



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS/INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
ANTROPOLÓGICAS
ANTROPOLOGÍA SOCIAL

DISYUNTIVAS CORPORALES: HACIA UNA TEORÍA TOTONACA DE LA
DIABETES EN IXTEPEC, PUEBLA

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA

PRESENTA:
SUSANA REBECA KOLB CADWELL

TUTOR
DR. CARLO BONFIGLIOLI UGOLINI
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS, UNAM

MÉXICO, D. F., ENERO 2015



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.

AGRADECIMIENTOS

A Piedad y a Antonio, gracias por recibirme, cuidarme y hacerme sentir en casa. A Hilda, gracias por la compañía y las risas. A Ana y a Hermelindo, gracias por su hospitalidad y por las conversaciones.

Quiero agradecer a todas las personas que al debatir conmigo han contribuido en la creación de esta tesis. A todos los integrantes del seminario de La Humanidad Compartida, gracias. Este trabajo surge de las conversaciones que hemos tenido los últimos años, de las relaciones, los equívocos y las amistades que hemos construido en ese espacio.

Gracias a mi tutor, Carlo Bonfiglioli, por haberme apoyado durante todo este proceso, y por todo lo que me ha enseñado. Gracias también a Alejandro Fujigaki, por haber estado ahí desde un inicio, y por haberme guiado de vuelta a la antropología. Gracias a Isabel Martínez, Aparecida Vilaça, Leopoldo Trejo y Gabriel Bourdin por la lectura cuidadosa que hicieron de este escrito, y por los comentarios que lo han enriquecido.

Agradezco también a mi familia; a mi papá por su apoyo y cariño, a mi mamá por creer en mí y por su inmensa ayuda revisando mi texto, y a mi hermana por toda su ayuda y por sus palabras de aliento. No lo pude haber hecho sin ustedes.

Por último, agradezco a Eduardo. Por su apoyo constante, durante las partes más bellas y las partes más difíciles de este proceso. Gracias.

ÍNDICE

Introducción

Parte I. Construyendo un problema etnográfico

Capítulo 1. Trazando una analogía: la creación de una pregunta etnográfica

(Notas preliminares para el estudio de una teoría totonaca de la diabetes)

- 1.1 La diabetes: un fenómeno múltiple y complejo
- 1.2 Introducción a la diabetes en Ixtepec, Puebla
- 1.3 Naturalezas múltiples y cuerpos inestables: hacia una teoría nativa
- 1.4 Más allá de la naturaleza y la cultura: perspectivas de la antropología médica

Capítulo 2. De conexiones parciales y bifurcaciones antropológicas: algunas cuestiones teórico-metodológicas para abordar un contexto intercultural

(Problematizando la analogía)

- 2.1 Prefacio metodológico
- 2.2 Perspectivas matemáticas: de lo singular, lo plural y lo múltiple
- 2.3 Comparando realidades: la diabetes múltiple y plural
- 2.4 De conexiones parciales y *cyborgs*: ¿Cómo relacionarse con la literatura antropológica?

Parte II. La diabetes en el hospital: de traducciones y silenciamientos

Introducción: (per)siguiendo el problema etnográfico

Capítulo 3. Mecanismos de coordinación: traduciendo cuerpos, silenciando diferencias

- 3.1 De *enactments*, mecanismos de coordinación y mecanismos de silenciamiento
- 3.2 Una historia sobre la diabetes
- 3.3 Una enfermedad silenciosa: azúcar en la sangre
- 3.4 Del control al descontrol: una lógica de la elección
- 3.5 El poder de la glucosa y de la cultura: creando renuencia

Fuga (Capítulo 4): La alimentación, el metabolismo y la fuerza: el equívoco en la capacitación

- 4.1 De traducción y comparación: una elección
- 4.2 La capacitación
- 4.3 Conclusión y puente

Parte III. La diabetes en el pueblo: potenciando silencios

Capítulo 5. Bosquejando una diabetes totonaca: la etiología de la diabetes

- 5.1 Construyendo una fenómeno-lógica
- 5.2 De químicos y el diablo: consumiendo el cambio y la alteridad

Capítulo 6. Diabetes incorporada: practicando la enfermedad

- 6.1 Diabetes incorporada: diagnóstico, tratamiento e itinerarios terapéuticos
- 6.2 Control y tratamiento: de medicina, pensamientos y la relación con las prácticas de la diabetes

Parte IV. Epílogo

De reversibilidad y cosmopolítica: pensando el campo intercultural de la diabetes en Ixtepec

Bibliografía

Apéndice

Introducción

“Every society grapples with large questions of the meaning of illness, suffering, and death, and every culture has developed specialized bodies of knowledge, with practitioners or healers and distinctive therapeutic modalities aimed at managing the human body, treating illness, and providing care for those who suffer” (Good et al. 2010:1)¹

En México y en el mundo, las últimas décadas han sido testigo de un aumento alarmante en la incidencia de la *diabetes mellitus*. La Federación Internacional de Diabetes declaró que en el año 2012 había más de 371 millones de personas con diabetes en el mundo. Calculó que para el año 2030 este número alcanzará los 439 millones (Dirección General de Epidemiología 2013:4). En el caso de México, según la Dirección General de Epidemiología, la incidencia de diabetes ha incrementado un 4.7% en los últimos quince años y es la segunda principal causa de muerte de la población mexicana (2013:4). A su vez, la incidencia de la enfermedad es especialmente marcada en las diferentes poblaciones indígenas del país, situación que se ve reflejada en Norteamérica, Polinesia y Micronesia. A raíz de ello, la “investigación sobre la alta tasa de diabetes entre poblaciones indígenas alrededor del mundo se ha ligado desde hace tiempo con etiologías genéticas...” (Everett 2009:4).

Para el caso mexicano basta hacer una búsqueda de artículos de difusión y de noticieros para descubrir un sinfín de referencias al “genoma indígena”: “origen” de la diabetes o “clave” en “la diabetes y obesidad” (El informador 2014), o inclusive “la solución a la diabetes” (Vanguardia 2013). Un breve artículo en El Informador cita a la doctora Marta Alicia Menjívar Iraheta, investigadora del departamento de Biología de la Facultad de Química de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), quien declara que el “estudio de la genómica de los pueblos indígenas podría ser la clave para comprender mejor *problemas nacionales de salud*, como diabetes y obesidad, *que afectan a la población mestiza mexicana*” (2011, mi énfasis). Agrega que es importante “establecer un sistema de salud adecuado para que se tome en cuenta que los

¹ Para proteger la privacidad e identidad de las personas que pidieron anonimato, varios de los nombres han sido cambiados.

medicamentos o cualquier intervención de salud que se haga en la población mexicana, debe considerar que *tenemos un genoma amerindio* (2011, mi énfasis).

Aquí, así como en la mayoría de notas y artículos sobre el tema, es posible observar la figura del mexicano, mestizo —el “nosotros” implícito en la última cita— en oposición a la figura del indígena (representado en fotografías en varios de estos artículos de divulgación), cuyos genes posiblemente podrán curar la diabetes, en tanto que son el “origen” de esta enfermedad. La nota en “El informador” agrega que, según Menjívar Iraheta, “*los mexicanos tenemos, en promedio nacional, 70 por ciento de un componente genético indígena*” (2011, mi énfasis). No buscamos refutar las premisas y conclusiones científicas de estas declaraciones, sino reflexionar sobre su retórica. En primer lugar, estas notas sugieren una relación simple entre los grupos indígenas de México — representados en fotografías en las diferentes notas— y la causa de la alta incidencia de la diabetes en México. El peligro de este discurso genético es que la etnicidad sea “tratada como un ‘factor de riesgo’ para la enfermedad” (Everett 2011:1776).² En un país marcado por décadas de políticas indigenistas y por un alto grado de discriminación y racismo hacia los grupos indígenas, las consecuencias políticas y sociales de tal discurso resultan evidentes. Everett advierte que en “países como México, con poblaciones indígenas grandes ...la atribución de la diabetes tipo 2 a la ‘historia familiar’ puede ser especialmente perjudicial para comunidades rurales pobres, ya que se ponen en juego *jerarquías raciales* existentes” (2011:1776, mi énfasis).

En segundo lugar, queremos resaltar el hecho de que en el discurso que emerge a través de las notas informativas y los artículos de divulgación de esta búsqueda inicial, es un problema de la población mestiza nacional —la alta incidencia de diabetes— el que lleva a la consideración de los grupos indígenas: “*Dado que existe en la población mestiza mexicana un alto porcentaje de componente genético indígena... debemos dirigir esfuerzos al estudio de los 62 grupos indígenas que aún existen en México para conocer la genómica de la población mexicana*” (ibídem, mi énfasis). La división implícita entre el mexicano y el indígena en este discurso pudiera deberse a una postura que incluye de antemano al segundo en el primero, o de una postura que lo excluye. Lo que nos interesa aquí, sin embargo, no es discutir la constitución retórica de las identidades mestizas e

² Esta traducción y todas las subsecuentes del inglés y del portugués son de la autora de esta tesis.

indígenas, sino subrayar la direccionalidad de la cuestión: el problema nacional lleva al acercamiento hacia los grupos indígenas, a sus genes. Esta direccionalidad no sólo es aparente en el caso de los estudios en relación a la etiología de la diabetes, sino en relación al tratamiento, control y prevención de la enfermedad —la “Norma Oficial Mexicana Para la prevención, tratamiento y control de la *diabetes mellitus*” (NOM), creada en el 2010 para prevenir y controlar esta enfermedad, establece parámetros generales aplicados al país entero, al “mexicano”.

Pudiera argumentarse que esto no debería causar problema alguno: más allá del discurso que hace distinciones étnicas y raciales peligrosas, la cura de la diabetes beneficiaría a todos, y el que el tratamiento de la diabetes sea generalizado se debe a que es una enfermedad biológica atacando cuerpos igualmente biológicos. Sin embargo, un acercamiento a la práctica de la implementación de esta norma en los diversos grupos indígenas del país devela que la aplicación del programa general no funciona de la manera prevista. En el caso de Ixtepec, Puebla —caso que nos compete en esta tesis— los médicos se enfrentan a pacientes con diabetes que no siguen sus indicaciones, que no toman el medicamento, que no llevan la dieta. Suponen que los pacientes no entienden la urgencia de sus padecimientos, o que “no quieren” cambiar sus hábitos. Fuera del hospital, sin embargo, la realidad es otra: las personas se preocupan por su salud, y son sensibles a las palabras de los médicos. Aquello que los doctores describen como “renuencia”, no se relaciona con una falta de conocimiento e interés, sino con el hecho de que tienen conocimiento previo, un conocimiento relacionado con sus propios campos de aquello que está dado y aquello que está construido, como diría Wagner (1981 [1975]). Las diferencias entre médicos y pacientes se sitúan en un nivel ontológico, de modo que ambos traducen y se relacionan desde premisas radicalmente diferentes, invocando conceptos diferentes de cuerpo y de enfermedad.

A pesar de ello, en el hospital del IMSS Oportunidades en Ixtepec, estas diferencias se ven silenciadas: Los pacientes se traducen en cifras y niveles de glucosa que se envían a vigilancia epidemiológica, en donde las cifras se convierten en estadísticas, las cuales determinan a su vez el diseño o la adaptación de la NOM. Vemos que en este ciclo de traducciones no hay lugar para la diferencia cultural —pensada como

una diferencia que atraviesa los ámbitos de la epistemología, la ontología y la política.³ Esto es síntoma, a su vez, del hecho de que la diabetes sea un problema “general”: ¿Cómo dar lugar a la diferencia en una política de salud nacional que busca detener una *epidemia*? Más allá de las dificultades que implica tal cuestionamiento,⁴ en esta tesis proponemos que si las poblaciones indígenas se ven especialmente afectadas por la diabetes, esto no debería invitar su estudio —genético o biológico— para descubrir cómo tratar al mestizo, sino que debería demandar la atención por parte del gobierno a la manera en que esta enfermedad afecta a las mismas poblaciones indígenas.

Esta tesis se enfoca en la diabetes entre los totonacos de Ixtepec, Puebla. Para abordar este tema, partimos del supuesto de que cada cultura conlleva invenciones y contra-invenciones específicas de aquello que está dado y aquello que está construido, siguiendo a Roy Wagner (1981 [1975]). Esto implica, en primera instancia, que nuestro campo de lo dado —la naturaleza— y nuestro método para acceder a este campo —la ciencia— no son universales. En este sentido, esta premisa nos permite mantenernos abiertos “a la *posibilidad* de que *la realidad misma* (no sólo la multiplicidad de maneras en que es representada) pueda descubrirse como... operando según principios distintos a aquellos que nos son familiares” (Salmond 2014:178-179, mi énfasis). Esto implica dejar de proyectar o imponer *a priori* la división “occidental” entre la naturaleza y la cultura a otra realidad —en este caso la totonaca— y, consecuentemente, dejar de conceder a la ciencia un acceso epistemológico privilegiado a toda realidad, en tanto que la “naturaleza” constituye el campo de lo dado de una cultura específica. Es decir, que otras culturas no son “otras maneras” de lidiar *con nuestra propia realidad* (Wagner 1981 [1975]:142).

Las premisas y propuestas delineadas aquí implican en primera instancia que no podemos asumir de antemano que sabemos lo que es la diabetes, o lo que es el cuerpo, pues las diferencias culturales se sitúan en un nivel ontológico y constitutivo de

³ A pesar de que la NOM subraya la importancia de la educación de las personas con diabetes y de la población en general, no admite la posibilidad de que diferentes culturas tengan conocimiento propio, diferente (y previo) sobre la diabetes, ni de que se establezca un diálogo simétrico con éstas.

⁴ Al hablar de dificultades nos referimos a aquellas implícitas en un re-planteamiento por parte del sector salud mexicano de la NOM que admita, *en sus premisas y constitución*, la posibilidad de diferencias culturales. Esto implicaría abrir el ámbito biológico al ámbito social, movimiento contraintuitivo para sociedades “científicas”.

cada realidad. Por ello, en esta tesis no buscaremos “identificar” la manera en que los totonacos viven y representan a la diabetes —como enfermedad biológica—, sino qué es lo que constituye a la diabetes entre los totonacos, en relación a sus conceptos de cuerpo, persona y enfermedad. Esto implica, a su vez, que el estudio de la diabetes entre los totonacos en Ixtepec es, necesariamente, un acercamiento a su teoría sobre esta enfermedad. En este sentido seguimos la propuesta de Viveiros de Castro de “configurar a las personas como agentes teóricos en vez de ‘sujetos’ pasivos” (Viveiros de Castro 2004:2). Por último, en términos más específicos, la apuesta de esta tesis es que una exploración de las relaciones entre culturas diferentes —la totonaca y la biomédica— en un ámbito médico, así como la misma teoría totonaca sobre la diabetes, nos permitan construir herramientas que ayuden, como declara Berg, “a *mejorar la práctica* sin obviar *la complejidad* de manera fantástica” (Berg en Mol 2002:166, mi énfasis). En este sentido, “mejorar la práctica” implicaría considerar las posibilidades de atender el problema de la diabetes en un país caracterizado por la diversidad cultural, es decir, por la co-existencia de diferentes invenciones de lo que está dado y lo que está construido, y por ende, de diferentes realidades y diferentes diabetes.

PARTE I

CONSTRUYENDO UN PROBLEMA ETNOGRÁFICO

El sabio no es el hombre que suministra las respuestas verdaderas: es el que plantea las verdaderas preguntas.

Claude Lévi-Strauss

CAPÍTULO 1

TRAZANDO UNA ANALOGÍA: LA CREACIÓN DE UNA PREGUNTA ETNOGRÁFICA

O

NOTAS PRELIMINARES PARA EL ESTUDIO DE UNA TEORÍA TONACA DE LA DIABETES

1.1 La diabetes: un fenómeno múltiple y complejo

Una incursión inicial a las publicaciones en torno a la *diabetes mellitus*⁵ y a los efectos locales y globales de esta pandemia⁶ nos revela un mundo extraordinariamente complejo y múltiple que une y atraviesa de distintas maneras ámbitos que la tradición académica ha tendido a separar. Al investigar la diabetes, nos encontramos inmersos en temas de clase y desigualdad social, de capitalismo y globalización, de migración, de políticas nacionales, de relaciones de alteridad, de evolución y de genética. Las ciencias naturales y sociales se han enfocado principalmente en tres problemas relacionados con la diabetes: el de describir y clasificar la enfermedad en cuestión;⁷ el del alto índice de incidencia de la diabetes en poblaciones indígenas, en especial las polinesias y amerindias;⁸ y el de la manera en que se vive y entiende la diabetes, tanto en contextos

⁵ La Federación Internacional de Diabetes (IFD) define la *diabetes mellitus* como una “afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. ... Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo” (IFD, 2014).

⁶ La Federación Internacional de Diabetes calculó que en el año 2012 había más de 371 millones de personas con diabetes en el mundo. Se estima que para el año 2030 este número alcance los 439 millones (Dirección General de Epidemiología 2013:4).

⁷ El artículo de Alberti y Zimmet (1998) resume las diferentes clasificaciones de la enfermedad en los últimos años.

⁸ Véase por ejemplo Benyshek et al. (2010) y Knowler et al. (1988) para el caso de la diabetes entre los grupos indígenas norteamericanos; Bindon y Baker (1997) en relación a la incidencia de la enfermedad en grupos polinesios y micronesios; Szathmary y Ferrel (2009), Bruce (2000), Garro (1995, 1996) y Rock (2003) respecto a la diabetes entre grupos indígenas de Canadá; Chakraborty y Weiss (1986) para el caso de la diabetes entre mexicanos-americanos; y Everett (2009, 2011) en relación al caso de la población indígena en Oaxaca.

interculturales⁹ como en poblaciones culturalmente homogéneas.¹⁰ Como veremos a continuación, la literatura publicada en torno a estas tres preguntas revela a la diabetes como un objeto complejo, múltiple y en apariencias, contradictorio.

Los reiterados esfuerzos por parte de la OMS por categorizar las diferentes manifestaciones de la diabetes evidencian la naturaleza compleja del padecimiento, en tanto que ha sido necesario re-clasificar y adaptar los tipos de diabetes en varias ocasiones (véase Alberti & Zimmet 1998). Basándose ora en la etiología, ora en la sintomatología, ora en la falta de explicaciones, se han “identificado” —¿creado?— los siguientes tipos de diabetes: *diabetes mellitus* dependiente a la insulina (IDDM), *diabetes mellitus* no-dependiente a la insulina (NIDDM), *diabetes mellitus* relacionada con la desnutrición (MRDM) —que después sería renombrada pancreatopatía fibrocalculosa—, tolerancia a la glucosa alterada (IGT) y *diabetes mellitus* gestacional (GDM), entre otras (Alberti y Zimmet 1998:542-45). La gran variedad de tipos y sus constantes modificaciones se debe en parte a la variabilidad sintomatológica que caracteriza la enfermedad, y principalmente a su etiología compleja (y aún parcialmente desconocida). Los estudios biomédicos citan factores genéticos, evolutivos y hereditarios como contribuyentes a la incidencia de la diabetes, así como factores ambientales y sociales, como lo son el exceso de consumo de azúcares y el sedentarismo (Álvarez Campillo 2011). Asimismo, la diabetes es considerada parte del denominado Síndrome Metabólico, junto con la obesidad, la hiperlipemia, la aterosclerosis y la hipertensión (Álvarez Campillo 2011), hecho que hace aún más difícil la tarea de trazar una línea causal para la enfermedad.

El segundo enfoque general por parte de los investigadores de la diabetes ha sido el de la incidencia significativa de esta enfermedad entre poblaciones indígenas polinesias, micronesias y amerindias, en contraste con las poblaciones no-indígenas en

⁹ Es decir, contextos en los que los médicos y los pacientes pertenecen a diferentes culturas o diferentes maneras de inventar y contra-inventar los campos de lo dado y lo construido, como propone Wagner. Como ejemplo, véase Chowdhury et al. (2000), Daniulaityte (2004), Greenhalg et al. (1998), Hunt et al. (1998), Hunt et al. (2000).

¹⁰ Es decir, contextos en los que los médicos y pacientes pertenecen a la misma cultura —que están inmiscuidos en un mismo proceso de invención y contra-invención de lo dado y lo construido— aunque esta cultura no sea homogénea en otros sentidos. Como ejemplo, véase Cohen et al. (1994), Kelleher (1988), Maclean (1991), O'Connor et al. (1977).

estos países.¹¹ Este es el caso entre los totonacos de Ixtepec, Puebla, municipio en el cual se enfoca esta tesis. En términos generales, los estudios de caso abordan la interrogante a partir de una de tres diferentes hipótesis etiológicas: el “genotipo ahorrador”, el abordaje sindémico, y la aculturación o cambio cultural como causa de la diabetes. El primero se refiere a una propuesta hecha por Neel en 1962 para dar cuenta del hecho de que la diabetes no-dependiente de insulina ocurre en altas frecuencias en ciertas poblaciones (Bindon & Baker 1997:203). Su teoría sugiere que la historia evolutiva de estas poblaciones dio lugar a la selección de una serie de mutaciones entre las cuales figuran la insulinoresistencia y la leptinorresistencia, relacionadas directamente con la diabetes (Álvarez Campillo 2011).¹²

Los críticos de esta hipótesis en relación a la incidencia de la diabetes en poblaciones indígenas advierten dos peligros: el primero se refiere a “la globalización de discursos genéticos... en los que la etnicidad es tratada como ‘factor de riesgo’ para la enfermedad” (Everett 2011:1776). En México, el denominado “genoma indígena” (DGDC-UNAM 2001) ha figurado tanto en foros de divulgación como en discusiones científicas y políticas (Everett 2009:4). En un país marcado por políticas indigenistas y un alto grado de discriminación, sobra enumerar las consecuencias potenciales de tal discurso. Everett advierte que en “países como México, con poblaciones indígenas grandes ...la atribución de la diabetes tipo 2 a la “historia familiar” puede ser especialmente perjudicial para comunidades rurales pobres, ya que se ponen en juego jerarquías raciales existentes” (2011:1776). La segunda crítica que se ha realizado a “la aplicación de etiologías genéticas a poblaciones étnicas específicas” es el peligro que se corre “de restarle importancia al papel que juegan las condiciones medioambientales y sociales en la

¹¹ En palabras de Everett, la “investigación sobre la alta tasa de diabetes entre poblaciones indígenas alrededor del mundo se ha ligado desde hace tiempo con etiologías genéticas...” (2009:4). Benyshek et al. declaran que “[t]ype 2 diabetes has reached epidemic proportions in many Native American communities in North America” (2001:25). Para el caso canadiense, Bruce explica que “[t]he crude prevalence of diabetes among the Métis (6%) was slightly less than that reported by North American Indians (7%) and twice the general rate for Canada (3%)” (2000:542).

¹² Estas adaptaciones se relacionan con otra serie de adaptaciones al calor, a una alimentación pobre en hidratos de carbono, al problema de parir una cría muy desvalida y con un cráneo enorme que necesitaba cuidados continuos, a tener que soportar fríos terribles durante miles de años y a desarrollar un cerebro (Álvarez Campillo 2011:181).

producción de la diabetes” (Everett 2009:5). Son precisamente estos factores ambientales los que enfatiza el abordaje sindémico de la enfermedad.

El término “sindemia” se refiere a la agregación de dos o más enfermedades que interactúan entre sí dentro de una comunidad específica, donde se desarrollan y sostienen “debido a condiciones sociales dañinas y conexiones sociales perjudiciales” (Singer y Clair 2003); es decir, se relacionan con las condiciones sociales, económicas, históricas y medioambientales de dicha comunidad. La diabetes se ha asociado con el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo y Grave), así como con la obesidad, la hipertensión y la desnutrición infantil, condiciones que a su vez se han relacionado con transformaciones económicas recientes, con la migración, con cambios en los sistemas locales de alimentación y con la globalización del capitalismo y sus productos —la “coca-colonización”, como lo llama Koestler (1976)—, entre otras.¹³

La tercera hipótesis en relación al alto índice de incidencia de la diabetes en poblaciones indígenas alrededor del mundo se basa en la noción de idea de cambio cultural. Cynthia Eaton realiza un análisis comparativo de sociedades no-occidentales en las que ha habido un incremento significativo de *diabetes mellitus* tipo 2 y observa que en muchos casos este incremento se vio precedido por un proceso de aculturación (específicamente, cambios a la dieta y al gasto de energía). A partir de ello, Eaton propone que la *diabetes mellitus* es una suerte de adaptación fisiológica y psicológica al cambio cultural veloz (1977). De manera similar, Joe y Young atribuyen la alta incidencia de diabetes entre los nativos de Estados Unidos en gran medida a las transiciones que estos grupos han sufrido en términos de dieta y estilo de vida, producto de la hegemonía euro-americana (1994).¹⁴

Finalmente, el tema de la diabetes ha sido estudiado en términos de cómo se entiende y vive la enfermedad en casos específicos, tanto en contextos de interacción entre médicos alópatas y pacientes indígenas, como en contextos culturalmente homogéneos. Mientras que las primeras dos problemáticas han sido estudiadas principalmente por el ámbito biomédico y el de la antropología física, esta tercera pregunta ha sido abordada por las ciencias sociales. Campbell et al. realizan una síntesis

¹³ Véase Everett (2009) y Benyshek et al. (2001).

¹⁴ Véase también Szathmary y Ferrell (2009).

de los principales puntos de convergencia de estos trabajos de investigación: “1) respuestas a la diabetes, 2) control [de la diabetes] y la “trampa estratégica” [ante el tratamiento], 3) salud, bienestar y la diferencia entre los modelos de diabetes del paciente y del proveedor, 4) observación, experiencia y la necesidad de conocimiento, 5) la gravedad de la diabetes, y 6) comunicación entre pacientes y proveedores” (Campbell, et al. 2003:674-675). Sin embargo, podemos decir que el enfoque principal de estas investigaciones ha sido sobre el tema de la adhesión y/o el incumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes.

Cohen et al. realizaron una comparación sistemática de los modelos explicativos de pacientes y médicos en una clínica de diabetes en Estados Unidos, y concluyeron que “los modelos tenían mayor congruencia en referencia al tratamiento. Etiología, fisiopatología, y gravedad tenían menos congruencia, y tiempo y modo de aparición de los síntomas eran los menos congruentes (Cohen, Tripp-Reimer, Smith, Sorofman, & Lively 1994:59).” Estudios de caso similares, como aquellos realizados por Hunt et al. (1998) y Daniulaityte (2004), obtuvieron resultados similares, en tanto que encontraron una discrepancia entre el modelo explicativo biomédico y los de los pacientes (en estos dos casos, mexicanos y mexicanos-americanos).

Aquí, al igual que en los otros dos abordajes a la diabetes, podemos comenzar a vislumbrar el hecho de que la diabetes es todo menos unívoca. El que exista un problema cuasi-universal (si nos atrevemos a llamarle así) de “adhesión” al tratamiento y de incongruencia entre las diferentes maneras de entender y experimentar la diabetes, nos permite entrever un objeto de estudio complejo y multifacético (o inclusive múltiple), el cual nos lleva a cuestionarnos: ¿A qué nos estamos enfrentando? ¿Se trata de una incongruencia ocasionada por una confusión generalizada y una falta de comunicación casi tan pandémica como la enfermedad misma? ¿O es que nos enfrentamos a una entidad atravesada por una multiplicidad de relaciones y prácticas, que no recaen sobre un referente externo y biológico? Es esta visión de la diabetes como un objeto múltiple y complejo que esta tesis busca explorar —abordando el problema del segundo modo, que pareciera más probable, sin mencionar más amable con los partidos involucrados— a partir de un contexto específico, pues tanto la no-adhesión al tratamiento, como la no-

coincidencia de modelos explicativos en relación a la diabetes, encuentran su análogo en el municipio de Ixtepec, Puebla.

1.2 Introducción a la diabetes en Ixtepec, Puebla

En México, al igual que en el resto del mundo, los índices de incidencia de la diabetes han aumentando de manera alarmante en las últimas décadas.¹⁵ Actualmente, esta enfermedad constituye una de las principales causas de defunción en el país.¹⁶ Como mencionamos anteriormente, el problema de la diabetes es especialmente marcado entre la población indígena, incluyendo los totonacos del municipio de Ixtepec, localizado en la Sierra Norte de Puebla,¹⁷ donde realicé mi trabajo de campo.¹⁸ Según el Censo de Población y Vivienda (2010), el municipio de Ixtepec tiene 6811 habitantes, la mayoría hablantes del totonaco. De acuerdo a la clasificación de CONAPO, Ixtepec es un municipio con un grado de marginación “muy alto” (2010). Ahí,

[l]a vida de la mayor parte de las familias en el municipio de Ixtepec gira en torno a las actividades agrícolas, con lo que obtienen alimentos para el autoconsumo, principalmente maíz y frijol; e ingresos monetarios a través del cultivo y venta de café, que es producido en cafetales bajo sombra junto con otros cultivos asociados y especies silvestres que se utilizan para el consumo familiar. Sin embargo, la situación económica y de sobrevivencia de las familias es precaria, por lo que resulta muy común que algunos miembros de la familia tengan

¹⁵ Según la Dirección General de Epidemiología, en México la incidencia de diabetes ha incrementado un 4.7% en los últimos quince años y es la segunda principal causa de muerte de la población (2013:4)

¹⁶ Según la Federación Mexicana de Diabetes, en el año 2010 en México la enfermedad ocupaba “el primer lugar en número de defunciones por año” (FMD 2010). A su vez, el INEGI publicó que en México durante el año 2011, 70 de cada 100 mil personas, murieron por *diabetes mellitus* (2013). En el caso específico del estado Puebla, desde el año 2009 la *diabetes mellitus* constituye la segunda principal causa de defunción en el estado de Puebla (INEGI 2011). Durante mis diferentes estancias en el municipio de Ixtepec, diagnosticaron aproximadamente cinco nuevos casos, y no había día en el consultorio familiar que no se recibieran casos de personas con diabetes.

¹⁷ El municipio de Ixtepec se ubica en la Sierra Norte de Puebla cerca de la frontera con Veracruz. Tiene una superficie de 10.22 km² ubicado y colinda al norte con los municipios de Caxhuacan y Huehuetla, al este con Atlequizayan, al sur con Zapotitlán de Méndez y al oeste con Hueytlalpan (INEGI 2005, ver apéndice).

¹⁸ Visité Ixtepec en seis diferentes ocasiones entre diciembre del 2012 y enero del 2014, en diferentes épocas del año, permaneciendo ahí un total de 42 días.

que emplearse como jornaleros o trabajadores en centros urbanos durante alguna época del año (Sofía Medellín 2010:41).

Las diferentes narraciones de los habitantes de Ixtepec sobre la diabetes describen una enfermedad nueva que forma parte del mundo después de la llegada de la luz, vacío de los encuentros que ocurrían ya entrada la noche en los largos caminos, antes de la llegada de las carreteras principales y las combis. Un mundo de fertilizantes y químicos, de hierbas y carne que ya no se debe comer.

Aquellos que padecen diabetes tienen la opción de tratarse en el hospital del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) Oportunidades, construido en el año 2011.¹⁹ Gran parte de las personas con esta enfermedad forman parte del programa de Oportunidades,²⁰ de modo que están obligados a asistir al hospital para una cita mensual —en el caso de los recién diagnosticados y de los pacientes no-controlados o “renuentes”— o semestral —en el caso de los pacientes con niveles de glucosa y peso estables— si han de continuar recibiendo el apoyo monetario del estado. Una vez ahí, los pacientes pasan por una serie de consultas, diseñada para optimizar el control y tratamiento de la enfermedad.

En primera instancia acuden con el médico familiar, quien les hace un chequeo general y revisa que los niveles de glucosa en la sangre no hayan aumentado y que los pacientes hayan mantenido su peso estable. Si han aumentado, o si el paciente está recién diagnosticado, el médico lo refiere en segunda instancia al Sistema de Atención Integral a la Salud (SAIS), dedicado a orientar a cada paciente acerca de cómo adaptar su rutina para mejorar su salud. Después de esta orientación, el paciente es enviado con la nutrióloga, quien le explica de manera más detallada qué alimentos puede o no comer.

A la par del SAIS y de nutrición, opera la división de “Trabajo Social”, encargada de “capacitar” a los pacientes recién diagnosticados, así como a los pacientes “renuentes”

¹⁹ El 2 de septiembre del 2014, el presidente Enrique Peña Nieto anunció que el programa Oportunidades será renombrado “Prospera”. Sin embargo, para los médicos y pacientes de Ixtepec, Puebla, el programa sigue conociéndose como “Oportunidades”, de modo que retendremos el nombre para los propósitos de esta tesis.

²⁰ Según el diagnóstico nutricional realizado por el SAIS para el año 2013, en el municipio de Ixtepec hay 6636 habitantes, de los cuales 4879 son beneficiarios del programa de Oportunidades. Este es un programa gubernamental federal que busca brindar servicios de salud a los habitantes del país que viven en situaciones de marginación y pobreza extrema. Aquellas personas que están inscritas en el programa reciben dinero siempre y cuando asistan regularmente al hospital o a la clínica en su localidad.

o “descontrolados”, acerca de lo que es la diabetes y la manera de tratarla. Esta capacitación aborda una gama amplia de temas, desde el mejor cuidado para los pies hasta el papel que juega o que debiera jugar la familia en la vida del paciente diabético, utilizando medios visuales como apoyo (María José Hernández, Ixtepec 2013). Los trabajadores sociales también tienen la tarea de “sensibilizar” a los pacientes “descontrolados” para lograr un apego al tratamiento, que consiste de medicamento diario y una dieta rigurosa (Maricruz Olivares, Ixtepec 2013). Si un paciente diabético ha subido de peso, se le cita por cuatro semanas consecutivas a una plática informativa y a una sesión de danza aeróbica semanal. Por último, si presentan síntomas de depresión, alcoholismo o negación, se les refiere con la psicóloga. En cada una de estas consultas, se les llama la atención a los pacientes cuando se sospecha o resulta evidente que no han estado siguiendo las indicaciones de los médicos.

A partir de estos elementos, podemos decir que el programa del IMSS para el diagnóstico y control de la diabetes entre la población de Ixtepec busca abordar el problema de la epidemia de la diabetes de manera inclusiva y “holística”, en tanto que busca atender los aspectos físicos, sociales y psicológicos que implica padecer esta enfermedad. Sin embargo, a pesar de este cuidado, las coincidencias entre las narraciones de los médicos y las de los pacientes en torno a la diabetes (lo que es, lo que la causa, cómo controlarla) son pocas, y su relación está plagada de una serie de tensiones: los médicos reportan que los pacientes no escuchan, no toman los medicamentos que se les indican y no siguen la dieta. A su vez, la gran mayoría de los pacientes entrevistados describen ser regañados al acudir al hospital y declaran que la dieta que se les impone es imposible de mantener si quieren trabajar y estar sanos. En efecto, las entrevistas con los médicos y trabajadores del IMSS revelan que hay pocos pacientes completamente “controlados” que permanezcan en ese estado por mucho tiempo, y los llamados “renuentes” más que ser excepción, conforman la regla.²¹

²¹ En Ixtepec, según el diagnóstico nutricional del año 2013 realizado por el SAIS, hay 134 pacientes diagnosticados con *diabetes mellitus* tipo 2 (76 descontrolados y 52 controlados). Sin embargo, estas cifras cambian constantemente, en tanto que los niveles de glucosa no se mantienen estables.

