó de comer, fuerte dolor de estómago.
Alina	Rozadura en vagina y nalgas, granos en la misma área.

Fuente: Trabajo de campo 2011-2013.

Entre los síntomas recurrentes para todos, observamos la temperatura, falta de apetito e intranquilidad general (llanto, fatiga, trastorno de sueño), en tres casos sobresalió la diarrea o dolor de estómago y dos casos fueron excepcionales con signos específicos rozadura y granos en la piel así como lagaña, lagrimeo y enrojecimiento en un ojo.

De acuerdo a los relatos de las madres, reapareció que a la temperatura corporal le dan un significado especial, pues ven bienestar cuando baja y malestar al no disminuir o subir. Inclusive, en casi todos los casos en parte de esto dependió otorgar validez al escapulario en lugar de otros tipos de atención.

En cuanto a la elección de diagnósticos, éstos fueron descifrados o consultados consecutivamente como mostramos a continuación:

- TrayectoriaNo.1 Doméstica/médico público/curandero.
- TrayectoriaNo.2 Médico particular/doméstica/curandero.
- TrayectoriaNo.3 Doméstica /curandero.
- TrayectoriaNo.4 Doméstica/médico particular/curandero.
- TrayectoriaNo.5 Doméstica/curandero.
- TrayectoriaNo.6 Doméstica/médico particular/curandero.

En la mayoría de los casos (cinco), la primera estancia a consultar fue la doméstica y en uno el médico particular. La segunda estancia a visitar estuvo liderada por médicos (tres), después por curanderos (dos) y en último lugar por la doméstica (uno). En cuatro casos donde existió la tercera estancia recurrieron al curandero; cabe enfatizar que en los dos casos donde no hubo esa tercera opción, de la doméstica se transitó directamente al curandero.

De estos dos (Yuri y Lili) es importante decir que en uno, la madre evitó ir con el médico público por no tener acceso a él (cuestión administrativa) y tampoco con el privado por falta de ingresos económicos para pagar el servicio.

Al mismo tiempo, vemos que de nuevo despuntaron los médicos particulares por encima del público; aunque en ambos casos hubo queja en dos trayectoria de atención, en la de Daniel, la madre refirió la dificultad por la que pasó al momento de asistir con el sector institucional (alta demanda en el Centro de Salud para otorgar consultas), por otro lado, la mamá de Abel también mostró descontento por la práctica clínica.

Aludiendo a los diagnósticos otorgados por los médicos, tres de cuatro niños que acudieron a consulta con ellos, diagnosticaron infección en el estómago, lo cual llama nuestra atención debido a que es un problema de salud enaltecido durante el desarrollo de la investigación.

El camino terapéutico es el mismo al descrito en la elección de diagnósticos, la única diferencia será exhibir el cambio de atenciones que realizaron las madres según la manifestación de alivio o persistencia del malestar.

- TrayectoriaNo.1 Doméstica (2)/médico público (1)/curandera (3)/padrinos-familia/colectivo.
- TrayectoriaNo.2 Médico particular (1)/doméstica (1)/curandera (4)/familia/padrinos-familia/colectivo.
- TrayectoriaNo.3 Doméstica (2)/curandera (4)/familia/padrinos/colectivo.
- TrayectoriaNo.4 Doméstica (1)/médico particular (1)/curandera (3)/padrinos/colectivo.
- TrayectoriaNo.5 Doméstica (2)/curandera (4)/familia/padrinos-familia/colectivo.
- TrayectoriaNo.6 Doméstica (2)/médico particular (1)/curandera (4)/familia/padrinos-familia/colectivo.

En las seis trayectorias, examinamos que las mamás al querer ver resultados positivos, no solo no les gusta esperar demasiado tiempo con cada tipo de atención sino que además van ocupando diversos recursos para evaluar qué es lo que está funcionando, qué sirve y qué no, qué suspenden, modifican o siguen empleando; el asunto de todo esto es que al combinar varias estrategias, finalmente la recuperación va siendo tangible aunque de manera gradual.

Así, ellas exaltan las evidencias de alivio en función de lo que perciben y eso las deja tranquilas y complacidas.

En la atención doméstica notamos que generalmente ocupan más de un medio terapéutico, el cual de ser funcional no dejan de utilizarlo durante todo el proceso de atención, esto fundamentalmente lo vimos en dos trayectorias de atención, en la de Yuri y Lili, en el resto de casos la descartaron una vez que no vieron ningún resultado.

Ocurrió lo mismo con la atención del médico, de cuatro que lo consultaron, dos (Abel y Alina) siguieron usando aquello que les sirvió, por ejemplo, el Tempra® para bajar la temperatura y la pomada Pasta de Lassar®, lo significativo del hecho es que aunque eso les ayudó a calmar las molestias, no fue suficiente y al recurrir a la atención popular, otorgaron a ésta la eficacia definitiva.

Ambas atenciones (doméstica y médico) fueron combinadas con la popular durante el episodio de enfermedad, desde el inicio y cerca del final, esto se vio evidenciado con Yuri, Abel, Lili y Alina.

En las seis trayectorias no perdimos de vista que las recuperaciones no fueron tan rápidas, es decir, no tan momentáneas como lo revelaron las trayectorias de experiencias previas del padecer, aquí Yuri, Abel y Lili tardaron más días en una pronta restauración de la salud, progresivamente iban viendo mejoría. Inclusive, con los dos últimos niños las madres consideraron gravedad por identificar deshidratación.

Concerniente a la atención popular, nuevamente las trayectorias realzaron la participación de diferentes protagonistas sociales, donde es incluido el curandero, familia, padrinos y gente participante el día del evento definitivo de la curación (dar santo).

Exponiéndolo detalladamente, el curandero no solo cumple con el rol de diagnosticar, en algunos casos (Abel) la limpia hecha con huevo o alumbre también ayuda a descansar o conciliar el sueño.

Ella -curandera- me lo limpió y me dijo qué es lo que tenía y le habló, le habló a mi niño que se compusiera...si ella no me dijera... no le serviría de nada (Trabajo de campo, 2013).

Cuando mencionamos a la familia nos referimos regularmente a las abuelas residentes en la misma vivienda (u otro miembro muy cercano y de confianza), quienes anticipan limpiar a los niños con velas de cebo o en su caso solo hablan con los santos para pedirles mitigar los malestares y decirles que recibirán sus peticiones (huentle) a cambio de la salud (Gabriela, Lili, Yuri, Alina).

Los padrinos también son parte primordial de la atención, de ellos depende una recuperación satisfactoria o no; en las trayectorias de cuatro niños (Daniel, Gabriela, Lili y Alina), predominó otra vez la participación de integrantes de la familia, lo cual representó un tratamiento sencillo, esto significa menor gasto económico.

He pensado... que uno respeta más a los padrinos que nos dan santo porque por ellos nos componemos porque si no nos hicieran ese favor nosotros no estuviéramos compuestos (Trabajo de campo, 2013).

Como iba a ser sencillo, escogemos a un hermano porque si íbamos a ver a otro de padrino y le pedíamos favor, nos trae gente y no teníamos dinero (Trabajo de campo, 2013).

La atención popular como última opción de atención apunta a que en la práctica, la gente no pierde nada con ocupar una terapéutica conocida culturalmente, a la que le tienen respeto por el temor asignado a los santos pero también por la satisfacción obtenida en la salud cuando se les da lo que ellos piden, su huente. Y a pesar de no contar con dinero disponible o suficiente, lo resuelven a través de préstamos económicos y la colaboración tanto de familiares como de gente conocida que es recíproca con la causa social y la enfermedad.

Dijimos a lo mejor es del santo y ya mi mamá dijo ¡Pues si es el santo que la dejen, de todos modos como quiera le vamos a hacer a la niña porque pues ya te gastaste, ya le vamos a hacer eso y mandamos a traer las velitas de cebo! (Trabajo de campo, 2013).

La observación participante nos permitió apreciar que solventar los gastos para efectuar la terapéutica del escapulario no es fácil, requiere de una inversión considerable que supera los gastos cotidianos. Con todo lo que esto implica, la gente justifica la recompensa en la atención y no subestiman la situación económica.

Para finalizar, a las mamás les preguntamos qué habían aprendido durante la atención del último evento del padecer, dos casos (Daniel y Abel) resultan emblemáticos por mencionar.

La experiencia con Daniel originó que la madre replanteara nuevas estrategias de atención con otro de sus hijos (el menor), pues al observar que después de las instancias recorridas con Daniel en el momento de enfermar, la más viable había sido la del escapulario, tiempo después, ella prefirió ocupar al curandero como primer estancia para evitar transitar por las demás.

Pues ahora lo que hago, por ejemplo, este mi niño ese día que estuvo enfermo, lo único que hice fue llevarlo a limpiar primero... Porque con Daniel así me salió, que no estaba bien con el médico, era primero la limpia. Y ahora ya entendí, digo ¡Pues no pierdo nada con que ella – curandera- me lo limpie! Y si ella me dice que es del doctor pues ya me lo llevo al médico (Trabajo de campo 2013).

Esta reconfiguración en la práctica social vuelve a reiterar la legitimidad otorgada al curandero en lugar del médico.

Con Abel, la madre habló de la importancia de seguir las indicaciones, opiniones y consejos de las mujeres de mayor edad, quienes además de tener conocimiento poseen experiencia con los eventos de la enfermedad, de igual manera, saber que aunque no se esté dispuesto a pedir favores a los familiares es necesario hacerlo porque en la atención del escapulario, ésta no es posible sin dicha colaboración.

Igualmente en consejos y materiales –económicos- porque si nosotros siguiéramos como éramos, la gente no nos apoyara, no nos ayudará, porque en el santo se necesita la gente y se necesita la familia (Trabajo de campo, 2013).

De ahí que, en las trayectorias de atención del último evento del padecer, vuelve a salir que la intervención de las mujeres con mayor experiencia (abuela, mamá, suegra) es imprescindible en el acompañamiento de la atención, cabe aclarar, que esto ocurre cuando la nuera o hija viven en la misma casa. A pesar de que lleguen a tener diferencias personales, en cuestión de enfermedad, las mujeres jóvenes solicitan sugerencia y ayuda, no existe recelo o rivalidad en la atención hacia el niño, todo lo contrario, la prioridad es el restablecimiento de la salud.

Pues no sé cómo hacerle....Yo pensaba, digo ¿Cómo le hago con mi niño? Le pliqué a mi suegra ¿Qué hago? No sé qué hacer porque no tengo dinero. Dice ¡Pues al niño le vamos a dar como sea! Digo ¿Y ahora a quién le pido dinero, dónde lo consigo? Dice ¡Pues vamos a ver a mi tía, presta dinero! Y pues ya la fuimos a ver y la señora sí me prestó (Trabajo de campo, 2013).

Así, las madres jóvenes se guían por la dirigencia de las mujeres grandes, no toman decisiones por sí mismas, en la atención del escapulario así acontece, quizá porque saben que de ser confirmado el diagnóstico necesitaran de la familia.

6.3 Recapitulación

Reuniendo la información de los rubros expuestos, ahora pretendemos relacionar la individualidad de los niños y la forma de atender su salud.

Primero haremos una reflexión en torno a los síntomas y malestares descritos por las madres sobre las experiencias previas del padecer y el último evento, para sorpresa nuestra éstos fueron muy similares tanto en los primeros nueve itinerarios como en los seis posteriores. Lo cual nos indica que en quince trayectorias de atención las molestias no variaron demasiado y son resumidas en temperatura, vómito, dolor de estómago, diarrea, falta de apetito e intranquilidad general (trastorno de sueño, llanto, agotamiento); entre las menos comunes fue la afectación en piel y ojos (irritación, ronchas, granos).

Así, triangulando lo que dice la gente acerca de la sintomatología³⁰⁵ y lo que relató en las trayectorias de atención, vemos que la información es coincidente, ya que aquí también resaltó que los niños enfermaron de dificultades confinadas a cuestiones estomacales, digestivas, intestinales o propiamente nutricionales; mal humor (intranquilidad general) y afectaciones en la piel (sobresalió la temperatura como síntoma asociado a otro tipo de malestar).

Con esto estamos diciendo que la representación y la práctica social no están alejadas en los hechos, lo que piensa la gente está relacionándose con lo que experimenta cuando enferma de escapulario, si bien, puede haber algunas variaciones, los niños regularmente están enfermando de lo que hemos expuesto hasta ahora.

Pasando ahora a la singularidad de la salud en cada infante (desde que nacieron a la edad actual), todos han tenido diferentes sucesos de enfermedad, sin embargo, algunas mamás al momento de mencionar los antecedentes médicos no distinguieron entre los malestares biomédicos y los que no lo son, simplemente expresaron lo acontecido o más recurrente. El asunto de esto es que independientemente de la causa que produjo cualquier enfermedad, ellas

³⁰⁵ Ver capítulo V, apartado: sintomatología.

han buscado diferentes formas de atención y entre éstas la del escapulario, no cuestionan de dónde provino el padecer sino cómo resolverlo.

En cambio, aunque las madres no estén conscientes o no se den cuenta de ello, a nosotros nos interesa resaltar que algunos malestares reportados en los antecedentes médicos también fueron los mismos en las experiencias previas y en el último evento de escapulario, esto fue en los casos de Daniel, Gabriela, Yuri y Lili, quienes a su vez vivenciaron más de una ocasión el padecer.

Este dato resulta fundamental en la comprensión del proceso-salud-enfermedad-atención de los niños, pues nos preguntamos ¿Qué está faltando en la atención biomédica para no satisfacer sus problemas de salud y tener que recurrir a la atención popular?

De Daniel, recordaremos algunas situaciones a la condición de su salud; a partir de los dos años de edad él enfermaba de manera frecuente y con cuadros recurrentes como respiratorios o digestivos (ver apartado: antecedentes médicos). De los dos a los tres años tuvo tres experiencias consecutivas de escapulario, los dos últimos eventos no tardaron más de tres meses entre uno y otro; además en ese lapso de tiempo le diagnosticaron en el Centro de Salud desnutrición leve (también anemia), fue vigilado para mejorar el nivel nutricional durante un año, aspecto que logró a los tres años aproximadamente.

En segundo lugar está Gabriela, quien de acuerdo a la versión de la madre, desde pequeña enfermaba de gripa periódicamente, así que deducía eran infecciones en la garganta, conforme fue creciendo siguió siendo enfermiza y con malestares aparentemente inespecíficos (temperatura, llanto, no conciliaba el sueño, sin apetito). Un día consultó a un médico general, quien la refirió al odontólogo y él a su vez le aclaró que tenía problemas dentales por lo que esos síntomas estaban relacionados con infecciones tanto respiratorias como estomacales. La niña tuvo tres experiencias de escapulario, las dos primeras con un intervalo de cuatro meses y la última fue más espaciada, en los tres eventos las molestias fueron parecidas. Desafortunadamente no pudimos tener el reporte sobre su estado nutricional debido a que el médico pasante que colaboró con nosotros no realizó su historia clínica (cuestión logística por cambio de residencia).

Pasamos ahora al caso de Yuri, quien desde el punto de vista de su madre, la menor no enfermaba continuamente, sin embargo, resultó ser la que tuvo más experiencias de escapulario (cinco); el transcurso de tiempo entre dos eventos no rebasó los dos meses y en cuanto a los síntomas fueron idénticos en los primeros cuatro. Fue una de las dos niñas con desnutrición leve al momento de realizar trabajo de campo (con ayuda del médico pasante) que no había sido detectada previamente por el personal del Centro de Salud.

En último lugar mencionamos a Lili, aunque su mamá estimó que la niña tenía escasos antecedentes médicos tuvo dos experiencias de escapulario, entre una y otra pasó un tiempo relativamente largo, más de un año y medio. De los dos sucesos uno fue considerado grave por haber recorrido más de una estancia de atención. Lili es la segunda niña no detectada en la Unidad de Salud con desnutrición moderada, lo supimos durante el desarrollo de la investigación.

En cuanto a Abel y Alina, ambos tuvieron solo una experiencia de escapulario, por lo que tuvimos poco margen de comparación con los antecedentes médicos, los dos fueron diagnosticados con un nivel nutricional normal (con ayuda del médico pasante).

En suma, de los seis niños, tres presentaron algún grado de desnutrición (dos leve y uno moderada) en su historia de vida, por lo tanto, durante el desarrollo de esa condición de salud fueron atendidos a la par por escapulario, lo cual está apuntando que existe una relación coyuntural de ser atendidos no solo por la biomedicina sino por la popular, el padecer es representado y afrontado en la práctica por ser un hecho experimentado.

Asimismo, las quince trayectorias de atención informan que aquellos niños que visitaron al médico, él les diagnosticó infección en el estómago (mayoría), seguido de infección en vías urinarias, infección respiratoria y rozadura de pañal, de lo cual es notable observar que los síntomas asociados a la diarrea, vómito, dolor de estómago y temperatura siguen siendo los más sentidos por los infantes.

De una u otra forma, concluimos que ante el padecer simbolizado, los niños no escapan a ser atendidos con la terapéutica del escapulario, si está les está siendo funcional y resolutive en sus propios términos culturales y sociales, por ende, los servicios de salud tanto públicos como privados deberán plantear qué de la práctica clínica e institucional (organización) está faltando para captar a los enfermos y lograr queden satisfechos con su servicio.

La atención pertinente del escapulario, está en función de que otras formas de atención (regularmente previas) no generaron bienestar. Así, al ir evaluando diagnósticos y terapéuticas según el avance del malestar, ocasiona que por tratar de resolver el problema de salud (cualquiera que éste sea) de manera pronta, lleva a agotar todas las estancias posibles, entre ellas, las culturales.

La legitimidad otorgada a la atención del escapulario esta puesta en varios aspectos, en las trayectorias de atención observamos, por un lado, la cuestión afectiva de los diferentes participantes en el proceso de atención-enfermedad-atención y por el otro el alivio perceptible de dejar de tener las dolencias sentidas después de llevar a cabo la terapéutica.

Luego vi la mejoría en él, vi que sí se compuso, porque ella lo limpió y le dijo ¡Mi hijo, si tienes hambre te vamos a dar mi hijito, te vamos a dar tu molito, pero quiero ver que te compongas, ya no llores! Y sí, él –Daniel- se puso platicar con ella, le dijo que si quería (Trabajo de campo, 2013).

Capítulo VII. Análisis y conclusiones

Hemos llegado a la parte final de la redacción de este estudio, en el presente capítulo mostramos el análisis de las ideas concernientes a la descripción de los textos precedentes. Con el propósito de retomar las exposiciones de cada capítulo, concluimos aspectos relevantes.

7.1 Diseño y desarrollo de la investigación

El diseño de la investigación fue siguiéndose como lo habíamos planeado inicialmente, si bien, se hicieron algunos ajustes durante el camino fueron los menos.

El marco teórico de la epidemiología sociocultural quedó íntegro porque tuvimos claridad para emprender el estudio teniendo ese referente. Las categorías conceptuales a utilizar fueron ampliándose conforme a las observaciones de parte de los lectores (tutor y profesores en el seminario de investigación) así como a la necesidad de ocupar aquellos conceptos que permitieran una mejor comprensión del tema.

Entre éstos estuvo “estructura familiar”, sin el cual no hubiera sido posible acceder a las prácticas cotidianas de las familias en cuanto a alimentación y cuidados en torno al menor, pero también para entender el papel que juega la familia durante el proceso salud-enfermedad-atención del infante.

La búsqueda literaria alrededor del fenómeno a estudiar (escapulario) fue integrándose conforme aparecían distintos textos de interés, los cuales no habíamos consultado al momento de plantear la investigación.

En cuanto a los objetivos del estudio, el general fue cumplido y los particulares en su mayoría fueron abordados con excepción de cuatro que descartamos conforme transcurrió el tiempo, debido a que no fue operable efectuarlos por diferentes circunstancias.

Nos referimos a observar y analizar las prácticas sociales de los curanderos, de quienes sí obtuvimos información valiosa y abundante de las entrevistas pero no de la observación participante ya que la entrada a espacios privados y cotidianos no se facilitó. En segundo lugar tampoco analizamos los expedientes clínicos de los niños seleccionados en el estudio debido a que no tuvimos acceso a éstos tanto por el trámite burocrático, la disposición de las autoridades jurisdiccionales de salud y la falta de pericia de nuestra parte para relacionarnos con las instituciones y concretar la petición. En tercer lugar, no logramos incluir estudios de laboratorio certificado para el análisis de muestras de agua, esto por no contar con recursos económicos para financiar la idea del proyecto. Por último, no conseguimos recopilar mayor información estadística de la Jurisdicción Sanitaria sobre la desnutrición tanto a nivel local, municipal y regional así como tampoco fue realizable revisar etnografías de la misma temática.

Entre los objetivos particulares a ampliar que no teníamos contemplados, fue describir y analizar otros padecimientos con expresión cultural vinculados al escapulario, pues los aires resultaron ser un dato emergente y trascendental para el trabajo, de ahí realizamos un guión específico de entrevistas para los curanderos e indagamos al respecto, de ello creamos una tipología de aires que diferenció al aire de escapulario. Con base a la integración del concepto de estructura

familiar, los objetivos particulares extendieron el campo de conocimiento para observar y analizar patrones alimenticios y de comportamiento, fue así que íbamos mejorando la manera de planearse metodológicamente. Lo cual resultó difícil en el registro sistemático por la limitada experiencia de esa perspectiva, pero conforme fuimos avanzando nos dimos cuenta que el método etnográfico nos daba la posibilidad de cubrir esa información.

Al considerar que la mayoría de los objetivos fueron ejecutados metódicamente, creemos que la pregunta de investigación también fue contestada, así, iremos exponiendo los resultados de la investigación durante el desarrollo de este texto.

Respecto a las tres hipótesis esbozadas, las afirmaciones preliminares que nos hicimos no escaparon a la realidad sociocultural del lugar, siguiendo el hilo conductor de cada una, éstas coincidieron con lo que recogió la investigación.

1.-El escapulario es un padecimiento que tiene representaciones sociales que son identificadas y reconocidas de diferente manera por los actores involucrados (madres de familia, curanderos y médicos); cada uno desde su propio componente cultural aprueba o desaprueba lo que es factible para la recuperación del infante; mientras que las madres y curanderos comparten, reproducen y re-configuran el sentido del padecimiento, los médicos descalifican la forma de pensarlo y afrontarlo, tienen tolerancia al percatarlo pero no lo aceptan.

2.- Las madres de familia por su experiencia personal, familiar y comunitaria tienen elementos que les permiten validar la atención del padecimiento escapulario bajo sus propios códigos culturales, son ellas quienes actúan como uno de los principales ejes que guían el proceder del diagnóstico y tratamiento en el proceso de salud/enfermedad/atención de los niños, es así, que reformulan el curso del padecer a partir de la legitimidad que otorgan al curandero y al ser partícipes de la atención popular en la que han sido sociabilizadas.

3.- El escapulario es un padecimiento que constantemente está replanteándose a través de los cambios acelerados al interior y exterior de la localidad, por lo que ante condiciones precarias en vivienda, alimentación, ingresos económicos, escolaridad, insalubridad en los servicios públicos, falta de seguridad social y deficiencia de los servicios de salud institucionales (públicos y privados), es que, seguirá experimentándose un padecer que ofrece respuestas desde la atención popular.

Sin embargo, en ese momento (segunda y tercera hipótesis) no vislumbramos que la atención popular iba más allá que la de un experto en el área, pues de acuerdo al informe etnográfico, los curanderos sí cumplen un papel primordial, son validados en el diagnóstico y forman parte de la atención pero no son exclusivos de contribuir a recuperar la salud, sino que el mismo enfermo, padrinos, especialista en poner huentle, familia y partícipes del ritual curativo, conceden una atención colectiva.

En este mismo orden de ideas, la segunda hipótesis quedó superada porque las madres no son el principal eje que guía el proceder del diagnóstico y tratamiento en el proceso de salud-enfermedad-atención de los niños, sino depende de la intervención de otros miembros del grupo familiar.

Sobre la metodología diremos que ante las eventualidades inesperadas fuimos aprendiendo y corrigiendo, en cuanto a la unidad de análisis, un error tal vez fue delimitarla al grupo de edad de 1-4 años y no abrirla a menores de cinco años. Partimos del dato epidemiológico (según la tasa de mortalidad) y fue acertado, pero nos enfocamos demasiado en ajustar estadísticamente, esto pudo restringir el análisis cualitativo al excluir a los menores de un año de edad, quienes también enferman de escapulario, inclusive a días de haber nacido.

En cambio, si hubiéramos incluido a otros grupos de edad (adultos) para reconstruir trayectorias de atención invertiríamos más tiempo en recolectar y procesar la información, así que pensamos que la decisión de dejarlos fuera de igual forma fue conveniente porque nos permitió centrarnos en los niños, aunque no negamos que eso es ineludible y debe considerarse para futuras investigaciones.

Simultáneamente a la recaudación de datos, se nos presentaron algunas aristas para manejar ciertas situaciones, por ejemplo, al documentar sobre el archivo muerto del municipio, topamos con una gran cantidad de informes y saberlos encausar en el documento final requirió más tiempo del planeado, en parte, porque los antropólogos no estamos formados para manipular documentos que nos son ajenos. A pesar de ello, aprendimos que explorar este tipo de archivos tiene una cuantiosa riqueza para recuperar antecedentes históricos y políticos del cómo las administraciones municipales ejecutan acciones alrededor de evitar o no el daño a la salud; así que recomendamos la consulta de este tipo de textos a quien esté interesado en trabajar con el enfoque teórico de la epidemiología sociocultural.

Otro de los puntos aprendidos en función de la categoría conceptual “representaciones sociales”, fue que al ocupar las propias categorías culturales de la población, éstas antes de ser usadas por el investigador en los guiones de entrevistas, deben sondearse, y una vez que haya certeza de que son identificadas y reconocidas por la gente, ocuparlas; de no ser así, se corre el riesgo de sesgar la calidad de la información o modificarla.

Debemos confesar que haciendo trabajo de campo, las ideas van precisándose, surgen nuevas reflexiones metodológicas y replanteándose otras. Esto lo mencionamos por la circunstancia de efectuar algunas entrevistas informales de gran aporte al estudio, nosotros nos topamos con personajes políticos claves de la localidad o protagonistas de sus historias de vida que enfrentaron algún acontecimiento de salud personal o familiar que conllevó a la muerte; en ambos casos, tratar temáticas sensibles al entrevistado repercutieron también en el entrevistador.

En general hicimos algunas entrevistas de esta índole, pero otras no fue posible porque el ámbito personal del investigador rebasó al método, es decir, creímos que requeríamos de una preparación especial (conocimiento del procedimiento metodológico) para llevar a cabo ciertas entrevistas, concretamente nos referimos al único caso de muerte relacionada a diarreas agudas en el municipio de Miacatlán en el 2009, era una niña de un año de edad, originaria de Coatetelco. Al haber descartado entrevistar a la madre y familia, perdimos la oportunidad de conocer la autopsia verbal. Y si bien no era un objetivo específico del trabajo, asumíamos que tendríamos un elemento adicional de análisis para contextualizar el proceso de la enfermedad-salud-atención.

Finalmente, la etnografía fue el principal método cualitativo que junto al del caso extendido nos permitieron acceder a una cantidad numerosa de información cualitativa. Por su parte la narrativa como procedimiento metodológico también fue contemplada, no obstante, al redactar los distintos capítulos, caímos en cuenta que generalmente hicimos uso de ésta en correlación a las representaciones sociales más que a las experiencias personales del padecer. En el capítulo VI de las trayectorias de atención nos acercamos más a la narrativa pero quizá no la agotamos completamente, juzgamos que en parte esto ocurrió por abordar episodios de enfermedad agudos y no crónicos.

7.2 Reflexiones teóricas, conceptuales y etnográficas

En este apartado partimos indudablemente del marco teórico referencial que potencializó la conducción de la investigación, la epidemiología sociocultural, la cual nos concedió desde un principio tener una mirada más amplia sobre el fenómeno de salud a estudiar.

Sabiendo de su relativa creación en México y del proceso de co-construcción teórica en el que se encuentra, echamos mano de los autores consultados, principalmente de los trabajos de L. González y P. Hersch (1993), Menéndez (2008) y A. Haro (En prensa)³⁰⁶.

La propuesta teorizante de la epidemiología sociocultural plantea la inclusión de diferentes actores de la realidad social que conforman una epidemiología sintética, entendida ésta como complementaria a la convencional. Fue así que a través de las representaciones y prácticas sociales de médicos, curanderos, madres y otros sujetos significativos buscamos diferentes respuestas en relación al fenómeno de salud a estudiar, el escapulario.