Esta aparente incongruencia no puede explicarse únicamente a partir de dificultades comunicativas de índole lingüístico.²² Tampoco resulta convincente culpar, como hacen algunos médicos, la “ignorancia” de los pacientes, que suponen yace detrás de su aparente falta de interés así como de la falta de comprensión. Durante mi trabajo de campo entre los totonacos de Ixtepec encontré —cosa que podíamos suponer con anterioridad— un gran interés por comprender, recuperar y preservar la salud, y sobra decir que no nos encontramos frente a ningún tipo de asimetría en tanto a la capacidad intelectual de los grupos en cuestión.²³

Esta problemática parece reflejar aquella identificada en gran parte de la etnografía dedicada a la diabetes. ¿Por qué la diabetes parece estar caracterizada por una falta de adhesión al tratamiento y por una multiplicidad de los denominados “modelos explicativos”? En Ixtepec, la pregunta es más específica: ¿Por qué, a pesar de tantos esfuerzos por parte de los médicos y, de modos diferentes, por parte de los pacientes, el tema de la diabetes está caracterizado por tensiones y puntos de vista que no logran coincidir? Si estamos estudiando una enfermedad biológica, en teoría su categorización y explicación debiera volverse cada vez más unívoca en tanto conociéramos más acerca de ella; y si, en teoría, esta enfermedad biológica está siendo interpretada a partir de diferentes puntos de vista culturales en el hospital de Ixtepec, Puebla, la diabetes debiera ser percibida empíricamente por todos y debiera existir una compatibilidad (o la posibilidad de sustitución) de tratamientos. La problemática misma nos lleva, pues, a considerar la posibilidad de que, en diferentes contextos y momentos, los pacientes y los médicos en Ixtepec, al hablar de la diabetes, no se están *refiriendo a la misma cosa*. ¿Pero cómo pensar esta posibilidad —qué implica— y cómo dar cuenta de ella?

²² Muchos pacientes hablan poco español. En estos casos, pasan a consulta con familiares que hablan tanto el español como el totonaco y que ayudan a traducir.

²³ El propósito de esta tesis no es identificar y denunciar las faltas de médicos o de las instituciones (aunque sí busca el cambio), sino potencializar equívocos que surgen de una diferencia profunda entre cuerpos y realidades.

1.3 Naturalezas múltiples y cuerpos inestables: hacia una teoría nativa

Descola, en un libro dedicado al problema de la división y conceptualización de la naturaleza y la cultura, declara que en “la actualidad, muchos antropólogos e historiadores concuerdan en que las concepciones de la naturaleza son construidas socialmente y varían de acuerdo con determinaciones culturales e históricas, y, por lo tanto, nuestra propia visión dualista del universo no debería ser proyectada como un paradigma ontológico sobre las muchas culturas a las que no es aplicable” (2001:101). El antropólogo francés propone una suerte de clasificación de diferentes modos de construir realidades o de identificación —el totemismo, el animismo, el analogismo y el naturalismo (Descola 2005, 2011)— o, como diría Wagner, de inventar aquello que es innato o está dado, y aquello que es artificial o está construido en cada cultura (1981 [1975]). A su vez, la obra de Descola se inserta en una discusión más amplia de la cual la antropología ha sido testigo en las últimas décadas, dedicada a la problematización de la universalidad del dualismo naturaleza/cultura (véase Viveiros de Castro 1998, Descola 2001, Wagner 1975) y del cuerpo biológico (véase Vilaça 2005), así como de los dualismos cuerpo/mente y sujeto/objeto (véase Csordas 2002) y de las nociones de persona e individuo (véase Strathern 1990).

El programa del IMSS Oportunidades parte de una premisa ontológica “naturalista”, *sensu* Descola, en tanto que asume “la coexistencia entre una naturaleza única y una multiplicidad de culturas” (2011:73) que representan de modos diversos esta naturaleza. Es a partir de esta invención específica de lo que está dado (la naturaleza) y lo que está construido (las culturas) que el programa se propone “informar” y “capacitar” a los pacientes totonacos acerca del mundo “natural” —en este caso acerca de una enfermedad y de sus efectos en el cuerpo biológico— ante el cual asume que ocupa una posición epistemológicamente privilegiada, teniendo a su disposición el método científico.

Sin embargo, como señala Wagner, este abordaje multiculturalista inventa las realidades de los otros como análogas a nuestra cultura, de modo que no ofrecen contra-ejemplos a nuestra realidad como “sistemas totales de conceptualización, sino que invitan a la comparación en tanto que son “otras maneras” de lidiar *con nuestra propia realidad*” (Wagner 1981 [1975]:142).

Las diferencias culturales no son, pues, superficiales, sino profundas. Llegan a situarse en un nivel ontológico.²⁴ La idea de que las distintas culturas tienen diferentes visiones o representaciones del mismo mundo y que “si... se pudiera mostrar que son diferentes sólo superficialmente, la paz reinaría automáticamente” (Latour 2004:454), ha sido develada como una ilusión. En el caso del IMSS Oportunidades en Ixtepec, el programa de educación debería funcionar de manera casi intuitiva: si, en teoría, hay una enfermedad (la diabetes) que tiene efectos específicos en el cuerpo (biológico y universal), y lo único que varían son representaciones de este fenómeno natural, entonces éstas deberían ser reemplazables o compatibles. Es decir, si estamos tratando con “objetos” y “síntomas” naturales y perceptibles, ¿por qué los pacientes no “reconocen” que la dieta y el ejercicio combaten sus síntomas?

Wagner, en su libro sobre la invención de la cultura, nos brinda una posibilidad para pensar esta situación: si cada grupo está involucrado en un proceso dialéctico de invención y contra-invención de sus campos de lo dado y lo construido, no podemos asumir que otras culturas comparten nuestro campo de lo dado, nuestra naturaleza. En este sentido, la diabetes se devela ya no como una enfermedad biológica interpretada de distintos modos o desde diferentes culturas, sino que se diluye como punto de partida. La pregunta que surge entonces, es cómo podemos acercarnos, comprender y dar

²⁴ Quizá resulta confuso que al dejar de asumir nuestro campo de lo dado —la naturaleza— como universal, y por lo tanto nuestro campo de lo construido —la cultura—, sigamos hablando de *diferentes culturas*. Sin embargo, decir que distintos grupos pertenecen a cultural diferentes es hacer referencia a un tipo de diferencia muy básica, como declara Wagner (1981 [1975]:2). En esta tesis, siguiendo en gran medida a Wagner (1981 [1975]), pensamos la cultura como una invención específica de aquello que está dado y aquello que está construido. Por ello, al hablar de contextos multiculturales y relaciones interculturales no estamos invocando una multiplicidad de sistemas de representación de “nuestra” naturaleza, sino que nos estamos refiriendo a la co-existencia de diferentes procesos de invención y contra-invención a los cuales apuntan las relaciones equívocas entre las personas, y por los cuales se enfrentan diferentes *realidades*. En efecto, las diferentes culturas no son observables como tal, sino que emergen en cada relación y en cada equivocación. Éstas a su vez apuntan a premisas específicas y diferentes, que sugieren diferentes procesos de invención de los campos que constituyen a la realidad y que nos permiten hablar de “dos culturas”.

cuenta de la diferencia profunda, del campo de lo dado de los otros. Los cuestionamientos y reposicionamientos antropológicos de las últimas décadas que enlistamos aquí han surgido, en efecto, a partir y a través del encuentro con las teorías, antropologías, físicas y metafísicas de los grupos con los que han trabajado y estudiado los antropólogos, y han resultado en traducciones y co-invenções que ahora se denominan “teoría etnográfica” o “teoría nativa”.

Da Col y Graeber definen la “teoría etnográfica” —propuesta que no es nueva, más retorna transformada— como una “conversión de conceptos-extraños [o de extraños] que no implica meramente el intentar establecer una correspondencia de significado entre dos entidades o la construcción de armonía heterónima entre mundos diferentes, sino que implica la generación de *homonomia disyuntiva*, esa destrucción de cualquier sentido firme de lugar que sólo puede ser resuelta a través de la formulación imaginativa de visiones del mundo nuevas (2011:vii-viii). En este sentido, el propósito del antropólogo es, como declara Viveiros de Castro, “comparar antropologías, nada más – pero nada menos” (2004:2). Para ello, “la cuestión es cómo configurar a las personas como agentes teóricos en vez de ‘sujetos’ pasivos” de modo que “el problema de la antropología... consiste no en determinar qué relaciones sociales constituye al objeto, sino qué constituye el objeto como una relación social” (2004:2).

Es únicamente a partir del contexto etnográfico que podemos llegar a comprender de qué se está hablando y qué relaciones se están poniendo en juego a través de “la diabetes”. Pero esto no es nada nuevo. El propósito ahora, desde la teoría nativa, “no es convertir toda pregunta epistemológica en una ontológica, sino mantenerse abierto a la *posibilidad* de que la realidad misma (no sólo la multiplicidad de maneras en que es representada) pueda descubrirse como... operando según principios distintos a aquellos que nos son familiares —quizá porque se han olvidado verdades viejas o porque han de aparecer nuevas” (Salmond 2014:178-179). Es decir, que para estudiar la diabetes en Ixtepec es necesario dejar de lado la concepción biológica del cuerpo y la enfermedad como premisa, para enfocarnos en la etnografía y en la teoría que ésta devela; debemos abrir paso a la teoría totonaca.

Pensar la diabetes desde esta postura teórica, metodológica y ética, nos ayuda a abordar el problema de la discrepancia entre los mecanismos de atención a la salud y la

falta de adhesión al tratamiento generalizada en Ixtepec en términos de equívocos entre diferentes invenciones de lo dado y lo construido. Abre paso, a su vez, a una posibilidad teórica de acercamiento a la hipótesis a la cual la literatura sobre la diabetes y el campo nos ha llevado: que médicos y pacientes, al hablar de diabetes, no están hablando de la misma cosa. En efecto, la etiología, la sintomatología y el tratamiento de la diabetes entre los totonacos de Ixtepec difieren radicalmente de las descripciones de los médicos. La temporalidad de la diabetes, y en consecuencia, las relaciones causales, presentan formas diferentes. Asimismo (y más allá de esto), diferentes aspectos de la diabetes parecen transformarse en diferentes contextos y momentos tanto dentro del contexto del hospital como en el pueblo.

No es únicamente la diabetes —como enfermedad biológica y no como término que potencializa relaciones— la que se diluye a partir de un alejamiento de la ontología naturalista como paradigma explicativo universal, sino que el cuerpo mismo, como biológico y natural, pierde su sentido universal y consecuentemente, su constitución como base para la comparación y la coincidencia. Merleau-Ponty, filósofo fenomenológico, hace una crítica al empirismo y al intelectualismo por partir del “mundo objetivo” en lugar de mantenerse apegados a la percepción, pues es ésta la que constituye al objeto (1962). Partiendo en gran medida de sus propuestas, Thomas Csordas declara que el cuerpo conforma la base existencial de la cultura y no simplemente su substrato biológico (2002:4). Es decir, que el cuerpo no es un *objeto* a ser estudiado en relación a la cultura, sino un *sujeto* de la cultura (Csordas 2002:58).

La problematización del cuerpo ha sido llevada más allá de estas propuestas en el contexto de la antropología y etnografía amazónica —en este caso no como objeto *a priori*, sino como referente “natural” y universal. Aparecida Vilaça describe cómo a partir de una síntesis de este contexto, Seeger, Da Matta y Viveiros de Castro reconocen en las sociedades amerindias la esencialidad del cuerpo para la definición y diferenciación de personas y grupos sociales, así como para la circulación de valores (Vilaça 2005:446).²⁵ Para el caso de varios de estos grupos amerindios, Eduardo Viveiros de Castro (entre otros), describe una ontología multinaturalista —es decir, la existencia de una cultura fija (una posición subjetiva o de sujeto) y muchas naturalezas (véase Viveiros

²⁵ Véase artículo de Seeger, Da Matta y Viveiros de Castro (1979).

de Castro 1998, 2010a). En estas sociedades caracterizadas por un “multinaturalismo perspectivista” (Viveiros de Castro 2010), el cuerpo no es un referente fijo sino que tiene un carácter “crónicamente inestable”, a causa de su potencial de transformación, del hecho de que la imagen que tiene cada persona de sí misma depende de la imagen que tiene el otro sobre uno (de su punto de vista) (Vilaça 2005:457).

No buscamos sugerir que los totonacos en Ixtepec tienen una teoría de alteridad análoga al perspectivismo amerindio (ni que sean perspectivistas). Si nos referimos al problema del cuerpo en la Amazonia, es para mostrar cómo a partir de la búsqueda por la teoría nativa, en la que el “otro” figura como antropólogo, se multiplican las posibilidades de la construcción de realidades. Al abandonar la búsqueda de sinónimos con base en una “naturaleza” que asumimos universal en su separación de la “cultura”, nuestro enfoque se traslada de manera automática de la representación de lo sustancial a una comprensión relacional. Nos alejamos del marco interpretativo epistemológico, en tanto que a “la epistemología le preocupa la referencia” (Mol 2002:vii), para acercarnos a marcos interpretativos de corte ontológico, en los cuales el acercamiento a una realidad ‘otra’ y a sus teorías sociales no da cabida a una división entre lo social y lo cosmológico (Gow 2006:212).²⁶

En este sentido, el concepto totonaco de cuerpo pasa a ocupar un lugar mucho más fundamental para la comprensión de enfermedades “no-tradicionales” (llamémosles así por ahora) en la comunidad, y la enfermedad misma —reservada hasta ahora para el terreno aparentemente “incontestable” de la biología— pasa a ser algo para entender y traducir, no para identificar o para dar por sentado. A su vez, la posibilidad que identificamos de que en Ixtepec, pacientes y médicos se estén refiriendo a diferentes cosas al hablar de la diabetes, se torna no sólo comprensible sino radical: no se trata de diferentes representaciones de un objeto que actúa de igual manera en el cuerpo biológico compartido por todos, sino que posiblemente los términos “cuerpo” y “diabetes” sean homónimos que “apuntan a exterioridades discordantes” (Viveiros de Castro 2004:20).

Las implicaciones para este estudio de buscar co-crear (pues en tanto que surge de una puesta en relación, la teoría nativa descrita en el ensayo surge mediada por el

²⁶ Véase Eduardo Viveiros de Castro (1998) y Phillippe Descola (1992).

antropólogo y a través de sus equívocos) una teoría etnográfica son varias. Como establecimos ya, tendremos que partir de un no-referente universal. Esta necesidad de partir de la premisa —o no-premisa— de que “la diabetes” no constituye un referente fijo, como vimos, nos la exige el campo mismo. Es decir, buscaremos comprender qué conceptos y nociones de cuerpo y persona, así como qué nociones de enfermedad, surgen en los contextos en torno a “la diabetes” (ente fantasmagórico por ahora, que buscaremos ir delineando mientras trazamos las relaciones que la rodean y atraviesan). Esto nos permitirá intentar llevar hasta sus últimas consecuencias las diferencias, así como las coincidencias, que surgen en el proceso complejo de temporalidad-causalidad, diagnóstico, etiología, y experiencia de la diabetes.

El acercamiento a la diabetes en términos internos a la cultura totonaca en Ixtepec propuesto para esta tesis también nos llevará de manera automática a romper con una división previa y por lo tanto arbitraria de lo tradicional y lo moderno, así como a considerar las maneras en que las relaciones de poder y las traducciones o comparaciones que se realizan a través de éstas están permeadas por distintos cosmos y cuerpos. Es, entonces, en el marco de la teoría etnográfica que esta tesis se propone delinear y dibujar una imagen de lo que es la “diabetes” en Ixtepec, Puebla, explorando las relaciones y traducciones que la constituyen, y buscando seguir el problema etnográfico identificado en este capítulo.

1.4 Más allá de la naturaleza y la cultura: perspectivas de la antropología médica

A pesar de que la antropología médica no se constituyó oficialmente como una subdisciplina de la antropología hasta los años 50, los temas que aborda han formado parte de la historia antropológica desde sus inicios, y ya desde entonces ésta se enfrentaba a la problemática de que los diferentes sistemas médicos no parecían —y no parecen— acercarse o coincidir con nuestra realidad empírica. En su ensayo acerca del masaje en Melanesia, Rivers muestra cómo esta práctica, a pesar de ser análoga a aquella que le es familiar y que parte de la experiencia empírica, está basada en ideas “completamente diferentes a las nuestras” (2010 [1926]:15). Con esto, Rivers contraviene el argumento evolucionista de la época que planteaba que la medicina había evolucionado a partir de

un proceso que desprendía lo supersticioso de lo empírico (2010 [1926]:16). Sin embargo, el antropólogo concluye que “las ideas sobre las cuales se basa[] el tratamiento” tienen una “base mágico-religiosa” (ibídem). Es decir, que una de las primeras maneras de lidiar con enfermedades y tratamientos que no coincidían con nuestra “naturaleza”, fue la de delegar todo aquello que no fuera “congruente” al plano de la superstición (aunque en el caso de Rivers, tomándolo más en serio que sus predecesores). Como diría Wagner: “Lo que podemos percibir de las realidades que *ellos* han aprendido a inventar y vivir es relegado a lo “sobrenatural” o destituido a lo “meramente simbólico” (Wagner 1975:142).

Ésta imposición de nuestros campos de lo dado y lo construido sobre otras culturas implica un corte arbitrario de las realidades de éstas, siendo nosotros los árbitros por excelencia.²⁷ Evans-Pritchard, otro de los fundadores de la antropología médica, declara que: “nuestro conjunto de conocimiento científico y la lógica son los únicos árbitros de qué nociones son místicas, de sentido común, o científicas” (1937:12). A pesar de que la antropología ha hecho un gran ejercicio de auto-crítica y reflexividad desde entonces, criticando severamente el intelectualismo y el uso que se la ha dado a la noción de “creencia”,²⁸ este mecanismo de imposición de divisiones arbitrarias sobre otras realidades sigue (“naturalmente”) permeando nuestras investigaciones, aunque de maneras más complejas y, cabe decirse, políticamente más (¿in?)correctas.

La antropología médica contemporánea, por ejemplo, tiende a subrayar la división “occidental” entre lo natural y lo cultural. En palabras de Good, “la antropología médica es uno de los sitios primarios dentro de la antropología en donde se están elaborando respuestas alternativas a la confrontación entre el historicismo y las ciencias naturales”

²⁷ Este corte arbitrario de las realidades de los otros no se ve limitado únicamente al ámbito de la antropología médica. Descola describe, por ejemplo, cómo la ecología cultural, la sociobiología o ciertas corrientes de la antropología marxista dejaron de lado “el estudio del modo en que las sociedades no modernas conceptualizaban sus cuerpos y su medioambiente, excepto para evaluar las posibles convergencias o incompatibilidades entre los dominios señalizados por la ciencia y las concepciones marcadas por el prefijo etno (etnobotánica, etnozología, etnobiología, etnofarmacología, etnomedicina) para denotar con claridad su estatuto local y relativo” (2011:64). El antropólogo argumenta que al hacerlo, estos abordajes “recortaban a priori ciertos campos de conocimiento y de práctica de estas sociedades de manera de volverlos comparables con los saberes naturalistas occidentales que tenían el valor de patrón, sin preocuparse demasiado por saber si esos dominios discretos existían como tales en las categorías locales de los pueblos estudiados” (ibídem).

²⁸ Véase Good, “Medical Anthropology and the Problem of Belief” (2010).

(2010:75). Esto se debe a que, según Good, toda medicina combina una “atención al cuerpo material con una preocupación por las dimensiones morales de la enfermedad y el sufrimiento” (2010:75). Vemos aquí cómo el cuerpo biológico o “material” se asume como un universal, en base al cual puede existir una infinita variabilidad y complejidad en relación al ámbito de la salud y la enfermedad, relegada ésta al campo de lo moral. En este sentido, las enfermedades tienden generalmente (aunque no siempre) a asumirse como universales, como referentes externos y fijos a partir de los cuales surgen experiencias, narraciones, interpretaciones y significados, a los cuales es “el privilegio y la obligación de la antropología médica” prestar atención (Good 2010:75).

Las implicaciones de esta división no permanecen circunscritos al mundo académico, sino que impactan la creación de políticas gubernamentales. Tanto aquellas que reducen la diversidad cultural al fundamento biológico como las que buscan “incluir” otros conocimientos. En el caso de México, por ejemplo, nos encontramos con una política de “medicina integral” que busca la “complementariedad” entre la medicina alópata y la indígena. Analizándolo a partir de los cuestionamientos expuestos en esta introducción, se vuelve evidente que la “complementariedad” depende de la existencia de un referente común y natural. En términos prácticos, se traduce en un enfoque casi único sobre la “herbolaria” indígena, eliminando los aspectos rituales o “mágicos” de la terapéutica, pues la práctica referente a las hierbas y plantas pertenece de cierto modo al ámbito de nuestra naturaleza y por lo tanto es potencialmente “compatible” con la biología.²⁹

En contraste, la propuesta desde la teoría nativa es llevar hasta sus últimas consecuencias las teorías *otras* sobre la enfermedad. Kleinman, antropólogo que fundamentó la antropología médica, declaró en un ensayo seminal que “la medicina trata con dos tipos de realidad, ‘científica’ y ‘ordinaria’” (2010 [1973]:85), pero en efecto, trata con tantas realidades como contextos. Sin embargo, el buscar aproximarnos a una antropología *otra* y a otras construcciones de realidades o mundos, no implica caer en un

²⁹ Al mismo tiempo que surgen estas propuestas interculturales, el gobierno de México, a través de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) publicó en el año 2014 una lista de 200 plantas medicinales cuyo uso quiere prohibir en infusiones, tés y suplementos alimenticios. Muchas de estas hierbas —que incluyen el árnica, epazote, anís estrella, equinacea, pasiflora, valeriana, zarzaparrilla y sábila— se utilizan en la medicina indígena.

relativismo absoluto. Good plantea la pregunta acerca de las posibilidades teóricas a las que se enfrentaba Evans-Pritchard al estudiar la brujería Azande: “¿Cuál es la alternativa? ¿Una pretensión relativista fuerte de que el mundo Azande y el nuestro son inconmensurables, que son tan diferentes que no podemos traducir entre nuestro mundo y el suyo? (Good 2010:72). La respuesta nos la da la experiencia: miembros de diferentes colectivos se comunican y se incluyen en sus mundos de manera mutua, aunque diferenciada. La pregunta verdadera es cómo: ¿Cómo se relaciona, compara y/o traduce desde cada cultura?

Esta tesis propone examinar justamente esto. En primera instancia busca explorar lo que es la diabetes en Ixtepec, y la diferencia profunda que conlleva una no-coincidencia de “modelos explicativos” y una “falta de adhesión” (que podemos pensar como una suerte de conflicto).³⁰ Esto implica, a su vez, abordar las coordinaciones, traducciones, equivocaciones *sensu* Viveiros de Castro, y las invenciones y co-invenciones *sensu* Wagner en una red de relaciones en la cual se ponen en juego cuerpos, enfermedades y sistemas médicos múltiples.³¹ La propuesta, desde la teoría nativa, es ir tejiendo los puntos de encuentro y des-encuentro, de traducción y comparación, de invención y co-invención que constituyen el mundo de “la diabetes” en Ixtepec, Puebla. Sin embargo, esta tesis no busca discutir directa- o explícitamente con las propuestas teóricas de la antropología médica (aunque se abordarán algunas de éstas en diferentes momentos a lo largo de la tesis). Si nos referimos a la historia y a las premisas de esta subdisciplina, es porque en tanto que este trabajo es una propuesta de acercamiento a la enfermedad desde la antropología, está en un diálogo implícito con la antropología médica.

Por lo mismo, retomaremos esta discusión en la conclusión de la tesis, en la cual buscaremos discutir los límites y posibilidades de un enfoque desde la teoría nativa sobre la enfermedad en el ámbito de la antropología médica, que ha comparado siempre en base a una división entre lo natural y lo cultural/moral (identificando compatibilidades,

³⁰ Así como construí un problema etnográfico, también podemos decir que construí teóricamente el conflicto en Ixtepec en torno a la diabetes, en tanto que yo busqué a las personas en la comunidad así como a los trabajadores del hospital para hablar de la diabetes, del hospital y de los médicos/pacientes, develando incoherencias a través de una comparación que no se lleva a cabo de manera explícita en el escenario del hospital.

³¹ Las maneras de pensar las “coordinaciones”, “traducciones”, “equivocaciones”, “invenciones” y “co-invenciones” se irán analizando y profundizando a lo largo de esta tesis.

similitudes y diferencias), y que se ha caracterizado desde un inicio por sus aplicaciones prácticas. Es en éste ámbito, precisamente, así como en el de la creación de políticas de salud nacionales y estatales, que se verán las consecuencias “cosmopolíticas”³² de pensar las coincidencias como homónimos, y las relaciones como previas y basadas en la diferencia —de pensar desde y a través de una teoría nativa. Para empezar, el dejar de subrayar un referente común acerca del cual hay una multiplicidad de “modelos explicativos” nos permitirá, eventualmente, alejarnos de explicaciones que focalizan la “no-adhesión” (¿a nuestra realidad?) y el “no-cumplimiento” por parte de los pacientes para reconocer, en su lugar, el poder creativo y de “autodeterminación ontológica” (Viveiros de Castro 2010:18) de las personas.³³

Es también en la disciplina de la antropología médica, caracterizada en gran medida por enfrentarse a límites éticos y ontológicos del antropólogo (en tanto que se relaciona con el cuerpo y con la salud del ‘otro’), que cobra especial relevancia la decisión teórico-política de tomar una posición ante otras culturas, tal como lo plantea Bruno Latour tras declarar que “[h]ay más maneras de ser otro, y muchos más otros, de lo que el alma más tolerante pudiera concebir”: La cuestión ahora es hasta qué punto “estamos listos para absorber disidencias no sólo acerca de la identidad de los humanos sino acerca del cosmos en el que viven” (Latour 2004:451-453).

³² Véase Stengers (1996) y Latour (2004).

³³ Si seguimos hablando de no-adhesión, de renuencia y de modelos explicativos a lo largo de esta tesis, es porque son conceptos movilizados en el hospital y porque nos permite aclarar la vía que tomamos para seguir el problema etnográfico identificado en este primer capítulo.

CAPÍTULO 2

DE CONEXIONES PARCIALES Y BIFURCACIONES ANTROPOLÓGICAS: ALGUNAS CUESTIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS PARA ABORDAR UN CONTEXTO INTERCULTURAL O PROBLEMATIZANDO LA ANALOGÍA

2.1 Prefacio metodológico

El capítulo anterior fue dedicado a la construcción de un problema etnográfico planteado en términos de un acercamiento a la llamada teoría nativa a partir de un alejamiento de la universalización y proyección sobre otros de la ontología naturalista, es decir, de una sola invención³⁴ (la nuestra) de lo que está dado y lo que está construido *sensu* Wagner (1975). Este problema etnográfico consiste, a grandes rasgos, en preguntarse por los conflictos y contradicciones que caracterizan a la diabetes y que toman formas tan diversas como la “no-adhesión” al tratamiento y la incongruencia entre los “modelos explicativos” de la enfermedad por parte de médicos y pacientes totonacos en Ixtepec, Puebla.

El proceso de construcción del problema etnográfico fue en dos pasos o momentos. En primera instancia, identifiqué una recurrencia —una suerte de *leitmotiv*— en la literatura sobre la diabetes (tanto de las ciencias sociales como biológicas y físicas) de los temas de la falta de adhesión, de coherencia y de acuerdos entre médicos y pacientes. En segunda instancia, comparé esto con mi experiencia haciendo trabajo de campo entre los totonacos de Ixtepec, Puebla y encontré temas muy similares, de modo

³⁴ Sobra decir, que al hablar de invención Wagner no se refiere ni a un proceso consciente e intencional ni a un proceso que deriva en algo “falso”. En sus palabras, “*We might actually say that an anthropologist "invents" the culture he believes himself to be studying, that the relation is more "real" for being his particular acts and experiences than the things it "relates." Yet this explanation is only justified if we understand the invention to take place objectively, along the lines of observing and learning, and not as a kind of free fantasy*” (1981 [1975]:4).

que tracé una analogía entre la diabetes en la literatura y la diabetes en mi trabajo de campo, declarando de manera muy general que en ambos casos nos encontrábamos frente a un objeto “complejo y múltiple”. La pregunta de investigación, construida de este modo, fue producto de un cambio de escalas de lo global/general a lo local/específico, la cual resumí de la siguiente manera:

¿Por qué la diabetes parece estar caracterizada por una falta de adhesión al tratamiento y por una multiplicidad de los denominados “modelos explicativos”? En Ixtepec, la pregunta es más *específica*: ¿Por qué, a pesar de tantos esfuerzos por parte de los médicos y, de modos diferentes, por parte de los pacientes, el tema de la diabetes está marcado por tensiones y puntos de vista que no logran coincidir?

Estas preguntas, planteadas así, me llevaron a formular una hipótesis acerca de la diabetes como un objeto de estudio no-fijo e inherentemente múltiple.³⁵ Sin embargo, una profundización en el análisis de mi experiencia en campo y de la literatura antropológica a la cual me dirigió esta hipótesis, develó una serie de equívocos en el proceso de creación del problema etnográfico. Como veremos, los equívocos constituyen a las relaciones, y su identificación explícita más que detener el desarrollo del problema, lo potencializa.

En primera instancia, la no-adherencia y los conflictos ubicados en el contexto de Ixtepec en torno a la diabetes, se develaron en la etnografía como producto de equívocos entre diferentes construcciones de lo dado y lo construido —entre cuerpos y enfermedades diferentes—. Este hecho puso en evidencia un equívoco en la analogía que tracé, en tanto que la literatura que discute la no-coincidencia de modelos explicativos y la no-adhesión al tratamiento se refiere tanto a contextos interculturales como a contextos culturalmente homogéneos.³⁶ Esto cuestionaba la caracterización de la diabetes como *un objeto inherentemente múltiple*: ¿en dónde? ¿en qué contexto? ¿un objeto? Las consideraciones teórico-metodológicas que me permitieron comenzar a

³⁵ No me enfoco aquí en el término de complejidad, pues no me refería más que al hecho de que, como declara Strathern, “la complejidad es intrínseca tanto a la empresa etnográfica como a la empresa comparativa” (2004:xiii). Asimismo, ella llama la atención al hecho de que “en cada nivel la complejidad se replica en escala de detalle” (2004:xvi).

³⁶ Con “culturalmente homogéneos” nos referimos a que están inmersos en un mismo proceso de invención y contra-inversión de lo innato y lo artificial, y no a las diferencias entre pacientes y médicos como agentes culturales (lo cual, quizá, daría una pista para comprender el conflicto en contextos homogéneos).

pensar en la posibilidad de que médicos y pacientes en Ixtepec se estuvieran refiriendo a cosas diferentes al hablar de Ixtepec —la ruptura con la ontología naturalista como paradigma universal y la comprensión de la cultura como una invención de los campos de lo dado y lo construido— justamente niegan la existencia de *un* objeto, previo y externo (sea múltiple o complejo). Al hablar de una diabetes “inherentemente múltiple” develada en la literatura, subrayé la existencia de un objeto, y no di lugar del todo (aunque quería hacerlo) a la posibilidad de una multiplicidad como resultado de naturalezas múltiples o diferencias profundas. Se podría decir que más que una analogía, tracé una homología, asumiendo un origen común para ambos casos.

Considerando, pues, que la diabetes en Ixtepec está atravesada (o constituida) en parte por equívocos interculturales —especialmente en relación a los conflictos con los médicos— esto implica la existencia de teorías, cuerpos y enfermedades diferentes, aunque relacionadas entre sí.³⁷ Implica también que las dos preguntas que marcaron la construcción del problema (una en relación a la literatura sobre la diabetes y otra en relación a la experiencia de campo en Ixtepec) se están preguntando, por lo menos en parte, por procesos y relaciones diferentes. De este modo, el análisis mismo nos lleva a transformar la pregunta inicial, pero sin desechar el camino que nos ha traído hasta aquí, pues es a partir de los equívocos, de las analogías que hacemos y des-hacemos, que nos relacionamos con el (un) mundo y creamos conocimiento.³⁸

En este caso, fue a partir de esta analogía que me fue posible pensar en la posibilidad del objeto de estudio no-fijo, de que en diferentes contextos y momentos, los pacientes y los médicos en Ixtepec, al hablar de la diabetes no se están *refiriendo a la misma cosa* —idea que no es de desecharse y que se seguirá a través de la tesis. A su

³⁷ Nos encontramos aquí frente a una de las trampas que nos impone la escritura lineal de una tesis: declaro que nos encontramos frente a un contexto intercultural, no porque la alteridad esté dada —¿en dónde?— sino porque “la diabetes” potencializa y da pie a una serie de relaciones en las cuales se crea la diferencia y que yo he podido vivir y analizar. Si fuéramos consistentes con nuestro argumento cronológico, por pasos, tendría que haber descrito ya los momentos y las maneras en que el totonaco es totonaco y el mestizo es mestizo, y en que la diferencia se vuelve aparente, es decir, habría tenido que situar el análisis de la etnografía antes de la introducción. Nos permitimos, pues, ciertas trampas a lo largo de esta tesis que es un juego de ilusiones que crea realidades muy concretas, en donde el análisis ya informa las premisas y la estructura.

³⁸ En efecto, la pregunta de investigación se continuará transformando a lo largo de la tesis y, como se verá al finalizar, la segunda transformación también es producto de un equívoco referente a la relación entre cuerpo y persona.

vez, las consideraciones en torno al hecho de que la diabetes se devela como compleja y múltiple en contextos culturalmente homogéneos, me llevaron a considerar que la teoría totonaca sobre la diabetes no se relacionaba con una diabetes “biológica” u homogénea. El enfoque reversible que demanda un estudio intercultural, lo demandaba también la literatura misma, que develaba que se trataba de algo más. El que haya sido posible crear una analogía equívoca entre la diabetes en la literatura, tanto en contextos interculturales como en contextos culturalmente homogéneos, y la diabetes en Ixtepec, implica que lo “múltiple y complejo” que identificamos en la primera parte de esta tesis (sea lo que sea en cada caso y contexto) no es consecuencia únicamente de equívocos interculturales. Por lo tanto, no podemos asumir que la relación intercultural que atraviesa y crea ciertos aspectos de esta enfermedad en Ixtepec, está constituida por un lado por una teoría totonaca de la enfermedad, y por el otro por una “enfermedad biológica” representada por los médicos.

El equívoco me llevó, pues, a preguntarme por la “naturaleza” de la diabetes en el hospital de Ixtepec, construida por los médicos y trabajadores del IMSS (en relación, forzosamente, con los pacientes totonacos). ¿Pero cómo abordar el estudio de la diabetes entre los médicos en términos teóricos, sin asumir el referente biológico que asumen ellos? Annemarie Mol sugiere una posibilidad. En su estudio acerca de la aterosclerosis en un hospital holandés, la filósofa propone que objetos como el cuerpo o una enfermedad están constituidos a través de diferentes prácticas, las cuales son obviadas al hablar o crear conocimiento sobre estos. Según la autora “[s]i un objeto es real esto es porque es parte de una práctica” (2002:44), de modo que un estudio que se enfoque en estas prácticas (que ella llama *enactments*, término que analizaremos más adelante) puede dar cuenta de lo que es el objeto en un nivel ontológico, más allá de sus representaciones. En el caso de la aterosclerosis, por ejemplo, una placa extraída de una arteria con aterosclerosis no es la misma entidad que el problema del que habla el paciente con aterosclerosis en la sala de consulta, a pesar de que se les llame por el mismo nombre (ibídem).

El resultado de este enfoque es una multiplicación: “lo que pensamos como un objeto, único o singular, puede ser más que uno” (Mol 2002:1). Esto es el caso tanto con

la aterosclerosis como con el cuerpo. Esta multiplicidad de *enactments*, de aterosclerosis y de cuerpos en práctica, no necesariamente es coherente. Como declara Mol, las prácticas hospitalarias son no-coherentes. El síntoma relatado en el cuarto de consulta no se adhiere a lo que se vuelve visible en la mesa de operación. Una técnica diagnóstica puede ser conceptualmente incompatible con otra, mientras que en la práctica coexisten... Hay fluideces y desbordes, complejidades fractales y conexiones parciales; siempre hay *otros adentro*" (2011:115).