La ventaja de haberlos incluido, nos llevó ir más allá de lo que está estipulado en la investigación cualitativa, pues contemplamos las aristas de cada punto de vista, no existió limitación en el contraste de fuentes y en parte la etnografía junto con el método de caso extendido ayudó a recabar la información para después poder triangularla.

La premisa teórica a ponderar fue la “caracterización de un perfil sociocultural”, ésta favoreció a descubrir situaciones no detectadas alrededor de los afectados, en nuestro caso, los niños de 1-4 años. El hecho estuvo en que los médicos del sector público a través de su discurso identifican a la desnutrición como un problema de salud latente, sin embargo, estadísticamente no siempre está reflejado en los reportes epidemiológicos oficiales. Por otro lado, no existe un alcance de intervención tangible en el primer nivel de atención sobre esta problemática, a pesar de que el personal de salud señala que sí lo es.

Por lo tanto, puede ser un daño orgánico evitable que de no afectar a la población, no estaría teniendo relación con niños que padecen escapulario. Sustentamos de acuerdo a las trayectorias de atención realizadas en el estudio, ya que éstas revelaron que de seis niños participantes en la investigación, tres tuvieron en sus antecedentes médicos algún grado de desnutrición. Con ello, no generalizamos pero sí focalizamos un asunto concerniente a la salud del infante al que debe ponerse mayor vigilancia.

³⁰⁶ Ver capítulo I, apartado: marco teórico referencial: epidemiología sociocultural.

Entre otras cuestiones, al indagar en la epidemiología oficial sobre la distribución y frecuencia de la morbilidad y mortalidad en el lugar seleccionado, la primer pista fue una alta tasa en mortandad en 2009, siendo Miacatlán el primer lugar a nivel estatal en mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en niños de 1-4 años, con una tasa de 0.64; mientras que la media estatal es de (0.02) y la nacional (0.04)³⁰⁷ (SSM, 2009). Un dato estadístico abrió el campo de posibilidades a lo cualitativo y posteriormente estuvimos contrastando entre lo cualitativo y lo cuantitativo.

El dato cuantitativo fue crucial para explorar desde el campo sociocultural qué factores además de los culturales y sociales estaban implícitos, de ahí que examinamos ampliamente las condiciones socioeconómicas, sanitarias y servicios de salud del ámbito estatal, municipal y local donde viven los niños perjudicados.

De esta manera, sin ser expertos en el tema pero retomando otro de los postulados del marco teórico referencial, como es, integrar aspectos ecológicos, biológicos, económicos y políticos; averiguamos y registramos qué circunstancias eran inherentes a las enfermedades diarreicas. Así, detallamos el escenario sanitario, el cual resaltó las carencias ya conocidas entre la población y el personal médico, esto es, la ineficiencia del servicio de agua potable y la falta de drenaje público como una realidad vigente que en parte no ha tenido grandes cambios por distintos intereses políticos de los órganos administrativos. De este modo, dos servicios públicos básicos y necesarios resultan exiguos para proteger la salud.

Asimismo, vinculamos a otras áreas disciplinarias que aunque no eran las nuestras (tecnología médica), aportaron datos estadísticos de relevancia para validar la condición del medio. En consecuencia, fue posible contar con muestras de agua para análisis de laboratorio y evaluar la calidad de agua potable, la cual de acuerdo a los resultados exhibidos, de cuatro parámetros analizados (conductometría (μS), sólidos disueltos totales (ppm), bacterias coliformes totales, bacterias coliformes fecales), la mayoría de todas las muestras (trece), rebasaron los límites permisibles en salud ambiental y agua para uso y consumo humano de acuerdo a la OMS y a la norma oficial mexicana (NOM-127-SSA1-1994)³⁰⁸.

Con todo esto estamos diciendo que al seguir el enfoque teórico de la epidemiología sociocultural nos aproximamos al problema de investigación enlazando el dato cuantitativo con el cualitativo. En cualquier oportunidad, pensábamos en función de estar comparando, yendo y viniendo desde dos perspectivas diferentes con el objetivo de encontrar factores relacionales que dieran cuenta del escapulario.

Por otro lado, ante la falta de instrumentos cuantitativos aplicados a un problema cualitativo, inventamos sobre la marcha procedimientos estadísticos rudimentarios que aunque no fueran de objetividad y rigurosidad esperada por la metodología cuantitativa, resultaron oportunos para dimensionar el fenómeno de salud y verificar la representación con la práctica social.

Fue así que creamos el formato “Situación actual del escapulario”, el cual fue diseñado con el propósito de registrar la demanda del padecimiento en un tiempo sincrónico, concentrando tres

³⁰⁷ Tasa por 1,000 habitantes, según grupo de edad.

³⁰⁸ Ver capítulo III, apartado: calidad de agua.

datos básicos, edad, sexo y fecha de atención; el informe de los datos reportó el cambio en la atención por grupo de edad, siendo los adultos más que los niños los que están padeciendo escapulario, las mujeres están ligeramente por encima de los hombres en padecerlo; y la temporada para enfermar reflejó un alza a partir del mes de junio tal como el saber popular lo indicó (durante el temporal). Así, fue posible incluir la participación de algunos protagonistas de la localidad.

En ese tenor, ahora que sabemos que los niños no son los únicos que padecen escapulario, nos preguntamos ¿Qué está ocurriendo con la población adulta? ¿Por qué está atendiéndose a través de esta terapéutica popular? Sin tener respuesta concisa sobre el cuestionamiento, más adelante lanzamos algunas hipótesis.

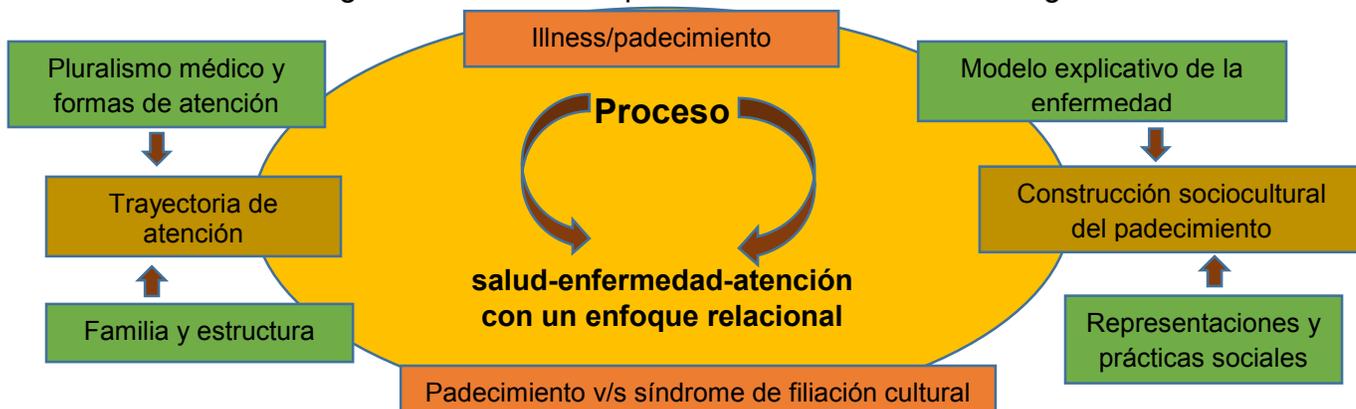
En cuanto a la eventualidad del padecer, interpretamos que es elemental en el sentido de que anteriormente los niños enfermaban solo en el temporal de lluvias y uno de los síntomas más sentidos era desencadenar cuadros diarreicos, al día de hoy, esto no es descartado, si bien el malestar ya no es exclusivo en el padecer, sigue manifestándose de alguna manera y en parte la explicación está sostenida en que no han cambiado las condiciones de sanidad.

Adicionalmente, las genealogías siendo un recurso cualitativo ya existente en la metodología antropológica, nos auxiliaron de manera pragmática a cuantificar la ocurrencia del padecer en los miembros de seis familias, ahí la información proyectó una alta demanda de la atención. Entonces, el escapulario no es un hecho aislado y desconectado de su contexto, todo lo contrario enaltece su presencia y expone parte de la realidad social.

De cualquier manera, concluimos que a partir del dato cuantitativo pudimos profundizar en el cualitativo y viceversa, el asunto estribó en estar atentos a los factores relacionales. Por nuestra parte, nos atrevimos a explorar un marco teórico que no está agotado, que está descubriéndose en la antropología médica, y al cual esperamos aportar con el presente trabajo de investigación.

Respecto al marco conceptual, diremos que las categorías utilizadas nos guiaron para planear metodológicamente la recogida de datos, cada una tuvo una función primordial en el análisis de la información. El siguiente diagrama las expone de manera gráfica.

Diagrama No. 5. Conceptos conductores en la investigación



Fuente: Elaboración propia.

Durante el desarrollo de este capítulo iremos retomando a algunos conceptos utilizados, por ahora nos interesa decir que de todo, lo que a nuestro parecer fue fundamental es haber manejado aquellos que dieran cuenta de cómo el proceso de salud-enfermedad-atención también puede entenderse a partir de la propia explicación y lógica de la gente, asimismo cómo las distintas formas terapéuticas arrojan las prácticas reales de atender el padecer y en última instancia la comprensión no hubiera sido viable sin el eje conductor de las representaciones sociales.

Resaltamos la categoría “modelo explicativo de la enfermedad”, definida por A. Kleinman (1988), quien conceptualmente abarcó al conjunto de creencias que constituyen a la enfermedad pero bajo la mirada y lectura de la propia cultura. Con ello, nos hizo pensar y esquematizar a la enfermedad tal como es concebida en la biomedicina, ejemplo, causalidad, sintomatología, curso patológico y tratamiento, en otras palabras, nos permitió conocer la noción de la enfermedad de forma más estructurada y ordenada pero sin perder de vista cómo evaluaron, afrontaron y resolvieron el malestar en función de lo experimentado.

De ello, adelantamos la connotación cultural asignada a la terapéutica del escapulario, la cual no tiene razón de ser sin tomar en cuenta al conjunto de partícipes que colaboran en la curación del enfermo.

Consecuentemente, aterrizar el concepto de padecimiento al dato empírico, siguiendo a B. Good (2003), nos obligó a reconstruir el padecer poniendo énfasis en el discurso semántico, de ahí que la investigación arrojó que el escapulario está conectado a un tipo de aire, el cual es una entidad volátil que anda en busca de satisfacer necesidades básicas de existencia, principalmente alimento; bajo ese entendimiento, desciframos el significado oculto del padecer, sin duda una parte de la realidad cultural.

Finalmente, damos pasó a recapitular algunas comparaciones entre los antecedentes etnográficos revisados previamente y lo que aportó nuestra investigación. No sin antes advertir que los informes encontrados no fueron exclusivos de Coatetelco sino de otras localidades del poniente del Estado de Morelos.

Nos dimos cuenta que los cambios más significativos de las representaciones y las prácticas sociales en torno al escapulario están mediadas por el tiempo y la dinámica social al interior y fuera de la localidad. El dinamismo conlleva varios elementos a reflexionar, entre los que están, mantener o perder rasgos étnicos (lengua y otros), nuevos empleos, otros ingresos económicos, distintos estilos de vida, decadencia de condiciones salubres, incremento de enfermedades biomédicas, acceso o privación de servicios institucionales de salud y prácticas alimentarias particulares, todo esto da pie a replantear las ideas y significar a la enfermedad.

Nombrar al padecimiento simula no ser de trascendencia, empero, nosotros consideramos que sí lo es, pues la manera en que culturalmente se le denomina explica qué es lo que causa la enfermedad, por qué y cómo debe atenderse.

Las etnografías hacían alusión a que los causantes de enfermar (un gato y santos) contagian (transmiten) determinadas características a la gente, de acuerdo a nuestro reporte, diremos que

San Antonio y Santo Domingo tienen el propósito de enfermar porque solicitan cosas a cambio de recuperar la salud de la persona.

Algunos autores (Von Mentz, 1995; A. Paulo 2002; Mejía y Mendoza et al., 2008; Pérez, 2008) vincularon al escapulario con la chipiles, sin dar mayor detalle los dos primeros, insinuaron que el escapulario era una complicación aunada a la chipiles o formaba parte del complejo enfermizo. Nosotros alcanzamos a explorar que en Coatetelco no existe ninguna relación actual entre esos dos padecimientos, sin embargo, de acuerdo al relato de algunos curanderos, pese a que la chipiles ya no es demandante en la localidad, en otro momento el tratamiento consistía en poner listones y cascabeles de color rojo, de ahí, suponemos dos puntos, quizá por el tipo de terapéutica hubo algún vínculo o siendo los niños los más vulnerables por este tipo de enfermedades era factible que el padecer se complicara con otras enfermedades.

La asociación entre el escapulario y los aires también salió en las referencias etnográficas (Castro y Reynoso, 2002; Alemán y Capi, 2008; Marcos, 2010; García, 2011, Paulo, en prensa), pero a decir verdad no dieron ninguna explicación del por qué, tan solo lo mencionaron, las ideas expuestas fueron someras y difusas. En cambio, este trabajo encontró y abordó la connotación asignada a los aires, en primer lugar particularizó que el escapulario es un tipo de aire distinto a los descritos en la literatura antropológica³⁰⁹, la causalidad de la enfermedad es producto de dos santos, San Antonio y Santo Domingo, quienes después de morir se convirtieron en entes etéreos para manifestarse ante la gente en su última etapa de vida (ancianos) con el único cometido de conseguir comida.

Las diversas fuentes consultadas resaltaron que la enfermedad originalmente sólo se manifestaba en niños pero ahora puede presentarse en cualquier edad y sexo. Por nuestra parte, también lo confirmamos pero de una manera más sistemática, rebasando la cuestión perceptiva de la gente y validándolo con eventos concretos del padecer³¹⁰. Al mismo tiempo, enfatizaron que la enfermedad ha dejado de ser estacional a la temporada de lluvias, no obstante, nosotros sostenemos que ese periodo sigue siendo el más predominante para enfermar, debido a que el contexto sanitario reveló que la situación actual es aun insalubre.

Llamó la atención la coincidencia de la sintomatología informada en las etnografías y la hallada en la presente investigación; los niños muestran: “mucha diarrea, duerme boca abajo, se inflama su estómago y adelgazaba mucho, irritables, tristes, inapetentes, comienzan a bajar de peso, sin ganas de realizar actividades, se pone gordo, no quiere comer bien y está inflamado, por comer mucha carne cruda y esto lo hace muy gruñón, granos y urticarias, se ponen flacos, vómito, crece mucho la barriga, vientre hinchado y ético”. La descripción es similar a la información que recogimos, las discrepancias están en que ya no se exalta la inflamación en el vientre y adelgazamiento.

Queremos poner especial atención a la interpretación de algunos autores, Paulo (2002) y García (2011), ellos hacen una conexión entre el escapulario y un estado carencial nutricional o

³⁰⁹ Aigre de hora, aire de basura, aigre puesto, aire de muerto. Consultar Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana, en: Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/alfa.php?opcion=D&p=a>

³¹⁰ Ver capítulo V, apartado: registro en un periodo.

desnutrición en los niños; F. García es el único que adicionalmente a esto, menciona episodios de diarrea frecuentes durante el periodo de lluvias y junto a P. Hersch (García y Hersch, 1999. En: Pineda, 2013), indica que la enfermedad se produce a efecto de ser una “comunidad de alta marginalidad, con falta de servicios básicos y saneamiento ambiental”.

En general, validamos las conclusiones preliminares que antecedieron a nuestro trabajo, sin duda, la diferencia radicó en que documentamos y ampliamos lo antes dicho pero además puntualizamos que a pesar de que los niños ya no sean los más proclives a enfermar no significa que no estén padeciendo de escapulario, pues de ser así, no habría ningún niño con este padecimiento y los síntomas expresados no estarían coincidiendo con los señalados en las investigaciones precedentes, por lo tanto, atribuimos que en los infantes, en realidad la problemática del daño a la salud aún no está del todo resuelta.

Convenientemente, acentuamos que los niños con algún grado de desnutrición deben seguir siendo monitoreados y atendidos satisfactoriamente por el sector público institucional porque de no ser así, recurrirán y buscarán otras formas de atención como es la terapéutica del escapulario, la cual momentáneamente les da respuesta a su padecer pero éste suele ser recurrente cuando en el fondo sigue habiendo afectación a la salud.

En contraste, si de acuerdo a Pineda (2013) el perfil mórbido está cambiando de niños a cualquier edad y si García (2011) indica que al enfermar fuera de época de lluvias corresponde a enfermos crónicos que no fueron diagnosticados y curados a tiempo, reiteramos una pregunta precedente ¿En el caso de los adultos cuáles serán los perjuicios a la salud implícitos en el padecer del escapulario? Tal como mencionamos anteriormente, no tenemos una respuesta precisa a la interrogante pero sí suponemos algunas ideas a partir de la etnografía, en apartados subsiguientes lo indicamos.

Del diagnóstico, las etnografías solo refieren que los curanderos llevan a cabo un acto adivinatorio con huevo y copal, a excepción de Pineda (2013), ella menciona que diagnosticar no necesariamente es realizado por un especialista sino por otras mujeres de la localidad. Nosotros nos topamos con esto pero lo detallamos etnográficamente, debido a que el trabajo resaltó que diagnosticar también responde a un acto doméstico y es una estrategia de atención más personalizada que evita gastos económicos en la atención.

En cuanto a la forma de experimentar la enfermedad y consultar a diversos curadores, Epitacio (2010) y Paulo (en prensa) destacaron que antes de ser atendido por la terapéutica popular ya se ha visitado a más de un médico; nosotros con las trayectorias de atención vislumbramos que los enfermos no necesariamente tienen una asistencia de estos profesionales sino que de la atención doméstica puede transitarse a la popular.

Respecto al tratamiento, todo apunta a que en otras localidades (Tepoztlán, y Ocotepc) de la zona poniente de Morelos, éste consistía en proveer protección al niño a través de un recurso terapéutico que cubría el cuerpo, gabán, suéter o cobertor; además de proporcionar alimentos de ciertos animales (“tortuga de lodo, ratón grasoso o de campo, becerro o cabeza de res), con esto el enfermo que estaba débil y no tenía apetito recuperaba la fortaleza y comía.

En Coatetelco, otros autores que registraron este dato pusieron mayor énfasis en un festejo y lo que conlleva éste, más que en los instrumentos favorables y la calidad o relevancia de los alimentos, García y Hersch (1999)³¹¹ refieren el consumo de alcohol como una práctica justificada culturalmente, Pineda (2013) hace alusión a mayor ingesta alcohólica de parte de las mujeres y Paulo (en prensa) habla de las implicaciones que ocasiona a los enfermos crónicos degenerativos participar en el evento curativo.

La investigación determinó la importancia del curso de atención, la cual está dividida en dos momentos cruciales “avisar y dar santo”, en función de eso, las representaciones sociales resaltaron la distinción otorgada a varios medios terapéuticos como son la limpia con velas de cebo, alimentos y ropa del gusto de los santos y enfermo, música, alcohol y gente partícipe de la curación. Sin atender demasiado a las repercusiones negativas de la terapéutica, nos centramos en la forma de representar a la enfermedad y por ende su curación, teniendo en cuenta el ámbito cultural y contextual de la localidad. No obstante, no omitimos este punto medular que sin duda es substancial y habrá que investigar a profundidad ya sea por nosotros u otros interesados en el tema.

Finalmente, Paulo (en prensa) reflexiona que la práctica curativa es un espacio para ser atendido y complacido en los antojos, lo cual, igualmente fue confirmado en el trabajo, pues sostenemos que la cuestión afectiva hacia el enfermo es un eje crucial en todo el proceso de salud-enfermedad-atención.

7.3 Escenario contextual

En cada apartado de aquí en adelante aludiremos a lo más relevante de los resultados arrojados en la investigación.

La dinámica poblacional en Coatetelco no evita estar sujeta a las transformaciones del exterior, por ende, las repercusiones favorables o no, recaerán directamente sobre la gente.

El componente económico es indicador para satisfacer las principales necesidades básicas, entre ellas alimentación, salud, vestido y vivienda, pero si las políticas nacionales no son competentes para mantener activa a la población, un gran sector de ésta será desempleada o recibirá ingresos bajos y no tendrán una vida digna.

Siendo el panorama nacional similar a nivel estatal, municipal y local, en el lugar seleccionado los datos estadísticos y etnográficos constataron tal situación. Los múltiples trabajadores, entre ellos los campesinos, de la cosecha complementan la alimentación pero no como quisieran o debiera ser, muchas veces, comen restringidamente y sin tener posibilidad de ahorrar o cubrir otros gastos también indispensables para vivir.

La migración local es escasamente visible en las estadísticas demográficas y frente a las autoridades municipales. Preferentemente migran de la localidad hacia la capital del Estado de Morelos y los Estados Unidos de América; esto da cuenta de la movilidad social a razón de buscar mejores condiciones de bienestar que no son factibles de hallar en Coatetelco.

³¹¹ En: Pineda, 2013.

La actividad migratoria acarrea consecuencias positivas y negativas, de las últimas, una exploración sistemática en base a las actas de defunción del archivo de la Ayudantía Municipal, exhibió que la migración se vincula al aspecto epidemiológico municipal y local³¹², la muerte por violencia o accidentes, de esto sospechamos, puede ser un patrón cultural reproducido en los lugares de destino.

Así, un elemento endeble a la vida cotidiana en la localidad es la violencia sufrida, de este modo cuando algún habitante cometió un delito por violencia o asesinato la salida para evitar la justicia mexicana es migrar principalmente a los Estados Unidos.

Nuestro interés por contextualizar a la violencia parcialmente se debe a que fue exaltada paralelamente al momento de emprender la etnografía, así, pensamos no aislarla e integrarla al análisis, pues es un factor de afectación a la dinámica social y a la salud. Asociado a ello, está el alcoholismo³¹³, sin ser expertos en el área o pretender generalizar la conexión entre violencia y consumo de alcohol, esto estuvo expresado en diversos testimonios (población general y familias participantes en el trabajo), revelaron que la ingesta de alcohol regularmente deriva en actos violentos, verbales y físicos; circunstancia corroborada igualmente por nosotros (observación participante).

“No solo en la festividad, puede ser en cualquier día, pues donde hay alcohol es seguro que haya pleitos; a veces yo he visto a los pinches chamacos que están borrachos, que no tienen con quien pelear pero si tienen coraje por algo, buscan con quien desquitarse, no importa quien sea, pero depende de quien se deje” (Trabajo de campo, 2012).

“La gente de Xoxocotla no me gusta cómo hace sus fiestas, son muy pelioneros, buscan pleitos, quieren que uno tome a fuerzas con ellos, pero a diferencia de Coatetelco, aquí matan y allá no” (Trabajo de campo, 2012).

Evidentemente detrás de la violencia y el alcoholismo deben coexistir innumerables connotaciones culturales que desconocemos, las cuales no pudimos profundizar porque no eran objetivo del estudio, sin embargo, creemos que son inherentes a las representaciones sociales sobre el escapulario (ver capítulo V, apartado: representación del alcohol como parte del “remedio”).

Transitamos ahora al perfil epidemiológico de morbilidad local, destacamos que las tres primeras causas de morbilidad general fueron las mismas del 2008 al 2012, en orden descendiente: infecciones respiratorias agudas, infecciones de vías urinarias e infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas³¹⁴. Por los intereses de la investigación, la segunda y tercera causas están correlacionadas a un entorno sanitario pernicioso.

³¹² En el 2009, Miacatlán fue 2do lugar a nivel estatal en Mortalidad por Homicidios por Residencia Habitual, con una tasa de 26.9 y en el 2010 permaneció en el 2do lugar pero con una tasa de 49.8, incrementó casi el doble en un año (SSM, 2009).

En el 2009 fue 4to lugar a nivel estatal en Mortalidad por Accidentes por Residencia Habitual, con una tasa de 53.9 y en el 2010 5to lugar con una tasa de 45.3. *Ibidem*.

En 2010, 2011 y 2012, Coatetelco tiene entre las primeras cinco causas de mortalidad, a la muerte por violencia. Fuente: registro civil, municipio de Miacatlán. Ver capítulo V, apartado: mortalidad municipal y local.

³¹³ En Coatetelco, en el 2008, la cirrosis hepática ocupó el tercer lugar por causa de muerte, en el 2009 fue segundo lugar y el alcoholismo (así definido, en las actas de defunción del registro civil) fue el quinto lugar (Registro civil Municipal 2008-2012).

³¹⁴ Otras infecciones gastrointestinales reportadas del 2008-2011, aunque con menor frecuencia, fueron: amebiasis intestinal, ascariasis, giardiasis, hepatitis aguda tipo A, shigelosis, enterobiasis, Otras helmintiasis, paratifoidea y otras salmonelosis. (SSA, 2012). Ver capítulo III, apartado: morbilidad local.

En el caso de los niños menores de cinco años, las dos principales causas de morbilidad en 2008, 2009, 2010 y 2012 fueron infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas y durante el 2011 el reporte de casos tuvo una dinámica particular, los casos de violencia intrafamiliar fueron la primera causa en este grupo de edad³¹⁵.

Sobre el reporte epidemiológico analizamos dos puntos, por un lado, siendo infantes corren el riesgo de ser más susceptibles a tener infecciones intestinales por otros organismos cuando se carece de sanidad básica en la localidad y en segundo lugar notamos que la violencia de la que habíamos hablado en párrafos anteriores tampoco se exime de los menores.

La desnutrición leve apareció dentro de las 10 principales causas de morbilidad del 2008-2012, mientras que la desnutrición moderada también pero en el 2008 y 2009. No obstante, del 2012 presumimos que hubo un subregistro de casos o de notificación de los mismos a partir de dos fuentes³¹⁶. En términos generales, la investigación determinó que a pesar de que la desnutrición represente un problema de salud pública, parece no ponderado en el primer nivel de atención.

Siguiendo otro orden de ideas, los resultados de la situación sanitaria expusieron que la organización de los organismos operadores municipales y locales (Comités de Agua Potable) encargados de administrar y proveer los servicios básicos públicos, agua para consumo humano y drenaje, son un eje primordial para otorgar un servicio eficiente a la población. Empero, cuando estos tienen un mal funcionamiento existe repercusión en el abastecimiento de agua, calidad y manejo de aguas sucias, por lo tanto, afectación a la salud.

Y aunque en el 2010 la Asamblea General de las Naciones Unidas y el artículo 4º constitucional, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 8 de febrero de 2012 hayan reconocido “que el derecho al agua potable y el saneamiento es un derecho humano esencial para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos”³¹⁷, la realidad es muy contrastante y distante de lo idealmente establecido internacional y nacionalmente, ya que desafortunadamente Coatetelco y Miacatlán atraviesan por un sesgo para cumplir la demanda de saneamiento.

En cuestión de accesibilidad a los servicios de salud, en la localidad es un hecho la inexistencia de seguridad social, pues ante la falta de empleos formales, en consecuencia carecerán de estos. Tienen asistencia pública, el primer nivel de atención es el Centro de Salud³¹⁸, pero de este, la población tiene una queja constante hacia el personal de salud y la atención otorgada³¹⁹.

Respecto a la práctica clínica refieren que los médicos no exploran al paciente, no disminuyen el tiempo en consulta, recetan tratamientos de manera mecánica sin hacer un amplio interrogatorio, frecuentemente suministran los mismos medicamentos (cuando se trata de

³¹⁵ *Ibidem*.

³¹⁶ Archivo interno del Centro de Salud y Dirección General de Información en Salud (SSA, 2012).

³¹⁷ En: http://www.atl.org.mx/coloquio/attachments/132_132_AGUA-REF-CONST-AG12.pdf

³¹⁸ El segundo nivel de atención es el Hospital General de Tetecala (ubicado en municipio aledaño), de éste también existe desaprobación, la percepción del lugar es que ahí estarán aislados y serán indiferentes para el personal pero sobre todo es un espacio para ir a morir.

³¹⁹ La Caravana de Salud es parte del primer nivel de atención, tiene menos impacto en cuanto a la cantidad de población atendida, pero de la misma manera hay insatisfacción con el servicio.

infecciones respiratorias o estomacales) y no proporcionan explicaciones de las enfermedades o las intervenciones a realizar.

“Es que ahí no me explicaron, solo me dijeron ¿Qué quieres usar? Yo no sabía nada, le platiqué a mi cuñada cómo me sentía y ella fue la que me explicó que había... pero yo no sabía nada” (Trabajo de campo, 2012).