Sin embargo, y a la vez, las personas en el hospital que estudia Mol también se ven inmersos en procesos que coordinan esta multiplicidad, los cuales obvian las prácticas y presentan un objeto singular (la enfermedad).

El ejemplo de la etnografía de Mol nos permite abordar el estudio de la diabetes en Ixtepec sin asumir un referente biológico como premisa.³⁹ A su vez, nos ayuda a develar los equívocos entre totonacos y médicos en torno a la diabetes, en tanto que los primeros no se relacionan con una enfermedad biológica como tal, sino con sus prácticas múltiples y con los mecanismos de coordinación que se efectúan en el hospital para crear un objeto singular. Esta posibilidad, sin embargo, conlleva una complicación teórica (y quizá retórica).

Sabemos —por la característica del proceso de escritura que permite y obliga a incluir conclusiones del análisis en la construcción del problema— que en Ixtepec los conflictos en relación con la diabetes surgen a partir y en forma de equívocos entre diferentes invenciones de lo dado y lo construido. En este sentido nos encontramos frente a *dos* diferentes teorías que explican la diabetes y, en efecto, a *dos* diferentes diabetes (en tanto que descansan sobre premisas y cuerpos diferentes): la totonaca y la biomédica. Sin embargo, si consideramos a la vez que un enfoque en la diabetes en el contexto biomédico devela una multiplicidad de diabetes, ¿cómo podemos pensar las

³⁹ A pesar de hablar de prácticas no-coherentes dentro de un contexto holandés, el estudio de Mol no da respuesta a las interrogantes sobre las no-coincidencias de modelos explicativos que caracterizan la diabetes en contextos culturalmente homogéneos. Sin embargo, su estudio sobre las prácticas de personas con diabetes tipo 1 sugiere diferentes posibilidades en relación a la no-adhesión al tratamiento, en tanto que el cuerpo y la diabetes que se viven del día al día son variables y contradictorios (2009). En relación a nuestra pregunta de investigación, no nos concierne la explicación de la aparente multiplicidad o complejidad de la diabetes en los contextos culturalmente homogéneos. Sin embargo, esta problemática nos llevó a enfocarnos en la manera en que la diabetes se constituye en el hospital de Ixtepec, lo cual nos permitirá dar cuenta de los equívocos que se producen en torno a la enfermedad entre médicos y pacientes.

diferentes multiplicidades en términos lógicos o de escala? Asimismo, los equívocos que surgen de las relaciones interculturales también devienen en co-invenções de la diabetes, complicando la imagen de dos diabetes independientes.

Nos encontramos, pues, ante un problema de conceptualización y de descripción antropológicas, ante un problema de pluralidad y de escalas. En este capítulo exploraremos las posibilidades teóricas y metodológicas para estudiar e imaginar un objeto de estudio que demanda reversibilidad en tanto conformado por equívocos y co-invenções interculturales y, por lo tanto, que invita diferentes perspectivas antropológicas.

La primera parte de este capítulo estará dedicada a la exposición de esta problemática utilizando una distinción entre los términos *múltiple* y *plural* para dar cuenta de la complejidad de la diabetes en Ixtepec, en tanto que se muestra múltiple vista desde una perspectiva y plural desde otra. Se argumentará que estas dimensiones de la diabetes no forman parte de una visión total de un fenómeno, que no se complementan, y que no se pueden reducir la una a la otra. Esto nos llevará a una discusión acerca de la naturaleza de estas dimensiones, de la metodología y la teoría que las creó, de las posibilidades de relación con la literatura antropológica y de la relación entre las dimensiones mismas de la diabetes: ¿son comparables? Y si sí, ¿de qué modo? Estas preguntas se abordarán en la segunda parte del capítulo. Por último, se sugerirá la imagen del *cyborg* y la noción de conexiones parciales como punto de partida para imaginar y comenzar a delinear el caso de la diabetes en Ixtepec.

A lo largo del capítulo, y como consecuencia de nuestro análisis del equívoco implícito en la construcción del problema etnográfico, comenzaremos a complejizar nuestra hipótesis y a contestar (o problematizar) la siguiente pregunta: en el caso de la diabetes en Ixtepec, ¿*quiénes* se están refiriendo a *qué* de *qué manera*? Esto se verá relacionado, a su vez, con algunas implicaciones teórico-metodológicas de hacer trabajo de campo acerca de la diabetes en un contexto intercultural. Asimismo, se explorarán las posibilidades de representación y escritura antropológica para un proyecto que busca acercarse a una teoría nativa, delineando las consecuencias teóricas y políticas de elegir este enfoque. En este sentido, este capítulo puede pensarse como un marco teórico-

metodológico, en tanto que hará evidentes las bifurcaciones antropológicas —definidas como momentos en los cuales “una distinción entre términos podría guiar el análisis en diferentes rutas” (Strathern 2011:90)— que el campo mismo me ha presentado o impuesto hasta este momento del análisis, y las decisiones que he tomado.

En este capítulo, muchas conclusiones se darán por sentadas. Le pido al lector que tenga paciencia, llegaremos a la descripción del proceso que las produjo en la segunda y tercera parte de la tesis. Si analizamos primero las problemáticas y posibilidades en relación con las “diferentes multiplicidades” en la diabetes que resultan de diferentes abordajes teórico-metodológicos—así como con las maneras de relacionarse con la literatura antropológica—es porque es necesario (nos parece) ofrecer al lector una guía. En esta tesis proponemos dimensiones diferentes de una enfermedad, que aparecen a través de distintas series de relaciones, hecho que pudiera parecer confuso sin una explicación anterior, y que pudiera detractar de la atención que pudiera dársele al contenido por intentar comprender únicamente la forma —cuando de cierto modo, buscamos que sean uno y lo mismo. La pregunta etnográfica nos llevó a un acercamiento específico hacia la realidad totonaca en torno a la diabetes, que a su vez determinó la estructura de esta tesis, incomprensible quizá, si no hablamos *antes* de las

consecuencias teóricas. Es por esta misma razón que el capítulo concluye con una descripción y explicación del índice de esta tesis.⁴⁰

2.2 Perspectivas matemáticas: de lo singular, lo plural y lo múltiple

Lo múltiple y lo singular

Annemarie Mol, en quien nos basamos para abordar el estudio de la diabetes en el contexto del hospital del IMSS Oportunidades en Ixtepec, realiza un ejercicio en cierto sentido análogo o similar al de las etnografías que han buscado alejarse de la premisa de lo “natural” como universalmente dado. En su estudio acerca de la aterosclerosis en un hospital holandés la autora se aleja de la noción de cuerpo biológico como referente único y natural, develando que en su práctica es múltiple. Para alejarse de este referente fijo, Mol lleva a cabo un traslado de la epistemología a la ontología-en-práctica, como lo llama la autora, en tanto que aborda al objeto y no a las representaciones que se hacen de éste (2002). Como explica Law, Mol argumenta que “no estamos lidiando con perspectivas diferentes y posiblemente erróneas de un *mismo* objeto, sino que estamos lidiando con *objetos diferentes producidos en diferentes ensamblajes metodológicos*” (Law 2004:55).

Para situarse en un nivel ontológico, Mol utiliza el término *enacted* para referirse a lo que algo es-en-la-práctica. La palabra no tiene un equivalente en el español, pero

⁴⁰ La propuesta —o esperanza— en este camino hacia la teoría nativa, es que eventualmente los conceptos y teorías totonacas nos permitan prescindir de esta necesidad de construir un armamento teórico-metodológico y descriptivo.

connota actuación o acto; pudiéramos decir que se refiere a la puesta en escena por medio de las prácticas de un objeto, diferente en cada escenario o sitio. En palabras de la filósofa, “como los sujetos (humanos), los objetos (naturales) están enmarcados como partes de eventos que suceden y obras que se escenifican. Si un objeto es real esto es porque es parte de una práctica. Es una realidad *enacted*” (Mol 2002:44). En este sentido los *enactments* de aterosclerosis dependen de una serie de actores y entidades que van más allá del paciente y del médico: máquinas, cuchillos, mesas de operación, sangre... todas forman parte de lo que es un objeto en un momento dado. Por ejemplo, la aterosclerosis es “un engrosamiento de la intima”, pero *sólo bajo el microscopio* (Mol 2002:30, mi énfasis). Mol argumenta que en efecto, el engrosamiento de la intima no existe de manera aislada, sino que únicamente puede ser *enacted* con el microscopio (Mol 2002:30-31). En contraste a este *enactment* de la aterosclerosis, en el consultorio esta enfermedad es *enacted* como un dolor en la pierna al caminar y, en efecto, es un dolor en la pierna al caminar (Mol 2002).

Debido a que no existe palabra equivalente en español, en esta tesis hablaremos de las “prácticas” de la diabetes. Sin embargo, es fundamental aclarar que no se refiere a prácticas en las que se ve inmiscuido un objeto —previo y con una identidad fija— sino al objeto que es en esas prácticas.⁴¹ Mol explica que los estudios antropológicos enfocados en el *performance* social han demostrado cómo los objetos “participan en la manera en que las personas ponen en escena sus identidades” (2002:40), pero la filósofa

⁴¹ También es fundamental aclarar que el término “práctica” en este contexto no se refiere ni hace eco de aquel utilizado en la teoría de la praxis por autores como Bourdieu y Giddens, ya que no se trata de superar la división entre los estudios de orientación estructuralista y aquellos más procesuales o individualistas. A partir de los años setenta, el término “práctica” también se utilizó para describir la acción como algo que es tanto corporal como social (Online Dictionary of Anthropology). En este sentido, el término es más cercano al de *enactment* propuesto por Mol. Sin embargo, la autora elige no hablar de la práctica de un objeto, porque son las prácticas las que determinan lo que *es* el objeto en cada contexto, y no se trata de la manera en que se practica un objeto, “construido” con anterioridad. Es por esto que la filósofa propone un término “inocente”, es decir, que no cargue ya con teorías y discusiones de la literatura antropológica que ella no busca invocar (se aleja del término *performance* por la misma razón). Sin embargo, el que en español no exista un término equivalente nos deja con la opción de utilizar la palabra que elige ella, transformada en anglicismo, o de crear una palabra nueva. Esta segunda opción es tarea difícil, pues más allá de que no existe la palabra en español, la autora no da referencias con respecto al término, precisamente porque quiere que se lea “de la manera más fresca posible” (Mol 2002:41). Aquí elegimos hablar de “práctica”, pero con las aclaraciones correspondientes, pues los *enactments* no son las prácticas en sí. En efecto, “[e]n la práctica, los objetos son *enacted*” (Mol 2002:41). Al hablar de “prácticas” entre comillas buscaremos hacer referencia a la identidad del objeto en la práctica.

argumenta que “una vez que los objetos están sobre el escenario podemos investigar sus identidades también” (ibídem). Esto es, en efecto, lo que hace ella en su etnografía: estudia “las identidades que un objeto puede tener cuando es escenificado, manipulado, *performed*” (Mol 2002:40-41).⁴² Es en este sentido que Mol elige no hablar de la “construcción” de objetos, pues para los denominados constructivistas, este término tiende a implicar que después de un proceso inestable de contestación y transformación, el objeto termina en un estado estable (Mol 2002:42). A pesar de que el hecho de que algo “haya sido ‘construido’...no niega que sea real” (Law 2004:39), Mol declara querer brindarle a los objetos más que una historia compleja (de cómo se vuelven objetos los objetos): un presente complejo también, en el que “sus identidades son frágiles y pueden diferir entre sitios” (2002:43).

El análisis de Mol devela cómo enfocándonos en las prácticas hospitalarias encontramos que “la ‘entidad’ es una ligeramente diferente cada vez (cuerpo, enfermedad)” (Mol 2002:vii). Es a partir de esto que propone una definición de *lo múltiple* que conlleva lo multifacético: “En el hospital *el cuerpo* (singular) es *múltiple* (muchos)” (Mol 2002:84). La autora hace una distinción entre lo múltiple y *lo plural* en tanto que éste último implica una fragmentación, mientras que el primero no. Como lo explica la filósofa:

Es uno de los grandes milagros de la vida de hospital: hay diferentes aterosclerosis en el hospital pero, a pesar de las diferencias entre ellos, están conectados. Aterosclerosis *enacted* es más que uno —pero menos que muchos. *El cuerpo múltiple* no está fragmentado. Aunque sea múltiple, también permanece ligado (2002:55).

Lo singular, bajo esta perspectiva teórica y etnográfica, es algo que los actores buscan emular a través de mecanismos de coordinación de la multiplicidad, pero que no necesariamente o no siempre se alcanza. De hecho, gran parte del libro de Mol está dedicado a analizar los mecanismos que permiten que esta multiplicidad coexista de manera coordinada. En efecto, la metodología empleada por la autora conlleva un movimiento contrario al de esta coordinación y creación de lo singular en tanto que busca,

⁴² Como mencionamos, Annemarie Mol también elige no hablar de *performance* porque el término sugiere un éxito obtenido después de un trabajo dificultoso, y hace eco de discusiones sobre el “escenario” y sobre los efectos prácticos de la palabra hablada (Mol 2002:41). La filósofa busca evitar estos ecos.

como explica ella, sacar de entre los corchetes lo práctico y las materialidades que los actores colocan ahí para crear la ilusión de unión, de lo singular.

Al develar los corchetes que coloca una epistemología euro-americana a lo práctico para crear lo singular —en este caso *una* enfermedad llamada aterosclerosis— el estudio de Mol nos habla de una de las maneras en que los médicos inventan aquello que está dado: lo natural, la enfermedad biológica. En términos wagnerianos, podemos decir que Mol desempaca un proceso de colectivización, es decir, del modo en que se crea este campo. En este proceso los símbolos colectivizantes de la cultura “occidental”⁴³ “generalizan o colectivizan a través de su capacidad de conectar signos comunes a todos para conformar un patrón/diseño único. ... [P]ueden hacer esto sólo porque etiquetan, o codifican, los detalles del mundo que ordenan” (Wagner 1981 [1075]:42).

Si pensamos de este modo el estudio de Mol, descubrimos en su manera de describir la aterosclerosis en práctica, así como en su comprensión de lo singular y de lo múltiple en relación al cuerpo y la enfermedad, una posible explicación para las incongruencias y las no-coincidencias dentro del marco de “una” enfermedad que identifiqué en la literatura acerca de la diabetes, pues aunque los diferentes objetos (las diferentes aterosclerosis) “practicados” —*enacted* en las prácticas— puedan llegar a coincidir, “*esto no es una ley de la naturaleza*” (Mol 2002:46, énfasis propio). Podríamos pensar, entonces, que a pesar de que los actores involucrados en el mundo de la diabetes estén inmersos en una cultura que inventa de manera constante a la naturaleza y al cuerpo biológico como algo dado, así como en procesos de coordinación y creación de conocimiento que permiten hablar de *una* enfermedad, en la práctica la diabetes es múltiple y en ciertos contextos contradictoria.⁴⁴

Quizá parezca algo tramposo asumir que las intuiciones que emergen de un estudio sobre la aterosclerosis puedan transportarse a la diabetes, especialmente asumiendo que las formas de multiplicidad y los mecanismos de coordinación son diferentes en cada enfermedad, y hasta cierto punto, en cada localidad en la que están siendo “puestos en práctica” (*enacted*). Sin embargo, el libro de Mol, expuesto como un

⁴³ Al hablar de una división occidental – tradicional, Wagner mismo advierte que se trata de una herramienta argumentativa únicamente (1981 [1975]).

⁴⁴ Avanzamos esta hipótesis sin esperanzas de poder comprobarla o explorarla, pues compete a contextos etnográficos distintos a aquel descrito en esta tesis.

trabajo en filosofía empírica, se propone teorizar acerca de las diferencias dentro de la medicina de modo que, partiendo de lo local, sea posible hablar en términos teóricos (Mol 2002).⁴⁵ Es en este sentido que podemos utilizar sus intuiciones para pensar acerca de la literatura sobre la diabetes, como de cualquier práctica médica, cuidándonos de “aplicar” sus resultados a otra realidad. Mol misma declara que lo importante es “seguir la pista ... a qué es lo que se modifica cuando asuntos, términos, y objetivos viajan de un lugar a otro” (Mol 2002:vii). Como veremos en la segunda parte de esta tesis, la diabetes en el hospital de Ixtepec es “practicada” (*enacted*) como un número en relación a otro (azúcar en la sangre); como una enfermedad que no se cura; como una vasta serie de síntomas, o como un número sin expresión alguna en el cuerpo; la diabetes es “puesta en práctica” (*enacted*) como algo localizado en la sangre a lo que sólo los médicos del hospital tienen acceso a través de las pruebas de sangre; como algo que implica cambiar el estilo de vida y la alimentación; como una enfermedad donde causa y efectos están escindidos; como controlable y como difícil de controlar (*enactments* en tensión); como sus complicaciones y como la muerte.

Lo plural

¿Pero qué sucede en Ixtepec? Ya adelantamos que la “multiplicidad” que había identificado en el primer capítulo como transversal a la literatura y a mi campo no es la misma, sino que difiere de caso a caso. En efecto, en Ixtepec nos encontramos frente a un contexto radicalmente diferente al del hospital en Holanda, en tanto que constituye una arena intercultural, es decir, que los actores que juegan un papel en la vida de la diabetes en Ixtepec están inmersos en diferentes procesos de invención de los campos de lo que está dado y lo que es construido. Como argumentaremos en este apartado, esto implica la existencia de una pluralidad de diabetes más allá de una multiplicidad *sensu* Mol (que podemos observar en el contexto del hospital), evidenciada por

⁴⁵ Asimismo, Mol también se ha dedicado a develar la multiplicidad de la diabetes en su práctica (véase Mol 2009), pero con una finalidad muy distinta que la de delinear el cuerpo múltiple, de modo que en este capítulo nos ayuda más su trabajo sobre la aterosclerosis.

equivocos. Esta pluralidad, propondremos, no conlleva una fragmentación en entidades discretas que sean partes de un todo.

El que nos encontremos frente a diferentes invenciones de los campos de lo dado y lo construido en Ixtepec no se refiere únicamente a que estos campos sean diferentes, sino a que los procesos mismos de invención pueden diferir. Mientras la invención de los médicos no-totonacos se caracteriza por un proceso de colectivización, este no necesariamente es el caso para los pacientes totonacos. Como sugiere Wagner, hay sociedades en las cuales la simbolización no es convencional sino diferenciante:⁴⁶ “Una simbolización convencional objetifica su contexto dispar otorgando orden e integración racional sobre éste; una simbolización diferenciante especifica y concretiza el mundo convencional estableciendo distinciones radicales y delineando sus individualidades” (Wagner 1981 [1975]:44). Sin declarar aquí que el proceso de invención totonaco sea uno de diferenciación, queremos subrayar el hecho de que formar parte de diferentes proyectos de lo dado y lo construido no implica dos resultados diferentes del mismo mecanismo, sino dos modos diferentes de inventar realidades. Y es el encuentro entre estos procesos de invención —de cuerpos, enfermedades, naturalezas— frente al cual nos encontramos en Ixtepec.

Como vimos en el capítulo anterior, autores como Roy Wagner, Philippe Descola y Eduardo Viveiros de Castro han abierto el camino para pensar la posibilidad de naturalezas múltiples. Una de las consecuencias (y causas) de este movimiento ha sido una nueva teorización del cuerpo. En el contexto amazónico la diferencia entre los cuerpos ha sido extensamente documentada. Aparecida Vilaça se basa en una anécdota del antropólogo Peter Gow para esclarecer la diferencia entre cuerpos: Gow, quien trabaja entre los piro, relata como una madre se rehusó a hervir agua para que su hijo bebiera porque el agua hervida, aunque ayude a curar la diarrea en los niños de la ciudad, tiene el efecto contrario en los niños piro. Esto, explicó la madre, se debe a que sus cuerpos son diferentes (Vilaça 2005:448). Según Viveiros de Castro, esta anécdota “no refleja *otra* visión del *mismo* cuerpo, sino otro concepto de cuerpo, cuya disonancia subyacente a su ‘homonimia’ con el nuestro es, precisamente, el *problema*” (2002:140).

⁴⁶ Así como con la división occidental – tradicional, Wagner advierte que la oposición tan simétrica de la colectivización y la diferenciación también resulta de un proyecto argumentativo específico (1981 [1975]).

Considerando estas propuestas, podemos declarar que el concepto de cuerpo totonaco es distinto al de los médicos (tema que se explorará a profundidad más adelante) y que, como consecuencia, la diabetes —en relación con el cuerpo— también es diferente.⁴⁷

La diferencia entre los cuerpos descrita en el párrafo anterior contrasta claramente con la diferencia entre las múltiples “prácticas” (*enactments*) de un objeto que se busca unificar y tornar singular, propuestos por Mol. En un caso podemos avanzar una situación en la que se vuelven visibles contradicciones a partir de una diabetes y un cuerpo que son objetos múltiples (más que uno, menos que muchos), y cuyas “prácticas” (*enactments*) llegan a estar en una relación de tensión. En otro caso podemos decir que además de toparnos con un objeto *múltiple*, el contexto intercultural nos plantea la existencia de una *pluralidad* de diabetes, evidente en la serie de equívocos que surgen entre dos invenciones de lo dado y lo construido, entre realidades y cuerpos diferentes, y que pueden llegar a conformarse como contradicciones y conflictos.⁴⁸ ¿Pero a qué se refiere la noción de equívoco que utilizamos —y que hemos utilizado hasta ahora— para referirnos a la relación entre diferentes invenciones de lo dado y lo construido?

La noción de equívoco que invocamos aquí sigue la propuesta de Eduardo Viveiros de Castro, quien transforma el término en un concepto antropológico a partir de la teoría de la “alteridad referencial entre conceptos homónimos” (Viveiros de Castro 2004:5-6), que nace a su vez del contexto perspectivista amazónico. Esta teoría propone que los discursos diferentes se conectan “en la medida exacta en que *no* están diciendo la misma cosa, en tanto que apuntan a exterioridades discordantes más allá de los *homónimos equívocos* entre ellos” (ibídem:20, mi énfasis). El equívoco o la equivocación en este sentido no implica error ni malentendidos, sino que “supone la heterogeneidad de las premisas en cuestión” —“las plantea como heterogéneas y las presupone como premisas” (Viveiros de Castro 2004:12). En este sentido, es una vía idónea para acercarse a las teorías nativas puestas en relación en Ixtepec.⁴⁹ La falta de adhesión y

⁴⁷ Esto es especialmente relevante pues se trata de una enfermedad que a momentos se define como “condición del cuerpo”.

⁴⁸ Como veremos, este no necesariamente es el caso, pues hay equívocos que se confunden con acuerdos, como explica Kelly (2011:197).

⁴⁹ La propuesta de Viveiros nos ofrece una manera no sólo de pensar el campo intercultural y las relaciones entre médicos y pacientes, sino que nos obliga a considerar los equívocos que surgen entre el yo-antropólogo y los médicos por un lado, y el yo-antropólogo y los habitantes totonacos por otro. Como se verá, esto agrega

los conflictos que identificamos en torno a la diabetes en este pueblo develan (o develarán, a lo largo de este texto) equívocos en tanto que apuntan a la existencia de diferentes cuerpos y diferentes diabetes. Por ejemplo, como veremos, el que los pacientes no quieran seguir la dieta impuesta por el médico tiene que ver con una noción de alimentación totonaca relacionada con el trabajo y la fuerza, que a su vez constituyen el cuerpo y la persona, mientras que la dieta misma supone premisas que relacionan la alimentación con un sistema metabólico, y que hacen de la tortilla carbohidratos. El conflicto en torno al ejercicio y la dieta devela el carácter homónimo de las nociones de cuerpo, enfermedad y alimentación en el contexto de Ixtepec. En este pueblo, la diabetes misma puede considerarse un equívoco, en tanto que el mismo término —diabetes— tiene referentes diferentes —la enfermedad a la que se refieren los médicos y la enfermedad a la que se refieren los totonacos.⁵⁰

Es aquí donde volvemos a la consideración —aunque ahora en forma de propuesta y ya no de hipótesis— que hemos traído con nosotros desde la construcción del problema: el de la posibilidad de que totonacos y médicos, al hablar de la diabetes en diferentes momentos y contextos, se estén refiriendo a entidades diferentes. La pregunta que se nos presenta ahora, y a partir de la discusión que nos ha guiado a través de este capítulo, es si esta *diferencia* conlleva una *pluralidad* de diabetes o no. En primera instancia, al hablar acerca de una pluralidad de diabetes, esta afirmación parecería conllevar la idea de *dos* diabetes diferentes que coexisten. Sin embargo, esta conclusión surge de matemáticas específicas y de un universo epistemológico euro-americano: el *perspectivalism*.⁵¹ Para poder acercarnos a una teoría nativa de la diabetes es necesario

una capa de complejidad a la tarea etnográfica que nos compete, pero por ahora basta citar las premisas diferentes que nos permite pensar la noción de “equívoco”, ya que estamos tratando el problema de cómo conceptualizar la pluralidad que estas premisas diferentes parecen sugerir.

⁵⁰ En este caso, el término “enfermedad” también es un homónimo.

⁵¹ Proveniente de las propuestas del Brunelleschi y más específicamente del sistema de perspectiva lineal propuesto por Leon Battista Alberti en 1435 (Law 2004:22), la traducción más directa de *perspectivalism* al español sería la de “perspectiva”. Sin embargo, esto se confunde en tanto que sugiere *una* perspectiva y no una manera de aprehender el mundo, una suerte de epistemología que sí sugiere el término *perspectivalism*. Asimismo, éste término se ha construido en oposición al perspectivismo surgido de la etnografía amerindia —oposición que el término “perspectiva” no logra transmitir. La literatura que se ciñe a discutir el *perspectivalism* habla de la epistemología euro-americana para evitar las problemáticas implícitas en hablar de “lo occidental”. Para una tesis que surge de un contexto mexicano, esto nos presenta diferentes dificultades, pues a pesar de formar parte del continente americano, la denotación de los autores se refiere principalmente al pensamiento europeo y norteamericano. ¿Podemos o queremos asumir que el

diluir nuestras preconcepciones cuando el campo lo pida, y sospechar de aquellos momentos en el que la etnografía coincide por completo con nuestros universos ontológico y epistemológico. Es por esto que ahora nos proponemos desempacar y analizar la matemática euro-americana.

John Law propone el término *perspectivalism* como antónimo al perspectivismo para hablar del modo por excelencia de conocer en el mundo euro-americano (2004). En palabras de Strathern, implica “la idea de que una perspectiva crea un punto de vista singular, y que si hay muchos de ellos —como los hay— entonces existen como una pluralidad” (2011:92). En este sentido, “ser *perspectivalist* expresa [*acts out*] un pluralismo euro-americano, basado ontológicamente en un mundo y muchos puntos de vista, mientras el perspectivismo implica una ontología de muchos mundos y una capacidad de tomar un punto de vista” (Strathern 2011:92). Este pluralismo, a su vez, surge de un tipo de matemáticas que, como describe Strathern, “buscan resolver el mundo en entidades discretas: una unidad que no parece mantener ligadas sus partes parece fragmentarse como consecuencia” (Strathern 2011:92).

Según Strathern, estas matemáticas forman parte del universo euro-americano en tanto que:

La imagen de la persona como individuo nos anima a considerar el número de un modo particular —que estamos lidiando con unos (entidades singulares), o con una multiplicidad de unos (entidades innumerables). Dos ya es una pluralidad. Estas matemáticas hogareñas nos compelen a ver totalidades hechas de partes individuales... (2004 [1991]:26).

Law plantea esta problemática de otro modo al declarar que “los *enactments* dominantes de la metafísica euro-americana hacen muy difícil el evitar la singularidad por un lado, y pluralismo por el otro. O hay un solo mundo, o hay muchos mundos diferentes. Esta parece ser la elección” (Law 2004:62). En el caso que nos concierne, hablar de diabetes diferentes inmediatamente evoca la imagen de *dos* diabetes, independientes aunque en relación, y anteriores a las relaciones que las constituyen.

Vemos, entonces, que la noción de pluralidad en un contexto euro-americano denota unidades singulares y discretas que suman una totalidad, de modo que constituye

pensamiento, las premisas ontológicas y las epistemologías del académico mexicano son las mismas que del euro-americano? Por ahora dejaremos de lado esta discusión, en tanto que aquí el texto se refiere específicamente a matemáticas que nos son familiares.

el opuesto de la multiplicidad descrita por Mol, en tanto que las aterosclerosis múltiples no son partes de un todo. El hecho, aparentemente contradictorio, de que dos matemáticas opuestas surjan de un mismo contexto cultural —pues la multiplicidad que identifica la autora surge de prácticas médicas inmersas en un contexto epistemológico *perspectivalist*— hace más evidente el proceso continuo de invención ante una constante relativización en el que nos vemos inmersos (véase Latour 2007 [1991] y Wagner 1981 [1975]). Mol, al llevar a cabo un ejercicio en dirección opuesta al de los actores de coordinar para crear lo singular, pone en evidencia las tensiones inherentes a tal proceso. Como dice Strathern, “la multiplicidad es la crítica a sí misma del *perspectivalism*” (2011:92).

Para comprender lo que sucede con la diabetes en el contexto intercultural del hospital IMSS Oportunidades en Ixtepec, será preciso, al igual que Mol, alejarnos de la posición epistemológica del *perspectivalism* (relacionándonos con ella, creando *en oposición*).⁵² Como mencionamos, es necesario hacer esto para poder acercarnos a una teoría nativa de la diabetes, evitando (dentro de lo posible) aplicar o considerar universales nuestras propias (pre)concepciones. Si el campo nos invita a volver a ellas más adelante, volveremos, pero por un camino distinto, como nos enseña Lévi-Strauss en sus Mitológicas acerca de las diferencias de recorrer un camino en sentido inverso. Sin embargo, en nuestra búsqueda por aproximarnos a la teoría etnográfica de la diabetes en Ixtepec no podemos seguir el mismo camino que siguió Mol para alejarse del *perspectivalism* (por lo menos no únicamente), pues la autora se enfoca en las prácticas como respuesta a un modo particular de articular la singularidad por parte de los sujetos en el hospital, mientras que nosotros nos encontramos frente a dos culturas diferentes en relación y a dos procesos de invención distintos de lo dado y lo construido (uno de los cuales nos es aún ajeno, siendo el propósito de esta investigación acercarnos a él).

Para comenzar, debemos alejarnos de las matemáticas *perspectivalist* como marco explicativo único para dar cuenta de la diabetes en Ixtepec, pues las características del campo en cuestión se resisten a ellas: las diabetes no son entidades discretas y

⁵² Esto no quiere decir que propondremos un perspectivismo para el contexto etnográfico en cuestión, sino que la antropología amerindia nos proporciona con un vocabulario y con nociones que nos pueden ayudar a hacer sentido del contexto etnográfico presente.

definidas y por lo tanto no son automáticamente paralelas ni comparables. Un acercamiento a las relaciones y a las fronteras entre cuerpos y realidades devela que la diabetes en Ixtepec está en constante negociación, que se está creando conocimiento sobre ésta constantemente, y que tanto en el hospital como en el pueblo, está constituida en parte como una co-invencción entre pacientes y médicos. En efecto, nos encontramos con momentos y puntos de vista desde los cuales las diabetes son radicalmente distintas, así como con momentos y puntos de vista desde los cuales son indistinguibles. Asimismo, su naturaleza de homónimo equívoco implica que los actores están “de acuerdo” en tanto que todos declaran referirse a lo mismo. Nos encontramos también con mecanismos de silenciamiento y co-existencia, que se analizarán con mayor detenimiento en los siguientes capítulos, los cuales hacen imposible la tarea de trazar fronteras o límites fijos y definitivos entre la realidad totonaca y la realidad médica.⁵³ Esto implica que también es imposible hablar de *dos* diabetes en sentido *perspectivalist*, como entidades absolutas y discretas, o de una diabetes fragmentada en partes de su todo.

Asimismo, las fronteras entre las diabetes se complejizan aún más si pensamos que éstas no sólo no pueden sumarse para obtener un todo, sino que al formar parte de diferentes invenciones de lo que está dado y de lo que está construido, también implican formas de alteridad distintas. Como declara Eduardo Viveiros de Castro, “el otro del Otro no necesariamente tiene que ser el mismo que el Otro del Mismo” (2004:6). Como consecuencia de esto, no podemos colocar en una misma dimensión ni comparar o traducir de manera simple o unívoca la realidad totonaca y la realidad médica. Citando al mismo antropólogo, “aquello que es comparable no implica traductibilidad inmediata” (2004:4). Para comprender las comparaciones y traducciones que llevan a cabo los actores del escenario de la diabetes, es necesario conocer a profundidad sus procesos de invención, de colectivización o de diferenciación puestos en relación.

También es necesario comprender los mecanismos de invención y relación totonaca para determinar qué relaciones o elementos están siendo traducidos y qué

⁵³ Como veremos más adelante, estos mecanismos de silenciamiento también son equívocos en tanto que implican una relación con los pacientes totonacos y una noción de alteridad específica que emerge en estas relaciones. Sin embargo, estos equívocos no devienen en conflictos, y no nos permiten ver o arribar a las premisas de ambos polos —únicamente las biomédicas en el hospital, y las totonacas en el pueblo— en tanto que tienen un efecto de silenciamiento y neutralización, que es sobre el cual queremos enfocarnos.

relaciones o elementos que pensaríamos como parte del sector médico ocupan un lugar en el sistema de relaciones totonacas. En otras palabras, es a partir de las teorías de alteridad puestas en juego en un contexto intercultural que podemos identificar si hay elementos externos, cuáles son, y qué relaciones potencializan. No podemos olvidar que la diabetes en Ixtepec surgió hace poco tiempo y que la creación de conocimiento de ambos grupos fue de cierto modo paralelo. En efecto, como hemos adelantado ya, en ciertos sentidos la diabetes es una co-invencción entre los pacientes totonacos y los médicos del hospital IMSS Oportunidades.

Es por estas razones que no podemos hablar de dos diabetes discretas, separadas, así como simplemente comparables y traducibles, y es en este sentido en el que debemos alejarnos de las matemáticas *perspectivalist*. Para ello propongo en el marco de esta tesis re-definir el término “plural” para hablar de algo que es más que uno, pero que no implica una fragmentación en partes de un todo, ni la existencia de entidades discretas *previas* a la relación que une la una con la otra. El re-definir un término no implica simplemente vaciar un continente de su contenido para verter otro dentro. De ser así, sería más fácil elegir otro término, o inclusive inventar uno. Si en esta tesis elijo conservar la palabra “plural”, es porque para el lector *perspectivalist* connota una diferencia profunda y radical entre elementos —connotación fundamental para el argumento de esta tesis. Sin embargo, conservar la palabra y transformarla a partir de mis datos de campo conlleva otra problemática, tan antigua como la disciplina misma: ¿cómo escribir antropología? ¿Cómo representar? A continuación elaboraremos más a profundidad este problema.

Hemos tomado tiempo para llegar a esta definición de lo plural y para develar las premisas en oposición a las cuales se construye, porque las posibilidades de escritura para dar cuenta de ello pueden ser engañosas. Es decir, ¿cómo hablar de dos diabetes que no implican una fragmentación, que no son partes de una totalidad y que no están separadas en entidades discretas sin avanzar esta explicación cada vez que decimos “dos” o que decimos “diabetes totonaca” o “diabetes médica”?⁵⁴ No basta con agregar una advertencia al inicio del texto, pues al escribir acerca de los equívocos entre

⁵⁴ Por razones de síntesis, a lo largo de esta tesis llamaremos diabetes médica a aquella que se relaciona principalmente con los médicos y enfermeras del IMSS y que es múltiple *sensu* Mol.

totonacos y médicos, así como de las diferentes diabetes, se produce para el lector *perspectivalist* la ilusión de entidades definidas y discretas (tanto de culturas como de diabetes). A su vez, esta ilusión conlleva la fuerza del argumento, pues como hemos dicho, implica una diferencia profunda y real, y una caracterización constante de lo plural le restaría fuerza retórica al hecho de que nos encontramos frente a *cuerpos y diabetes diferentes*.