Esto implica que la población interprete los acontecimientos de salud, pero a su vez existan dudas, suposiciones y no siempre se consideren las decisiones adecuadas por falta de información. Asimismo, el estudio observó que la gente se siente ofendida por reproches, acusaciones y regaños de parte de los profesionales, así que una reacción es dejar de asistir a la Unidad de Salud o no apegarse a los tratamientos. La espera de tiempo para ser atendidos en una consulta general es lo más desaprobado, pues únicamente siendo una urgencia serán contemplados de manera inmediata.

Concluimos que hay más descontento que reconocimiento hacia el gremio médico, de esto diremos que la distancia entre la población y médicos no solo depende de ellos, sino también de los obstáculos por los que atraviesan operativamente, pues están en desacuerdo con la carga de trámites burocráticos, los cuales les acarrearán demasiado tiempo y descuidan otras actividades medulares. Por otro lado, consideran que la demanda de atención es muy alta en la localidad y eso les impide prestar asistencia sin retardar los horarios de citas. Concretamente, los médicos pasantes temen por su integridad física, por ello, evitan dar consultas después de las seis de la tarde y durante la noche.

Por ello, en Coatetelco, al no contar con seguridad social y tener dificultades para acceder al sector público es que la gente opta por el particular, de éste la repercusión mayor es la inversión económica y algunas veces la atención tampoco resulta completamente complaciente. Otra estancia es la popular, siendo también de alta demanda, la contradicción yace en que pensando sea más barata puede constituir mayores gastos; en lo que al tratamiento del escapulario concierne, el presupuesto muchas veces rebasa a la privada.

En suma, la exposición de ideas muestra una relación multifactorial del escenario local, pero conectado a cambios apresurados tanto a nivel estatal, nacional y global.

7.4 Escenario familiar

En este apartado nos acercamos al ámbito familiar pero sin perder de vista que éste es un reflejo de la localidad. Inclusive algunos puntos coincidirán con los resultados revelados en el rubro anterior pero con mayor explicación.

En primer lugar puntualizamos que la composición de las familias (de los niños seleccionados en el estudio) está integrada por otros hogares residentes en la misma vivienda, así que la interacción entre distintos miembros es característica para acarrear problemas o resolverlos, pues al interior se tejen infinidad de relaciones familiares.

Las limitaciones materiales de vivienda están enlazadas a los tipos de empleo e ingresos económicos, las familias con algún miembro que migró a los Estados Unidos o quienes son

propietarios de áreas de cultivo (no jornaleros contratados), son quienes gozan de mejores espacios para residir.

La falta de abastecimiento de agua entre las familias es habitual, pero carecer de ésta en periodos prolongados de semanas o incluso meses es lo más complicado, en contraste, el tratamiento de aguas residuales (drenaje) no les significa un problema porque no ven una repercusión tangible en su cotidianidad, admiten estar bien cuando ya tienen una fosa séptica, así que de conseguirlo descartan algún inconveniente, en tal caso, lo asumen después de varios años cuando deben contratar a una pipa de aguas negras.

La convivencia con los animales domésticos y de crianza es inherente a la vida rural en la localidad, desafortunadamente las circunstancias antihigiénicas de algunas familias como dejar provisionalmente los alimentos al aire libre o no tener un adecuado manejo de las excretas (humanas y animales) ocasiona focos de infección perjudiciales a la salud.

Ante las carencias económicas, las mujeres más que los hombres son las encargadas de administrar el dinero y otorgar primacía a unas necesidades por encima de otras, la investigación reportó que la alimentación es prioritaria. Cuando la situación económica es muy adversa o extrema prolongan demasiado los horarios hasta llegar a comer sola una vez al día.

De hecho, una práctica común en la localidad consiste precisamente en realizar dos tiempos de comida para evitar gastar dinero, regularmente es almuerzo y cena. Las familias con mejor posibilidad económica pueden hacer tres intervalos para comer (desayuno, comida y cena); del mismo modo, cuando los hombres son campesinos algunas veces lo hacen así solo que la cantidad de alimento es restringido.

Un dato de interés fue que los niños no siempre adoptan la dinámica de los adultos, sobre todo cuando son inapetentes en comer, pues difícilmente prueban bocado más de dos veces al día. La ventaja en los infantes de menor edad es una atención personalizada en cuanto a procurar darles de comer con mayor insistencia, pero conforme van creciendo dejan de tener este privilegio. No obstante, las abuelas más que las madres son las que muestran este interés para incitarlos a comer.

Relativo a la calidad y cantidad de alimentos, es inusual seguir un esquema nutricional por la escasez de recursos económicos pero también por un gusto preferencial hacia ciertos alimentos, por ejemplo, aunque el refresco no contenga ningún valor nutricional, consumirlo se ha convertido en un hábito, es parte ya de su alimentación. Más que pensar en balancear el alimento, las madres buscan estrategias para hacer rendir la comida, compran los productos más baratos y los que abastezcan más porciones, el huevo comúnmente es utilizado e irrefutablemente las tortillas a mano o de tortillería son las encargadas de complementar un guisado insuficiente y carente nutricionalmente.

El alimento tiene un componente cultural transcendental, es apreciado y no es desperdiciado porque cuesta trabajo adquirirlo, por ello, cuando escasea en casa, cualquier evento de particularidad social, religioso, funerario y curativo (escapulario) es el espacio idóneo para

satisfacerse de comida, ya que ahí es abundante³²⁰. Asociado a esto, la reciprocidad es intrínseca, a cambio de trabajo doméstico obtienen alimento, así que participar en tales acontecimientos tiene doble beneficio, por un lado, disponer de una proporción suficiente para el resto de la familia (puede rendir uno o dos días) y por otro recibir apoyo cuando exista un compromiso personal de la misma especie.

Un hallazgo en la investigación fue notar que alrededor de la preparación y distribución de alimentos las diferencias entre las mujeres, inclusive entre madre e hija y no necesariamente suegra y nuera, generan lucha, estatus, subordinación, autoridad; lo mismo ocurre con los asuntos económicos y escolares pero no así con la salud de los niños. La salud es sobrevalorada para recuperarla al precio que sea y en función de esto, las mujeres hacen alianzas en lugar de ocasionar percances familiares.

Sobre la dinámica familiar alrededor del menor, destacaremos dos puntos, los conflictos y afectos, ambos de alguna forma están vinculados. La permanencia al interior de las viviendas nos permitió identificar las constantes riñas entre los integrantes, algunas veces eran menos sustanciales pero otras de mayor envergadura.

Las disputas son de distinta particularidad y dependiendo de la magnitud de cada problema pueden ser saldadas, aplazadas o dejadas momentáneamente en el olvido para después retomarlas. Con dificultad existe conciliación por el daño, así que el silencio y distanciamiento son una defensa que al mismo tiempo se convierte en un contenedor de emociones.

Regularmente, la angustia, dolor, intereses, inquietud, agobio e incertidumbre no son conducidos de la mejor manera así que al callar este tipo de aflicciones pareciera haber una necesidad por exteriorizarlas pero no siempre ocurre así.

Las familias confirmaron convivencias tensas entre los miembros y afuera de sus núcleos, la investigación detectó a la violencia como un punto medular en las relaciones, no pudimos ignorarla porque las familias fueron la expresión de la realidad social en la localidad.

Las narrativas de los adultos expusieron rencor y coraje por el maltrato que recibieron de pequeños, situación probablemente reproducida generacionalmente con los hijos, es como un catalizador que les permite sacar ese resentimiento o frustración. La situación de la violencia es un problema latente en la comunidad, se enuncia de diferentes modos, no solo está proyectada en las muertes (asesinatos)³²¹, sino también en las prácticas diarias de la familia. De ahí, quizá el consumo de alcohol sea una salida a la opresión de emociones.

Los gritos, golpes y represiones violentas figuran estar naturalizadas, los adultos han sido socializados en ese ambiente cultural que parece algo normal, los menores comienzan a repetir un comportamiento similar con animales o niños más pequeños a ellos.

³²⁰ En un suceso fúnebre, la comida compartida entre los asistentes debe repartirse sin desperdiciar nada porque de no ser así, se cree que un familiar del difunto puede morir brevemente.

³²¹ De las seis familias participantes en el estudio, en tres, las abuelas sufrieron la muerte de un hijo por violencia (asesinato).

De acuerdo a lo reportado en el trabajo sostenemos que existe una afectación sobre el infante no importando sea de manera indirecta, el asunto es innegable cuando el entorno familiar y local así lo exaltan³²². Los niños pero sobre todo los adolescentes a partir de los doce años siguen ciertas conductas de los adultos tratando de imitar las mismas pautas, decir groserías, beber alcohol, ir a bailes públicos, fumar y en el caso de los varones salir con distintas mujeres, entre otras cosas (robar).

Los abuelos más que los padres son encargados de otorgar afectos cariñosos a los menores, aunque también estos últimos llegan a hacerlo, es menos frecuente. Algo particular es que entre menor edad más permisiones y protecciones pero al ir creciendo las van perdiendo.

Concluimos que ante un panorama difícil de sobrellevar, cualquier esfera social para ser reconocido, mimado y consentido es ideal en aligerar asperezas diarias y confortar a la persona.

7.5 El escapulario un padecimiento de relevancia

Partimos de que el escapulario es una enfermedad vigente en Coatetelco basándonos en la ocurrencia de cada integrante de los grupos familiares (registro en genealogías) así como en las trayectorias de atención de los seis niños participantes en la investigación y de numerosas historias relatadas en los rituales curativos donde hicimos observación participante.

Lejos de disminuir la atención por escapulario, está aumentando considerablemente y los adultos son quienes lo están padeciendo más en comparación a los menores de cinco años, cuando en otro tiempo, ellos eran los más afectados. Las mujeres más que los hombres padecen escapulario, aunque la demanda en los varones ha aumentado considerablemente.

La temporada para enfermar sigue repuntándose a partir del segundo semestre del año, esto es, de junio en adelante, lo cual nos hace pensar que las malas condiciones de saneamiento siguen contribuyendo para atender a cualquier grupo de edad en el periodo de lluvias. Esto está confinado a no dar mantenimiento a las instalaciones hidráulicas, de ahí la conducción de desechos de distinta índole (heces de animales y humanas) descienden a las tomas domiciliarias donde el agua puede ser ocupada para consumo humano, en consecuencia más casos con infecciones estomacales³²³, los cuales generalmente son atendidos por escapulario.

En cuanto a la sintomatología en niños la respuesta la obtuvimos entre la representación y la práctica social, ya que lo que la gente significó sobre los síntomas y malestares coincidió con la experiencia relatada en las trayectorias de atención. Los cuales están asociados principalmente a problemas digestivos, intestinales y nutricionales.

En el caso de los adultos, es muy probable que los síntomas también coincidan en la representación y práctica, pero como no hicimos trayectorias de atención no podemos aseverarlo, lo que sospechamos es que la sintomatología probablemente corresponda al panorama epidemiológico crítico de la localidad, por ejemplo, enfermedades crónicas

³²² Recordemos que en el 2011, a partir del informe del Centro de Salud la principal causa de morbilidad en menores de cinco años fue la violencia intrafamiliar.

³²³ Haciendo trabajo de campo, las dos últimas semanas de julio de 2012, escuché con frecuencia sobre casos de niños enfermos de diarrea y vómito (algunos adultos también).

degenerativas³²⁴ y la alta tasa de mortalidad (causa violencia), esto lo conjeturamos por dos aspectos, por un lado, porque la gente comentó en la representación social fatiga general en el cuerpo y dificultad para desplazarse (síntomas más recurrentes) y por otro haciendo trabajo de campo, escuchamos varios relatos breves pero consistentes sobre la pérdida de un familiar y posteriormente ser atendido de escapulario³²⁵.

Con esto deducimos que la muerte de un familiar está conectado a que las personas se sientan deprimidas (fatiga, falta de ánimo, cansancio) y por ello posiblemente recurran a la atención del escapulario. Esto en parte, podría ser una explicación del por qué el padecer está aumentando en los adultos.

Sin embargo, no todo lo acotado antes está incluido a la forma de padecer escapulario, pues la sintomatología es tan diversa que no escapa a las particularidades de cada historia de vida, por ende, el padecimiento da cabida a cualquier malestar percibido y sufrido que afecte a la persona.

Una revelación en la investigación fue identificar a través del discurso de la gente, que el escapulario es un tipo de aire, éste proviene de dos santos, San Antonio y Santo Domingo, quienes después de morir se convirtieron en santos, pero al no ser bautizados de acuerdo a los preceptos católicos transitaron a una esencia invisible, que de verse solo es posible a través de la representación de dos ancianos (viejitos) con características físicas peculiares. El aire de los santos es el causante de producir el padecer, manifestado en diversos síntomas y malestares.

Los santos enferman por un motivo concreto, obtener lo que desean, entre lo más significativo está el alimento. De ello, interpretamos que el escapulario guarda varias ideas simbólicas en torno a la enfermedad misma y a la curación, ambas están fuertemente enlazadas, una no puede entenderse en función de la otra.

Primero diremos que la necesidad de “querer” comer está fuertemente enraizada a la memoria cultural en Coatetelco, donde generacionalmente han tenido experiencias de hambruna y de algún modo siguen viviendo la escasez de alimento a la fecha actual, de ahí las estrategias alimenticias por prolongar los horarios para hacer el mínimo de comidas al día. En este sentido inferimos que la representación social sostenida en el hambre de los santos está plasmada en la vida habitual de la gente.

En segundo lugar, a través de la atención al enfermo, se les “da” a los santos lo que piden (huentle), pero mientras no se les “dé” la persona seguirá enferma; sobre este punto analizamos, que el enfermo personifica a los santos para expresar qué es lo que ellos quieren. Empero, las representaciones sociales han sido transformadas, por lo que los santos piden más que solo alimentarse, pues al reelaborar las ideas, actualmente San Antonio y Santo Domingo tienen más peticiones, ahora en el acto curativo es fundamental contar con sonido de música,

³²⁴ La diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II) está entre las diez primeras causas de morbilidad en el 2008, 2010 y 2011 y la hipertensión arterial en el 2008 (SSA, 2012).

³²⁵ Estas tan solo son suposiciones por lo que consideramos necesario realizar un estudio más profundo para dar cuenta de información precisa a través de las trayectorias de atención, habrá que explorarlo en investigaciones futuras ya sea por nosotros u otros interesados en el tema.

bastante gente y consumir más alcohol, por tanto, las expectativas sobre la atención son mayores.

Nosotros asociamos que en un escenario hostil carente de afectividad a causa de conductas violentas arraigadas, el espacio curativo se vuelve ideal para calmar la angustia y sufrimiento no atendido satisfactoriamente en otros ámbitos, ya sean familiares o institucionales³²⁶.

Esta reflexión está fundamentada en el registro etnográfico y epidemiológico, las dos fuentes de información aunque han sido de distinta perspectiva nos han permitido enlazar elementos culturales y estadísticos. Añadimos que si bien en otro tiempo el escapulario a través de la representación social mostraba la necesidad alimenticia solo en los niños (desnutrición con cuadros diarreicos), hoy en día eso sigue perviviendo en un problema de salud pero además se han acrecentado otros que afectan a los adultos y es en la atención del escapulario donde al parecer están encontrando respuesta.

Concerniente a este tipo de terapéutica, la investigación encontró que ésta es personalizada en torno al enfermo, más de una persona está ocupada por contribuir a su recuperación, los curanderos son los primeros intermediarios en hacer un diagnóstico certero, después la esfera doméstica a través de los familiares más cercanos, le sigue la intervención de los padrinos, posteriormente la especialista en poner huentle y en última instancia gente invitada a la curación, quien lo anima a comer, bailar, beber alcohol y pasársela muy bien en el evento curativo.

De esta manera sostenemos que el tratamiento no depende de un actor social sino de varios y en ese sentido, es una atención colectiva, trascendiendo incluso el ámbito del curandero, es decir, no depende solamente de su saber y especialidad.

“Te están ayudando... todas las personas que se meten adentro, luego dicen ¡Hay que tomar por remedio! Es para que te compongas, ellos dan un poquito de su parte al ayudarte a tomar lo que es del huentle... Como que ellos cooperan a tu enfermedad” (Trabajo de campo, 2012).

Según nuestra posición, la atención colectiva tiene una función relevante con relación a la enfermedad, pues la participación grupal es lo que determina de acuerdo a la representación social la eficacia de la terapéutica. Así, cada uno de los sujetos involucrados, incluido el enfermo, quien es parte de su propia atención, procuran seguir el orden del curso de la atención.

Es prudente enfatizar que dicho recorrido de la atención es gradual, es decir, va otorgándose en varios escenarios y con diferentes actores, con esto lo que queremos decir es que durante el proceso de la salud-enfermedad-atención, especialmente la familia está cercana al enfermo para preguntarle qué quiere, cómo desea su evento curativo y consecutivamente está siendo vigilado en cuanto a la persistencia y alivio del malestar, por todo esto, la atención resulta estrechamente afectiva en comparación con otro tipo de terapéuticas.

³²⁶ El trabajo dio cuenta de que lo afectivo es tan relevante en la localidad, que de igual manera, otorgar regalos o simplemente recordar días conmemorativos (cumpleaños) es óptimo para acercarse a este propósito. Inclusive la curación del escapulario algunas veces la asemejan a un festejo de cumpleaños.

Atendiendo a la segmentación del curso de atención, “avisar y dar santo”, en el primero la atención suele ser privada y familiar y en el segundo más pública, en ambos la ritualidad está presente, lo cual implica seguir reglas ya socializadas para no fallar en la eficacia terapéutica.

El evento que culmina la curación (dar santo) es al que se le pone mayor peso simbólico, aunque los dos tienen una función de ser, este último es de importancia en nuestro análisis, debido a que se convierte en un festejo muy similar a una fiesta civil, donde de forma latente le están agregando nuevos aspectos. Uno es el exceso de alcohol, el cual dentro de las representaciones sociales es convincentemente llamado remedio, es parte de la curación y de no ser consumido no se está contribuyendo a la recuperación de la salud.

“Con alcohol rociaban al niño y lo poquito que sobraba con refresco lo tomaban pero no como ahora, ahora exageramos porque botella, tras botella ¡Ay no, ahora ya lo mal acostumbraron al santo! Ya esa es mala costumbre, ya no nada más lo del huentle, sino que le siguen” (Trabajo de campo, 2012).

Hemos dicho durante el desarrollo del texto, que la ingesta de alcohol en la localidad regularmente va acompañada de comportamientos violentos, sin embargo, un hallazgo en la investigación fue observar que lejos de reproducir esta práctica en el ritual curativo (dar santo), la representación social concerniente a los pleitos, exalta tratar de evitarlos porque no son del agrado de los santos, en ese sentido, en la práctica se colabora a la detención de este tipo de conductas.

Asimismo, el trabajo vislumbró una carga emocional reprimida entre los participantes, la cual es más permisible por expresar en este espacio curativo que en otros, donde justamente los actores participantes sabiendo de las reglas de la ritualidad están ahí para convivir armoniosamente, escuchar, bailar, reír y fomentar la unión solicitada por los santos. Así que de haber algún comportamiento fuera de lo habitual, la terapéutica respalda ese momento.

Queremos destacar que aunque es cierto que el consumo de alcohol puede ser desmedido y al mismo tiempo justificado, esto no atañe exclusivamente a este acontecimiento curativo sino a un modo habitual por consumirlo al interior de la localidad. Por ejemplo, es permisible en los adolescentes, desde los once o doce años en adelante, así que participar en la terapéutica no necesariamente es el sitio donde se les incite a beber, pues no se asegura que a partir de ahí tengan esa preferencia, puede ser un elemento sí, pero no es determinante.

Lo destacable del tratamiento entre otras cosas es que de ser originalmente una atención meramente doméstica o familiar, ésta ha ido incluyendo cada vez más a otros actores, al grado de pasar a un terreno más incluyente. Y a decir verdad, la estrategia doméstica sigue persistiendo cuando ante la falta de recursos económicos es viable.

Con base en las representaciones y prácticas sociales hemos concluido y enlazado algunos componentes relacionados al escapulario como fenómeno de salud, empero, las aristas por descubrir están abiertas a otro tipo de análisis antropológico, por ejemplo, la organización social alrededor del ritual, la cual brevemente describimos (capítulo V) pero no agotamos desde otro enfoque teórico que hiciera hincapié en la ritualidad del tratamiento y sus contrastes, pues no estuvo contemplado en nuestros objetivos particulares. Un punto adicional al ritual curativo son las implicaciones que conlleva la participación de personas con alguna enfermedad crónica

degenerativa pues como ya hemos dicho, el consumo de alcohol es alto y en cierta forma lo son también los carbohidratos, refresco y otros alimentos. Al punto que nuevamente queda abierta la posibilidad de replantear otras investigaciones que nosotros no pudimos abordar.

7.6 El proceso de enfermedad-salud-atención

En función de las trayectorias de atención revisadas (experiencias concretas de los niños participantes en el estudio) y de las representaciones sociales en relación a la enfermedad, aquí presentamos la forma de entenderla y atenderla.

Ya hemos dicho que la manifestación de los síntomas y malestares por escapulario es muy amplia y variable a cada persona, sin embargo, en el caso de los niños la representación y la experiencia del padecer (a través de las trayectorias) marcaron dificultades comunes como estomacales, digestivas, intestinales y nutricionales. Las tres primeras en parte se desarrollan por las malas condiciones de saneamiento en la localidad y viviendas, en cambio, las últimas dependen de la limitación económica, los estilos y hábitos de vida, además de la cuestión administrativa y técnica del primer nivel de atención (Centro de Salud) para vigilar y monitorear eficazmente el problema de salud nutricional.

Consideramos que las enfermedades gastrointestinales y la desnutrición siguen siendo un daño a la salud en la localidad, que si bien en otro momento era más agudizado, eso no significa que los infantes no sigan teniendo estas repercusiones aunque en menor grado.

En este sentido, dichos cuadros de enfermedad regularmente están confinados al escapulario, empero, no todos los niños con algún grado de desnutrición o de índole gastrointestinal padecen la enfermedad popular. En caso de ser así, conjeturamos que el problema de salud real no es atendido satisfactoriamente por los servicios institucionales, principalmente los públicos. Y estando así la situación, los menores seguirán siendo susceptibles a padecer escapulario.

Simultáneamente, es previsible que entren otros cuadros de tipo biomédico según la recurrencia más alta en casos nuevos; recordamos que en el 2011 hubo un brote de hepatitis A y en el 2012 dengue, por lo que probablemente algunas de esas personas también fueron atendidas por escapulario³²⁷.

Referente a los adultos, seguramente ellos están vivenciando el padecer de forma muy distinta a la de los niños porque los episodios de enfermedad apuntan ser más crónicos que agudos, aunque sin descartar la posibilidad de la presencia de los dos.

Con esta idea, nos preguntamos ¿El escapulario está sujeto a las enfermedades biomédicas que vayan presentándose? De entrada, contestamos que sí, pero irá variando según las necesidades sufridas desde la perspectiva subjetiva y en concordancia a la satisfacción de los tratamientos ocupados para recobrar la salud. Así, podemos aventurarnos a decir que

³²⁷ Un prestador de servicio de música (sonidero) comentó que en el 2011 hubo mayor demanda en los eventos terapéuticos de escapulario, quizá esa alza estuvo relacionada a los casos de hepatitis, sin saberlo y constatarlo sospechamos ser posible, debido a que el Centro de Salud no pudo dar asistencia a todos los casos, algunos consultaron a médicos particulares y en la búsqueda de otras alternativas pudo estar la popular. Nosotros recuperamos la trayectoria de atención de un niño de diez años que tuvo hepatitis y a la par fue atendido por escapulario; en el 2012 igualmente registramos el caso de una mujer de veintinueve años con dengue, primero tuvo asistencia alópata y después recurrió al escapulario. Ver capítulo III, apartado: morbilidad local.

dependiendo de la enfermedad que esté en boga, la atención de escapulario aumentará si ésta ofrece una mejor terapéutica a la alópata u otras.

Ahora bien, la manera de experimentar el padecer indica la diferencia en la elección de diagnósticos y tratamientos, debido a que a partir del malestar o alivio se toman medidas. Sobre la reconfiguración de diagnósticos, el trabajo resaltó la opinión de distintas mujeres del núcleo familiar alrededor del padecer, lo cual da la pauta para cambiar de decisión, todo en base a la sanación del enfermo. La legitimidad otorgada al curandero es significativa, ya que a veces es mayor a la del médico, pues le dan valor a su saber y tienen certeza sobre su consulta esperando la indicación del diagnóstico, si es “enfermedad de doctor” o no lo es.

En Coatetelco, cuando alguien enferma es atendido con lo primero que tiene a la mano, sea casero, médico o curandero, pero su lógica se dirige hacia ver los efectos casi inmediatos de cualquier procedimiento. No se deja pasar demasiado tiempo para ver el resultado terapéutico, si se observan avances significativos en la cura de los malestares ahí se detienen con lo que se está ocupando, pero de no ser así, sucesivamente pasan al siguiente (s).

Con tal entendimiento, cuando una persona enferma se atiende con el médico pero si no ve resultados se atiende “dándole santo”, en caso contrario, si no es escapulario se va con el médico, el asunto es que el camino no es rectilíneo, depende del padecer, de la sospecha y de los desenlaces. Generalmente buscan la restauración de la salud porque “Nosotros no nos dejamos morir y si nos morimos, antes ya le hicimos la lucha”. Con esto puede observarse que la población busca diferentes alternativas que le ayuden con la enfermedad, pero si no hay respuesta con una, cambia a otra o regresa a donde inició, el asunto es explorar diferentes opciones hasta sentir mejoría.

Algo muy singular en las trayectorias de atención recopiladas fue detectar que ante el “empeoramiento” o persistencia (mejoría provisional pero regresa la molestia) de cualquier sintomatología, la reacción adyacente es cambiar de opción terapéutica, en el caso de los medicamentos alópatas, estos se consideran nocivos si se siguen utilizando porque son los que empeoran el malestar. Por lo tanto, deben suspenderse, además de que en la atención del escapulario es necesario ingerir alcohol. En última instancia, si algún medicamento es eficaz, sigue utilizándose y en esa circunstancia se combinan las terapéuticas aunque el mérito de la eficacia es otorgada a la curación de escapulario.

Con respecto a la práctica médica, pudimos darnos cuenta que la relación que los médicos mantienen con sus pacientes es de subordinación, ellos dicen lo que está bien y lo que debe hacerse; por ende, no hay una intercomunicación entre iguales para “ir y regresar”, es decir, todo gira en torno a las indicaciones profesionales. Por su parte, las trayectorias de atención evidenciaron que la gente no valida la atención de los médicos porque ésta no les parece suficiente y su servicio no es grato, es así que recurren a la del escapulario y la aprueban como eficaz porque desde su punto de vista sí les da resultados.

Lo relevante del asunto es que la no validación es hacia médicos públicos y privados, el inconveniente quizá radica en una mala práctica médica, la gente manifestó que en la consulta no preguntan, no explican, no saben y automáticamente dan un tratamiento. Específicamente

de los médicos públicos la queja reside en la organización administrativa y operativa del primer nivel de atención, perciben demasiado tiempo de espera en la atención y sienten que sus necesidades no les interesan.

El itinerario previo al escapulario, gira entonces en haber visitado a otras instancias, generalmente la doméstica y el médico, siendo este particular más que público. Aunque es poco usual, también existe la posibilidad de transitar de la atención doméstica a la popular sin consultar a ningún médico. Sobre este punto, la investigación reveló que las formas de atención no siempre siguen un camino lineal, algunas veces dependerá de la cuestión económica, del pragmatismo o de experiencias precedentes satisfactorias.

Siendo la atención de escapulario la última elección, vemos que darle de comer a los santos (mediante la ofrenda de alimentos- llamado huentle) tiene un significado importante, pues de eso deriva que San Antonio y Santo Domingo queden satisfechos con lo que les dieron y regresen la salud a la persona, de ahí que la narrativa de la gente muestra la mejora del estado general, los niños van teniendo reacciones favorables como pedir de comer e ir reincorporándose a la vida habitual con un mejor estado anímico.

Así, distinguimos que la atención del escapulario es progresiva y está dividida en diferentes fases, cada una tiene su razón de ser y los mínimos detalles cuentan para restablecer la salud de la persona. Por ejemplo, resulta muy significativo que el día que “les avisan” a los santos que sí les darán de comer, por ende, el enfermo asume que también le están avisando a él, de ello, saber que recibirá la atención correspondiente de parte de los padrinos y familiares le genera tranquilidad.

Entonces, la competencia simbólica está puesta en lo afectivo de esta terapéutica, la cual incluye a varios actores tanto familiares como de la localidad, por eso se convierte en colectiva porque distintas personas colaboran para que el enfermo se cure.