Es importante hacer hincapié en este hecho, pues si no damos lugar a esta diferencia profunda, suscitada por la pluralidad, caemos automáticamente en una suerte de relativismo multicultural que identifica diferentes representaciones de un objeto biológico y que, casi automáticamente, subsume unas a otras. O, como alternativa, caemos en la falla de asumir que la multiplicidad *sensu* Mol de la práctica de la diabetes en el hospital *subsume* a la diabetes totonaca. Por el otro lado, si escribimos acerca de dos diabetes, dando lugar a la ilusión que produce —ilusión que, como hemos dicho, da lugar a una diferencia profunda y real— es la de restarle complejidad al contexto intercultural, a sus flujos, a las co-invencciones, a los sistemas de relaciones que lo constituyen.

La principal trampa de enfocar la pluralidad en este sentido, es la de caer en un dualismo ellos-nosotros ciertamente problemático, pues no podemos hablar del totonaco y del médico fuera de la relación de alteridad que los constituye como tales en el contexto del hospital y en cada momento, así como no podemos igualar la práctica hospitalaria con la ciencia, ni la ciencia con el naturalismo, ni los médicos del hospital IMSS Oportunidades con “lo occidental”. Asimismo, no podemos oponer el pensamiento totonaco al científico en términos abstractos, pues todo conocimiento está localizado y “puesto en práctica” (*enacted*), como veremos a lo largo de esta tesis.

Al pensar en la escritura nos encontramos frente a una cuestión de enfoques. Podemos enfocarnos en las relaciones, traducciones y comparaciones que suceden en los “límites” entre diabetes y que permiten la co-existencia o coordinación de las diabetes. Sin embargo, como establecimos en los párrafos anteriores, este enfoque le restaría fuerza al argumento cosmopolítico de que nos encontramos frente a diabetes, cuerpos y naturalezas diferentes —otro enfoque posible—. En otras palabras, en la producción de esta tesis nos encontramos frente a una bifurcación en el sentido propuesto por Strathern,

en tanto que a lo largo de la tesis podemos elegir enfocarnos en la dimensión plural de la diabetes para crear un proyecto cosmopolítico que de cuenta de la diferencia radical y profunda entre realidades, explicitando equívocos y subrayando las construcciones de las diferentes diabetes, o enfocarnos en los mecanismos mismos de encuentro, definición y traducción entre estas realidades que tienden a diluir. Elegir un camino no implica descartar el otro, pues “una distinción entre términos también los mantiene en relación” (Strathern 2011:90). Una bifurcación permite que un argumento tome camino en una dirección, revelando la otra dirección, haciéndola presente (ibídem:91). Sin embargo, como hemos visto, las consecuencias son muy diferentes.

La diabetes en Ixtepec: ¿múltiple y plural?

A lo largo de este apartado hemos adelantado que la diabetes, si enfocamos las prácticas y materialidades, es múltiple: sus “prácticas” (*enactments*) revelan objetos diferentes e incluso contradictorios, los cuales no llegan a ser *más que uno*, pues están inmersos en una serie de mecanismos y relaciones que los coordinan y que crean una diabetes singular en términos conceptuales. Hemos adelantado también, que en un contexto intercultural como el de Ixtepec, la no-adhesión, las no-coincidencias y los conflictos son resultado de equívocos que surgen entre diferentes invenciones de los campos de lo dado y lo construido. Como consecuencia, hemos explorado las posibilidades de pensar dos diferentes diabetes, concluyendo que en Ixtepec no nos encontramos frente a una pluralidad de diabetes en un sentido *perspectivalist*, sino a una “pluralidad” que no implica la fragmentación en partes de un todo y que no implica entidades absolutas ni discretas, pero que sí conlleva una diferencia profunda entre realidades. Por último, hemos delineado algunas de las problemáticas implícitas en tratar de escribir acerca de esta “pluralidad”, así como las consecuencias teóricas y políticas de elegir un enfoque y una escritura.

En un inicio, la exploración de estas diferentes matemáticas tenía como propósito develar los diferentes orígenes de los conflictos que nos permitieron construir la pregunta de investigación. Eventualmente, esta exploración nos llevó a la comprensión de que no podemos hablar de la relación entre la diabetes biológica —determinada— y la diabetes totonaca —por determinar—, pues al seguir las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes

en el hospital, determinados principalmente por los médicos, nos encontramos frente a un objeto múltiple *sensu* Mol, así como frente a una invención de singularidad por parte de los médicos basada en una ontología naturalista. Esto implica que lo que se pone en relación no es únicamente “la diabetes biológica” como entidad definida y/o conceptual, sino la multiplicidad del objeto “puesto en práctica” (*enacted*) por actores médicos y totonacos. A su vez, y relacionado con esto, esta exploración nos permitió vislumbrar dos campos o dimensiones que constituyen a la diabetes en Ixtepec: una múltiple, que surge desde una perspectiva antropológica que busca desempacar el campo naturalista de lo “dado”, y una plural, que surge de una perspectiva que se enfoca en los equívocos interculturales.

Pero entonces, ¿podemos decir que la diabetes en Ixtepec, como fenómeno en este caso, es múltiple —en términos de las prácticas médicas— y plural —en términos del encuentro entre culturas? Y en términos teórico-metodológicos: ¿Cómo pensar y abordar esto que, en una localidad, parece que es plural pero no fragmentado⁵⁵ y a la vez múltiple? Pero incluso antes de preguntarnos eso, debemos cuestionar la validez o la factibilidad lógica de comparar estas dos matemáticas en tanto que surgen de proyectos etnográficos opuestos y que, por lo tanto, implican metodologías muy distintas.

En el siguiente apartado exploraremos estas cuestiones teórico-metodológicas, argumentando que la multiplicidad de la diabetes y la “pluralidad” de diabetes no son partes de un fenómeno que las engloba, sino que son dimensiones de éste que surgen a partir de metodologías y puntos de vista específicos y que no se pueden reducir el uno al otro. Asimismo, advertiremos cómo estas matemáticas no describen a la diabetes, sino que son herramientas conceptuales que nos permiten acercarnos a la etnografía. Esto nos guiará, como adelantamos ya, a una discusión acerca de cómo relacionarse con la literatura antropológica, de cómo comparar y de cómo conectarse parcialmente (Strathern

⁵⁵ Una posibilidad para pensar esto es la imagen fractal, nacida de las matemáticas y empleada en la antropología melanesista: “In short, distinctions can keep terms from dissipating. When we see them doing so, what is fractal in propagation appears binary in form” (Strathern 2011:90).

2004 [1991]). Por último, avanzaremos la imagen del *cyborg* para comenzar a delinear el caso de la diabetes en Ixtepec.

2.3 Comparando realidades: la diabetes múltiple y plural

Is this a proper way of working, to take the images that Strathern brought back from Melanesia (or made in England out of what she had brought back) and “find” them diffracted in the hospital around the corner? Is doing so a wise way to analyze, relate, combine; or is it a way to refuse or escape?
(Mol 2011: 115)

El estudio de Annemarie Mol sobre la aterosclerosis y el cuerpo múltiple nace, como hemos visto, de un proyecto que busca desempacar el campo euro-americano de lo “dado”, así como su epistemología. Nos ha brindado herramientas conceptuales y metodológicas para comprender que la diabetes es “practicada” (*enacted*) constantemente, y de maneras muy diversas. Esto resulta particularmente importante en un contexto intercultural como el que encontramos en el hospital IMSS Oportunidades en Ixtepec, pues nos permite ver que lo que se pone en relación en torno a la diabetes no son conceptos únicamente, sino una multiplicidad de prácticas, así como de mecanismos de coordinación. Por el otro lado, los trabajos de autores que han buscado, de uno u otro modo, crear o traducir teorías nativas así como Roy Wagner, Marilyn Strathern y Eduardo Viveiros de Castro, nos han permitido dar cuenta de una diferencia radical entre los mundos totonaco y biomédico/mestizo en relación a la diabetes, evidenciada por una serie de equívocos que analizaremos en los siguientes capítulos. Fue gracias a estos dos

abordajes que pudimos identificar la multiplicidad de “prácticas” (*enactments*) de la diabetes en Ixtepec, no-coherentes a veces, así como la “pluralidad” de diabetes que surge de un contexto intercultural. Sin embargo, debemos preguntarnos si una consecuencia lógica de tales identificaciones sería que la diabetes en Ixtepec es múltiple y a la vez plural, y si es válido en ese sentido comparar e igualar el trabajo de Mol con el trabajo de Eduardo Viveiros de Castro, que emergen de proyectos diferentes.

La propuesta metodológica de Mol surge de una búsqueda por desempacar nuestra naturaleza, nuestro campo de lo dado, y mostrar su relativización. Emerge de un contexto de la filosofía de la ciencia que ha buscado en las últimas décadas mostrar que lo que la biología asume como una realidad fija, externa e independiente, en la práctica no lo es. Como declara Law, “estamos bien adentrados en este viaje de erosión —de erosión de lo obviado de las metafísicas euro-americanas y sus versiones de lo aquí-adentro y lo allá-afuera” (2004:65). Por el otro lado, Strathern, Viveiros de Castro y en general los antropólogos que se han alejado del binomio naturaleza/cultura como paradigma universal para acercarse a teorías otras de la realidad, buscan “llevar a serio” las invenciones de los otros, empacando, en lugar de desempacando, sus campos de lo dado.

Vemos, pues, que dependiendo del objeto de estudio, los unos buscan traducir y co-inventar teorías nativas mientras que los otros buscan cuestionar la teoría misma: “La biología no es fija excepto en teoría” (Law 2004:66). Estos abordajes han estado inmersos en una relación dialéctica desde los inicios de la disciplina antropológica. El viaje que pone en evidencia lo obviado por las sociedades “occidentales” y su pensamiento hegemónico es necesario para poder acercarse a otra cultura, en tanto que la antropología ha comprendido la necesidad profunda de ser auto-reflexiva para poder identificar sus construcciones de la realidad, y poder, a su vez, evitar imponerlas a otras realidades.⁵⁶ Asimismo, el encuentro con otras culturas ha permitido al antropólogo ser auto-reflexivo. Como declara Wagner: “En el acto de inventar otra cultura, el antropólogo inventa la propia, y de hecho reinventa la noción misma de cultura” (1981 [1975]:4).

La pregunta que nos compete a nosotros es la siguiente: ¿qué pasa en el caso del campo intercultural, en el que resulta imposible separar un objeto para el estudio del cual

⁵⁶ Nunca salimos de nuestra cultura, pero al hacerla evidente, dentro de lo posible, los resultados son otros.

hay una serie de herramientas idóneas —de cuestionamiento y erosión— de otro objeto para el cual existe otra serie de herramientas y propuestas metodológicas, basadas en la producción y el no-cuestionamiento de otros cosmos? ¿Qué tipo de conocimiento y realidad crea cada abordaje metodológico, y son comparables? En su libro acerca de la metodología en antropología, Law declara que los “métodos, sus reglas, y aún más las prácticas de los métodos, no sólo describen sino que ayudan a *producir* la realidad que entienden” (2004:5). ¿Las realidades producidas se encuentran en el mismo nivel? ¿son partes de un todo? ¿qué reflejan?

En términos más específicos debemos preguntarnos si la realidad que produce un abordaje que busca desempacar/deconstruir lo dado —por ejemplo, el proyecto de Latour y Woolgar de problematizar la ciencia hasta concluir que los hechos naturales se construyen en las prácticas y que no existen independientemente o con anterioridad a éstas (Woolgar & Latour 1986)— se puede *sumar* a la realidad que devela un estudio que busca evidenciar otras realidades y brindarles poder, acercándose en cierta medida a lo que está dado —por ejemplo, el cuerpo entre los wari’ (Vilaça 2005) o la diabetes entre los totonacos de Ixtepec. Es decir, ¿podemos declarar que la diabetes en Ixtepec es múltiple porque dudamos de la visión médica que exponen los trabajadores del IMSS y que nos dice que es una enfermedad única, a la vez que decimos que es plural porque hay una diabetes totonaca distinta a la médica la cual tomamos en serio por razones éticas, políticas y teóricas?

En términos teóricos, este problema es uno de niveles o escalas y se ve reflejado de manera clara en el uso por parte de los antropólogos citados aquí de la palabra ontología. Como mencionamos ya, Mol declara alejarse de la representación de los objetos (de la epistemología), para acercarse a los objetos mismos y a su ontología-en-práctica. En su etnografía, lo que es la aterosclerosis se transforma en varios contextos. Sin embargo, no podemos hablar entonces de la ontología naturalista sobre la cual se basan los mecanismos que crean la singularidad de la enfermedad pues caeríamos en un problema de niveles ilógico: tendríamos un nivel ontológico de los objetos *dentro* de una ontología englobante, es decir, más de un solo nivel ontológico. Surgiría entonces una pregunta que no nos lleva a ningún lado: ¿cuál es más real, la realidad del objeto “practicado” (*enacted*) de manera múltiple o la del objeto conceptualizado como singular

y biológico? Aunque sean partes del mismo proceso, si llamamos ontologías a ambas hablamos de englobar o de sumar, y deja de funcionar en términos teóricos y lógicos.

Es por esto que Mol (2002), y su co-autor John Law (2004) hablan de *metafísica* euro-americana para referirse a lo que Descola y Viveiros de Castro entre otros llaman *ontología* naturalista. Este movimiento Strathern lo recorre de manera inversa: habla de las ontologías naturalista y multinaturalista, de modo que al citar a Mol y a la multiplicidad que expone, no habla de ontología-en-práctica, sino de “formas de conocimiento y actuación” (Strathern 2011:16). Al resumir el trabajo de Mol declara que “La multiplicidad de objetos en este mundo es...un efecto de contextos de conocimiento en constante movimiento” (Strathern 2011:17). Vemos que es necesario problematizar la comparación de las realidades producidas por metodologías y proyectos diferentes: algo tiene que moverse.

En el caso de nuestro trabajo, esta examinación más detallada de las teorías, metodologías y de los proyectos de los que surgen, devela que la diabetes en Ixtepec no es múltiple y plural, sino que diferentes puntos de vista y abordajes revelan diferentes dimensiones que no pueden ser reducidas la una a la otra y que no se pueden comparar de manera simétrica como si estuvieran en un mismo nivel. Es decir que, como respuesta a las preguntas de los párrafos anteriores podemos declarar que las realidades producidas por los diferentes abordajes no se pueden sumar, pues no son partes de una realidad que reunidas nos brinden una visión total de ésta: no podemos pensarlas desde una matemática *perspectivalist*. Sin embargo, estas teorías y metodologías sí nos han brindado herramientas conceptuales y metodológicas para abordar nuestra búsqueda de la teoría totonaca de la diabetes.

En un inicio, el pensar ambos abordajes y ambas matemáticas nos ayudó a diferenciar entre los diferentes procesos que yacen detrás de las no-coherencias y los conflictos. Ahora resulta evidente que nos brindan herramientas para abordar la etnografía de la diabetes en Ixtepec. Por un lado, las metodologías creadas para acercarse o co-inventar teorías etnográficas, así como el conocimiento que han producido, nos han permitido considerar la posibilidad de naturalezas múltiples y de que la diabetes totonaca no sea la misma que la biomédica —aunque no sean entes discretos y separados, y aunque la parte más difícil aún nos aguarda: saber qué es totonaco y qué

mestizo-médico, en qué momento. Los abordajes que nos han permitido dar cuenta de esto nos han brindado herramientas metodológicas como la de la bifurcación (Strathern 2011) y la equivocación controlada (Viveiros de Castro 2004).

Por el otro lado, el trabajo de Mol de desempacar el proyecto de colectivización médico nos abre las puertas para analizar la diabetes sin caer en la trampa de oponer una diabetes biológica a una diabetes totonaca, ignorando las prácticas en las cuales se devela múltiple y, principalmente, con las cuales se relacionan médicos y totonacos. Es decir que los pacientes, dependiendo del contexto, se relacionan con el discurso sobre la diabetes *y/o* con sus prácticas. En otras palabras, las aportaciones de Mol nos dan herramientas para problematizar la diabetes biológica, y a su vez nos permite dar lugar a las construcciones locales de esta diabetes, dando lugar a la especificidad, pues un cuerpo biológico “puesto en práctica” (*enacted*) no es el mismo que otro, y una manera de traducir no es la misma que otra.

Es en este sentido que este capítulo se perfiló como un marco teórico-metodológico y es por estas razones que hemos explorado de manera tan detenida lo múltiple y lo plural: no para definir la diabetes en Ixtepec como algo que es ambos o que incluye ambas matemáticas, sino para hacer evidente la manera en que nos acercaremos a ella y a las relaciones que la atraviesan o que dispara. Para un estudio de la diabetes en Ixtepec debemos considerar tanto la traducción de prácticas en una enfermedad biológica y en cuerpos biológicos, así como las prácticas mismas. A su vez, los equívocos que emerjan de las dos invenciones de lo dado y lo construido nos darán la pauta para acercarnos a la teoría totonaca de la diabetes, pues no podemos asumir que un enfoque en la práctica desempacará o develará lo relativo de los procesos de colectivización de los totonacos, ya que la metodología de Mol surge ante un proyecto de naturaleza-cultura euro-americano específico.

Es por esto que *en el análisis de las prácticas* no utilizaremos el término “ontología”, pues aunque puedan ser contradictorias entre sí a la vez que forman parte de algo singular a partir de los mecanismos de coordinación por parte de los actores, no buscamos cuestionar si la diabetes es biológica o no (por lo menos este no es nuestro objetivo principal). De modo que hablaremos, de manera similar a lo que hace Strathern, de “prácticas” (*enactments*) producidas por médicos y pacientes, mientras que

utilizaremos el término ontología para referirnos a las premisas naturalistas, multinaturalistas, animistas o analogistas *sensu* Descola, es decir, no al nivel de cada objeto en cada contexto. Esta decisión se toma en base de que no buscamos llegar a una definición de la diabetes en términos taxonómicos, sino que buscamos ver qué relaciones potencializa, de qué manera, y qué traducciones se llevan a cabo en relación a la esta enfermedad. Es decir, a las consecuencias del encuentro entre mundos.

El ideal, eventualmente (en la vida de esta investigación, que pretende sobrepasar los límites de esta tesis) será conocer las formas de alteridad de los totonacos en Ixtepec para dejar de lado las discusiones teórico-metodológicas que son necesarias en este primer nivel, pues la pregunta acerca de cómo relacionar la diabetes múltiple con la “pluralidad” de la diabetes surge de un cuestionamiento acerca de las relaciones de alteridad entre médicos y totonacos. La apuesta, entonces, sería liberarnos de teorizaciones que provienen de los problemas de pensar fuera del marco de las matemáticas *perspectivalist*, y comenzar a idear una descripción de este campo de relaciones interculturales a partir de formas creativas totonacas, pues este es nuestro propósito. En palabras de Crook y Shaffner al referirse a la teoría etnográfica:

Pero el incentivo para el lector dispuesto es que estas formas de exégesis melanesias —o mesoamericanas— quizá atrapen o saquen de balance las convenciones del pensamiento académico lo suficiente para ofrecer un vistazo futuro de la creatividad humana y de una ciencia antropológica suficiente para empatarla (2011:162).

2.4 De conexiones parciales y cyborgs: ¿Cómo relacionarse con la literatura antropológica?

In talking about persons through concepts, it is worth asking what is entailed in relativizing one scholar's work through that of another.

(Strathern 2011:1 Abstract)

En el apartado anterior nos preguntamos acerca de las posibilidades de comparar las realidades producidas por abordajes diferentes al campo para poder esclarecer las

consecuencias de nuestra exploración de lo múltiple y lo plural. Sin embargo, esto también tiene implicaciones teóricas y metodológicas más amplias, en tanto que las metodologías y teorías que surgen de y para un contexto específico no se pueden “aplicar” a otro, pues ya no tenemos *una* realidad externa sobre la cual proyectar diferentes teorías. La pregunta que se nos presenta entonces es ¿cómo podemos relacionarnos con una literatura antropológica que busca dar cuenta de otras invenciones de lo dado y lo construido, de otros cuerpos, de otros procesos y de otras definiciones de la relación social? En breve, con literatura antropológica que es ya teoría etnográfica.⁵⁷

¿Cómo utilizamos las teorías etnográficas cuando estamos acostumbrados a comparar sobre una base común —costumbre que es producto de nuestra manera de concebir lo dado (la naturaleza) y lo construido (las culturas que la representan)? En este tipo de proyectos no podemos hablar, por ejemplo, de dos maneras de representar la diabetes, comparables en tanto que se están refiriendo a una entidad natural. Tampoco podemos *aplicar* teorías en un sentido tradicional, pues más allá de que las teorías siempre se modifican al aplicarlas a una realidad concreta, la teoría etnográfica toma la forma de la creatividad nativa, lo cual complejiza la relación. Es decir, la teoría etnográfica busca realizar un movimiento de botella de Klein en el que el fondo se transforma en forma, en que el contenido se convierte en continente, en que el parentesco se convierte en una forma de conocer y en una metodología para la antropología (Crook & Shaffner 2011). Cada etnografía constituye un experimento metodológico que insiste “que la teoría está hecha de materiales que uno encuentra en el mismo lugar en el que encuentra los datos” (Crook & Shaffner 2011:160). No es lógico, ni factible, en este sentido, *aplicar* las teorías que nacen de estas etnografías a otros contextos etnográficos, pues son *lo contrario a una abstracción*. Esto no implica que no sean útiles para pensar otros campos, simplemente que no constituyen un modelo o molde con el cual se puede dar cuenta de

⁵⁷ Esta problematización no sólo se refiere a la relación con la teoría etnográfica, sino con cualquier teoría (científica u occidental inclusive), en tanto que no podemos “aplicarla”. El problema no es uno de la relación entre teoría y etnografía, sino la relación entre diferentes teorías etnográficas.

“la realidad” en diferentes contextos y lugares, como propondría la aplicación de ciertas teorías macro.

Es por esto que no podemos tener un marco teórico-metodológico en un sentido tradicional. Pero entonces ¿cómo relacionarnos con la literatura? Resulta claro a lo largo de estos dos capítulos que todas mis premisas y mis abordajes están relacionados con estas lecturas y etnografías. Por ejemplo, en el apartado anterior aceptamos la realidad de los estudios de Mol y Viveiros de Castro, pero tuvimos que elegir partes y cambiar otras a partir del caso en Ixtepec que buscamos comprender, para obtener y alinear herramientas que nos permitan acercarnos a una teoría nativa (la apuesta es que abandonemos muchas de estas herramientas al ir conociendo las totonacas, como hemos hecho ya varias veces desde el inicio de la tesis) y que permitan a los lectores abordar la etnografía de los siguientes capítulos.

Uno de los pasos que es necesario dar, como vimos en el apartado anterior, es alejarse de las matemáticas *perspectivalist* para dar cuenta del conocimiento producido por los diferentes abordajes antropológicos. La diabetes no es un fenómeno conformado por una parte múltiple y una plural. Lo mismo sucede en relación a la literatura. Marilyn Strathern trata este tema y nos propone una imagen a modo de solución de este problema: las conexiones parciales. Con esta imagen, explica Mol, “Strathern intenta desarrollar lo que podría significar el no ver ni unidad ni pluralidad de manera no-ambigua” (Mol 2002:78). Quiere, continua Mol, “que nos alejemos de *escalas* tradicionales en las que lo local es parte de algo más grande, una globalidad abarcadora. ¿Pero cómo alejarse de la idea de que hay paquetes culturales, coherentes adentro y diferentes de lo que está en otros lados?” (ibídem).

Estas conexiones parciales “requieren imágenes distintas de aquellas taxonomías o configuraciones que nos compelen a buscar principios englobantes o características centrales o base” (Strathern 2004 [1991]:xx). Mol explica estas conexiones de otro modo, llamándolas relaciones de inclusión. El argumento, como explica Law, es que “‘esto’ (sea lo que sea ‘esto’) está incluido en ‘eso’, pero ‘esto’ no puede ser reducido a ‘eso’” (Law 2004:63). El término “alude a lo que, no en sí mismo sino a través del acto de comparación, aparece ser tanto similar como diferente. No como una tela única y grande cortada en pedazos pequeños No una unidad funcional o una oposición antagónica”

(Mol 2002:82). Comenzamos a ver cómo esta imagen nos ayuda a pensar tanto la “pluralidad” de la diabetes en Ixtepec, como las conexiones entre teorías etnográficas que podemos hacer.

Las conexiones parciales también responden a la cuestión de la objetividad, que necesariamente se problematiza al dejar de lado el suelo común en el que basamos normalmente nuestras comparaciones (lo dado), así como la manera de abstraer sobre la cual basamos nuestras teorías. Si cada teoría conlleva otra realidad, ¿cómo ser objetivos? Haraway, citada por Strathern, argumenta que la objetividad se trata de *embodiments* particulares y específicos y no de trascendencia (Haraway en Strathern 2004 [1991]:32). “Desde este punto de vista, el conocimiento racional no pretendería distancia; parcialidad es la posición de ser escuchado y de hacer afirmaciones, la vista desde un cuerpo en lugar de la vista desde arriba. [Como consecuencia], todas las posibilidades visuales son altamente específicas —solo la perspectiva parcial, declara ella [Haraway], promete visión objetiva” (ibídem).

Este marco teórico-metodológico es, entonces en sí, una serie de conexiones parciales con las realidades, metodologías y teorías etnográficas que he citado hasta ahora, y que me permitirán pensar a través de ellas la realidad totonaca (a partir de lo cual ellas se transformarán).

El cyborg

Hemos dicho que no definiremos el campo de la diabetes en Ixtepec como algo múltiple y plural, pues imaginarlo así es engañoso (hemos explorado que esto se debe a que surgen de proyectos diferentes y metodologías diferentes, de empacar y desempacar, develando dimensiones diferentes que no son paralelas en un sentido de adición). Hemos propuesto, en su lugar, conectarlo, de manera parcial y objetiva. Pero permanece la interrogante: ¿cómo imaginarlo? ¿Qué imagen podemos invocar para describir un fenómeno multidimensional que relaciona lógicas y formas de invención de lo dado y lo construido que no son “compatibles” o que son no-coherentes? ¿Cómo describir un campo en el que tanto las prácticas como las invenciones de dos culturas se encuentran y se conectan de formas múltiples y diferentes entre sí como parte de una búsqueda por la teoría nativa?

En este apartado invoco la noción de conexiones parciales y la imagen del *cyborg* para brindar una imagen de la diabetes, plástica e imaginaria, pero necesaria a la vez, pues no puedo dejar de lado esta cuestión tras hablar de multiplicidad y pluralidad, y de dimensiones que cuestionan nuestros conceptos: ¿Cómo representar la distinción que hago entre equívocos —que dan cuenta de la diferencia (pluralidad) y establecen las premisas que los crean—, las “prácticas” (*enactments*) (la multiplicidad) de la diabetes —definidos en gran medida por una relación específica entre pacientes totonacos y los médicos—, las co-invenções —productos que emergen a lo largo de la tesis de estas mismas relaciones, así como de mi relación como antropóloga con éstas— y por último, las conexiones parciales, que conectan estas dimensiones?

En una etnografía acerca de la matemática en un pueblo africano, Verran argumenta que en “prácticas no-coherentes, hay lugar para diferentes naturalezas” (Mol 2011:1).

“Estas “naturalezas” no están atadas a un punto de vista único (como el del amazónico presa/predador), ni son expresiones de varios puntos de vista (como los euro-americanos tienden a imaginarlas); estas naturalezas no son *vistas*. Y tampoco pueden ser comparadas con referencia a un cero fijado y compartido, porque no están situadas en un solo conjunto de coordenadas X/Y. Co-existen de manera no-coherente. La matemática es no-euclidiana” (Mol 2011:114).

Verran sugiere que diferentes modos de relacionarse no necesitan un aparato conceptual compartido para ser combinados (ídem:1).⁵⁸

Donna Haraway, autora en la cual se inspira Strathern en su propuesta de las conexiones parciales, trata un tema similar al declarar que la “ironía trata sobre contradicciones que no se resuelven en todos más grandes [*contradictions that do not resolve into larger wholes*], ni de manera dialéctica, sobre la tensión de mantener cosas incompatibles juntas porque ambas o todas son necesarias y verdaderas (Haraway 1991:149). Y es de esta misma autora que proviene la imagen que movilizaremos para imaginar el caso de la diabetes en Ixtepec (y esta tesis): el *cyborg*.

“Un *cyborg* no es cuerpo ni máquina en el sentido de que los principios sobre los cuales funcionan sus diferentes partes no forman un solo sistema. Sus partes no son

⁵⁸ Helen Verran, *Science and an African Logic* (Chicago: University of Chicago Press 2001).

proporcionales a, ni desproporcionales unas de las otras...” “No se trata de dos perspectivas. Porque la entidad que tiene la experiencia no es dos personas diferentes ni una persona dividida en dos” (Strathern 2004 [1991]:35-36). Haraway avanza la imagen del *cyborg* como una propuesta política, que refleja de cierto modo la esperanza de este proyecto: “Mi esperanza es que *cyborgs* relacionen diferencia a través de conexión parcial en lugar de oposición antagonista, regulación funcional, o función mística” (Haraway 1985:99). La pregunta para ella y para esta tesis es “qué tipo de conexión puede uno concebir entre entidades que son hechas y reproducidas de maneras diferentes —tienen diferentes orígenes en ese sentido— pero que trabajan juntas” (Strathern 2004 [1991]:37). Strathern extiende al imagen a lo social, haciendo eco de la propuesto de Viveiros de Castro sobre el perspectivismo y la teoría de alteridad que implica:

“Si los motivos de sus escritos son el de crear redes de comunicación entre personas que no quieren estar unidas por un llamado a una unidad u origen comunes, sino que están conectados en tanto diferentes, presencias exteriores unas a otras, ella nos ofrece una entrada imaginativa a cómo podremos concebir la conducta de relaciones sociales” (Strathern 2004 [1991]:38).

En el caso de la diabetes en Ixtepec, Puebla, nos encontramos frente a un objeto constituido como homónimo, que relaciona mundos a partir de equívocos, y que es diferente y similar a la vez. La imagen del *cyborg*, conformado de relaciones y conexiones parciales entre elementos de naturalezas distintas, puede darnos la pauta para pensar de manera compleja este caso. La manera en que construimos el índice de esta tesis busca dar lugar a estas conexiones parciales y a estos tipos de relación; a la dimensión plural en relación con la dimensión múltiple.⁵⁹

Mientras el contenido de la Tercera Parte está dedicado a explorar la multiplicidad de “prácticas” (*enactments*), la pluralidad y los equívocos están reflejados tanto en el contenido de la Fuga, como en la forma. La oposición asimétrica de la Segunda y la Tercera Parte en el índice busca representar la diferencia radical implícita en los

⁵⁹ Pudiera parecerle curioso al lector que nos ha acompañado hasta este momento (por lo cual estamos agradecidos) que se explique el índice de la tesis tan adentrados en la misma. Sin embargo, es resultado de un proyecto que busca hacer visible su proceso de creación y construcción: la pregunta de investigación llevó a una serie de análisis que a su vez resultó en la ideación de una imagen representada en el índice.

equivocos en relación al cuerpo y a la diabetes entre pacientes totonacos y médicos del IMSS.⁶⁰ Es importante, por lo tanto, que no sean dos partes simétricas, ya que la asimetría es la que permite el equívoco y la transformación —lección que aprendimos en la Historia de Lince de Lévi-Strauss (1992). Asimismo, los títulos de los capítulos y subcapítulos no deben (o pueden) reflejar equivalencias o sinónimos, pues no son “proporcionales” o “desproporcionales” entre sí, no son dimensiones que puedan reducirse una a la otra —están conectadas parcialmente.⁶¹ No encontramos, por ejemplo, secciones paralelas dedicadas a los conceptos de cuerpo y enfermedad médicos y totonacos. Como veremos, son los equívocos los que nos permiten arribar a las premisas diferentes, y las maneras en que unos son diferentes de los otros, son ellas mismas diferentes. El propósito de todo esto, de la búsqueda por las relaciones que constituyen y las traducciones que se crean a partir de la esta enfermedad entre los totonacos de Ixtepec, no tiene como finalidad única la producción de una teoría nativa, sino que esta teoría nativa ayude eventualmente a construir herramientas, como sugiere Berg, “que ayud[e]n a mejorar la práctica sin obviar la complejidad de manera fantasiosa” (Berg en Mol 2002:166).

⁶⁰ Cabe aclarar que si el índice separa de manera tajante el ámbito del pueblo y el ámbito del hospital, esto no es para sugerir que la diabetes no surja como una co-invencción entre médicos y pacientes en ambos sitios. La división se debe en parte a la postura política de esta tesis de dar lugar a la diferencia radical, y en parte a un deseo por expresar la sensación que me otorgó el campo, caracterizada por una fuerte escisión entre el mundo del hospital y el mundo en el pueblo.

⁶¹ Las conexiones parciales pueden en ciertos contextos pensarse como equívocos potenciales, quizá. Su existencia como tal tendrá que ser actualizada por el lector, pues éste inevitablemente comparará y trazará sus propias analogías.

PARTE II

LA DIABETES EN EL HOSPITAL: DE TRADUCCIONES Y SILENCIAMIENTOS

Introducción: (per)siguiendo el problema etnográfico

En la primera parte de esta tesis construimos un problema etnográfico que se preguntaba por la falta de adhesión al tratamiento que caracteriza el mundo de la diabetes en Ixtepec, Puebla. Este problema nos llevó a proponer la idea de diferentes dimensiones de la diabetes que emergen de diferentes proyectos etnográficos: una múltiple y una plural. La primera resulta de un enfoque en las “prácticas” (*enactments*) de las diabetes, que tome en cuenta las prácticas y los objetos que la actúan en cada momento. La segunda se refiere a los equívocos que surgen del contacto entre dos culturas, dos maneras de inventar los campos de lo dado y lo construido, en términos de Wagner. Estas dimensiones no son dos lados de una moneda y no son partes que podemos sumar para dar una visión global de la diabetes, y sin embargo están conectadas parcialmente. Es decir que no conforman escalas tradicionales en tanto que una no engloba a la otra, sino que se incluyen mutuamente pero no pueden ser reducidas la una a la otra (véase Strathern 2004 [1991], Mol 2002:78 y Law 2004). Los equívocos surgen entre las “prácticas” (*enactments*) de las diabetes y los mecanismos que las coordinan y traducen por un lado, y la enfermedad, el cuerpo y la persona en un mundo totonaco, por el otro, de modo que es necesario develar la multiplicidad de la diabetes en Ixtepec para comprender la pluralidad.⁶²

⁶² No emergen entre una enfermedad biológica explicada por los médicos, y las interpretaciones y representaciones que los pacientes totonacos hacen de ella, como si fuera un referente fijo, “natural” y singular, a partir de la cual únicamente las visiones y posiciones se multiplican, pero no los objetos ni las relaciones.

Habiendo planteado una pregunta etnográfica, el siguiente paso no es contestarla —la realidad no es algo que descubrimos y presentamos en forma de resultados idénticamente reproducibles— sino seguirla, seguir el camino que traza. En este capítulo pondremos atención sobre una cuestión del planteamiento del problema que pudiera parecer problemático (y que constituye de cierto modo una transformación del problema original): si estamos hablando de diferencias profundas entre cuerpos y enfermedades, ¿cómo es que esto no explota en el ámbito médico? ¿Por qué, a pesar de la no-adhesión al tratamiento casi generalizada, no se ha observado claramente que las nociones de cuerpo y personas entre los pacientes totonacos es radicalmente distinta a aquellas del médico? ¿Por qué sigue funcionando, aunque plagado de conflictos y tensiones? Esta duda es especialmente pertinente si consideramos que estamos en una situación límite (por lo menos desde una concepción biomédica) que en teoría debería poner en evidencia estas diferencias de inmediato: el tratamiento de las enfermedades que padecen esos cuerpos.