La atención es muy personalizada al enfermo, se le pregunta qué quiere y cómo desea que sean las cosas (qué padrinos, con o sin música, mucha o poca gente), es decir, se le toma en cuenta durante todo el transcurso del padecer, en otras palabras, al enfermo continuamente lo están considerando.

De esta manera, en todo el proceso de atención cualquier aspecto tenso de la vida social se transforma en otro diferente. A decir verdad, esto sale a colación considerando la hostilidad en la que vive la gente, carencias alimenticias, económicas y pautas violentas entre otras. Así, el ritual curativo es el espacio donde se cumplen expectativas y anhelos, tanto de la familia como del enfermo, quien temporalmente es el centro de atención. A pesar de las limitaciones financieras familiares, se busca solventar los gastos de la curación, aunque sea “pobremente”.

El escapulario esta innegablemente ligado a las emociones, salió en la representación y práctica social, que si bien no lo exploramos directamente por no ser objetivo de la investigación, el dato empírico sobresaltó.

Cuando a nosotros como grandes nos dan santo, siempre, siempre has de llevar sonido, sonido, sonido, en los chiquitos no, pero hay unos que sí. Pero casi, casi la mayoría es en los grandes, sonido

y banda. Sí, porque yo se me quitó el santo hasta que me trajeron banda y sonido (Trabajo de campo, 2012).

De lo expuesto hasta ahora lanzamos tres preguntas reflexivas que nos permiten acceder a la interpretación del mundo de vida de quién resuelve los eventos de enfermedad ¿De qué depende que el padecer sea reconfigurado por la gente? Analizamos que la experiencia sobre la enfermedad es la causante de proyectar acontecimientos ordenados, significativos y coherentes que aportan sentido a la gente afectada ¿Qué determina que el grupo social actúe ante la enfermedad y dé solución a su problema de salud? Interpretamos que es el pragmatismo el que guía la resolución inmediata ante el problema, haciendo uso de todos los recursos disponibles, entre ellos los que aportan mayor confort. Y finalmente ¿La experiencia de la enfermedad qué recursos terapéuticos requiere? Todos aquellos que tenga de manera inherente la interacción humana, lo cual lleva consigo intercambiar, compartir, y acompañar en diferentes momentos del proceso salud-enfermedad-atención. Lo cual parece ser cumplido en la atención del escapulario, ya que en todo momento sobresale la cuestión afectiva, mostrando al enfermo que existe el apoyo personal, familiar y colectivo.

De este modo, el escapulario es apreciado por el grupo social como un padecer al que debe responderse, por su parte el tratamiento también está sometido a evaluación, así, los juicios del enfermo y los que están a su alrededor (familiares) suelen esperar solución a las molestias sentidas.

Centrándonos en la categoría conceptual del síndrome de filiación cultural utilizada en la literatura antropológica, concluimos que el escapulario como fenómeno de salud rebasa esa conceptualización, debido a que no existen cuadros específicos en la sintomatología, además, deja de ser síndrome porque experiencias ajenas a la cultura local exhibieron que el espacio geográfico para enfermar no es restringido. Así que a partir del procedimiento terapéutico, otras personas (de localidades aledañas o foráneas) se están atendiendo por la necesidad de encontrar otras posibilidades que den solución a su problema de salud, independientemente sean originarios o no de Coatetelco.

Continuando la inferencia conceptual, el escapulario más que un síndrome es un padecimiento porque la diversidad sintomatológica y la manera de responder ante ésta así lo señalan, incluso de acuerdo a la noción de la gente, es propiamente una enfermedad por una causa específica.

Bibliografía

- Abric Jean, Claude: *Prácticas sociales y representaciones*, México, Ediciones Coyoacán-Ambassade de France, 2001.
- Adán, Elfego: *Las danzas de Coatetelco*, México, Anales del Museo Nacional de Arqueología, Historia y Etnología, 1910.
- Aguirre Beltrán Gonzalo: *Zongolica, encuentro de Dioses y Santos Patrones*, Xalapa, Editorial de la Universidad Veracruzana, 1986.
- Alemán Rivera, Jerisael y Capi Morales, Elsa: Enfermedad del escapulario (santo), en Coatetelco, Morelos, México, *Tlahui-Medic*, número 26, 2008.
- Almeida Filho, Naomar: Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones, *Salud Colectiva* 2 (2), mayo-agosto, 2006.
- Álvarez Hernández, Gerardo: Limitaciones metodológicas de la epidemiología moderna y una alternativa para superarlas: la epidemiología sociocultural, *Región y Sociedad* 20: 51-75, número especial 2, 2008.
- Aranda Gallegos, Patricia: Los motivos de la “desidia”: estudio sociocultural de los saberes legos sobre el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino, Hermosillo, Sonora, México, El Colegio de Sonora, 2010.
- Archivo muerto municipal: Ayuntamiento de Miacatlán, 2002
_____ Ayuntamiento de Miacatlán, 2007
_____ Ayuntamiento de Miacatlán, 2008
_____ Ayuntamiento de Miacatlán, 2010
- Asociación Psiquiátrica de América Latina: *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*, 2003.
- Ayudantía Municipal: Coatetelco, 2008
_____ Coatetelco, 2009
_____ Coatetelco, 2010
_____ Coatetelco, 2011
_____ Coatetelco, 2012
- Barfield, Thomas: *Diccionario de antropología*, México, Siglo XXI editores, 2000.
- Bauman, Zygmunt: *La cultura como praxis*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 2002.
- Boixareu, Rosa María (coordinadora): *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*, Barcelona, España, Editorial Herder, 2008.

Burawoy, Michel: *The extended case method*, Berkeley, University of California, American Sociological Association, 1998.

Campos Navarro, Roberto: *Nosotros los curanderos. Experiencias de una curandera tradicional en el México de hoy*, México, Nueva Imagen, 1997.

_____ Las medicinas indígenas de México al final del milenio. En De la Peña Guillermo y Luis Vázquez (coordinadores): *La Antropología Sociocultural en el México del Milenio. Búsquedas, encuentros y transiciones*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002.

Castro Jesús y Reynoso Jaime: *Notas etnográficas Coatetelco*, México, Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias (PACMyC), de la Dirección General de Culturas Populares y del Instituto de Cultura de Morelos, 2002.

Castro Roberto: *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, Cuernavaca, Morelos, México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.

Cerda Lorena y Cynthia Saravia: *Análisis de la calidad del agua de consumo humano en Coatetelco y Alpuyeca, estado de Morelos*, México, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en prensa.

Cisterna, Francisco: Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa, *Theoria* 14(1): 61-71, 2005. Disponible en: <http://fespinoz.mayo.uson.mx/categorizacion%20y%20trinagulacio%C3%B3n.pdf>
Consultado: 08/junio/2014

Comisión Estatal del Agua y el Medio Ambiente: *Proyecto ejecutivo de colector y planta de tratamiento de la localidad de Coatetelco, municipio de Miacatlán, Morelos*, México, 2008.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios: *Información de eficiencia de cloración por municipio para los años 2006-2009*. Disponible en: [www.conagua.gob.mx/CONAGUA07/Contenido/.../TM\(Cloracion\).xls](http://www.conagua.gob.mx/CONAGUA07/Contenido/.../TM(Cloracion).xls)
Consultado: 22/sep/2013.

Comisión Nacional del Agua: *Agenda del agua 2030. Foro Estatal Morelos. Cobertura universal*. Disponible en: <http://www.conagua.gob.mx/OCB07/Contenido/Documentos/COBERTURAUNIVERSAL.pdf>
Consultado: 10/oct/2013

_____ *Atlas del agua en México 2012*. Disponible en: <http://www.agua.org.mx/index.php/biblioteca-tematica/estadisticas/25118-atlas-del-agua-en-mexico-2012-conagua>
Consultado: 28/oct/2013

_____ *Inventario nacional de plantas municipales de potabilización y de tratamiento de aguas residuales en operación*. Disponible en: <http://www.agua.org.mx/index.php/biblioteca-tematica/estadisticas/25101-inventario-nacional-de-plantas-municipales-de-potabilizacion-y-de-tratamiento-de-aguas-residuales-en-operacion>
Consultado: 08/nov/2013

_____ *Programa Hídrico visión 2030 del Estado de Morelos*. Disponible en: <http://www.ceamorelos.gob.mx/files/ml/ProgramaHidrico.pdf>
Consultado: 21/sep/2013

_____ *Situación del Subsector Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento*. Disponible en: <http://www.agua.org.mx/index.php/biblioteca-tematica/estadisticas/14372situacion-del-subsector-agua-potable-alcantarillado-y-saneamiento-edicion-2010>
Consultado: 25/sep/2013

Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad y Universidad Autónoma del Estado de Morelos: *La Diversidad Biológica en Morelos: Estudio del Estado*, México, Contreras-MacBeath, T., J.C. Boyás, F. Jaramillo (editores), 2004. Disponible en: http://www.biodiversidad.gob.mx/region/EEB/pdf/EE_Morelos_2006.pdf
Consultado: 28/oct/2013

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social: *Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2011*. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/INFORME_DE_EVALUACION_DE_LA_POLITICA_DESARROLLO_SOCIA_2011.pdf
Consultado: 19/oct/2013

_____ *Informe de pobreza y evaluación en el estado de Morelos 2012*. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/coordinacion/entidades/Paginas/Morelos/rezago_social.aspx
Consultado: 23/sep/2013

Comisión Nacional del Agua y Organización Mundial Meteorológica: *Interrelaciones agua y salud pública en México*. Disponible en: [http://www.conagua.gob.mx/CONAGUA07/Noticias/OMMPREMIA_064_Agua&Salud\(p\).pdf](http://www.conagua.gob.mx/CONAGUA07/Noticias/OMMPREMIA_064_Agua&Salud(p).pdf)
Consultado: 10/ene/2014

Crivos, Marta: Estudio de la narrativa de caso: Una propuesta para el abordaje etnográfico de las alternativas médicas. En Anitilde Idoyaga Molina (editora): *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad. La selección y combinación de medicinas en la Argentina*, tomo I, Buenos Aires, Argentina, Editorial CAEA-IUNA, 2007.

Dethlefsen, Thorwald y Rüdiger Dahlke: *La enfermedad como camino*, Barcelona, Plaza y Janes, 1997.

Diccionario de español en línea. Disponible en:
<https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=alumbre>
Consultado 22/nov/2014.

Díez-Roux, Ana: Genes, individuos, sociedad y epidemiología, *Journal of Epidemiology* 148 (1): 1027-1032, 1998.

Dumon, Wilfred: Qué es la familia. Definición de la familia en el mundo moderno y posmoderno. En Luis Leñero Otero (coordinador): *Políticas e intervenciones familiares. Sus concepciones e implicaciones socioculturales*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2008.

Echarri Cánovas, Carlos: *Hijo de mi hija: estructura familiar y la salud infantil en México*, México, El colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y Desarrollo Urbano, 2003.

Epitacio Moreno, Maribel: *Conferencia en el Instituto Nacional de Salud Pública*, Cuernavaca, Morelos, 2010.

Fábrega, Horacio: The ethnography of illness, *Social Science and Medicine* 13: 565-576, 1979.

Fagetti, Antonella: *Síndromes de filiación cultural. Conocimiento y práctica de los médicos tradicionales en cinco hospitales integrales con medicina tradicional del Estado de Puebla*, México, Gobierno del Estado de Puebla, Secretaría de Salud 2004.

Fajreldin Chuaqui, Valentina: Antropología médica para una epidemiología con enfoque sociocultural. Elementos para la Interdisciplina, *Ciencia y Trabajo*, número 20, abril-junio, 2006.

García Alfonso y Norma González: *Diagnóstico de salud de la localidad de Coatetelco 2011-2012*, México, Centro de Salud, Jurisdicción Sanitaria número 1, 2012.

García Fajardo, Francisco: El mizcotón: una enfermedad carencial entre los grupos indígenas del estado de Morelos. En Luis Miguel Morayta Mendoza (coordinador): *Los Pueblos Nahuas de Morelos. Atlas Etnográfico. Touaxca, togente, lo nuestro, nuestra gente*, México, CONACULTA-INAH, Gobierno del Estado de Morelos, Instituto de Cultura de Morelos, CONACY, 2011.

Gobierno del Estado de Morelos: *Ley del Equilibrio Ecológico y la Protección al ambiente del Estado de Morelos*. Disponible en:
<http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/leyes/pdf/LAMBIENTEM.pdf>
Consultado: 17/nov/2013

_____*Ley Estatal de Agua Potable*. Disponible en:
http://www.ceamorelos.gob.mx/files/ml/LEY_EST__AGUA%20_POT.pdf
Consultado: 15/dic/2013

_____*Ley que crea la Comisión Estatal del Agua como Organismo Público Descentralizado del Poder Ejecutivo del Estado de Morelos.* Disponible en: http://www.ceamorelos.gob.mx/files/ml/LEY_QUE_CREA_LA_COM_EST_DEL_AGUA.pdf
Consultado: 11/dic/2013

Good Byron, J: *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Barcelona, España, Ediciones Bellaterra, 2003.

González Chéves, Lilián y Paul Hersch Martínez: Aportes para la Construcción de un Perfil Epidemiológico Sociocultural de una Comunidad Rural en México, *Salud Pública de México* 35(4): 393-402, 1993.

_____*Enfermar sin permiso: un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos, Puebla, México*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2011.

González Herrerías, Julio: *Diagnóstico de salud de Coatetelco 2005-2006*, México, Centro de Salud, Jurisdicción Sanitaria número 1, 2006.

González Montes, Soledad: Los oficios de la maternidad una mirada de la Antropología Médica, *Desacatos*, número 13, 200-203, 2003.

Greifeld, Katarina: Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos, *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia* 18 (35): 361-375, 2004.

Guerrero Pupo, Julio., Ileana Amell y Rubén Cañedo: Tecnología, tecnología médica y tecnología de la salud: algunas consideraciones básicas, *Acimed* 12(4), 2004. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol12_4_04/aci07404.htm Consultado: 22/nov/2014.

Gutiérrez Rivas, Rodrigo: El derecho al agua y su relación con el medio ambiente. En Carmona Tinoco Jorge y Jorge Hori Fojaco: *Derechos Humanos y Medio Ambiente*, México, Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2010. Disponible en: <http://www.bibliojuridica.org/libros/6/2759/8.pdf>
Consultado: 14/dic/2013

Guzmán Gómez, Elsa: *Resistencia, permanencia y cambio. Estrategias campesinas de vida en el poniente de Morelos*, México, Plaza y Valdés editores, 2005.