Esta tesis sugiere que la respuesta yace justamente en las relaciones entre las diabetes múltiples observadas en la práctica y las (dos) diferentes diabetes que surgen como co-invenções entre dos culturas diferentes (y un antropólogo), así como en las naturalezas o constituciones mismas de los objetos que surgen de estas co-invenções. Estas relaciones, sin embargo, no son las mismas desde un lado del equívoco que del otro. Si focalizamos la diabetes creada, traducida y “practicada” (*enacted*) de maneras múltiples en el hospital, como hacemos en este capítulo, se revelan mecanismos que coordinan esta multiplicidad, traducciones que producen al cuerpo biológico y mecanismos de silenciamiento que ocultan o neutralizan la diferencia profunda a la que busca dar lugar esta tesis. Estos mecanismos, tanto de coordinación como de silenciamiento, están atravesados por nociones específicas de cuerpo y persona, así como por una relación con la alteridad basada en una noción particular de cultura. Si focalizamos la diabetes (sus traducciones y relaciones) en el pueblo de Ixtepec, se revela otra forma de relacionarse con la alteridad y una noción de transformación que *incluyen* al hospital, a los médicos, y a todo lo que ocurre en el hospital (silenciando de otro modo la diferencia). En resumen, en las distintas maneras de construir, practicar y pensar la diabetes encontramos mecanismos que evitan que las diferentes diabetes se fragmenten,

que el IMSS declare impracticable su proyecto de tratamiento o que los totonacos rechacen por completo las indicaciones médicas. Veremos, pues, que los conflictos no son absolutos, pero fungen como punto de entrada para pensar la diferencia.

El objetivo de esta segunda parte de la tesis, que se enfoca en la diabetes en el hospital, es doble. Por un lado buscamos dibujar una de las dimensiones del mundo de la diabetes en Ixtepec: exponer las principales “prácticas” (*enactments*) de la diabetes (su multiplicidad), las formas de conocer esta enfermedad, poniendo énfasis en los cuerpos que llevan a cabo estas “prácticas” y que a la vez son “puestos en práctica” (*enacted*) a través de éstas, así como explorar los diferentes mecanismos que operan para coordinar la multiplicidad de estos *enactments*. Para ello profundizaremos más en la propuesta etnográfica de Annemarie Mol. Por otro lado, buscamos mostrar cómo ciertas “prácticas” (*enactments*) de la diabetes y de los cuerpos que operan a través de estos, así como ciertas traducciones y mecanismos de coordinación, constituyen formas de silenciamiento que neutralizan la diferencia profunda entre las distintas maneras de construir lo dado y lo construido, que producen al “cuerpo” totonaco y al “cuerpo” biológico, así como a las diabetes, como homónimos.

Puente teórico-metodológico o Nota sobre los mecanismos de silenciamiento

El enfoque sobre los mecanismos de silenciamiento que mantienen la naturaleza de homonimia de la “diabetes” (y en el hospital, del “cuerpo”) en Ixtepec, surge como una suerte de contra-invencción al problema de investigación, el cual se enfocó en los conflictos que emergen entre los límites de diferentes culturas (cuerpos, enfermedades). Estos mecanismos son, en efecto, equívocos, en tanto que no son más que maneras de relacionarse entre médicos y pacientes totonacos, y “la equivocación no es aquello que impide la relación, sino eso que la funda e impulsa: una diferencia de/en la perspectiva” (Viveiros de Castro 2004:10). La base de la relación entre culturas —de comparaciones y traducciones— es la diferencia. Hasta este momento hemos hablado de los conflictos en torno al tratamiento de la diabetes resultan de una serie de equívocos que nos han permitido y permitirán distinguir entre diferentes invenciones de lo dado y lo construido, entre diferentes cuerpo y diferentes diabetes. En el caso de los mecanismos de silenciamiento, los equívocos tienen un efecto contrario. Kelly describe cómo no sólo hay

equivocaciones que se confunden con malentendidos, sino equivocaciones que se confunden con acuerdos (2011:197). Asimismo, el que ninguno de los partidos involucrados reconozca un significado alternativo puede funcionar a favor o en contra del avance del proyecto de cada uno (ibídem). Podemos pensar los mecanismos de silencio en este sentido, como equívocos con afinidad —es decir, que se confunden con acuerdos— que mantienen la relación entre dos culturas (dos realidades), a través de los conceptos específicos de alteridad que emergen a través de ellos.

Sin embargo, elegimos nombrarlos mecanismos de silenciamiento para enfocarnos en el efecto que tienen estos equívocos sobre el mantenimiento de los homónimos que caracterizan nuestro campo de investigación, ya que no abren el camino a la diferencia, que como antropólogos pudiéramos seguir. Como adelantamos en el segundo capítulo, un equívoco (por lo menos aquel basado en una teoría amerindia de alteridad), “no sólo supone la heterogeneidad de las premisas en cuestión, sino que las plantea como heterogéneas y las presupone como premisas. Una equivocación determina las premisas en lugar de ser determinada por éstas” (Viveiros de Castro 2004:12). El efecto de los mecanismos de silenciamiento es justamente permitirnos, como antropólogos, seguir o arribar únicamente a ciertas premisas (las biomédicas en el hospital, y las totonacas en el pueblo) y no a las otras. La potencia del equívoco, por lo menos en relación (equívoca) con el yo-antropólogo, en estos casos se neutraliza.

Sin embargo, es fundamental aclarar aquí que estos mecanismos, al constituir relaciones entre médicos y pacientes e implicar nociones específicas de alteridad, sí constituyen equívocos. Es fundamental para evitar dar la impresión de que los equívocos los encontramos únicamente en la tercera parte de la tesis (tornándolos consecuencia de la perspectiva indígena). En esta tesis la examinación de equívocos nos permitió (y nos permitirá aún), dar cuenta de la diferencia profunda entre culturas; es decir, de la dimensión plural que contrasta con la dimensión múltiple. Sin embargo, mientras que la multiplicidad se devela a partir de un enfoque en las prácticas de la diabetes en el hospital, no encontramos de manera simétrica a la pluralidad develada por equívocos en el pueblo. La pluralidad es anterior; definió la estructura de esta tesis, y nos habla de diferentes invenciones de lo dado y lo construido, de diabetes y cuerpos diferentes. Los equívocos en tanto relaciones entre culturas, atraviesan y conforman todas las

dimensiones que identificamos/creamos en esta etnografía de la diabetes. En efecto, encontramos mecanismos de silenciamiento tanto en el hospital como en el pueblo, aunque constituidos de maneras diferentes. Elegimos, sin embargo, enfocarnos en las equivocaciones que devienen en conflictos—que se confunden con malentendidos y no con acuerdos—, ya que estos (como veremos), permiten vislumbrar las diferentes premisas sobre las que se basan. Es por esto que utilizamos ciertos equívocos entre médicos y pacientes totonacos para pasar de una parte de la etnografía —el hospital— a otra —el pueblo—.

La elección del término “silenciamiento”, se debe a que en muchos casos la relación entre médico y paciente se expresa en la forma plástica del silencio, así como al hecho de que en gran medida implica relaciones de poder. Asimismo, elegimos hablar del silenciamiento de la diferencia y no de su neutralización porque la diferencia no es la que se ve neutralizada (hemos visto ya que ésta es la base de toda relación o equívoco, y que los mecanismos de silenciamiento *son* equívocos); lo que se ve neutralizado es la potencia de esta diferencia y, posiblemente, el poder de los cuerpos, su política y su auto-determinación.

CAPÍTULO 3

MECANISMOS DE COORDINACIÓN: TRADUCIENDO CUERPOS, SILENCIANDO LA DIFERENCIA

3.1 De *enactments*, mecanismos de coordinación y mecanismos de silenciamiento

Annemarie Mol, en su estudio sobre la aterosclerosis en un hospital holandés, propone enfocar las prácticas que constituyen a los objetos pero que suelen obviarse para crear un objeto fijo o biológico como lo es una enfermedad. Como hemos mencionado, la filósofa utiliza el término *enacted* para dar cuenta de ello: “Si un objeto es real, esto es porque es parte de una práctica. Es una realidad *enacted*” (Mol 2002:44). Al enfocarse en las “prácticas” (los *enactments*) en lugar de en el conocimiento sobre un objeto, es decir, en su representación, el efecto es el de una multiplicación: “lo que pensamos como un objeto, único o singular, puede ser más que uno” (Mol 2002:1). En el caso de la aterosclerosis una placa extraída de una arteria con aterosclerosis no es la misma entidad que el problema del que el paciente con aterosclerosis habla en la sala de consulta, a pesar de que se les llame por el mismo nombre (ibídem).

Las “prácticas” (*enactments*) de una enfermedad, en este caso de la aterosclerosis o la diabetes, dependen de una serie de actores y entidades más allá del paciente y del médico. Dependen de la materialidad y las prácticas involucradas. Recordemos el ejemplo que citamos en el capítulo anterior: la aterosclerosis es “un engrosamiento de la íntima”, pero *sólo bajo el microscopio* (Mol 2002:30, mi énfasis). Mol argumenta que el calificador “bajo el microscopio” devela cómo el engrosamiento de la íntima no existe de manera aislada. La visión de éste depende de microscopios, y de mucho más (Mol

2002:30-31). En el caso de la diabetes sucede lo mismo. Como declara la autora: “sólo se vuelve posible hablar de un nivel de azúcar menor a 3.5 mmol/l si se perfora la piel de alguien, se toma una muestra de sangre, y se mide el nivel de azúcar... De este modo, la hipoglucemia [posible consecuencia del tratamiento para la diabetes] puede ser *enacted* [“practicada”] como un nivel de azúcar menor a 3.5 mmol/l” (Mol y Law 2004:46).

Además de depender de una serie de entidades, las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes no tienen que ser coherentes entre sí. De hecho, es común que exista tensión entre diferentes prácticas, o inclusive que éstas se contradigan. Mol, para el caso de la aterosclerosis, brinda el ejemplo de una mujer anciana que ingresa al hospital por un problema renal y muere al día siguiente. La autopsia revela una aterosclerosis tan severa que debió haber causado un dolor inimaginable, pero que la paciente nunca sufrió. En este caso, explica la autora

los objetos *enacted* en la clínica y en el departamento de patología no se corresponden. *Chocan*. Una aterosclerosis es severa mientras la otra no lo es. Una aterosclerosis pudo haber sido una razón para tratar mientras que nadie se preocupó por la otra. En estas instancias los objetos de patología y de la clínica no pueden ser aspectos de la misma entidad: sus naturalezas simplemente no son las mismas. Son objetos diferentes (Mol 2002:46).

Como mencionamos en el capítulo anterior, esta multiplicidad de prácticas (*enactments*) de una enfermedad contradice la noción naturalista de que la enfermedad es algo físico y singular que afecta un cuerpo biológico y por lo tanto universal. En términos de Wagner, podríamos pensar que esta multiplicidad es la contra-invencción de la convencionalización del cuerpo y la enfermedad como naturales. Mol, más allá de exponer estas prácticas múltiples, explora las maneras en que se coordinan los diferentes objetos en estas prácticas (los *enactments*) para poder crear la singularidad de la enfermedad. Como declara ella “la singularidad de los objetos, tan a menudo presupuesta, resulta ser un logro. Es el resultado de un trabajo de coordinación” (Mol 2002:119).

Para el caso de la aterosclerosis, la autora identifica una serie de mecanismos que permiten la coordinación de “prácticas” (*enactments*) en tensión. Por ejemplo, cuando los resultados de los estudios develan aterosclerosis diferentes, éstas pueden ser *sumadas* o *calibradas* en referencia a estudios de correlación que las hacen comparables (Mol,

2002:85). Asimismo, diferentes aterosclerosis pueden ser *distribuidas* temporalmente — en el momento del diagnóstico y en el momento del tratamiento— o espacialmente —en las diferentes alas del hospital— (Mol 2002:116). Por último, Mol identifica un método de *inclusión mutua* entre “prácticas” (*enactments*), así como entre el individuo y la población en relación a la enfermedad (2002:132).

Estos mecanismos no se limitan a coordinar la multiplicidad de “prácticas” (*enactments*) de enfermedades, sino también de cuerpos. En cada instancia el cuerpo es parte de la “práctica” (*enactment*) de la enfermedad (siente, mide, produce) y es, a la vez, “puesto en práctica” (*enacted*). Mol lo resume de la siguiente manera: “mientras está actuando [el cuerpo], ¿qué se hace que el cuerpo sea?” (Mol y Law 2004:50).⁶³ Podemos ejemplificar con el caso de la diabetes. Diferentes tratamientos de esta enfermedad develan diferentes “prácticas” (*enactments*) de la misma. Una diabetes es aquella que se trata con insulina, y otra aquella que se trata con hipoglucemiantes orales.⁶⁴ En pacientes con diabetes tipo 2, la insulina se aplica (en dosis reducidas) si los riñones están dañados, lo cual puede ser causado por los mismos medicamentos después de un tiempo. Estas dos “prácticas” (*enactments*) de la diabetes, coordinados a través de una distribución temporal (antes y después del daño al riñón), develan un cuerpo que no es una entidad completa y coordinada. El medicamento no ayuda al cuerpo, sino que ayuda a controlar la glucosa mientras que daña los riñones. El tratamiento es bueno para un órgano y no para otro; hace bien y hace mal. El cuerpo “no es un todo coherente” (Mol y Law 2004:54), y más que eso, es “practicado” (*enacted*) como un cuerpo que no puede estar sano (por lo menos no completamente) si tiene diabetes. En este caso, el cuerpo-en-tensión se coordina a partir de una jerarquización: es más importante controlar el azúcar y evitar las complicaciones de la diabetes, que evitar el daño eventual al riñón.

Los múltiples (o diferentes) cuerpos no sólo son “puestos en práctica” (*enacted*) a través del tratamiento farmacológico, sino a partir del trato por parte del médico. En Ixtepec, diferentes “prácticas” (*enactments*) de la diabetes conllevan un cuerpo como objeto o un cuerpo como sujeto. Cuando el médico extrae la sangre, la examina, y

⁶³ Cita original: “...while it is acting, what is a body made to be?”

⁶⁴ Aunque en un inicio esta distinción se deba a la diferencia entre diabetes tipo 1, tratada con insulina, y tipo 2, tratada con pastillas, los pacientes con tipo 2 eventualmente llegan a requerir insulina.

determina un diagnóstico sin haber hablado con el paciente, por ejemplo, el cuerpo del paciente está siendo “practicado” (*enacted*) como un objeto, mientras que si el médico basa su diagnóstico en los síntomas descritos por el paciente, emerge un cuerpo como sujeto.⁶⁵ Esta distinción entre objeto y sujeto ha sido central a la medicina desde el siglo XIX, cuando las enfermedades pasaron de ser entidades que habitaban el cuerpo del paciente a ser condiciones del cuerpo, como explica Foucault (1976). Esta transformación implicó “un movimiento epistémico” en tanto que “la verdad sobre una enfermedad ya no podía ser detectada escuchando las palabras de los pacientes. En su lugar requería una mirada entrenada sobre los tejidos del cuerpo” (Mol y Law 2004:43). El que estos estuvieran bajo la piel implicaba a su vez que sólo podía establecerse un conocimiento sobre la enfermedad tras la muerte. Es en este sentido que se produce una división entre el cuerpo-objeto y el cuerpo-sujeto (Mol y Law 2004:43).

Como explica Mol, muchos académicos y médicos han buscado integrar el autoconocimiento de los pacientes (subjetivo) a la medicina moderna (objetiva). Y al igual que Mol, esta tesis no busca ni propone esto (o por lo menos no solamente). En primer lugar, porque caemos en el problema lógico de negar un dualismo, o de intentar unir ambos polos, y así reforzarlo. En segundo lugar, como hemos dicho, esta tesis busca alejarse de la explicación naturalista según la cual el cuerpo biológico y universal puede sentirse y vivirse de diferentes maneras por el individuo, y pensarse y representarse de diversas formas por cada cultura (siendo la representación médica alópata y científica la privilegiada para acercarse a la realidad). Como consecuencia, no busca comprender las diferentes maneras de conocer o saber “la diabetes” como referente único y al cuerpo que la padece. Sin embargo, la distinción entre cuerpo-objeto y cuerpo-sujeto nos es útil para dar cuenta de las diferentes “prácticas” (*enactments*) de los cuerpos que emergen junto con los de la diabetes en el hospital del IMSS Oportunidades en Ixtepec, pues este tropo permea la medicina alópata “occidental” y juega un papel importante en las traducciones que se llevan a cabo en los consultorios del hospital.

⁶⁵ Saliendo del marco explicativo de las “prácticas” (*enactments*) podríamos decir que el cuerpo-objeto y el cuerpo-sujeto (o lo que es objeto y lo que es sujeto en general), son posiciones en una relación y no existen de este modo fuera de ésta, como objetos o sujetos en sí. Asimismo, esta descripción no implica ningún juicio de valor (ese, cuando esté presente, será explicitado).

¿Qué implica todo esto para el caso de la diabetes en Ixtepec? En los siguientes subcapítulos exploraremos las tensiones entre diferentes “prácticas” (*enactments*) de la diabetes, los mecanismos de coordinación que las mantienen conectadas, así como los diferentes cuerpos que operan en cada momento. Específicamente, nos enfocaremos en las diabetes que se practican al momento del diagnóstico – como azúcar en la sangre, como algo sintomático y asintomático— así como aquellas que emergen en el consultorio después del diagnóstico —la diabetes controlable, la diabetes difícil de controlar y la diabetes descontrolada. Mostraremos cómo a través y a partir de estas diferentes “prácticas” (*enactments*) de la diabetes el paciente es “practicado” (*enacted*) a su vez como vehículo para el conocimiento sobre su cuerpo-como-objeto; como un cuerpo-sujeto que necesita ser traducido a un cuerpo-objeto o que, cuando contradice al cuerpo-objeto, debe de ser dudado; y por último, como persona moral y autónoma que debe hacerse responsable y ser capaz de elegir y de controlar su cuerpo. A la par de las diferentes “prácticas” (*enactments*) de la diabetes, los médicos llevan a cabo una constante labor de traducción y creación del cuerpo biológico como universal y natural — de singularización— la cual funge, a su vez, como mecanismo de coordinación.

En cada ejemplo y a través de este análisis, buscamos develar algunas de las maneras en que la diferencia entre los conceptos de cuerpo, persona y enfermedad biomédicos y totonacos se silencian. Es decir, que a la par de que se coordina una *multiplicidad* de cuerpos y diabetes, se silencia la *pluralidad* (definida en la primera parte de esta tesis): el cuerpo y la diabetes son construidos como homónimos. Hay situaciones, como veremos, donde los mecanismos mismos que coordinan las múltiples “prácticas” (*enactments*) de la enfermedad ocultan a la vez la diferencia profunda entre la diabetes médica y la totonaca. Un acercamiento a las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes, así como a la coordinación de la multiplicidad y al silenciamiento de la diferencia radical entre culturas, nos permiten establecer conexiones y relaciones de co-invencción que hacen que la pluralidad de diabetes no sea fragmentada, que las “dos” diabetes no sean entidades discretas, sino, como esperamos se verá al final de la tesis, dimensiones (o relaciones) que se incluyen la una a la otra y que se conectan y traducen de maneras diferentes por los médicos y por los totonacos.

El médico y el paciente, formando parte de proyectos diferentes de invención de lo que está dado y lo que está construido, necesariamente están inmersos en procesos de traducción diferentes, con productos diferentes. De modo que mientras que los cuerpos actúan conjuntamente en las diferentes “prácticas” o *enactments* (la enfermera saca sangre del dedo del paciente, el paciente se mantiene quieto, el médico mira los resultados), los cuerpos que son “puestos en práctica” (*enacted*) dentro del hospital no son los mismos que los cuerpos que encontramos en el pueblo. Mol describe cómo, en relación a los pacientes diabéticos holandeses, el cuerpo es “practicado” (*enacted*) como un sistema metabólico pero, como veremos en la Fuga y en la tercera parte, el cuerpo totonaco con diabetes no está preocupado por carbohidratos y grasa. La diferencia entre las diabetes radica en el cuerpo. Sin embargo, esta diferencia no es visible en el consultorio.

En el contexto del hospital, tanto las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes como las de los cuerpos son definidas principalmente por los médicos; por lo menos esos que son hechos visibles y explícitos. Aunque la práctica misma depende del paciente, la forma que toman se determina desde el punto de vista de la medicina alópata. El hecho de que sean la construcción, la traducción y las “prácticas” (*enactments*) médicas las observables en el contexto del hospital es consecuencia de las mismas circunstancias que neutralizan, obvian o coordinan los diferentes cuerpos que este capítulo busca explorar: los mecanismos de silenciamiento incorporados en las “prácticas” (*enactments*) mismas, y en las nociones de cuerpo, persona y cultura que las atraviesan.

Uno de estos mecanismos se devela en la organización misma de la tesis: la distribución. Las diferentes “prácticas” (*enactments*) de la diabetes totonaca y su diferencia no se vuelven visibles hasta que no volvemos la mirada hacia el pueblo, lo que implica que tampoco son visibles para los médicos. Éstas se relacionan con una realidad otra, con otro concepto de alimento, vida, enfermedad. Resultan de cuerpos diferentes a aquellos que los médicos tan meticulosamente traducen en el hospital. De modo que lo que analizaremos en esta parte de la tesis forma parte del proyecto médico de invención y convencionalización. Qué cuerpos y enfermedades se están traduciendo por parte de los pacientes totonacos, y de qué modo, se analizará en la tercera parte de la tesis, cuando el movimiento hacia el pueblo permita que las diferencias se develen más

claramente. Sin embargo, esto no significa que las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes en el hospital no formen parte del mundo de la diabetes totonaco, todo lo contrario: son parte de las vidas de los pacientes, y es a éstas a las que los totonacos incluyen y con las que se relacionan, así como con las historias que los médicos cuentan sobre la diabetes para coordinar su multiplicidad de “prácticas” (*enactments*).

3.2 Una historia sobre la diabetes

Los médicos en Ixtepec (se) cuentan una historia sobre la diabetes en forma de proceso⁶⁶: Causada por factores genéticos, malos hábitos alimenticios y sedentarismo, la diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa que afecta el metabolismo del paciente. Se relaciona con la capacidad del páncreas de producir insulina, así como con la de las células de absorberla y utilizarla. Los principales síntomas de la diabetes —la sintomatología específica— son: polifagia (comer mucho, tener mucha hambre), poliuria (necesidad de orinar mucho), nicturia (necesidad de orinar en la noche), polidipsia (tener mucha sed) y baja de peso. Estos síntomas no siempre se presentan; ocurren por lo general cuando el nivel de glucosa está arriba de 200 mg/dl o el paciente lleva más de un año con la enfermedad. Los síntomas pueden llevar a un diagnóstico, pero no son necesarios para éste.

El diagnóstico se lleva a cabo después de la prueba de sangre en ayuno: si el nivel de glucosa es de 100 a 126 mg/dl, según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), o de 110 a 126 mg/dl, según la propuesta de 1999 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el paciente tiene pre-diabetes. Si es mayor a 126 mg/dl, el paciente tiene diabetes, una enfermedad que no puede curarse, pero sí controlarse. El control se logra a partir de una combinación de medicamentos hipoglucemiantes o insulina y de cambios en el estilo de vida. Los hipoglucemiantes más utilizados en el IMSS Oportunidades son la metformina, que ayuda a controlar la cantidad de glucosa en la sangre, y la glibenclamida, que ayuda a estimular la producción de insulina del cuerpo. Los cambios en el estilo de

⁶⁶ Seguimos a Mol en referirnos a la historia que se cuenta de la enfermedad, no para sugerir falsedad o creatividad cuestionable, sino para diferenciar el conocimiento que los médicos crean sobre “la diabetes” de las diferentes diabetes que se pueden observar en la práctica.

vida incluyen realizar ejercicio aeróbico treinta minutos diarios cinco días a la semana, así como una dieta de reducción de peso baja en grasas y azúcares refinadas y con un alto contenido de fibra.

La falta de adhesión a este tratamiento conduce a un descontrol de los niveles de glucosa que resulta en complicaciones agudas o crónicas. Las agudas son dos: la cetoacidosis diabética y el estado hiperosmolar. Los criterios principales de la primera son tener un pH arterial menor a 7.3 y glucemia mayor a 250 mg/dl, mientras que los de la segunda son tener un pH arterial mayor a 7.3 y glucosa mayor a 600 mg/dl.⁶⁷ En ambos casos los pacientes pueden presentar la sintomatología específica de la diabetes descrita aquí, deshidratación y entrar en un coma diabético. Las complicaciones crónicas incluyen las neuropatías diabéticas, la nefropatía diabética y la retinopatía diabética (pérdida de sensibilidad en las extremidades, deterioro de la función renal y alteraciones de la retina a nivel vascular, respectivamente), aunque la diabetes, al suprimir el sistema inmunológico, puede ocasionar cualquier tipo de infección, es decir, tener complicaciones inespecíficas.

Esta es la historia que, con pocas variaciones, me narraron los médicos en el hospital de Ixtepec acerca de la diabetes. Es un proceso cronológico de degeneración, combatible si se toman ciertas medidas oportunas, que afecta por igual (con algunas variaciones admitidas e incorporadas a la norma) a un cuerpo que, junto con la enfermedad, es descrito como algo de cierto modo causal. ¿Pero qué pasa con esta historia cuando reintroducimos las prácticas y la materialidad? Surge una imagen muy diferente y mucho menos coherente. En la práctica, las cosas no siempre suceden en el orden descrito (síntomas – estudio de sangre – diagnóstico – complicaciones), sino que hay situaciones en las que primero hay un diagnóstico y luego hay síntomas; a veces no hay síntomas a pesar de que los números o el tiempo los requieran; las complicaciones pueden conducir al diagnóstico; la diabetes es controlable en ciertos ámbitos y momentos y en otros el control se devela como una ilusión; la pre-diabetes puede ser diabetes, al tratarse y ser “practicada” (*enacted*) como tal; un nivel de glucosa arriba de 126 mg/dl no siempre es diabetes; y la idea de este diagnóstico unívoco oculta las múltiples diabetes

⁶⁷ Cifras exactas obtenidas en García Rodríguez, et al., *Complicaciones hiperglucémicas agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico* (2007).

que se “practican” (son *enacted*) a partir de la multiplicidad de tratamientos posibles, que ya hemos descrito. En cada una de estas “prácticas” (múltiples *enactments*), aparecen diferentes cuerpos. Traducidos, transformados.

Al focalizar las prácticas y la materialidad, la diabetes y los cuerpos se muestran múltiples y la historia que cuentan los médicos se devela como un mecanismo de coordinación, así como una traducción de diferentes prácticas a un cuerpo biológico. Como declara Mol en su libro sobre el cuidado de la diabetes, “los esquemas causales de un libro de texto pueden mencionar ‘niveles de azúcar en la sangre’ como si estuvieran dadas, pero en el consultorio nada nunca está ‘dado’. Primero, tiene que ser medido. Tiene que haber una máquina, alguien que la opere, sangre fresca, y alguien dispuesto a dar esa sangre. Representaciones del cuerpo como causalmente coherentes dependen de las prácticas de examinación” (Mol 2009:38). Las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes no son producto de la interacción entre personas o agentes humanos únicamente. La idea es tomar en cuenta todas las entidades que dan lugar a esta diabetes, incluyendo los artefactos, la sangre, la aguja. Si no hay una prueba de sangre, y un paciente que brinde la sustancia, no habrá ningún número para representar a la glucosa en relación a una serie de parámetros pre-establecidos que la relacionan con un mundo de ciencia e investigación y con las poblaciones donde se realizaron estudios epidemiológicos. A la falta de cualquiera de estos elementos, la diabetes no puede ser “practicada” (*enacted*) (por lo menos no como un nivel alto de glucosa en la sangre).

Los médicos, al obviar estas prácticas, construyen la diabetes como una enfermedad biológica y única, situada adentro del cuerpo: “Sucede seguido. Lo práctico del *enacting* de una enfermedad se coloca entre paréntesis. La aterosclerosis se toma como una enfermedad. El dolor del paciente es uno de los *síntomas* que salen a la superficie, y las paredes vasculares engrosadas son llamadas la *realidad subyacente* de la enfermedad” (Mol 2002:36). La diabetes en Ixtepec es todo esto, en relación: sus prácticas y la historia que se teje para coordinarlas. Sin embargo, pacientes y médicos, a pesar de ser necesarios para cada “práctica” (*enactment*), no tienen el mismo tipo de acceso a todos. Los médicos no saben cómo es la diabetes fuera del hospital, y a los pacientes, por ejemplo, no se les explican las decisiones en términos de cantidad y elección de medicamento para el tratamiento (que conllevan diferentes “prácticas” o

enactments de diabetes y cuerpo). Asimismo, los médicos no cuentan a los pacientes la historia de la diabetes como proceso así como me fue descrita a mí y como la reproduce en este capítulo, sino que cuentan partes del proceso: si están mal, es porque no se cuidaron; si no se cuidan, vendrán las complicaciones, por ejemplo.⁶⁸ A continuación analizaremos de manera detenida la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como azúcar en la sangre, las entidades de las cuales depende, y la coordinación entre aquella que presenta síntomas y aquella que es “silenciosa”.

3.3 Una enfermedad silenciosa: azúcar en la sangre

El diagnóstico

La diabetes, pensada como enfermedad en términos biológicos y naturalistas, es compleja, pero única/singular. Es una entidad fisiológica que puede medirse a través de estudios y observarse, a veces, en forma de síntomas. Sin embargo, si incluimos en la descripción de la enfermedad las tecnologías, materialidades y entidades que nos permiten verla, medirla o leerla, la diabetes se multiplica. Los estudios realizados por un grupo de biólogos del Salk Institute muestran que bajo el microscopio la diabetes puede ser *vista* en los tejidos de diferentes órganos relacionados con el metabolismo, como lo son el páncreas, el hígado, los músculos e intestinos (Salk Institute for Biological Studies 2012). En cada órgano, a través de diferentes entes (microscopios de diferente tipo), la diabetes se muestra como otra cosa: células que producen insulina, receptores, genes (ver apéndice).

En el hospital de Ixtepec no se lleva a cabo investigación sobre la diabetes a un nivel molecular, de modo que ahí no se ve bajo el microscopio (como la aterosclerosis en el estudio de Mol), sino que se cuantifica. La diabetes es “practicada” (*enacted*) como un número que los médicos interpretan como una representación de algo físico, de un

⁶⁸ La razón por la cual los médicos cuentan una historia diferente a los pacientes que a mí se relaciona con ciertas nociones de cultura y pobreza. Realizan diferentes traducciones de la enfermedad para personas que asumen son, en sus términos, más o menos ignorantes, o que han tenido más o menos acceso a la educación. Asimismo, yo no era tratada como médica sino como antropóloga, en tanto que a pesar del acceso a la educación no tenía el conocimiento que tienen ellos, de modo que encontré mucha reticencia a explicarme los detalles más complejos del nivel molecular de la diabetes.

referente biológico. En esta sección exploraremos las diferentes maneras en que la diabetes es “puesta en práctica” (*enacted*) en el momento del diagnóstico. Empezando por su constitución como algo que no se cura, pasaremos a su principal “práctica” (*enactment*): la diabetes como azúcar en la sangre. Analizaremos a fondo las entidades y prácticas que se requieren para que esta diabetes pueda darse en la clínica. Más adelante, analizaremos la tensión entre los “prácticas” (*enactments*) de las diabetes sintomática y asintomática, enfocándonos en la manera en que se coordinan, los cuerpos que operan en cada una, las traducciones que se llevan a cabo de estas prácticas para crear un cuerpo y una enfermedad biológicas, y por último, la manera en que las traducciones y los mecanismos de coordinación que operan silencian el cuerpo totonaco y la diferencia que implica.

Una de las maneras en que la diabetes es “practicada” (*enacted*) es a partir de lo que se sabe o dice de ella. A pesar de que se brindan cursos de capacitación acerca de qué es la diabetes, me fue imposible rastrear dónde o cuando se les da una primera explicación a los pacientes sobre la diabetes. En cada área del hospital me informaban que los pacientes llegaban ya diagnosticados, es decir, que ya se les había explicado qué era la diabetes. Sin embargo, la mayoría de los médicos, tanto en el consultorio como aquellos encargados de dar la capacitación, me dijeron que al momento del diagnóstico lo primero que ellos explican es que la diabetes es “azúcar en la sangre”,⁶⁹ y que es una enfermedad que “es para siempre”, que “ya no se les quita”. De modo que la diabetes es “puesta en práctica” (*enacted*), por un lado, como algo que no se cura, lo cual se pone en práctica de manera implícita cada vez que los pacientes hacen su visita programada al hospital, pues las citas nunca dejan de estar programadas: o cada mes, o cada seis meses, o cada año, hasta la muerte.

La diabetes como azúcar en la sangre, por el otro lado, es en primera instancia una traducción: los médicos eligen explicar a los pacientes lo que ellos han aprendido es un problema de producción de insulina y absorción de glucosa por parte de las células

⁶⁹ En algunas ocasiones los médicos hacen referencia al páncreas y a la insulina, pero en la mayoría de los casos no.

sin utilizar términos biológicos ni referirse a un nivel celular.⁷⁰ Más allá de esto, para que la diabetes pueda ser “practicada” (*enacted*) como azúcar en la sangre es necesario tener un número a partir del cual se puede diagnosticar al paciente. En la historia que cuentan los médicos sobre la diabetes, este proceso de diagnóstico es muy claro: “tú me llegas mañana con 127 de glucosa sin haber comido nada, eres diabética” (Dr. Bermúdez, Ixtepec 2013). Sin embargo, como ya nos sugiere la frase “sin haber comido nada”, un enfoque en la práctica revela que la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como un nivel de glucosa alto depende de una serie de entidades y cuerpos en relación que pueden ser múltiples y variados, empezando por el número como el que es “puesta en práctica” (*enacted*) la diabetes.

En primer lugar, esta cifra puede ser un diagnóstico —“Tiene 300 de azúcar, tiene diabetes”— o puede reflejar el estado de una persona con diabetes —“tiene alta su azúcar”. De modo que en relación a un cuerpo sin diabetes, el número puede implicar ‘tener diabetes o no tener diabetes’, mientras que en relación a un cuerpo con diabetes, el número indica ‘estar bien o mal controlado’. Inclusive los parámetros con los que se relaciona el número varían entre estas dos situaciones.⁷¹ El resto de este subcapítulo se enfocará únicamente en las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes en el momento del diagnóstico, mientras que el siguiente se enfocará en la diabetes diagnosticada.

El diagnóstico de la diabetes en el consultorio se da en el momento en el que el médico lee un número que le informan está relacionado con la sangre del paciente (la representa, la traduce), y lo relaciona con otros números que conforman los parámetros establecidos por los estudios epidemiológicos de la *diabetes mellitus*.⁷² Pero, como

⁷⁰ En el pueblo, como se verá más adelante, la diabetes también es azúcar en la sangre. Sin embargo, no diremos que es así porque los médicos lo declaran, pues no hay manera de saber el origen de los términos, y no es algo que nos competa en este trabajo. A su vez, lo que es la sangre como concepto biomédico y lo que es la sangre entre los totonacos, no es lo mismo.

⁷¹ Un control se define por tener niveles de glucemia plasmática en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl o de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) por debajo de 7% (NOM 2010:4), mientras que, como veremos, la diabetes se diagnostica a partir de los 126 mg/dl o 200 md/dl de glucosa en la sangre.

⁷² Mol argumenta que en casos como este, los individuos *incluyen* a la población, en tanto que la manera en que la enfermedad individual es “practicada” (*enacted*) depende de la epidemiología (2002:130). Sin embargo, los estudios sobre los que se basa la Asociación Americana de Diabetes (sobre la que se basa la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la *diabetes mellitus*) fueron y son realizados en poblaciones radicalmente distintas a la totonaca en Ixtepec. Los efectos de que la población que el paciente totonaco *incluye* en su relación con el NOM sea una completamente diferente, se analizará en el capítulo cuarto, La Fuga.

hemos dicho, no cualquier número, y no en cualquier situación. La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la *diabetes mellitus* (NOM), sobre la cual se basa la mayoría de los médicos y que coincide en gran parte con los parámetros de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), define como un caso confirmado de diabetes “a la persona cuyo diagnóstico se corrobora por medio de laboratorio: una glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl; una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl; o bien una glucemia ≥ 200 mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua, criterios diagnósticos de diabetes, en el Sistema Nacional de Salud” (NOM-015-SSA2-2010 2010:4). De modo que el número que es la diabetes no siempre es el mismo, sino que varía dependiendo del estado en el que se encuentra el cuerpo: en ayuno, no en ayuno, en ayuno tras haber ingerido 75 g de glucosa disuelta en agua.

Vemos, pues, que para que la diabetes pueda ser “practicada” (*enacted*) como un número que se traduce como azúcar en la sangre, este número debe relacionarse con un cuerpo específico, y con los parámetros establecidos por la norma. Aquí la NOM es a la vez una entidad necesaria para la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como azúcar en la sangre, y un mecanismo de coordinación, en tanto que *incluye* cierta multiplicidad y variación (entre cuerpos y números), que establecidos como la “norma”, forman parte de las posibilidades normales de expresión y diagnóstico de “una enfermedad” como referente biológico. Sin embargo, no todos los médicos siguen los parámetros de la NOM y de la ADA, sino aquellos establecidos por la OMS en 1999. Lo que varía es la posibilidad de desarrollar diabetes: mientras que los primeros parámetros definen los 100 mg/dl como pre-diabetes, la OMS la establece a partir de los 110 mg/dl. Esto tiene un efecto sobre la “práctica” (*enactment*) de la diabetes pues la pre-diabetes tiende a ser “practicada” (*enacted*) como diabetes en el hospital de Ixtepec. En este sentido, la diferencia entre la OMS y la NOM puede determinar el que la diabetes sea o no “practicada” (*enacted*).⁷³

⁷³ Las diferentes “prácticas” (*enactments*) de pre-diabetes (como un nivel de glucosa de 110 mg/dl y de 100 mg/dl, respectivamente) se coordinan a través de la distribución entre médicos: el diagnóstico sólo involucra a un experto, y es él el que determina si su paciente está o no está enfermo.

Comenzamos a ver que la diabetes como número, como azúcar en la sangre, depende de muchas entidades. Depende de un paciente dispuesto a dar sangre, de una enfermera que aplique la prueba, de un médico que lea los resultados y de los parámetros establecidos por los estudios epidemiológicos con los que el médico relaciona el número. Si falta cualquiera de estos elementos, la diabetes como un número en relación a otro no puede ser “puesta en práctica” (*enacted*).

A Doña Catarina, por ejemplo, le aplicaron mal la prueba de glucosa en Cuetzalan. Este estudio implica retirar sangre de un cuerpo en ayuno y después darle 75 g de glucosa para observar el trabajo del páncreas, como estipula la NOM. Después de dos horas se le saca más sangre y si el nivel de glucosa es de 200 mg/dl o más, el paciente es diabético. Doña Catarina fue, tomaron su sangre, y volvió al médico con un número. Sin embargo, la prueba no se hizo de acuerdo con los parámetros establecidos. El médico irritado exclama que la torturaron: en lugar de darle dos piquetes le dieron cuatro y en lugar de darle 75 g de glucosa, le dieron 100 g. El número que presenta Catarina en su hoja de resultados no puede relacionarse con los parámetros, de modo que no puede ser “practicada” (*enacted*) como diabetes: hay que repetir el estudio.

También sucede muy seguido que hay sangre y hay un número, pero no hay un médico que lo relacione con los parámetros y por lo tanto, no hay diabetes. Pedro Vázquez antes de acudir al IMSS había ido con varios médicos particulares. Los estudios que trae de esas citas muestran que tuvo un nivel de glucosa de 105 mg/dl en una ocasión y de 112 mg/dl en otra. Según la NOM, esto puede ser pre-diabetes o incluso diabetes, pero ningún médico se lo había mencionado al paciente, de modo que antes de acudir al IMSS, la diabetes no había sido “puesta en práctica” (*enacted*). Aquí se vuelve evidente que sin importar la condición del paciente antes de entrar al hospital, este no tenía diabetes, en tanto que ésta no había sido “practicada” (*enacted*). Mol describe esta situación en el caso de una paciente con aterosclerosis: “cualquiera que fuera la condición de su cuerpo antes de entrar a la sala de consulta, en términos etnográficos, la Sra. Tilstra aún no tenía esta enfermedad antes de visitar al doctor” (Mol 2002:22). Es *después* del diagnóstico que viene la explicación del proceso que lo precedió (por parte del médico), y como veremos en la tercera parte de este trabajo, la búsqueda entre las memorias del paciente totonaco por el momento que causó la entrada de la enfermedad.

También llega a suceder que un número que en relación al NOM normalmente indicaría diabetes, no lo hace. Normalmente se realiza un segundo estudio para confirmar el diagnóstico y en ocasiones éste contradice al primero, de modo que a veces una glucosa alta es “practicada” (*enacted*) como diabetes y a veces no: en estos casos los objetos son diferentes. Estos se coordinan de dos maneras. La primera es estableciendo una jerarquía entre los estudios según la cual aquel que saca sangre de una vena del brazo es más confiable que el que la toma del dedo. La segunda es asumiendo que el paciente erró al declarar que venía en ayuno. Quizá se le olvidó, quizá no entendió la pregunta, quizá la respuesta se perdió en la traducción de lenguajes. Ambos mecanismos de coordinación tienen un efecto secundario: crean al cuerpo y a la diabetes como un objeto físico, real, natural y medible. Si enfocamos la tensión entre los dos objetos que resultan de las dos pruebas de sangre vemos que el nivel de glucosa no es una ventana hacia “la” realidad objetiva. La diabetes como referente único y objeto biológico necesita ser creada de ese modo. A través de su coordinación, esta contradicción es desplazada y colocada fuera del cuerpo objetivo, en la tecnología o en el error humano y subjetivo.

Hemos visto hasta ahora que la diabetes “practicada” (*enacted*) como azúcar en la sangre es altamente variable y requiere de una serie específica de cuerpos, contextos, materiales y entidades puestas en relación de maneras específicas. A continuación exploraremos las diferentes “prácticas” (*enactments*) de la diabetes en relación a los síntomas.

Dos diabetes: sintomática y asintomática

Hay situaciones en las que la diabetes es “practicada” (*enacted*) como glucosa alta o azúcar en la sangre *sin síntomas*, mientras que en otros contextos la diabetes es “practicada” (*enacted*) como *uno o varios síntomas* que se confirman a través de los estudios de sangre. El primero es el más común y sucede cuando se hace una prueba de sangre durante una cita de rutina a la cual el paciente se ve obligado a acudir para obtener el apoyo de Oportunidades.⁷⁴ El segundo ocurre cuando el paciente habla acerca

⁷⁴ Esta tesis no busca criticar el apoyo que brinda Oportunidades a las familias indígenas. Todo lo contrario. Sin embargo, este programa determina la dinámica en el consultorio y juega un papel importante en el tratamiento de la diabetes en Ixtepec, en tanto que la mayoría de los que acuden a la capacitación y a los

de ciertos malestares que el médico relaciona con la diabetes y traduce en síntomas. Existe una tensión entre ambos, en tanto que sus objetos no coinciden: una diabetes silenciosa y otra con síntomas que en la práctica no son lo mismo.

La co-existencia de estas dos “prácticas” (*enactments*) diferentes es coordinada de tres maneras. En primer lugar, los médicos tienden a distribuirlos temporalmente, explicando ambos como partes de un mismo proceso. Como declara el Dr. Torres, “la triada de síntomas de la diabetes no se observa hasta aproximadamente los 200. Antes no hay síntomas” (Ixtepec 2014). O en palabras de la Dra. Cynthia de la O, “no necesariamente tiene que haber síntomas de diabetes. Son silenciosas. Cuando empiezan a tener síntomas es porque llevan más de un año” (Ixtepec, 2013). En segundo lugar, en todos los casos se privilegia el cuerpo-objeto (que se traduce en un cuerpo biológico y universal) sobre el cuerpo-sujeto. De modo que si no hay síntomas pero sí un nivel alto de glucosa, éste determina el diagnóstico, y si hay síntomas, el diagnóstico no se hace definitivo hasta no haberse confirmado con una prueba de sangre. Por último, los médicos atribuyen la falta de síntomas a la ignorancia del paciente: no es que no existan, físicamente, sino que los pacientes no saben lo que son y no los reconocen. La Dra. de la O explica que ya que “la mayoría no los conoce... pasan desapercibidos” (ibídem). Así, los síntomas se establecen como tales después del diagnóstico, de manera retrospectiva. En esta explicación, la diabetes emerge como algo perteneciente al ámbito médico, por lo menos en términos del conocimiento acerca de la enfermedad. La tensión entre dos “prácticas” (*enactments*) diferentes de la diabetes se constituye así como algo inherente a la enfermedad: los médicos la llaman una enfermedad silenciosa.

Los médicos, en la historia que cuentan sobre la diabetes, distinguen la sintomatología específica, síntomas inespecíficos y complicaciones. Pero en el momento del diagnóstico la diabetes llega a ser “practicada” (*enacted*) como cualquiera de estas

ejercicios cuentan con este apoyo económico. Es en relación a esto que emerge otro conflicto explícito entre médicos y pacientes en Ixtepec, pero relacionado de manera indirecta con la diabetes: los médicos explican que no logran entender que haya que presionar a los pacientes para acudir a un servicio que en otros lugares y contextos es muy cotizado. El conflicto se neutraliza en el discurso médico que se lo explica a partir de la ignorancia del paciente. Por el otro lado, el programa mismo oculta conflictos (o coincidencias) potenciales, pues es imposible saber qué decisiones se tomarían si no existiera. Lo que es importante resaltar es que la relación de poder que surge de este apoyo da lugar a una dinámica de regaño y presión a la cual los pacientes que “agradecerían el apoyo” no son sometidos del mismo modo.

(no como el proceso físico, causal y cronológico expuesto en la historia). En el consultorio la diabetes puede ser un dolor de cabeza, fatiga, hambre, sed, orinar mucho, una infección, una herida que no cierra, pérdida de la vista, entre muchas otras cosas (aunque siempre seguido por un estudio de sangre que lo confirma y que es relacionado con estos síntomas).

Según la síntesis que realizó la Dirección General de Epidemiología en el 2013, las principales causas registradas de diagnóstico de diabetes en México fueron “no relacionada[s] con la DM”. Sin embargo, estos síntomas o padecimientos que en la historia de la diabetes son procesos ocultos bajo la piel que no tienen que ver con la *diabetes mellitus* de manera directa y causal, en el contexto clínico llevan al médico a declarar que el cuerpo-paciente tiene diabetes, y esta historia pocas veces se le cuenta a los pacientes. La segunda causa principal es la necrobiosis (complicación crónica) y la tercera el estado hiperosmolar (complicación aguda) (Dirección General de Epidemiología 2013:13, ver apéndice para el resto de la tabla). Vemos cómo la práctica no sigue el orden expuesto en la historia causal que cuentan los médicos. No aparecen síntomas que llevan a un diagnóstico, después del cual pueden aparecer complicaciones si no se controla. En efecto, las complicaciones pueden aparecer antes del diagnóstico, o este se puede dar sin síntomas. Tomando en cuenta que todas las posibles complicaciones, síntomas específicos e inespecíficos, infecciones y efectos posibles de la diabetes, pueden y suelen ser “practicados” (*enacted*) como diabetes al momento del diagnóstico (y después), surge un objeto múltiple que pareciera pudiera ser cualquier cosa, ser el mal.

La “práctica” (*enactment*) de la diabetes como cualquiera de los síntomas o efectos adversos en el cuerpo no depende únicamente de un cuerpo-paciente dispuesto a dar sangre, como analizamos para el caso de la diabetes como azúcar en la sangre, sino de las palabras de este paciente. El médico hace preguntas y el paciente describe dolores o padecimientos y juntos constituyen el síntoma: “Cuando doctor y paciente actúan juntos en la sala de consulta, juntos dan forma a la realidad de las piernas adoloridas del paciente” (Mol 2002:27). Doña Margarita recuerda cómo la diagnosticaron: “Tenía sed, tomaba 10 litros de agua, quería yo acabármela. En dos noches quedé delgada, como árbol que acabó de gotear. Estuve así tres días. Ya después me llevaron al hospital.” En

el consultorio, el médico hace preguntas sobre estas sensaciones-traducidas-en-síntomas y junto con las respuestas del paciente se constituyen como una enfermedad, sin importar cuál haya sido el estado del paciente antes de entrar al consultorio. En este sentido el cuerpo que es “puesto en práctica” (*enacted*) a través de la diabetes como síntoma (como dolor de cabeza, como infección, como coma), es un cuerpo-sujeto que posee información que el médico debe interpretar y traducir en una enfermedad y en un cuerpo-objeto.

En el caso sin síntomas, la diabetes es “practicada” (*enacted*), como hemos visto ya, como azúcar en la sangre. En este caso no se requieren las palabras del paciente, sino únicamente su sangre (y su cooperación para darla). En este sentido el cuerpo del paciente no es pasivo, pues colabora con las enfermeras y con los médicos para que la diabetes pueda ser “puesta en práctica” (*enacted*) (Mol 2009:38), pero sí emerge como un objeto al que el médico tiene acceso, y el sujeto mismo no. En la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como un número, el diálogo no es entre médico y paciente (como cuerpo-sujeto poseedor de información que requiere de traducción), sino entre el médico y el cuerpo-objeto —creado de ese modo en ese momento y en esa relación— directamente. Después, el médico informa al paciente sobre el estado de su cuerpo. En el momento del diagnóstico esto se vuelve evidente cuando el paciente acude con el médico por cumplir con el programa de Oportunidades y sin tener molestias, “sale con diabetes”. Una de las conversaciones más recurrentes después del diagnóstico de la que fui testigo sugiere esta dinámica:

Médico: ¿Cómo se siente?

Paciente: Bien

Médico: Tiene alta el azúcar, anda mal.

Vemos que la diabetes aquí es “practicada” (*enacted*) como algo que sólo los médicos pueden determinar, que está localizado en la sangre, a donde sólo los médicos del IMSS tienen acceso. Esto coincide, como veremos en la tercera parte, con el hecho de que la diabetes nunca es diagnosticada fuera del hospital.

Sin embargo, el diagnóstico no siempre es aceptado. Por lo general, el paciente acepta el diagnóstico y la diabetes es “practicada” (*enacted*) como lo determina el médico

(por lo menos dentro del hospital, pues las traducciones que se llevan a cabo y lo que es la diabetes entre los totonacos no lo sabremos hasta no mover la mirada a otros espacios y a otros modos de conocer y estar en el mundo). No obstante, hay casos en los que el diagnóstico de diabetes es rechazado por el paciente. Varios médicos relatan que uno de los problemas más comunes a los que se enfrentan es que el paciente diabético no acepte que lo es: “El diabético dice ‘yo no estoy enfermo’” (Dra. de la O, Ixtepec 2013); o “reclama: ‘es que yo no soy, no sé por qué me mandan traer’” (Maricruz Olivares, Ixtepec 2013). En este caso la diabetes es “practicada” (*enacted*) como enfermedad por parte del médico y no por parte del paciente. Si consideramos que los dos actores están inmersos en proyectos diferentes de invención de lo dado y lo construido, podemos declarar que nos encontramos ante un equívoco explicitado en la forma de un conflicto de voluntades en el contexto del consultorio y el diagnóstico. El que algunos pacientes totonacos nieguen estar enfermos sucede únicamente cuando la diabetes es “practicada” (*enacted*) como azúcar en la sangre sin síntomas. Surge de una situación en la que se ven obligados a ir al hospital a pesar de estar bien, y reciben la información de que están enfermos. Si “llevamos a serio” su aseveración, esto sugiere un concepto de enfermedad en relación al cuerpo, diferente a la del médico.⁷⁵

Los médicos con los que hablé al respecto explicaban este conflicto de voluntades como un problema de orden psicológico y emocional. Me decían que los pacientes no quieren aceptar que están enfermos, que les cuesta trabajo asimilarlo. Esta explicación coordina una azúcar alta que es “practicada” (*enacted*) como diabetes por el médico y que no lo es por el paciente (multiplicidad *sensu* Mol). Al mismo tiempo, neutraliza la “pluralidad” y oculta la diferencia entre las nociones de cuerpo y enfermedad que al vincularse, producen un equívoco. Coloca el conflicto en un ámbito emocional (subjetivo y cuestionable) y dejar el cuerpo-objeto, lo biológico y natural, sin cuestionar.

Resulta interesante que los médicos expliquen esta “negación” o reticencia a “aceptar” el diagnóstico (que para el médico se basa en una realidad dada y natural) a

⁷⁵ Nos habla al mismo tiempo de una relación muy diferente entre paciente y médico del que se establece en contextos donde la persona acude al médico al que confiere autoridad cuasi-absoluta en términos de conocimiento sobre el cuerpo y las enfermedades. En Ixtepec esta confianza varía, y la autoridad sobre el cuerpo no se le confiere únicamente al médico alópata sino al curandero, e inclusive no se le confiere autoridad absoluta a ningún médico.

partir de otra “práctica” (*enactment*) de la enfermedad que exploraremos más adelante: la diabetes como muerte. Declaran que los pacientes no quieren aceptar el diagnóstico porque muchas veces “para ellos, diabetes es igual a muerte”. Estas dos “prácticas” (*enactments*) de la diabetes definidas por los pacientes totonacos —‘la no diabetes’ y ‘diabetes igual a muerte’— son, en efecto, opuestas. Los médicos las unen en tanto que las declaran “erróneas” (es decir, que no coinciden con el referente biológico que es la diabetes para ellos), así como haciendo que la una explique a la otra: si no quieren aceptar que tienen diabetes, es porque piensan que significa muerte.

Hemos explorado las “prácticas” (*enactments*) de una diabetes con síntomas y una diabetes asintomática, así como los cuerpos que operan a través de éstas: el cuerpo-objeto conocible y el cuerpo-sujeto traducible en el primer caso, y el cuerpo-objeto que excluye al cuerpo-sujeto en el segundo caso. Al mismo tiempo que estos cuerpos son “puestos en práctica” (*enacted*) y que las diferentes prácticas de la diabetes son coordinadas, se está llevando a cabo la traducción y producción de un cuerpo biológico y, ligado a ello, el silenciamiento de la posibilidad de diferencia entre éste y el cuerpo y la realidad totonaca.

He hablado de referentes que no son fijos, y de un alejamiento del binomio occidental naturaleza-cultura, pero esto no significa que no exista un cuerpo biológico y natural (es decir, universal) en el contexto intercultural en el que se enfoca esta tesis. A pesar de que no es con este cuerpo como “Cosa-en-sí” (Viveiros de Castro 2010:56) con el que estamos tratando, éste está siendo creado constantemente en el hospital junto con la enfermedad como condición del mismo, física y universal. Podemos pensar esta creación como parte del proceso de convencionalización de la cultura de los médicos. Lo que nos interesa subrayar, es que son en parte estas traducciones las que silencian la diferencia y crean “el cuerpo” en Ixtepec como un homónimo, pues siendo biológico y universal, no deja espacio a la diferencia. A continuación exploraremos estas traducciones y silenciamientos en la diabetes tanto con, como sin, síntomas.

En el caso de la diabetes con síntomas el médico se ve inmerso en un proceso de traducción en tanto que busca relacionar lo que narra el paciente con las características de alguna enfermedad definida por la biología. Como explica Good con base en una serie

de estudios de antropología médica, el “‘modelo médico’ típicamente utilizado en la práctica clínica y en la investigación asume que las enfermedades son entidades universales biológicas o psicosociales que resultan de lesiones somáticas o de disfunciones. Éstas producen “señales” o anomalías fisiológicas que pueden ser medidas a través de procedimientos clínicos y de laboratorio, así como “síntomas” o expresiones de la experiencia de aflicción, comunicado como un conjunto ordenado de quejas” (Good 2010:65). El diagnóstico en este caso es la “interpretación de los síntomas de los pacientes relacionándolos a sus fuentes funcionales y estructurales en el cuerpo y a las entidades patológicas subyacentes” (ibídem).

El cuerpo emerge de esta traducción como un ente “natural”, y por lo tanto coherente y singular.⁷⁶ Las preguntas que el médico hace al paciente para obtener información sobre potenciales síntomas también forman parte de este proceso de traducción de cuerpos, en el que el cuerpo-sujeto y el cuerpo-objeto que son el paciente (construidos así por la “práctica” o *enactment* de la diabetes determinado por el médico) son comparados y hechos corresponder con el cuerpo biológico. Las preguntas traducen en tanto que emergen ellas mismas de una concepción específica del cuerpo biológico enfermo y se dirigen a obtener información específica que pueda “reflejar” lo que la enfermedad está causando dentro del cuerpo; es decir, no se hace cualquier pregunta. Este proceso se lleva a cabo incluso cuando la diabetes es “practicada” (*enacted*) sin síntomas, pues el médico tiende a hacer preguntas al paciente para confirmar el diagnóstico.

La traducción y producción constante del cuerpo biológico como un referente físico y universal se crea y cimienta en el denominado “Resumen clínico y exploración física.” Esto sucede de dos maneras. En primer lugar, se utiliza un lenguaje clínico y biológico que traduce una “declaración subjetiva” en un síntoma o en una condición del cuerpo reconocido por el ámbito médico en general. Este lenguaje de las biociencias es “altamente técnico” y parte del modelo clínico descrito por Good, es decir, se “basa en una visión de las ciencias naturales sobre la relación entre lenguaje, biología y

⁷⁶ Esto sucede a pesar de que los síntomas no se toman como un conjunto, sino que se filtran. Mientras que sed y fatiga pueden significar diabetes, el dolor en el hombro corresponde a otro padecimiento y a otro médico especialista.

experiencia” (B. Good & M. Good 1981 en Good 2010:65). A veces parece rayar en lo absurdo, cuando el médico lee que la paciente tiene “distensión abdominal ocasional”, por ejemplo, y le pregunta “¿Dónde le duele la pancita?”. En el caso de un paciente con diabetes, el resumen clínico traduce y filtra todas las maneras en que la enfermedad está siendo “practicada” (*enacted*) en el caso en cuestión, así como las descripciones del paciente-sujeto, y expone sólo aquellos elementos que pueden ser observados y medidos en el cuerpo biológico, y por lo tanto comparados dentro del ámbito científico: “Mujer de 73 años, dislipidemia controlada, glucosa 110 urea 66 bun 31 creatina 0.6ac.” El Dr. Torres me explica que el nivel de glucosa se refiere a la diabetes, mientras que el resto nos habla del funcionamiento del riñón.

En segundo lugar, es en el resumen clínico donde la historia cronológica y causal que cuentan los médicos sobre la diabetes se explicita. Las diferentes “prácticas” (*enactments*) de la diabetes se coordinan al distribuirse en diferentes puntos de un proceso patológico, y a los efectos en el cuerpo se les categoriza en tanto síntoma o complicación. Se expone el estado actual del paciente y después el tratamiento recomendado. Algo similar ocurre en el hospital holandés que describe Mol: “[t]odo el papeleo sobre un paciente se unifica en una carpeta. Los resúmenes convierten las aterosclerosis específicas de un paciente en un objeto único (*single*)” (2002:56). Ese objeto único se construye así como una enfermedad biológica, un referente externo y físico, una condición del cuerpo que puede medirse como glucosa en la sangre y que tiene diferentes síntomas. Al mismo tiempo, el cuerpo se constituye de igual forma: después de la “exploración física” se anotan el peso, la estatura y la presión (tensión arterial) del paciente. Es decir que a la vez que unifica las “prácticas” (*enactments*), traduce el cuerpo. Al final de cada consulta, el resumen se entrega al paciente (como diciendo, aquí está tu cuerpo, sácale copias).

Hemos visto cómo se crea el cuerpo biológico en el contexto del hospital IMSS Oportunidades, pero ¿cómo se silencia el cuerpo totonaco, como aquí sugerimos que sucede? Esto sucede en varios momentos, por varias vías. Ningún mecanismo engloba a los otros y ninguno silencia la diferencia (como si fuera algo total) por completo por sí mismo. Lo que se presenta aquí son situaciones —relaciones equívocas— que hacen del cuerpo un homónimo, en lugar de un sitio de conflicto o de aparente malentendido.

Asimismo, estos mecanismos no son fallas que una vez identificadas se puedan corregir, son equívocos (bases o posibilidades de relación, siguiendo a Viveiros de Castro) y son relaciones de poder entre dos culturas diferentes. Esto tampoco significa que sean infranqueables o inmodificables, tema que abordaremos en el Epílogo de esta tesis.

En el caso de la diabetes sin síntomas el silenciamiento es efecto en gran parte de la “práctica” (*enactment*) del cuerpo como objeto. En el diálogo por excelencia entre el cuerpo-objeto y el médico no hay lugar para nada (o nadie) más. No solo silencia el cuerpo-sujeto en el sentido de que éste vive y percibe la enfermedad y su cuerpo de modo subjetivo (pero importante), sino que se silencia la diabetes aprehendida y constituida desde una noción de cuerpo totonaco que se pone en juego a través de los conceptos de vida y enfermedad y que buscamos develar aquí al mover nuestra mirada al pueblo. El diálogo es cerrado, el médico habla con la sangre e informa al paciente. Esto va más allá de una simple falla de comunicación rectificable a partir de una o dos preguntas más en la consulta, pues implica un concepto del cuerpo-objeto como biológico y universal a la realidad (única) a la cual pueden acceder de manera directa los estudios. Esto no deja espacio para la pluralidad, para la existencia de diferencia profunda o radical, ni para la escucha.

Este silenciamiento, más allá de suprimir una posibilidad de la expresión de disyuntivas, crea una relación específica entre médico y paciente, en tanto que una de las principales tareas de la medicina clínica es el “tratamiento racional dirigido a la intervención en los mecanismos de la enfermedad” (Good 2010:65). Esta intervención toma precedencia, de modo que es una obligación ética y moral del médico intervenir en el cuerpo, aunque esto requiera presionar o regañar, o cualquier otro método de comunicación violento.

Las preguntas que los médicos plantean a los pacientes —y que hemos identificado como herramientas para, y a la vez producto de, una traducción del/al cuerpo biológico— funcionan como otro mecanismo de silenciamiento de la pluralidad de cuerpos y diabetes, tanto en el caso de la diabetes asintomática como en el de la sintomática. La diabetes, según su definición y descripción oficial, tiene una serie de causas posibles que son irrelevantes para el diagnóstico e incluso para el tratamiento de la enfermedad (genética, desnutrición infantil, etc.). En la clínica las preguntas relevantes para poder

realizar un diagnóstico que no se hayan identificado en el examen físico (como el sobrepeso), se refieren a los síntomas. Este simple hecho oculta una de las mayores diferencias entre la diabetes médica y la totonaca, como veremos más adelante: su etiología.

Sin embargo, a pesar de que la voz del paciente es silenciada en gran medida (y a través de ello la diferencia, si consideramos que ya que en la clínica toda acción es determinada o prescrita por los médicos, la única vía para acercarnos a una concepción totonaca de la diabetes y el cuerpo es a través de esta voz), este silencio no es absoluto ni mucho menos. Hay muchos casos en los que el paciente describe un síntoma que no coincide con un objeto definido por la biología. En estas situaciones el médico coordina esta no-coherencia filtrando las narrativas del paciente a partir de una noción multiculturalista —es decir, naturalista— de “creencia”. Es decir, que asume que hay un mundo natural y un cuerpo físico a los que tienen acceso, y que hay diferentes representaciones culturales de esta naturaleza que se expresan en forma de creencias. Cuando un paciente narra un padecer para el cual no es posible “identificar” un “referente empírico”, “se cuestiona la significatividad misma de la queja. Tales quejas... suelen explicarse como reflejos de las creencias o estados psicológicos de los pacientes, es decir, opiniones subjetivas y experiencias que pueden no tener base en un trastorno fisiológico y por lo tanto, en la realidad objetiva” (Good 2010:65). Como consecuencia, cuando surgen estas narrativas en el consultorio, se ignoran, se descartan, y definitivamente no se anotan en el resumen clínico.

En ocasiones la noción de creencia que opera en el contexto intercultural del hospital en Ixtepec conlleva un carácter de “error” o “falso” implícito (en tanto que no coincide con una realidad natural) que se cita como razón para no tomar en cuenta las narrativas de los pacientes en su totalidad. La Dra. de la O, por ejemplo, me explicó que la idea de que el susto causa la diabetes, compartida por los pacientes totonacos, es “la mala creencia.” Continuó: “si también les preguntas, ellos dicen “me enojé”, pero pregúntales [de] su familia: su mamá es diabética, su papá es diabético, tiene hermanos diabéticos... O sea la mayoría van a serlo. Y ellos tienen la creencia que por el susto empezaron con la diabetes. No... pobrecitos de los médicos. Con los pacientes que llegan, los sustazos que nos llevamos y todavía no me he hecho diabética. O sea creo

que esa teoría no, no se aplica.” Aquí pudiéramos agregar: a la naturaleza. No se aplica a la naturaleza. En este caso, la creencia es algo determinado por una cultura y que no se refiere o representa algo natural. “Ellos siguen aferrados en algunas creencias. No se las vamos a quitar, pero...”

En otras ocasiones aquello que no “se aplica a la naturaleza” se filtra, no necesariamente por ser falso, sino por ser irrelevante al diagnóstico. En una consulta el Dr. Bermúdez le indica a una mujer anciana que cuando se bañe se revise los senos para ver si hay bolitas. Su hija contesta que ya tiene. “¿Cómo?” Ella explica que cuando la baña le salen bolitas en la piel, en la espalda, y se le caen. El doctor se nota un tanto incrédulo y les dice que vengan a verlo cuando eso pase. En el resumen clínico no menciona nada de esto, y se enfoca únicamente en el dolor de cabeza que refirió: “cefalea localización frontal”.

En otra ocasión, un paciente cuyo resumen clínico indica que tiene problemas en los pulmones le explica al Dr. Torres que le suena una gota de agua en la cabeza cuando está dormido:

- “Qué raro.”

- “Y estornudo mucho cuando termino de comer.”

El doctor no responde. Segundos después le pide al paciente que inserte el dedo en un aparato que mide la oxigenación del pulmón. De una manera sutil, el doctor pasa de dialogar con el cuerpo-sujeto a dialogar con el cuerpo-objeto, sobre el cual es experto. En ninguno de los dos ejemplos podemos saber que el médico esté en desacuerdo, o que le parezcan “falsos” los síntomas, pero al no poder hacer que coincidan con una condición definida por la biología, se filtran, se ignoran, y a la vez, se produce el cuerpo biológico y la enfermedad biológica.⁷⁷

Las denominadas “creencias” que surgen de las narrativas de los pacientes no siempre se ignoran por no tener un referente biológico, sino porque se les reconoce como representaciones débiles de la realidad. Volviendo al ejemplo del susto que ocasiona la

⁷⁷ Las “creencias” se filtran o ignoran únicamente cuando no contradicen las indicaciones del médico: “Si, salen con su licuado de nopal, de alpiste para el colesterol. Está bien, mientras sigan tomando sus medicinas” (Dr. Torres, Ixtepec 2013). Es decir, se pone en efecto una lógica naturalista según la cual en el mundo pueden co-existir diferentes representaciones de la naturaleza, pero la representación médica y científica tiene un acceso epistemológico privilegiado a la naturaleza (es decir, tiene “la razón”).

diabetes, varios médicos me explicaron que una fuerte impresión sí puede desencadenar la diabetes, pero que la predisposición genética ya estaba, así como factores de riesgo como la obesidad. El Dr. Torres, médico interno, me explicó que “eso piensan ellos, y sí puede afectar...” pues sí hay una carga hormonal durante un susto que puede desencadenar la enfermedad, pero ya traen predisposición genética (Ixtepec 2013). El Dr. Bermúdez por su parte me dijo que el evento (el susto) puede alterar un poco el metabolismo, pero que el daño ya estaba hecho y que más bien las personas se dan cuenta de las cosas después de un susto, un accidente o una discusión porque “se ponen un poquito más susceptibles” (Ixtepec 2013). En este sentido las creencias de los totonacos son parcialmente atinadas (potencialmente empíricas), parcialmente aplicables a la naturaleza, pero al final irrelevantes en el consultorio e irrelevantes para el diagnóstico, pues éste se basa en métodos científicos (“mejores”) para acercarse a la naturaleza.⁷⁸

El que los médicos lleven a cabo una filtración en referencia a la constitución del cuerpo desde la biología o el conocimiento biológico no implica que ellos *sean* la biología o la medicina alópata, o que no estén inmersos ellos mismos en una “cultura”. Más allá de que no actúen asumiendo que todo aquello que no es biología es creencia y por lo

⁷⁸ Resulta de gran interés el hecho de que no nos fue posible identificar ningún estudio científico que relacione el susto (como emoción, como estrés) con el inicio/desarrollo de la diabetes. Existen algunos estudios que establecen una relación entre el estrés (pensado en términos biológicos como reacción de pelea o huida ante un estímulo) y la diabetes, en tanto que éste ocasiona una liberación de hormonas y una estimulación del metabolismo por parte de la tiroides que pueden afectar los niveles de azúcar en la sangre. Sin embargo, hay pocos estudios al respecto y todos se refieren al efecto del estrés en pacientes diabéticos, no al estrés o susto como causa de la enfermedad. En el 2002, Poss y Jezewski publicaron un estudio acerca del papel que juega el susto en los “modelos explicativos” de los habitantes mexicanos de El Paso, Texas sobre la diabetes tipo 2. En este artículo identifican únicamente dos estudios que consideran “la relación entre el estrés psicológico y diabetes tipo 2” (Poss y Jezewski, 2002: 363). Estos estudios (uno entre sujetos holandeses y uno entre agricultores mexicano-americanos) concluyen únicamente que aquellos individuos que habían sufrido un número mayor de eventos estresantes a lo largo de su vida tenían mayores posibilidades de desarrollar diabetes tipo 2 que aquellos que no habían tenido tales experiencias (Mooy et al. 2000 y Sheder 1988 en Poss y Jezewski 2002:363). De modo que resulta interesante que la gran mayoría de los médicos coincidiera con que el susto probablemente podía desencadenar la enfermedad (o incluso con que esto estuviera comprobado). Este hecho nos lleva a una problemática mayor: el hecho de que el susto causa la diabetes en todo el país (poniendo a un lado las definiciones específicas de la diabetes y del susto en cada lugar). Todos los estudios de diabetes entre mexicanos en Estados Unidos revelan que la causa principal para la enfermedad es el susto. Lo mismo con estudios entre indígenas en México que mencionan la diabetes. ¿Y a quién no le han dicho que se coma un pan o se tome un mezcal después de un susto? ¿Por qué se *sabe* algo de manera tan difundida?

tanto “falso”, varios médicos declararon “creer” en estas cosas. “A mí me inculcaron que esas cosas sí existen.” El Dr. Bermúdez incluso las incluye en su práctica en tanto que a veces las costumbres pueden ser dañinas y es él el que las trae a colación y no el paciente. Por ejemplo, para el mal aire recomienda a los pacientes amarrarse un listón rojo en la muñeca en lugar de usar alcanforina, porque es cancerígena. Vemos, pues, que las “creencias” se filtran, pero son conocidas, familiares. De modo que al escribir el resumen clínico lleva a cabo una última traducción que no sólo filtra las “creencias” de los pacientes, sino donde se filtra él mismo.⁷⁹

Aquí vemos cómo la traducción crea una relación entre el cuerpo del médico y el cuerpo biológico, en tanto que son diferentes. No se está creando *un* cuerpo, se están estableciendo dos, a partir de su puesta en relación (en cada caso específico). Lo mismo sucede con el cuerpo totonaco y el cuerpo biológico: al traducir y producir uno se silencia el otro y vice-versa, relacionándolos de maneras diferentes en tanto que son diferentes. Es el proceso de silenciamiento el que los establece como homónimos y equívocos. Vemos, pues, que no se trata de “dos” cuerpos y “dos” enfermedades (como entidades discretas, separadas), sino que, en tanto que se relacionan —y en cada relación—, se establecen como tales.