Haro Encinas, Jesús Armando: Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En Perdiguero Enrique y Josep María Comelles (editores): *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, España, Ediciones Bellaterra, 2000.

_____*Ejes de discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural*, Documento presentado en el Seminario del Cuerpo Académico del Centro de Estudios en Salud y Sociedad, Hermosillo, Sonora, El Colegio de Sonora, 24 de febrero, 2010.

_____ *Rumbo a una epidemiología sociocultural*, España-México, Publicaciones URV, El Colegio de Sonora, en prensa.

Haro Encinas., Jesús Armando., Gerardina Nubes y Rubén Calderón: Riesgos sanitarios en calidad bacteriológica del agua. Una evaluación en 10 estados de la república mexicana, *Región y Sociedad*, número especial 3, 2012.

Harris, Marvin: *Teorías sobre la cultura en la era posmoderna*, Barcelona, España, Crítica, 2007.

Hersch Martínez, Paul: Tlazol, ixtlazol y tzipinación de heridas: implicaciones actuales de un complejo patológico prehispánico, *Dimensión antropológica* 3: 27-59, enero-abril, 1995. Disponible en: <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/?p=1535>
Consultado: 02/sep/2013

Hersch Martínez, Paul y Jesús Armando Haro Encinas: *¿Epidemiología sociocultural o antropología médica? Algunos ejes para un debate transdisciplinar. Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente*, Ponencia presentada en el VII Coloquio REDAM/Universitat Rovira I Virgil, Tarragona, 2007.

Hernández Chapa, Guillermo: *Herencia e identidad. Santa Catarina un Pueblo Náhuatl*, Morelos, México, Culturas Populares, 1995.

Icaza Fernández del Castillo: Evaluación de un programa de saneamiento en la vivienda en Coatetelco, Estado de Morelos. En Teresa Lartigue (compiladora): *Salud comunitaria: una visión panamericana*, México, Universidad Iberoamericana, 1991.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía: *Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del cuestionario básico*. Disponible en: <http://www.snim.rami.gob.mx/>
Consultado: 20/sep/2013

_____ *II Censo de Población y Vivienda 2005*. Disponible en: <http://www.snim.rami.gob.mx/>
Consultado: 08/nov/2013

_____ *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, Morelos*. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/mor/17_principales_resultados_cpv2010.pdf Consultado: 13/nov/2013

_____ *Principales Resultados por Localidad, 2010 (ITER)*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/ResultadosR/CPV/Default.aspx?textoCoatetelco>
Consultado: 28/sep/2013

Jiménez Benítez, Sergio: *La huella del Tata*, México, Editorial del Magisterio, 1966.

Jodelet, Denise: La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge Moscovici (editor): *Psicología Social, II*, Barcelona, Paidós, 1986.

Kleinman Arthur: *Illnes Narratives. Suffering, Healing, and the human condition*, New York, Estados Unidos de Norteamérica, Basic Books, 1988.

Kleinman Arthur y Peter Benson: Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it, *Plos Medicine* 3(10):1673-1676, 2006.

Lévi Strauss, Claude: *Antropología estructural*, Barcelona, España, Ediciones Paidós Ibérica, 1995.

Lewis, Oscar: *Un pueblo de México*, México, Editorial Joaquín Mortiz, 1971.

López Austin, Alfredo: *Cuerpo Humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1986.

Maldonado Jiménez, Druzo: *Religiosidad indígena. Historia y etnografía Coatetelco, Morelos*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2005.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: *DSM IV*, Madrid, Editorial Masson, 1997.

Marcos, Sylvia: *Women and indigenous Religions*, United States of America, 2010.

Marinas, José Miguel: *La escucha en la historia oral. Palabra dada*, España, Editorial Síntesis, 2007.

Martínez Hernández, Ángel: Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. En Perdiguero Enrique y Josep María Comelles (editores): *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, España, Ediciones Bellaterra, 2000.

Mejía Franco, Nalleli., Carolina Mendoza., Aidee Palacios., Ariana Rangel y Victoria Sandoval: *Chipilez, síndrome de filiación cultural y su tratamiento en Coatetelco, El tlacuache*, número 340, 2008.

Melgar, Ricardo: Una Constelación Veneracional entre los Nahuas de Morelos, *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, número 29, septiembre-diciembre, 2002.

Menéndez Arizmendi, Ulises: Diagnóstico de salud de la localidad de Coatetelco 2008-2009. Centro de Salud. Jurisdicción Sanitaria número 1. México, 2009.

Menéndez, Eduardo: La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?, *Alteridades* 4(7): 71-83, 1994.

_____ Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes, *Estudios Sociológicos* 16 (46):37-68, 1998.

_____ Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En Perdiguero Enrique y Josep María Comelles (editores): *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, España, Ediciones Bellaterra, 2000.

_____ Biologización y racismo, *Alteridades* 11 (21): 5-39, 2001.

_____ Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos, *Revista de Antropología Social* 14: 33-69, 2005.

_____ Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades, *Región y Sociedad* 20: 5-50, número especial 2, 2008.

Módena, María Eugenia: *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, México, volumen 37 de Ediciones de la Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1990.

Morayta Mendoza, Miguel: Presencias, comunidades y San Ce. En Luis Miguel Morayta Mendoza (coordinador): *Los Pueblos Nahuas de Morelos. Atlas Etnográfico. Touaxca, togente, lo nuestro, nuestra gente*, México, CONACULTA-INAH, Gobierno del Estado de Morelos, Instituto de Cultura de Morelos, CONACY, 2011.

Moreno Altamirano, Laura: Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento enfermedad-atención: una mirada socioantropológica, *Salud Pública de México* 49 (1): 63-70, 2007.

Organización Internacional del Trabajo: *Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*. Disponible en: http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/convenio_169_07.pdf
Consultado: 03/mar/2012

Organización Mundial de la Salud: *Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud*. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html.
Consultado: 20/oct/2013

Osorio Carranza, Rosa María: *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana, Instituto Nacional Indigenista-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2001.

Paulo Maya, Alfredo: Propuesta para el análisis de los casos de chipilez en el Estado de Morelos, México, *Revista Antropoformas*, número 6, enero-marzo, 2002.

_____ Lo que cura y enferma en los pueblos indígenas de Morelos. En Luis Miguel Morayta Mendoza (coordinador): *Los Pueblos Nahuas de Morelos. Atlas Etnográfico. Touaxca, togente, lo nuestro, nuestra gente*, México, CONACULTA-INAH, Gobierno del Estado de Morelos, Instituto de Cultura de Morelos, CONACY, 2011.

_____ *El “escapulario”, una representación social para curar padecimientos, en comunidades de tradición nahua del poniente de Morelos*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, en prensa.

Paulo Maya, Alfredo y Rosemary Venegas-Lafon: Análisis interdisciplinario de la chipilés. Síndrome de Filiación Cultural que afecta a la niñez, en Tetelcingo, Morelos, *Laborat Acta* 21:85-90, 2009.

Peña Yesenia Edith y Lilia Hernández: *Entre saberes ancestrales y conocimientos contemporáneos: las representaciones y prácticas curativas en Suchitlán, Comala, Colima*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes-Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2013.

Pérez Uruñuela, Jesús: *La ceremonia del “mixcoton” o de los “chipiles”*. Disponible en: <http://perezurunuela.blogspot.mx/2008/10/la-ceremonia-del-mixcoton-o-de-los.html>
Consultado: 05/sep/2013

Pineda Paredes, Janeth: *Tesis de licenciatura. Dar santo o escapulario. Etnografía de un ritual terapéutico en Coatetelco, Morelos*, México, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2013.

Plan Municipal de Desarrollo 2013-2015. Disponible en: http://www.transparenciamorelos.mx/sites/default/files/Plan%20de%20Desarrollo%20Municipal%202013_0.pdf
Consultado: 14/oct/2013

Robichaux David: La naturaleza y el tratamiento de la familia y el parentesco en México y Mesoamérica. En David Robichaux (compilador): *Familia y parentesco en México y Mesoamérica. Unas miradas antropológicas*, México, 2005.

Saldaña Fernández, Cristina: *Tesis de licenciatura. Ciclo ritual en Xoxocotla Morelos*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1993.

_____ Dones de la fuerza divina en el sudoeste de Morelos. En Alicia M. Barabas (coordinadora): *Diálogos con el territorio. Simbolizaciones sobre el espacio en las culturas indígenas en México*, tomo II, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2003.

_____ *Proceso ritual en Morelos. La fiesta de la ascensión*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2003.

_____ *Ritual agrícola en el suroeste de Morelos: La fiesta de la Ascensión*, México, CEAMISH, UAEM y Editorial Plaza y Valdés, 2010.

_____ *Los días de los años: ciclo ritual en el suroeste de Morelos*, México, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Juan Pablos editor, 2011.

Salazar Torres, Heriberto: *Informe general sobre la exploración sanitaria de Miacatlán. Estado de Morelos efectuado del 27 de febrero de 1941 al 27 de marzo de 1942*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1942.

Sánchez de Puerta Trujillo, Fernando: Los tipos ideales en la práctica: significados, construcciones, aplicaciones, *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, número 11, enero-junio, 2006.

Secretaria de Salud: *Dirección General de Información en Salud*. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>
Consultado: 14/dic/2013

_____*Norma oficial mexicana Nom-127-ssa1-1994. Salud ambiental, agua para uso y consumo humano-límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización*, México, Diario Oficial de la federación, 16 de diciembre de 1999.

_____*Norma oficial mexicana. Nom-179-ssa1-1998. Vigilancia y evaluación del control de calidad del agua para uso y consumo humano, distribuida por los sistemas de abastecimiento público*, México, Diario Oficial de la federación, 7 de diciembre de 1999.

_____*Norma oficial mexicana nom-230-ssa1-2002. Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo*, México, Diario Oficial de la federación, 1 de agosto de 2003.

Sepúlveda, Jaime., Flavia Bustreo., Roberto Tapia., Juan Rivera., Rafael Lozano., Gustavo Olaiz., Virgilio Partida., Lourdes García y José Valdespino: Aumento de la sobrevida en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal, *Salud Pública México* 49, supl. 1, 2007.

Servicios de Salud de Morelos: *Anuario Estadístico 2009*. Disponible en: www.ssm.gob.mx/pdf/mortalidad/Mortalidad_2009_FINAL_v2.pdf
http://www.ssm.gob.mx/portal/page/sist_info_salud/anuarios/2009/A4_2009_PRESUPUESTO_DANOS_A_LA%20SALUD_MORBILIDAD_Y_MORTALIDAD.pdf
Consultado: 10/sep/2011

_____*Anuario Estadístico 2010*. Disponible en: http://www.ssm.gob.mx/portal/page/sist_info_salud/anuarios/2010/A4_Presupuesto_2010_final.pdf

Consultado: 08/may/2012

http://www.ssm.gob.mx/portal/page/sist_info_salud/anuarios/2010/A1_Presentacin_2010_final.pdf

Consultado: 08/may/2012

http://www.ssm.gob.mx/portal/page/sist_info_salud/mortalidad/mort_10.pdf Consultado: 12/jun/2012

The metropolitan museum of art: *Saints a book of days*, New York, 1994.

Turner, Víctor: *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual Ndembu*, México, Siglo XXI, 1980.

Unidad de Salud Colectiva. Servicios de Salud Chiloé: *Síndromes culturales en el archipiélago de Chiloé. Sobreparto, mal, susto y corriente de aire*, 2010.

Vargas Luis y Casillas Leticia: *Usos y abusos del término síndrome*, Universidad Nacional Autónoma de México, en prensa.

Viesca, Carlos: *Ticiotl I. Conceptos Médicos de los antiguos mexicanos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.

Viesca, Carlos., Andrés Aranda y Mariblanca Ramos: Antecedentes para el estudio de la clasificación de las enfermedades en la medicina náhuatl prehispánica. *Estudios de cultura náhuatl* 30 (30).

Von Mentz, Brígida: *Ocatepec, su historia y sus costumbres, relatado por Pedro Rosales Aguilar*, México, 1995.

Zolla, Carlos: La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud. En Lozoya Xavier y Carlos Zolla (editores): *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional en México*, México, Folios Ediciones, 1983.

Zolla, Carlos., Sofía Del Bosque y Virginia Mellado: *Medicina tradicional y enfermedad*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1988.

Anexos

Anexo 1.

Consentimiento informado para la población

La antropóloga **Jessica Margarita González Rojas** estudiante de un Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM desarrollará una investigación en la localidad de Coatetelco, municipio de Miacatlán, Morelos.

La investigación se titula: **Construcción sociocultural del padecimiento “escapulario” o “santo”, en niños de 1-4 años, en Coatetelco, Miacatlán, Morelos;** y tendrá una duración de dos años, por lo que visitará a la población en tres períodos distintos, del 2011 al 2013.

Durante cuatros meses realizará visitas con diferentes personas por lo que estará en diversos espacios de la comunidad con el objetivo de conocer la vida cotidiana. Visitará a médicos, curanderos, autoridades civiles y a las familias. Para los fines de su investigación seleccionó a seis familias con las que pasará mayor tiempo, a quienes se les preguntó verbalmente sí querían ser participantes o no del estudio.

Por tal motivo, con este documento le estamos informando nuevamente a la población sobre el proceder de la investigación, puntualizando algunos elementos importantes:

- Solicitamos su firma en este documento quedando convenido que le explicamos en qué consiste la investigación, ya que de manera libre e informada estuvo de acuerdo en participar.
- Debe saber que puede negarse a dar información cuando considere necesario.
- Puede solicitar más información sobre nuestro trabajo en el momento que así lo decida.
- Su nombre aparecerá de manera anónima durante el desarrollo de los documentos, o en su caso le preguntaremos si desea que su nombre aparezca públicamente.
- Los resultados finales del estudio podrán ser consultados por la población de la localidad.
- En caso de ocupar material fotográfico o viodeográfico pediremos su autorización antes de ser presentados en algún evento o texto académico.
- En caso de utilizar material confidencial como puede ser el expediente clínico que resguarda el Centro de Salud u otro tipo de estudio que nosotros le solicitemos, nosotros previamente debemos pedirle su autorización y explicarle en qué consiste; ya que usted es el encargado del cuidado de su hijo.

Si usted tiene preguntas generales acerca de sus derechos como participante en esta investigación, puede comunicarse con _____, que es el tutor y responsable de la investigadora. Puede comunicarse con él al teléfono _____ o a su correo electrónico _____

Nombre y firma o huella de la/el participante de la investigación