El silenciamiento de la diferencia en el consultorio no es resultado únicamente de las coordinaciones y traducciones médicas; también surge de algunas “prácticas” (*enactments*) de la enfermedad misma, tanto por parte de los médicos como de los pacientes totonacos. Un ejemplo ya ha sido mencionado: el hecho de que la causa última de la diabetes (predisposición genética) no tiene efecto alguno sobre el diagnóstico o tratamiento, de modo que no se discute la etiología de la enfermedad con el paciente. Como veremos en la tercera parte de esta tesis, aunque la etiología es una parte fundamental para la definición y construcción de la diabetes totonaca, tampoco tiene un efecto sobre el tratamiento, diagnóstico o control de la enfermedad, o por lo menos no uno que requiera mención en el consultorio. Aunque entre los totonacos no se trate de una división causa y efecto igual a la del médico, sino a un proceso de inclusión según el

⁷⁹ En Ixtepec, sin embargo, las consecuencias de ello son mínimas: a pesar de que algunos médicos declaran entender al paciente, en el momento de la consulta toma precedencia la importancia de que el paciente “entienda” la seriedad de la enfermedad y dominan casi por completo las definiciones biológicas del cuerpo y la enfermedad.

cual ir al médico es *parte* del tratamiento y de la consecuencia, como veremos más adelante, estas características de las diabetes implican un silenciamiento: en el contexto del hospital ni los médicos ni los pacientes hablan mucho de la etiología.

Un acercamiento a las prácticas de la diabetes como azúcar en la sangre nos ha develado un objeto múltiple que no se cura, un objeto cuya “práctica” (*enactment*) como un número en relación a otro es altamente variable y depende de una serie de entidades —un cuerpo dispuesto a dar sangre cuyo estado cambia o el número que le señala la diabetes, un médico que lea el número y una serie de parámetros con los cuales se pueda comparar. Nos ha develado un objeto que antes de la consulta no existía como tal. Una enfermedad silenciosa, que en la práctica puede ser *enacted* como una vasta serie de malestares en el cuerpo, en ocasiones muy graves, o que puede ser “puesta en práctica” (*enacted*) como un número sin ningún mal perceptible. Un objeto localizado en la sangre, al que tiene acceso el médico en el hospital y nadie más. Una enfermedad diagnosticada por el médico, en donde causa y tratamiento están escindidos. Un objeto a partir del cual se traduce y crea el cuerpo y la enfermedad como físico y universal: como dado.

3.4 Del control al descontrol: una lógica de la elección

Después del diagnóstico

“Mobilising the logic of choice can lead to poor care.

It can shift the weight of everything that goes wrong onto the shoulders of the patient-chooser” (Mol 2009, Prólogo)

En la sección anterior describimos dos de las tres cosas que enfatizan los médicos al hablar con sus pacientes acerca de la diabetes: que es azúcar en la sangre y que es para siempre. La tercera se presenta siempre en relación a la segunda: "...pero se puede controlar." Este carácter de la diabetes es el más resaltado por los médicos en Ixtepec. Sin embargo, si nos enfocamos en la práctica, descubrimos que también hay una diabetes que es muy difícil de controlar. En esta sección analizaremos la tensión entre estas dos "prácticas" (*enactments*) de la diabetes como una enfermedad controlable y difícil de controlar, así como las nociones de cuerpo y persona que operan a través de éstas. Para ello nos enfocaremos principalmente en el caso de Doña Josefa, paciente diabética que estuvo hospitalizada dos semanas.

Dentro de la clínica los médicos familiares, las especialidades, SAIS (Sistema de Atención Integral a la Salud) y trabajo social, todos describen una diabetes que a pesar de ser para siempre, no implica una mala vida. Para lograr esto, es necesario controlar la enfermedad a través de una dieta de baja de peso (que restrinja la ingesta de calorías al día), alta en fibra y baja en grasas, así como realizar treinta minutos de ejercicio aeróbico diario. Los pacientes argumentan en contra de estas medidas, y es aquí donde encontramos uno de los equívocos más explícitos y potenciadores, de modo que trataremos el tema a profundidad en la Fuga (capítulo 4) que nos permitirá pasar del hospital al pueblo. Por el momento, sin embargo, nos interesa enfocarnos en la creación (por parte del médico principalmente) de una diabetes que es controlable.

En la creación de este objeto opera una noción de persona específica: responsable, autónoma y capaz de controlar su cuerpo. Esta persona es o debería ser capaz de *elegir* —en este caso, elegir seguir el tratamiento. En efecto, es un tratamiento que depende de los pacientes como sujetos morales. Como declara la residente de medicina interna, Margarita: "la principal fase para que se controlen es aceptar que tienen una enfermedad que se puede controlar" (Ixtepec 2013). Es una enfermedad controlable, pero depende del paciente aceptarlo y llevarlo a cabo. Como explica Maricruz Olivares, trabajadora del SAIS, "puedes vivir bien, siempre y cuando *tú quieras* cuidarte" (Ixtepec 2013, mi énfasis). Mol, en su libro sobre el cuidado de paciente con diabetes, explora las

nociones de persona y la lógica de elección que ella identifica como inherente al diseño del tratamiento de esta enfermedad.

La lógica de la elección, denominada así por la filósofa, se expresa tanto en el consultorio como en las campañas de salud pública.⁸⁰ Éstas, argumenta Mol, “igualan” a todos, en tanto que asumen que cada persona tiene un ‘estilo de vida’ y puede elegir uno que es mejor (Mol 2009:62). En Ixtepec esta idea permea los cursos de sensibilización y capacitación. En la carta descriptiva para pacientes con *diabetes mellitus* 2013, por ejemplo, está anotado para la tercera sesión: “Tema: estilo de vida saludable; objetivo: concientizar sobre la importancia de la alimentación adecuada y la actividad física para un buen control metabólico.” El propósito del estilo de vida saludable, me explicaron varios trabajadores del IMSS, es mejorar la calidad de vida ya que no es posible curar la enfermedad.⁸¹ Esto conlleva un concepto específico de cultura en dos sentidos: como hábito inherentemente cambiante, como veremos más adelante, y como “iguales” entre sí en tanto que las culturas son “igualmente” representaciones de “una naturaleza”. Es por esto que no importa *cuál sea* el estilo de vida de la persona *antes*, la idea es que se puede cambiar siempre *del mismo modo*: a partir de una elección individual y “racional”. Es a partir de esta noción que se propone un tratamiento para la diabetes aplicable donde sea, pues implica que los hábitos pueden variar y cambiar, pero que el cuerpo y la enfermedad son las mismas en todo el mundo.

La noción de persona que se liga con la lógica de la elección y con la idea de control que permea el diseño del tratamiento de la diabetes se basa, según el análisis de Mol, en la noción de “ciudadano”. Partiendo de la filosofía política, la autora argumenta que los ciudadanos se definen por su habilidad de controlar sus cuerpos (Mol 2009:34). Asimismo, la noción de ciudadano connota una habilidad de razón: “la habilidad para domar las pasiones de uno es una condición para el autogobierno” (ibídem). Esta noción de persona autónoma y razonable implícita en el tratamiento de la diabetes tiene dos

⁸⁰ Mol distingue entre la lógica de la elección según la cual el paciente debe poder tomar decisiones sobre su tratamiento y aquella en la que se le pide al paciente que elija cambiar su estilo de vida. Aquí nos enfocaremos más en la segunda expresión de esta lógica, aunque las nociones de cuerpo y persona sobre las que se basan atraviesan a ambas.

⁸¹ Qué constituye una buena calidad de vida no está definido. Como dice Mol, buscar “una vida larga y feliz suena bien, pero [en el caso de la diabetes] a menudo es necesario elegir entre ‘larga’ y ‘feliz’” (Mol 2009:19).

consecuencias: primero, se crea un cuerpo que es posible y necesario controlar, y segundo, se trazan los límites de las posibilidades del médico a partir de una noción de responsabilidad. Es común en Ixtepec oír declaraciones de médicos frustrados ante la falla del tratamiento como la del Dr. Bermúdez: “Sí, es frustrante y sí es desesperante, pero ahora sí que es decisión de ellos, yo no los puedo obligar. Uno como médico les enseña el camino. Si ellos no lo quieren seguir y se quieren ir por el otro lado... Hasta dónde llega la responsabilidad como médico, hasta dónde llega la responsabilidad como paciente?” (Ixtepec 2013). Asimismo, Abram Nuño, encargado de impartir pláticas sobre la dieta, explica que “aunque nosotros les digamos, ‘no hagas esto, no hagas aquello’, si ellos no lo quieren hacer, no sirve de nada. Aunque yo les de tres, cuatro, cinco, seis veces plática de eso, no sirve de nada” (Ixtepec 2013).

El cuerpo que emerge a partir de esta lógica de la elección es uno moral, en tanto que como cuerpo-objeto es controlable por el cuerpo-sujeto (ciudadano moral). Este cuerpo es “practicado” (*enacted*) por lo general en relación a la dieta, más que al ejercicio o a la toma de medicamento. Mol declara que “la moralidad incorporada a los consejos alimentarios, especialmente en consejos alimentarios que buscan prevenir la obesidad, es que los que comen deberían ser moderados” y que al buscar moderación “el cuerpo humano se presenta como una bestia voraz, codiciosa. Para domar esta bestia, las facultades *racionales* de el Hombre, es decir, *su voluntad y su cognición*, deben tomar control (Mol 2010:121, mi énfasis).

En el IMSS Oportunidades en Ixtepec, la noción de moderación es importante. Margarita, residente, explica que a veces a los pacientes “les da miedo el tener que privarse un poquito, o medirse en la cantidad de cosas que comer” (Ixtepec 2013). Sin embargo, los médicos reconocen que en Ixtepec no se enfrentan a cuerpos codiciosos como los que inspiraron el diseño del tratamiento por parte de la Asociación Americana de Diabetes, sino, como explican ellos, a cuerpos con hábitos muy arraigados. Lo que coincide con la descripción de Mol es la noción de que se pueda controlar el cuerpo (sea domando una bestia o sea deshaciéndose de “hábitos”) a partir de la razón, de la “voluntad y la cognición” de cada individuo. Como declara Mol, “[s]é racional, es el valor incorporado” a las indicaciones sobre la dieta (2010:124). Sin embargo, en Ixtepec no se

trata de usar la razón para domar las pasiones y la avaricie, sino para dejar los “malos hábitos”.

Aquí opera la noción de cultura como inherentemente cambiante por el individuo que mencionábamos en relación a la elección del estilo de vida. Podemos decir que es una manera de entender la cultura porque los médicos no hablan de los hábitos de un paciente individual que fue educado de cierto modo, sino de todos sus pacientes —que comen mucha tortilla, mucho chile, mucho café (endulzado) y que trabajan todo el día. Aquí, una ontología naturalista lleva a una división entre cultura y hábitos que pueden ser cambiados aunque sea difícil por un lado y una biología inmutable por el otro. No existe la posibilidad de que los “hábitos” de los pacientes se relacionen de maneras diferentes y fundamentales con su cuerpo y el cosmos, lo cual, como se develará en el capítulo que titulamos “Fuga”, constituye un equívoco profundo en relación a la dieta. Los médicos piden, de manera implícita, que los pacientes sean “racionales” ante una “realidad física” que se les presenta. Que comprendan que los hábitos deben cambiarse, que acepten que es más importante (¿y más real?) la enfermedad que habita su cuerpo biológico que los hábitos y costumbres (construidos). Esto, en efecto, constituye otro mecanismo de silenciamiento, en tanto que la noción de cultura naturalista excluye la posibilidad de una diferencia profunda, al nivel de la construcción de lo dado. Asimismo, bajo esta lógica el paciente se construye de manera implícita como un ser irracional al no adherirse al tratamiento (sin implicar que los médicos digan esto). Si no actúan con razón, no hay nada que el médico pueda hacer más que insistir, pero en ningún lugar dentro de esta lógica cabe lugar para la escucha.

La no-adhesión al tratamiento se explica en términos de una falta de voluntad o de cognición, elementos que Mol utiliza para caracterizar el uso de la “razón” dentro de esta lógica: al discutir los posibles motivos por los cuales los pacientes no siguen el tratamiento, no *se controlan*, todos los médicos con los que hablé concluían que aunque es difícil para los pacientes, más bien “no quieren entender”; “no quieren”; “no entienden” o “no se quieren”. En este último caso la falta de razón se le adjudica a una falta de autoestima, pues para los médicos la pregunta es ¿quién no elegiría cuidar su salud?⁸²

⁸² Esta lógica también crea al paciente como individuo autónomo (Mol 2009:62). Aunque en los cursos del IMSS se habla de la importancia del apoyo de la familia, al final el paciente debe decidir y cambiar, con o

Conduce, para ellos, a una sensación de frustración. Como declara la Dra. de la O, "...tienen como 10, 15 kilos demás y aparte no controlan su azúcar, y no controlan lo que comen y no quieren inyectarse insulina, *no hay forma a veces de ayudarlos*" (Ixtepec 2013, mi énfasis). Para los médicos, la elección parece fácil: la diabetes es algo dado que hace daño a menos de que cambies tus hábitos, que a fin de cuentas son construidos y por lo tanto su transformación no tiene más efecto que una cierta incomodidad (cuando como veremos en la Fuga, tiene efectos profundos en el cuerpo y la persona totonacos). Es común en una consulta escuchar este planteamiento: "No bueno, ¿quiere que le quite el dolor, o quiere que le sepa la comida? Se los ofrezco, ¿qué eligen? Esa es la opción" o "Te dicen 'es que no puedo comer sin tortillas'. Pues tienes que aprender a hacerlo. Si no, tu azúcar nunca va a mejorar" (Dra. de la O, Ixtepec 2013).

Mol critica la lógica de la elección en relación a la diabetes en tanto que las prácticas develan que el cuidado diario de la enfermedad implica actividades enmarañadas, olorosas, sangrientas, atemorizantes, y tediosas que pueden ser difíciles de llevar a cabo. En este sentido la no-adhesión no se debe a una elección: "*Choice has very little to do with all this*" (Mol 2009:1757). En Ixtepec las prácticas, como veremos en la Fuga y en la tercera parte de esta tesis, son complicadas, toman tiempo y, en el caso de la dieta o el medicamento, pueden causar daño.

Asimismo y más allá de las prácticas, si abrimos paso a la posibilidad de diferentes invenciones de lo dado y lo construido, de cuerpos y realidades diferentes, nos permite salir de esta lógica donde la reticencia por parte del paciente se deba a una falta de comprensión o interés ante la elección que se les da: o control, o complicaciones. Más adelante, al enfocarnos en la diabetes en clave totonaca, veremos que los pacientes están tan comprometidos (naturalmente) con su salud como los médicos; no para decir que no es posible el cambio ante la tradición (de hecho, es todo lo contrario en tanto que la diabetes implica cambio), sino para demostrar que no comprendemos o no son evidentes las implicaciones ni las vías de ese cambio.

Hemos visto que la "práctica" (*enactment*) de la diabetes como controlable (o como algo que se sabe controlable), opera a través de una lógica de la elección relacionada

sin su familia y sin importar las relaciones que lo atraviesan. Es profundamente complicado, por ejemplo, para la mujer que cocina para su marido o para la pareja que debe compartir la comida, llevar la dieta.

con una noción de persona que es capaz de controlar su cuerpo y que es capaz de elegir un estilo de vida a partir del uso de la razón. En este sentido opera un “cuerpo moral”. A su vez, a través de esta “práctica” (*enactment*) surgen dos nociones de cultura que pueden definirse como “naturalistas”. La primera es que el estilo de vida puede adoptarse, el cambio puede realizarse, sin importar qué había ahí en primer lugar, pues lo que está en juego es la biología, la salud del cuerpo. La segunda es que la cultura, al ser construida y al ser una representación de una (la) naturaleza, es cambiante o mutable por parte del individuo. La diabetes como controlable es “practicada” (*enacted*) en la clínica.⁸³ Sin embargo, si movemos la mirada al área de hospitalización, nos encontramos con una diabetes difícil de controlar.

Cuando yo conozco a Doña Josefa ella lleva casi 15 días internada en el hospital. Los médicos apenas están logrando mantener sus niveles de azúcar estables. Emerge una “práctica” (*enactment*) de la diabetes en tensión con aquella que dice que el control es alcanzable si el paciente simplemente sigue la dieta y hace ejercicio. El metabolismo humano se revela como algo más complejo y menos causal que aquel implícito en la “práctica” (*enactment*) de la diabetes controlable. Como explica el equipo de biólogos de Salk: “Imagina el auto híbrido más futurístico e intrincado posible, uno que sin mayor esfuerzo y de manera eficiente balancea el uso de la batería y del combustible para llevarte velozmente a tu destino. No será ni una fracción de lo complicado que es el metabolismo humano” (Salk Institute for Biological Studies 2012). Durante su tratamiento en hospitalización, a Doña Josefa se le hicieron siete cambios de medicamento para controlar el nivel de glucosa en su organismo. Se incluyeron antibióticos en el tratamiento, pues en hospitalización se toman en cuenta factores que afectan el nivel de azúcar y que no existen en la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como controlable, como lo son las infecciones. Cuando me la presentan, el médico me informa que ya no le están dando insulina de acción rápida sino de acción intermedia con esquema de rescate de insulina rápida, por si vuelve a subir, de modo que ni siquiera ahora se está seguro de su control.

⁸³ Como mencionamos en el primer capítulo, según el diagnóstico nutricional del año 2013 realizado por el SAIS, hay 134 pacientes diagnosticados con *diabetes mellitus* tipo 2, 76 con “DM descontrolada” y 52 con “DM controlada”. Vemos aquí cómo la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como controlable implica un estado que se logra, y que no está caracterizado por lo previsible y lo constante.

El caso de Doña Josefa coincide con las observaciones etnográficas y el análisis que hace Mol de la diabetes: “Y luego... aún si dominas tus tareas, el control sigue siendo una ilusión” (2009:19). Mol explica que la idea de la polis griega, incluida en la noción de ciudadano, de que el “hombre libre” pueda controlar el mundo como controla sus músculos desde un centro decisivo, no es compatible con la diabetes, aunque se declare que así sea:

Al hablar sobre vivir con diabetes se utiliza la palabra ‘control’ frecuentemente para describir los intentos por parte de la gente de estabilizar sus niveles de azúcar en la sangre desde afuera. Pero ese término es engañoso, pues atender a nuestro metabolismo no se parece en absoluto al control de nuestros músculos. ...el azúcar está siendo quemado en todas las células del cuerpo. Este proceso no puede ser dirigido desde un centro (Mol 2009:32).

Tampoco puede controlarse desde afuera, pues la diabetes “depende de demasiadas variables. Es imposible controlarlas todas: cosas inesperadas siempre suceden” (ibídem).

La diabetes, según la etnografía que realiza la filósofa, no es predecible ni controlable (por lo menos no en el sentido absoluto que describen los médicos del IMSS). En sus palabras: “el balance de azúcar es parte de un sistema metabólico: el término sugiere un circuito cerrado pero algunas variables siempre faltan. Se comportan de manera impredecible y no se conocen. Esto significa que la obligación del control constante implica una amenaza de un fallo inesperado. *Y nunca sabes qué lo causó*” (Mol y Law 2004:55, énfasis en el original). Mol y Law agregan que “lo mismo sucede en el caso de las complicaciones eventuales. Objetivos bajos de niveles de azúcar buscan prevenir complicaciones secundarias, pero inclusive aquellos que llevan un régimen estricto llegan a padecerlas” (ibídem).

El descontrol no siempre es “practicado” (*enacted*) de la misma manera; inclusive aquí encontramos multiplicidad. Hay un descontrol que es un nivel de azúcar alta, y hay un descontrol que es una descompensación. Así como al momento del diagnóstico, la diabetes no controlada es “practicada” (*enacted*) como un número en relación a otro, pero aquí los números son otros. En lugar de que el número indique ‘tener diabetes’ por ser mayor a otro, como en el primer caso que analizamos en este capítulo, el descontrol se actúa como un número que debe ser alcanzado para “cumplir criterios” de cetoacidosis o de estado hiperosmolar (las dos posibles descompensaciones).

Al igual que la diabetes al momento del diagnóstico, la “práctica” (*enactment*) de la diabetes no controlada depende de las entidades y materialidades. Por ejemplo, una mujer anciana ingresa a urgencias en un estado grave. Margarita me explica que “tiene una glucosa muy, muy alta, de 852 mg/dl”, pero que “no está acidótica... Está muy alta, está deshidratada, *pero no está todavía en acidosis metabólica por la gasometría*. Se tiene que tomar una gasometría arterial para ver si está en acidosis o alcalosis” (Ixtepec 2013, mi énfasis). Se requiere el estudio para que la acidosis pueda ser “puesta en práctica” (*enacted*). Asimismo, Doña Josefa “no cumple criterios para una cetoacidosis o un estado hiperosmolar” porque cuando llega a urgencias los laboratorios no están disponibles, de modo que sólo es posible hacer la prueba de dextrosis en el dedo y los niveles de azúcar en su sangre eran tan altos “que incluso el glucómetro no lo marcaba.” Al día siguiente se le hacen los estudios, pero no cumple ningún criterio. “Solamente una diabetes descontrolada.” A pesar de que en un principio se sospechó un estado hiperosmolar, este nunca pudo ser “practicado” (*enacted*). Doña Josefa únicamente estaba descontrolada.

Vemos en estos ejemplos que el cuerpo “puesto en práctica” (*enacted*) en el área de hospitalización es de nuevo un cuerpo-objeto. El médico dialoga con la sangre y el cuerpo-sujeto queda excluido. En este caso, la “práctica” (*enactment*) no depende del cuerpo-persona moral, sino que se encuentra en una relación de tensión con éste: pareciera contradictorio que afuera del hospital y en la clínica es relativamente “fácil” controlar la diabetes si uno decide hacerlo mientras que en hospitalización, con el alimento y el medicamento completamente controlados, el azúcar no se pueda mantener bajo control. Esta tensión se coordina a partir de un mecanismo de distribución tanto espacial como temporal. A la distribución espacial ya nos hemos estado refiriendo: el objeto ‘diabetes controlable’ se sitúa en el pueblo (donde se debe controlar) y en la clínica (donde se revisa si el paciente lo está haciendo o no), mientras que el objeto ‘diabetes difícil de controlar’ se sitúa en hospitalización, donde el diálogo es entre médico y cuerpo-objeto.

La distribución temporal de estas diabetes toma la forma de un proceso que se relaciona con los cuerpos: el paciente como cuerpo-objeto descontrolado está en el hospital porque el paciente como persona moral perdió el control sobre su cuerpo y llegó

al extremo en el que se vuelve más difícil controlar la diabetes. Esta es la explicación que se da del caso de Doña Josefa: “básicamente, como era una persona que llevaba mal control de su enfermedad, que no tomaba los medicamentos, que no se cuidaba, y a parte agregándose una infección importante, pues viene todo el descontrol metabólico” (Margarita, Ixtepec 2013). En este sentido no sólo hay una distribución temporal, sino que cada “práctica” (*enactment*) abre o establece un lugar para la otra (descompensación como un estado tardío de un proceso negativo, control como la meta del mismo proceso, pero positivo). Este mecanismo de coordinación redistribuye la tensión: no es una contradicción ubicada en el cuerpo o la enfermedad, sino entre un cuerpo-objeto y una persona moral: “no le podíamos controlar las glucosas porque ella no cooperaba” (Margarita, Ixtepec 2013). De modo que el cuerpo moral se produce en una relación de tensión con el cuerpo-objeto en el contexto de hospitalización.⁸⁴

El que cada “práctica” (*enactment*) sea actuada por cuerpos, y que a la vez diferentes cuerpos surjan a través de éstas, no implica que hay una serie de cuerpos diferentes en cada lugar o cada relación, ni que el paciente se transforme constantemente. El potencial choque entre cuerpos no se da entre cuerpos “practicados” (multiplicidad), que como hemos visto tienden a fungir como mecanismos de coordinación, sino entre cuerpos diferentes producto de diferentes invenciones de lo dado y lo construido, de diferentes culturas (pluralidad). El paso de un cuerpo “practicado” (*enacted*) a otro se lleva a cabo sin problemas. Por ejemplo, el doctor Torres y Margarita entran a revisar cómo sigue Doña Josefa:

Doctor: ¿Le duele la pancita?

Josefa: Ya no.

Doctor: ¿No? ¿Tampoco? ¿Diarrea? ¿Nada de eso?

Josefa: No

Doctor: ¿Ha comido bien?

Josefa: Sí.

⁸⁴ Dentro del ámbito de la medicina se ha criticado mucho el que al paciente se la torne pasivo. Se ha propuesto que los pacientes deben ser autónomos y decidir sobre su propio cuerpo. En el caso de la diabetes en Ixtepec, operan ambas cosas. El paciente en el consultorio es tratado como cuerpo-objeto pasivo a y a la vez regañado como cuerpo-sujeto activo y responsable de su cuerpo (y de su enfermedad).

Doctor: ¿Sí? ... ¿Cómo estuvo el último dextrosis?

Margarita: El de hoy en la mañana en 109.

En las primeras dos preguntas que plantea el médico la paciente es “practicada” (*enacted*) como un cuerpo-sujeto que potencialmente posee información sobre su enfermedad y que el médico necesitaría traducir al cuerpo biológico. En la tercera pregunta la paciente es “practicada” (*enacted*) como una persona moral, un ciudadano responsable por su cuerpo y su salud, que debe elegir cuidarse y, en este caso, comer bien. Esto se subraya en la cuarta pregunta —¿Sí?— que sugiere que el médico no está seguro si creerle o no a la paciente. Entre esta y la última pregunta no hay ninguna pausa y el doctor no deja de mirar sus notas, y sin embargo Margarita sabe que le corresponde a ella responder. Ahora el que surge es un cuerpo-objeto al que el doctor tiene acceso a través de pruebas de sangre. Automáticamente, el médico comienza a utilizar terminología del ámbito biomédico, produciendo así la enfermedad biológica. Después del diálogo transcrito aquí el doctor habla de estudios pre- y postprandiales (antes y después de comer), así como de las cantidades y los medicamentos que se han administrado (Cetflexona 5, Proconalzol 9 y Metronidazol 8, etc.). Después de valorar los resultados y el panorama en general, le informa a la paciente acerca del estado de su cuerpo-objeto, y de su estado, ahora ya, como paciente-sujeto: “Mucho mejor señora, simplemente esperamos que se controle usted un día la diabetes.”

La distribución tajante de la diabetes controlable en hospitalización/cuerpo-objeto y de la diabetes difícil de controlar en el pueblo/persona-moral, no la encontramos en la descripción etnográfica que realiza Mol sobre los pacientes con diabetes en un pueblo holandés. Esto se debe, como veremos en la siguiente sección, a aquello que caracteriza el contexto intercultural del hospital en Ixtepec, Puebla, y que hemos venido siguiendo desde las primeras páginas: la “renuencia”.

3.5 El poder de la glucosa y de la cultura: creando renuencia

Retorno al problema etnográfico

La diabetes controlable: una co-invencción

Un paciente renuente, me explicaron los médicos en Ixtepec, es aquel que no llega a las citas, o que no toma los medicamentos, o que no sigue la dieta (o que combine cualquiera de estos elementos). La renuencia es un conflicto que parece surgir de una tensión entre la diabetes controlable que analizamos en la sección anterior, y un alto índice de descontrol entre los pacientes. Sin embargo, como veremos aquí, la diabetes controlable y el descontrol no están en tensión, sino que se encuentran en una relación dialéctica según la cuál cada una es necesaria para la “práctica” (*enactment*) de la otra.

El problema de la renuencia, denominado así en el hospital, no se conforma como tal porque algunos pacientes no sigan sus instrucciones, sino porque, en la experiencia de los médicos, la mayoría no lo hace.⁸⁵ En este sentido las políticas de diagnóstico y capacitación tienen como objetivo tratar a una población más que a un individuo, lo cual produce la noción de una población entera como potencialmente “renuente”. Esto se relaciona, a su vez, con el concepto de cultura como una serie de hábitos arraigados que analizamos en la sección anterior: los médicos están tratando a una población campesina, con un bajo nivel de educación, con poco conocimiento médico (alópata), acostumbrada a una serie de hábitos y costumbres y que por lo tanto, presenta mucha renuencia. La cultura surge así como un obstáculo a la salud. En el consultorio, esto tiene consecuencias importantes.

Cuando el paciente acude al hospital y no argumenta en contra del tratamiento (discusión que ocurre regularmente), la renuencia surge de una oposición entre el cuerpo-objeto y el cuerpo-sujeto. Es común que a pesar de que las narrativas del cuerpo-sujeto reporten una adherencia al tratamiento, el nivel de glucosa en la sangre sea alto. Como vimos en la sección anterior, en la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como azúcar en la sangre el médico establece un diálogo con el cuerpo-objeto —la sangre— y posteriormente informa al sujeto sobre el estado de su cuerpo. En este caso, sin embargo, la información del médico contradice a la del paciente, de modo que el cuerpo-sujeto que opera aquí no es uno cuyas palabras deban ser traducidas en síntomas, sino uno cuyas

⁸⁵ En cierto sentido se plantea como un problema colectivo, afín a la comprensión del conflicto como un equívoco (que se confunde con malentendidos) entre diferentes culturas.

palabras deben ser dudadas: se asume que el paciente está mintiendo. Así, encontramos diálogos como el siguiente en casi cada consulta:

Maricruz: ¿Cuántas tortillas come?

Traductor: Dos

Maricruz: ¿Ah sí? (Incrédula) No hay que cocinar con manteca y no hay que tomar refresco.

Traductor: Dice que ya no toma.

Maricruz: ¿Tú le crees?

En este sentido, la renuencia no es, como explican los médicos, que el paciente no tome el medicamento o no siga la dieta, a menos de que el paciente lo acepte, sino que es un nivel alto de glucosa, automáticamente y en todos los casos. Esto no implica que los pacientes en realidad sí se adhieren al tratamiento, sino que no todos los casos de descontrol son casos de renuencia; es decir, que la renuencia es en parte producto del silenciamiento del cuerpo-sujeto.

La creación del cuerpo-sujeto como alguien que miente surge, en primera instancia, a partir de una premisa naturalista según la cual hay una naturaleza y muchas representaciones de ésta, de las cuales la ciencia ocupa un lugar epistemológico privilegiado. En este sentido, es “natural” asumir que el nivel de glucosa en la sangre es la “realidad” o “verdad”, mientras que las palabras subjetivas del paciente, si la contradicen, son “mentira”. Esto va de la mano con nociones científicas o empíricas de lo “objetivo” —visible, comprobable— y lo “subjetivo”. Como explica la Dra. de la O al hablar de la discrepancia entre la narrativa del paciente y su nivel de glucosa,

aunque ellos me digan que sí se los toman, a mí me cabe la duda de si es cierto o no.

Porque pues ellos te pueden decir que sí, pero tú los estás viendo realmente que se los están tomando? Y cómo lo están tomando? Como tú se los indicaste? Hay otros que definitivamente sí, tú te das cuenta que no se la están tomando porque salen súper altos y ya les subiste, y les subiste y siguen en lo mismo, lo mismo. Tú dices, no puede ser posible que no bajara nada. Ni diez puntitos. No lo creo posible. Y los otros son porque sí se toman sus medicamentos pero siguen comiendo lo que quieran, a pesar de que les insistes en que bajen el pan y las tortillas” (Ixtepec 2013).

Los límites de aquello que es “posible” los determina la “práctica” (*enactment*) del cuerpo-objeto, el número en la sangre que se traduce en un cuerpo biológico.

En segundo lugar, la posibilidad de que opere un cuerpo-sujeto que miente surge del contexto específico de Ixtepec, donde no nos encontramos frente a un caso tradicional en relación a leyes que rigen la relación médico-pacientes, según las cuales los médicos están obligados a decir la verdad y a ser honestos, sobre todo en relación a aquello que pueda ser relevante al diagnóstico y tratamiento del paciente (Mol 2009:29). En efecto, Ixtepec tiene una historia de promoción de la salud que ha necesitado *convencer* a los habitantes a acudir a las clínicas de medicina alópata, y muchos pacientes acuden al hospital aunque preferirían no ir, por el programa de Oportunidades. Nos encontramos, pues, frente a una situación en la que el médico se siente obligado a “convencer” al paciente, o a enseñarle, “por su propio bien”.

Por último, el que el cuerpo-sujeto sea creado como algo *a pesar* del cual se debe tratar al cuerpo-objeto, es resultado directo de la noción de la población potencialmente renuente que identificamos aquí: un paciente descontrolado es renuente (lo acepte o no) porque en el pueblo, con hábitos y costumbres arraigados, hay mucha renuencia. Se silencia el hecho de que lo que le sucede al individuo no siempre es lo que reflejan las estadísticas: “Estadísticamente son claras las correlaciones: balances de azúcar en la sangre estrictamente regulados resultan en menos complicaciones más tarde en la vida que niveles de azúcar que son altos o que saltan de arriba abajo. Pero lo que le pasa a los individuos es impredecible. Ojos se ciegan, o no. El desarrollo de una neuropatía puede ser pospuesta, o no” (Mol y Law 2004:55). En este sentido, podemos decir que si no hubiera tanta renuencia (sin importar la causa) y a los pacientes no se les tratara como una población con hábitos arraigados que los colocan fuera del proyecto de salud de los médicos, cada caso de descontrol tendría que analizarse de manera individual y tendría que considerarse el rol que juega el cuerpo-objeto en el descontrol, que, como hemos visto ya, es enorme. El control o la posibilidad de control por parte de los pacientes se develaría, en palabras de Mol, como una ilusión.

Vemos entonces cómo la renuencia general por parte de la población, creada en parte a partir de la glucosa misma, es necesaria para que la diabetes pueda ser “practicada” (*enacted*) como controlable, a la vez que esta “práctica” (*enactment*) de la

diabetes juega un papel importante en la creación de la renuencia. Nos encontramos así con una situación cíclica. La “renuencia” a nivel población permite el mecanismo de coordinación analizado en la sección anterior según el cual las diabetes ‘controlable’ y ‘difícil de controlar’ se distribuyen adentro y fuera del hospital: cualquier falla se sitúa en el pueblo, en la persona moral. Esto a su vez crea más renuencia, pues cuando la glucosa de un paciente está descontrolada, no se consideran las otras variables que pueden ocasionar este descontrol y surge una noción según la cual los hábitos y las acciones del paciente se imprimen sobre el cuerpo-objeto. Si no hay lugar para que el cuerpo y la enfermedad misma sean incontrolables, entonces todo síntoma del cuerpo es efecto de las acciones del paciente, y el médico puede leerlas en una cifra. No hay lugar para cuerpos disidentes, sólo para ciudadanos renuentes.

Los efectos del concepto de población potencialmente renuente permiten que el control de la diabetes no sólo sea posible, sino que sea una meta y no un proceso constante, diario y para siempre. Continuando con el ejemplo de Doña Josefa, Margarita me explica que la paciente se quedará en el hospital un día más hasta que “estemos seguros que no va a estar haciendo picos de glucosa, si es que ella se cuida con la dieta y se pone la insulina como debe de ser” (Ixtepec 2013). Surgiendo de esta relación entre médicos y la población de Ixtepec, vemos cómo la diabetes se conforma como una co-invencción. No es la misma enfermedad la que tratan los médicos en Ixtepec que los médicos en Holanda, en donde, según la etnografía de Mol, no hay una diabetes controlable fuera del hospital que depende por completo del paciente moral, ni hay cuerpos-sujetos que al contradecir al cuerpo-objeto, se asume automáticamente que mienten.⁸⁶ Por supuesto, la diabetes descrita en este capítulo no es la misma co-invencción que aquella que se describirá entre los totonacos en la tercera parte.

La co-invencción de la diabetes médica lleva en su seno otro mecanismo de silenciamiento, en tanto que surge de las diferentes nociones de cultura que analizamos en la sección anterior (las cuales a su vez funcionan como mecanismos de coordinación), pues ocultan la posibilidad de la diferencia profunda. Si todo es representación, y el

⁸⁶ Resulta interesante que esta co-invencción depende en gran medida de la noción de cultura que es también una co-invencción que surge de la relación entre médicos y pacientes, como describe Wagner en “*The Invention of Culture*”, y que yo describo como tal, introduciendo otro nivel a esta co-invencción.

cuerpo es naturaleza, la falta de adhesión al tratamiento por parte de la población no puede ser más que una reticencia al cambio, o una falta de comprensión. Aquí entonces, algo que coordina la multiplicidad de “prácticas” (*enactments*) es también un mecanismo de silenciamiento.

Hemos analizado la manera en que los médicos ven una renuencia al nivel de la población porque es común que los pacientes falten a las citas y que argumenten en contra del tratamiento prescrito, lo cual los lleva a diagnosticar a todo paciente que tenga la glucosa descontrolada como un paciente renuente, a pesar y a veces en contra de lo que declara el mismo. Esto permite mantener la ilusión de una diabetes completamente controlable, responsabilidad de la persona moral que habita el pueblo, ilusión que a su vez se relaciona con la idea de una población (potencialmente) renuente. Se cierra el círculo. A continuación analizaremos las consecuencias que esta naturaleza dialéctica de la “renuencia” tiene sobre la relación entre el médico y el paciente.

El regaño y la infantilización

El que la renuencia y la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como controlable se constituyan mutuamente, implica en este caso que las nociones de cuerpo y persona que operan a través de la una, operan en la otra y que ambas comparten como premisa la lógica de la elección. La renuencia es el límite negativo de la diabetes controlada: el paciente con la glucosa descontrolada *no eligió* el estilo de vida saludable propuesto por los médicos y por lo tanto no logró controlar su cuerpo. Como hemos visto, esta noción de control se relaciona con el concepto de persona como ciudadano responsable de su cuerpo, poseedor de razón, la cual le permite autogobernarse y controlar su cuerpo a partir de la “voluntad y la cognición” (Mol 2010:124). Hemos argumentado que en el caso de Ixtepec esto se relaciona con una noción médica de cultura como inherentemente cambiante (aunque no fácilmente) en tanto que se considera construida y no dada, a partir de la cual el individuo debería ser capaz de cambiar sus hábitos para controlar el azúcar, problema de salud físico y biológico.

El hecho de que muchos, si no es que la mayoría de los pacientes no siga las indicaciones del médico se explica de varias maneras en el hospital. Algunas de estas razones están fuera del control del individuo: la economía que no permite flexibilidad en

relación a la dieta y el problema de la traducción totonaco-español en el consultorio que puede llevar a una falla de comunicación, se citan como dos de las principales razones para el desapego de los pacientes. El problema de la economía, del cual todos los médicos están conscientes, permanece sin embargo fuera del control del médico, cuya responsabilidad no se extiende más allá del consultorio, como hemos visto. Sin embargo, los médicos tienden a estar de acuerdo en que el paciente necesita apegarse al tratamiento a pesar de las dificultades económicas que conlleva dejar de comprar puerco y comprar carne más cara, por ejemplo. En esta lógica argumentativa a fin y al cabo lo que se pone en juego es la vida y la salud de la persona, de modo que aunque sea difícil, ésta debe seguir la dieta indicada. Se pone en operación la lógica de la elección y la noción del ciudadano responsable: es su vida y su salud, de alguno u otro modo el paciente debe elegir y llevar a cabo el tratamiento.⁸⁷

En el caso de la traducción lingüística, el problema no está completamente fuera del control del médico. En cada consulta, todos los médicos hacían un esfuerzo por repetir indicaciones y hacer preguntas para asegurarse de que el paciente o el traductor, por lo general familiar del paciente, hubiese entendido. Sin embargo, por lo general permanece una sensación de incomunicación, de duda; sensación que en esta tesis adjudicaré a los equívocos que surgen entre realidades distintas y que los médicos adjudican al lenguaje (elementos ciertamente relacionados). Nos encontramos aquí frente a otro mecanismo de neutralización o silenciamiento de la diferencia, pues todo malentendido se atribuye a una falla de comunicación en el lenguaje (representación) y no a las traducciones y a los conceptos de cuerpo y persona que operan en el consultorio, ni a la posibilidad de una enfermedad como referente no-fijo (naturalezas múltiples).

Las otras hipótesis que ofrecen los médicos sobre la gran cantidad de renuencia en la población totonaca de Ixtepec, algunas de las cuales ya hemos mencionado, se relacionan directamente con la noción de persona autónoma que puede controlar su cuerpo y distanciarse de su cultura de ser necesario a partir de su facultad de razón. La principal: “los pacientes no quieren”, “sus hábitos, están acostumbrados”. Los médicos

⁸⁷ Vemos aquí un caso en el que el control de la diabetes no está ni en manos del paciente (aunque el médico sin ver otra opción, la coloca ahí), ni en manos de los médicos. El ideal, sería una situación en la que cambiaran las condiciones, en la que la dieta no implicara un gasto mayor en una población con un alto grado de pobreza y marginación.

por lo general saben que las personas con diabetes en Ixtepec se enfrentan a problemas prácticos, como tener que tomar medicamento en el campo, tener que cambiar y reducir drásticamente la dieta, entre otras cosas. Sin embargo, como hemos argumentado ya, estas situaciones forman parte de un estilo de vida, de algo construido, de modo que si el paciente *quisiera* podría *elegir* cambiarlo. Sobre una premisa naturalista opera una lógica de la elección, así como una noción de individuo poseedor de razón, la cual, en este caso, no logra controlar al cuerpo: falla la voluntad.

Si el problema no es la voluntad, o por lo menos no solamente, entonces la renuencia se explica a partir de una falla en el otro elemento que Mol identifica como constituyendo la noción de razón: la cognición. Los pacientes, declaran muchos médicos, no entienden la situación ni la importancia de seguir el tratamiento para la diabetes. A veces se atribuye este hecho a la falta de educación y a la ignorancia de la población, y a veces, a la reticencia que sienten los pacientes por tener que cambiar sus hábitos: “no quieren entender”. Por último, como analizamos en la sección anterior, la renuencia se explica a partir de una resistencia psicológica —“no se quiere”, “no quiere aceptar que está enfermo”.

Todas estas explicaciones permanecen, como hemos visto, en el ámbito de lo subjetivo y lo cultural, dejando el ámbito de lo dado, la naturaleza, sin cuestionar. Más allá de (y junto con) este silenciamiento de la posibilidad de naturalezas múltiples, sin embargo, estas hipótesis subrayan una noción de persona racional o irracional. En la sección anterior, al explorar algunos mecanismos de silenciamiento en el hospital de Ixtepec, mencionamos que la lógica de la elección que opera ahí y sobre la cual se basa la idea de la renuencia en tanto que se define como la no-elección, conlleva una noción de persona como ser racional que puede controlar su cuerpo. El que los pacientes no estén controlados, que no “decidan” cambiar sus hábitos, tiene consecuencias para la relación entre el médico y el paciente, en tanto que las hipótesis de los médicos sobre la renuencia incorporan el juicio de que el paciente renuente no ha ejercido su voluntad o su cognición, no ha sido (o no es) razonable.

Este valor no es explicitado de esta forma, naturalmente, pero en este análisis buscamos explorar los límites de las relaciones que atraviesan el mundo de la diabetes en Ixtepec. En este caso, el que el paciente renuente sea considerado irracional, es la

consecuencia lógica de las premisas sobre las cuales se basan las explicaciones sobre la falta de adhesión al tratamiento, así como las peticiones que hacen los médicos a los pacientes según las cuales, como identificamos anteriormente, piden de manera implícita que los pacientes actúen de manera racional ante la evidencia “física” y “natural” que presentan los médicos, y cambien sus hábitos alimenticios. Esta suposición de irracionalidad se cimienta, asimismo, si consideramos el elemento principal de la relación médico-paciente en Ixtepec: el regaño.⁸⁸

En las salas de consulta, de especialidades y en el área de hospitalización es común escuchar frases como “si no, te regaño” y “hágame caso que le voy a jalar las orejas”. Sin requerir mucha imaginación, podemos describir una suerte de infantilización del paciente que coincide con una noción de éste como irracional, como niño.⁸⁹ En efecto, cuando los pacientes argumentan que no pueden seguir la dieta porque tienen que trabajar —argumento importante que exploraremos en el siguiente capítulo— por lo general los médicos lo tratan como una excusa y tienden a responder con un tono de voz que en lo personal me recordó a un maestro que descubre sin dificultad que su alumno no ha hecho la tarea. A veces el tono de voz es juguetón o amable —“[s]e me hace que me está engañando”— y a veces es duro —“usted sabrá”, “es su vida”.⁹⁰

Este es posiblemente uno de los mecanismos de silenciamiento más eficaces en el contexto estudiado, en tanto que quita el poder a las palabras de los pacientes que buscan explicar a los médicos por qué no pueden seguir la dieta, por qué se niegan en muchos casos a seguirla. La diferencia entre cuerpos y enfermedades aquí se reduce a un hábito y a un paciente-niño testarudo que no lo quiere dejar porque no entiende, porque no es completamente racional.⁹¹ Este concepto de persona se ve reflejado en el término mismo de “renuente”, el cual el diccionario de la Real Academia Española define como “indócil, remiso, dificultoso, trabajoso” (DRAE 2001). El sujeto renuente no es

⁸⁸ Tanto pacientes como médicos se refieren al regaño de las consultas. A pesar de que no constituya lo mismo en cada caso, la esencia de la relación de poder es clara.

⁸⁹ Podemos decir que esto puede encontrarse en cualquier hospital, en casi cualquier contexto “occidental” de relación entre médicos y pacientes, donde el segundo tiende a ser tratado como objeto y como niño. Sin embargo, en el caso de Ixtepec esta actitud permea cada consulta, así como los cursos de capacitación, y caracteriza de manera profunda la relación entre el médico y el paciente.

⁹⁰ Asimismo, los médicos tienden a hablar de “pacientitos”.

⁹¹ Este mecanismo de silenciamiento que hace de los pacientes seres irracionales y de sus argumentos excusas emerge también de la relación dialéctica entre la diabetes controlable y la renuencia.

alguien en control, sino alguien que requiere ser controlado. El que en Ixtepec la renuencia se identifique como un problema al nivel de la población, ¿qué nos dice sobre la noción de cultura de los médicos y sobre su postura ante los pacientes? Antes que curar, buscan educar y controlar. El término “renuente” también implica la noción de responsabilidad y elección, en tanto que proviene del latín *renuere*, que es “hacer con la cabeza un signo negativo” (DRAE 2001).

Las explicaciones de la renuencia de los pacientes también evocan actitudes y expresiones que usualmente se utilizan en referencia a los niños —“no quiere entender”, “no quiere”— seguidos de una sanción o un regaño.⁹² El Dr. Torres me dice a veces “[h]ay que educarlos, darles un castigo ligero” (Ixtepec 2013). El paciente emerge así como un ser que (aún) no es capaz de tomar la responsabilidad sobre su cuerpo y su vida, y el regaño surge como la única medida del médico para lograr que el paciente, que debiera entender que los hábitos no son tan importantes como la salud, siga el tratamiento. Esto se vuelve especialmente claro cuando los hábitos son considerados como el problema de fondo, subyacente, tanto en el caso de la diabetes como en el de las enfermedades de vías respiratorias. En una de las consultas en la que estuve presente el hijo de la paciente, una mujer mayor, le pidió al Dr. Torres algo para la tos, pues tenía mucha. El médico, que le había dado medicina en citas anteriores pero que había insistido en que la paciente necesitaba dejar de inhalar el humo del fogón, contestó: “No. Que deje de echar tortilla, eso le vamos a dar.” Margarita agregó que la tos “[n]o se le va a quitar mientras siga respirando humo” (Ixtepec 2013).

El que el regaño sea la única, o una de las principales medidas del médico para lograr una adhesión al tratamiento se debe a que éste se relaciona con una noción de persona como responsable y autónoma, la cual marca el límite de la responsabilidad del médico. El paciente renuente es irresponsable e irracional (en tanto que no quiere o no entiende), pero los límites del médico permanecen inmóviles. En este sentido, si el

⁹² La Dra. de la O opina que la renuencia se debe en parte a que los pacientes “son dejados”, mientras que el Dr. Bermúdez sugiere que es porque por alguna razón, no hacen caso durante la consulta; ambas actitudes recuerdan a niños y sitúan la responsabilidad en los pacientes.

paciente no quiere, el médico no puede hacer nada más que insistir, y si el paciente no entiende, no es por falta de explicación.⁹³

El análisis profundo de la renuencia realizado en estas páginas, de la manera en que se constituye en el hospital de Ixtepec, no busca analizar si existe o no (el conflicto es real), sino develar sus premisas, sus expresiones, las consecuencias que conlleva y los efectos que tiene sobre la relación entre el médico y el paciente y sobre el tratamiento de la diabetes. Una de las principales consecuencias de la noción de renuencia y de los conceptos de cuerpo y persona que la atraviesan, va de la mano del regaño y del límite que lo produce: la tendencia del médico a subrayar las consecuencias más severas de la diabetes y plantear al paciente la elección entre un “estilo de vida saludable” y la muerte.

Hemos visto que la noción de cultura como hábitos y costumbres se plantea en el hospital como un obstáculo para el tratamiento de la diabetes; obstáculo que la persona responsable por su vida y su salud debe superar a partir de la razón. Hemos visto también que la no-adhesión al tratamiento se culpa, ultimadamente, a la falta de voluntad y cognición de los pacientes, a una falta de razón. Planteado de este modo, resulta claro que el médico, más que buscar formas de traducir una enfermedad y su tratamiento (que para los médicos es simplificable pero no “traducible” en tanto que corresponde a una realidad física que se presupone), busque maneras de “hacer entender” al paciente la importancia del tratamiento y la gravedad de su padecimiento. Para el médico resulta claro que si los pacientes no están dispuestos a cambiar sus hábitos (que en el peor de los casos causa incomodidad), es porque no entienden lo importante y necesario que es; no entienden que la cultura, al enfrentarse a la naturaleza de esta enfermedad, debe ceder. El efecto de esto es la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como sus posibles consecuencias.

El enfoque por parte del médico en las posibles consecuencias de la diabetes resulta en gran medida de la historia que cuentan los médicos sobre la enfermedad y que coordina las múltiples “prácticas” (*enactments*) de la diabetes: una vez que el paciente ha sido diagnosticado (con o sin síntomas), tanto las posibles causas como los síntomas

⁹³ Nadie me brindó una explicación de por qué “no entienden”, mas si seguimos la lógica delineada aquí podemos rellenar el vacío omitido por el discurso de la tolerancia: no es por falta de explicación, sino por una falla de cognición, de educación, o de capacidad.

dejan de ser relevantes para el tratamiento de la enfermedad.⁹⁴ Maricruz Olivares del SAIS explica que ella enfatiza las complicaciones al hablar con los pacientes sobre la diabetes por esta razón: “Sí, las complicaciones, porque yo siempre he dicho que para qué tratar de prevenir un problema que ya está hecho. ¿No? Él ya tiene diabetes. Ya no se le va a quitar. ¿Ya de qué sirve que le diga yo qué le va a pasar en cuanto a síntomas? Vamos a ver las complicaciones porque es lo que quiero prevenir... El daño ya está hecho” (Ixtepec 2013). Al momento del diagnóstico la diabetes puede ser “practicada” (*enacted*) como un número en la sangre, como cualquiera de los síntomas o cualquiera de las complicaciones. Durante el tratamiento, sin embargo, la diabetes es “puesta en práctica” (*enacted*) por parte de los médicos como una serie de complicaciones que hay que prevenir.

La mayoría de los trabajadores del IMSS que tienen que explicarle a los pacientes qué es la diabetes y qué implica, les hablan principalmente de las complicaciones. Tanto en el consultorio como cuando se envía a los pacientes que tienen la glucosa descontrolada (denominados renuentes) a los servicios de trabajo social y del SAIS, estas complicaciones se subrayan con más énfasis, citando las más graves, y seguido enfatizando que conducen a la muerte. Las complicaciones de las que más hablan los médicos son: el pie diabético y su amputación, la ceguera, la falla renal, trasplante de riñón, la pérdida del movimiento, el coma diabético y la muerte.

Hemos visto ya que esto se debe a la búsqueda por “hacer ver” al paciente la importancia de que siga el tratamiento y cambie sus hábitos; por hacer que “elija” un estilo de vida saludable. Como declara la Dra. de la O: “aunque tú les explicas que más que nada pueden fallecer, o les pones el peor panorama: que no fallezcan, que queden con parálisis de extremidades, que queden postrados en cama, que empiecen con insuficiencia renal. O sea no, a veces no te captan hasta que realmente ya padecen la enfermedad. Y aún cuando la padecen como que no te entienden que tienen algo grave. Entonces así como que dices, más no puedo hacer” (Ixtepec 2013). Aquí se puede ver claramente el límite que identifica el médico ante la responsabilidad del paciente por

⁹⁴ El sobrepeso, que se considera uno de los factores de riesgo que pueden causar la diabetes (en relación con otros factores, incluyendo el genético), no deja de ser relevante, pero después del diagnóstico deja de tratarse como causa de la diabetes y comienza a tratarse como un obstáculo al control de la glucosa.

elegir o, del otro lado de la misma moneda, ante su incapacidad de “captar” y por lo tanto de elegir correcta- o razonablemente.

El que los médicos planteen una elección entre adhesión y muerte no es para ellos una exageración, sino que proviene tanto de la frustración ante la no-responsividad del paciente (sea cual sea la causa), como de su propia experiencia: varios médicos han sido testigos de la muerte de pacientes a causa de las complicaciones de la diabetes. Esta frustración incrementa en relación a la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como controlable que identificamos en la sección anterior, según la cual la muerte de los pacientes podría evitarse si ellos “simplemente” siguieran las indicaciones. Lleva a los médicos a ser duros con los pacientes, pues según el concepto de persona que atraviesa el ámbito médico alópata, así como a la diabetes controlable, como hemos visto, son los pacientes los que deben cuidarse, y pareciera que por no entender, “eligen” la muerte (hecho en contra del cual argumentaremos en la siguiente parte de la tesis). El Dr. Bermúdez me explica que el paciente diabético muere “por las complicaciones, porque llevó un mal control. Porque un paciente diabético bien controlado se puede morir de cualquier otra cosa” (Ixtepec 2013).

En la práctica, todo esto lleva una “práctica” (*enactment*) en la clínica de la diabetes como muerte (potencial), lo cual recuerda las palabras de varios médicos que sugieren que la dificultad psicológica y emocional de algunos pacientes por aceptar que están enfermos resulta de un error de comprensión según el cual el paciente piensa que tener diabetes significa muerte. Para ellos, explica Maricruz Olivares, “la palabra diabetes...es igual a muerte” (Ixtepec 2013). O como explica Margarita, “[m]uchas veces piensan que ser diabético es igual a que ya te vas a morir en unos cuantos años” (Ixtepec 2013). Por lo menos en el contexto del hospital, de ser atinado este comentario, ahora deja de sorprender.

Lo que buscamos resaltar aquí es el hecho de que la consulta se caracteriza por una dinámica de regaño. Como explica Irene, única enfermera totonaca: “en el hospital te dicen ‘te vas a morir’ y [los pacientes totonacos] lo toman como un regaño. La gente aquí no está acostumbrada a que les digan las cosas como son” (Ixtepec 2013). Esta dinámica se extiende más allá del caso de la diabetes y atraviesa la mayoría de las consultas en mayor o menor medida, caracterizadas por una actitud infantilizadora. Es

común oír expresiones como, “[é]l sabe si quiere seguir tomando, se le va a seguir dañando el hígado y se va a morir.” El mecanismo es uno de chantaje —si no haces lo que te decimos, te va a pasar algo malo— de modo que la “elección” que puede y debe tomar la persona “racional” sobre su tratamiento, planteada en estos términos, deja en estos casos de ser una elección en realidad. Para el médico ya no se trata de que el paciente elija, aunque la lógica de la elección demarque los límites del médico y atraviese el discurso médico, sino de que el paciente entienda que tiene que seguir el tratamiento para poder vivir. Vida o muerte, no es elección.

Pero es aquí donde encontramos la fuga, pues muchos pacientes se deciden en contra del tratamiento; a veces discuten abiertamente con el médico, a veces no, pero en ningún momento *eligen* la muerte o las complicaciones. Nos encontramos frente a un equívoco que *niega las condiciones de la elección que presentan los médicos*, y abre la posibilidad a la diferencia profunda.⁹⁵ La fuga la marca la etnografía: aquí, abrir paso a la posibilidad de que la llamada “renuencia” no se deba a una falta de interés del paciente por la salud y la vida, ni a una falta de voluntad o comprensión —de razón—, sino de que emerja de un equívoco entre dos campos diferentes de lo dado y lo construido, entre un mundo donde los hábitos son inherentemente cambiables y un mundo donde los hábitos atraviesan al cuerpo y al cosmos, un equívoco entre cuerpos y enfermedades diferentes.⁹⁶ Un equívoco que de cuenta de la “renuencia” *a pesar* de los esfuerzos “integrales” de los médicos por tratar (el cuerpo), capacitar (la mente) y brindar apoyo psicológico (a las emociones).⁹⁷

⁹⁵ Quizá pueda arguirseme que estoy exagerando o simplificando, y de cierto modo el llevar la lógica a sus últimas consecuencias tiende a tener este efecto, pero por otro lado, la relación del regaño, la frustración y las relaciones de poder en el hospital son reales, y sus premisas son extremas.

⁹⁶ Resulta casi absurdo tener que argumentar aquí que los pacientes totonacos no están en conflicto con los médicos porque unos busquen la salud y los otros no, o porque no tengan la “capacidad” cognitiva para comprender la situación, pero parece que la necesidad de plantear esto es real también. Asumo, y a la vez constaté durante el trabajo de campo, que los pacientes que no siguen el tratamiento no lo hacen porque no les importe morir o perder una parte del cuerpo, ni porque no acepten su padecimiento.

⁹⁷ Vale la pena mencionar que en la práctica el proyecto integral se diluye, pues en casi cualquiera de los servicios los trabajadores del IMSS se encuentran en la necesidad de “hacer entender” al paciente lo importante que es que sigan el tratamiento, de modo que al final, todos terminan por emitir el mismo regaño. Sin embargo, los médicos siguen intentando tomar en cuenta el contexto familiar y social del paciente, así como su estado anímico, dentro de lo posible. Aquí más que criticar esto, hemos buscado develar que surge de conceptos específicos de cuerpo, persona y enfermedad y de la división cuerpo y mente, que producen equívocos en su encuentro con conceptos totonacos.

En este capítulo hemos visto que la diabetes y el cuerpo se traducen y crean constantemente como entidades biológicas, físicas y universales, y que, a la vez y enfocando las prácticas, la diabetes es múltiple. En el hospital de Ixtepec, Puebla, la diabetes es “practicada” (*enacted*) como una enfermedad que no se cura; como un número en relación a otro; como una enfermedad asintomática (la no-enfermedad), y a la vez como una enfermedad que al tener tantas expresiones físicas, pareciera ser el mal (la enfermedad por excelencia); como algo que implica cambiar el estilo de vida y la alimentación; como una enfermedad donde causa y efectos están escindidos; como algo localizado en la sangre a lo que sólo los médicos del hospital tienen acceso a través de las pruebas de sangre; como sus complicaciones y como la muerte. Hemos analizado cómo a través de estas diabetes operan múltiples conceptos de cuerpo, persona y cultura, y hemos explorado los mecanismos que coordinan esta multiplicidad, así como aquellos que silencian la posibilidad de la diferencia radical entre los pacientes totonacos y los médicos, entre las distintas invenciones de lo que está dado y lo que está construido.

Finalmente, hemos analizado cómo estas nociones de cuerpo, de persona y de cultura, y cómo ciertas “prácticas” (*enactments*) de la diabetes (con todos los conceptos, las prácticas, los materiales y cuerpos de los que dependen), crean una “renuencia” particular al contexto de Ixtepec, la cual a su vez permite mantener la ilusión de una diabetes controlable. La población vista como potencialmente renuente determina el trato entre médico y paciente, donde uno es infantilizado y el otro se ve en la necesidad de regañarlo. Al mismo tiempo, hace de los argumentos y las palabras del paciente que busca explicar su situación (por la cuál no se adhiere al tratamiento, pero tampoco elige morir) una excusa, una negación, silenciando así, quizá de la manera más definitiva, la posibilidad de la diferencia. Y sin embargo, es en este punto de mayor silenciamiento, que encontramos un equívoco explícito que nos permite mover la mirada del hospital al pueblo y a partir de ello crear/develar a la diabetes como un homónimo.

La renuencia o falta de adhesión al tratamiento —que en un principio nos llevó en esta tesis a plantear la posibilidad de una diferencia profunda entre cuerpos, así como de una diabetes como referente no-fijo— se devela en la etnografía como una de las maneras en que los médicos ocluyen la posibilidad de esta diferencia y sin embargo, a la vez, nos permite la fuga al mundo totonaco. La fuga de una serie de relaciones que

conforman una de las dimensiones de la diabetes. Aquella en la que, como hemos visto a lo largo de este capítulo, se conectan de maneras múltiples y en múltiples momentos las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes, las nociones de cuerpo y persona que las atraviesan, las premisas naturalistas y las nociones de cultura sobre las que se basan, y la relación entre médico y paciente que producen. Aquella que, a través de los mecanismos de silenciamiento y de la naturaleza co-inventada de la diabetes en Ixtepec, está conectada con la pluralidad de diabetes: no múltiples prácticas, sino dos diabetes diferentes, inmersas en realidades diferentes.

FUGA

(CAPÍTULO 4)

LA ALIMENTACIÓN, EL METABOLISMO Y LA FUERZA: EL EQUÍVOCO EN LA CAPACITACIÓN

4.1 De traducción y comparación: una elección

“el espíritu de esta promesa, no es entonces la de reducir la alteridad [...] sino, todo lo contrario, el de multiplicar sus imágenes.”

(Viveiros de Castro 2010:15)

En la segunda parte de esta tesis hemos puesto en operación el concepto propuesto por Annemarie Mol del *enactment* o la “práctica” para develar que la diabetes es un objeto múltiple. La dimensión múltiple de la enfermedad surge como tal en relación a un proyecto antropológico específico y a su metodología que busca deconstruir lo dado (en este caso, lo natural). Se podría decir que esta dimensión emerge en una conexión parcial con esta antropología como perspectiva o punto de vista en términos perspectivistas y no *perspectivalist*, en tanto que “ser *perspectivalist* actúa un pluralismo euro-americano,

basado ontológicamente en un mundo y muchos puntos de vista, mientras el perspectivismo implica una ontología de muchos mundos y una capacidad de tomar un punto de vista” (Strathern 2011:92). Sin embargo, a diferencia de esta vertiente antropológica, el propósito último en esta tesis no es problematizar la ciencia y los hechos naturales, ni deconstruir lo obviado para mostrar la manera en que lo dado, los hechos, se producen en la práctica, como en su momento hicieron Woolgar y Latour (1986) y los críticos de la ciencia que los siguieron, sino develar que el encuentro entre médicos y pacientes en el hospital de Ixtepec *no* sucede en relación a la diabetes como un objeto biológico y natural, como una base natural representada de diversas maneras y a partir de la cuál pudiéramos comparar.

El recorrido analítico nos llevó de la diferencia entre múltiples “prácticas” (*enactments*) de diabetes coordinadas con el propósito de emular la singularidad, a la diferencia que, como hemos visto, tiende a silenciarse a partir de esta coordinación y de las diferentes traducciones que llevan a cabo los médicos en el consultorio: la diferencia entre las invenciones de lo dado y lo construido de médicos y pacientes, la diferencia entre realidades. Pasamos ahora a analizar esta dimensión que en la primera parte de la tesis denominamos “plural”, buscando dar cuenta de las diferencias profundas entre las diferentes invenciones de lo dado y lo construido, de las cuales forman parte las diabetes.

Estas dimensiones, como hemos adelantado ya, no pueden ni deben pensarse desde una matemática *perspectivalist* euro-americana que busca “resolver el mundo en entidades discretas” (Strathern 2011:92). Es decir, que las realidades o dimensiones de la diabetes, producidas por proyectos antropológicos diferentes y de cierto modo opuestos que a su vez se definen por las relaciones que buscan crear y representar, no son partes que sumadas brinden una visión total del fenómeno. La diabetes en Ixtepec no es múltiple y plural, sino que diferentes puntos de vista y abordajes revelan diferentes dimensiones que no pueden ser reducidas la una a la otra y que no se pueden comparar de manera simétrica en relación a una base común: están parcialmente conectadas.

El análisis de la multiplicidad de la diabetes en los capítulos anteriores volvió, en última instancia, a la pregunta de la cual partimos en la construcción del problema etnográfico, aunque (esperemos) transformada/os: el por qué de la renuencia y de la falta de apego al tratamiento por parte de los pacientes a pesar del esfuerzo de los médicos

por capacitar y explicar (y, en su mayoría, por “hacer entender”, actitud que hemos analizado a partir de las nociones de cuerpo y persona que la atraviesan). Hemos elegido adentrarnos en esta diferencia radical en este punto —propuesto por la etnografía— para proponer una hipótesis que no se base en la falta de interés, voluntad, autoestima o de comprensión por parte del paciente totonaco para dar cuenta del hecho de que a pesar de la elección que se les presenta a los pacientes totonacos entre tratamiento y muerte o amputación, estos no “elijan” ninguna de las dos opciones.⁹⁸ Es decir, abrir paso a la posibilidad a que la llamada “renuencia” no se deba a una falta de interés del paciente por la salud y la vida, ni a una falta de voluntad o comprensión (de razón), sino a que emerja de un equívoco entre dos campos diferentes de lo dado y lo construido, entre un mundo donde los hábitos son inherentemente cambiables y un mundo donde los hábitos atraviesan al cuerpo y al cosmos, un equívoco entre cuerpos y enfermedades diferentes. ¿Qué pasa si no neutralizamos o silenciamos la diferencia, *explain it away*?

Esta hipótesis estriba sobre la diferencia radical entre culturas que hemos asumido desde un principio, basados en las vertientes antropológicas de las últimas décadas que han impulsado el acercamiento a la teoría nativa caracterizado por el alejamiento del binomio naturaleza/cultura central a la ontología “occidental”, así como por la decisión de “configurar a las personas como agentes teóricos en vez de ‘sujetos’ pasivos” (Viveiros de Castro 2004:2). Fue con base en estas teorías y metodologías que planteamos (y re-planteamos), la posibilidad de que los pacientes y los médicos al hablar de diabetes (y más allá, de salud, de enfermedad, de cuerpo) se están refiriendo a entidades diferentes. En este sentido, el método de la equivocación controlada propuesto por Viveiros de Castro parece idóneo para continuar esta investigación, en tanto que, como hemos dicho, se basa en una manera de traducir que es una “operación de diferenciación —una producción de diferencia— que conecta los dos discursos en la medida exacta en que *no* están diciendo la misma cosa, en tanto que apuntan a exterioridades discordantes más allá de los homónimos equívocos entre ellos” (2004:20).

⁹⁸ En el contexto antropológico, como veremos, también buscamos abrir paso a la posibilidad de pensar la diferencia sin situar las representaciones de unos y otros más o menos cerca de “la naturaleza” y “la verdad”, en los ámbitos simbólico o científico.

El alejamiento de las matemáticas *perspectivalist* es igualmente necesario en este caso, de manera análoga, para pensar esta diferencia entre la diabetes médica y la diabetes totonaca.⁹⁹ Como argumentamos en el primer capítulo, el que la(s) diabetes insertada y creada en diferentes culturas sea radicalmente diferente, no implica una fragmentación en entidades discretas; no hay “dos” diabetes en términos de matemáticas euro-americanas. Propusimos, en su lugar, una noción de “pluralidad” re-significada para comprender una situación en la cual hay más de uno, fisicalidades diferentes, pero que no implique la división en partes de un todo ni escalas en un sentido tradicional. Elegimos el término “plural” buscando mantener por razones políticas la connotación que tiene para el lector *perspectivalist* de diferencia profunda, y a la vez aclarar que no nos encontramos con dos diabetes alrededor de las cuales es posible trazar límites fijos. Esto se vuelve evidente si consideramos cómo la diabetes, sus “prácticas” (*enactments*) y conceptualizaciones, se constituye en parte como una co-invencción (o varias) entre médicos y pacientes totonacos.

El que la diabetes totonaca y la médica no sean entidades discretas y separadas se relaciona con el hecho de que surgen de diferentes invenciones de lo dado y lo construido *sensu* Wagner, así como de diferentes maneras de inventar, de modo que — así como las dimensiones de la diabetes descritas aquí— estas diabetes no pueden traducirse ni compararse en base a un común denominador: no son dos maneras diferentes de representar lo natural, lo dado. Asimismo, las fronteras entre éstas (que no son fijas ni obedecen escalas en las que una englobe a la otra o en las que una pueda reducirse a la otra) implican y se crean a partir de distintas formas de relación con la alteridad. El Otro de los Otros siempre es otro (Viveiros de Castro 2004:12), de modo que “aquello que es comparable no implica traductibilidad inmediata” (2004:4). Para dar cuenta de la diferencia radical, entonces, es necesario enfocarse y situarse en los equívocos (relaciones) cuyas formas adopta. Equívocos que, según la metodología propuesta por Viveiros de Castro, no son errores, sino los fundamentos de cada relación, hecho que analizaremos a continuación.

⁹⁹ Como hemos dicho ya, hablamos de diabetes totonaca y médica por motivos de claridad expositiva y para subrayar la diferencia profunda entre éstas, pero no existen como entidades concretas independientemente la una de la otra, así como la relación de alteridad entre mestizo y totonaco no está dada, no existen como cosa-en-sí.

El antropólogo brasileño, en un proceso de co-invencción, transforma la teoría perspectivista de la “alteridad referencial entre conceptos homónimos” en un método de traducción antropológica al convertir el modo de comunicación por excelencia entre las diferentes posiciones perspectivistas (2004) —la equivocación entre la “cerveza” del jaguar y la “cerveza” del hombre, por ejemplo— en una herramienta de traducción entre culturas. El perspectivismo “supone una epistemología constante y ontologías variables, las mismas representaciones y otros objetos, un significado único y referentes múltiples” (2004:6), de modo que el método de traducción propuesto por Viveiros de Castro se basa en las ontologías amazónicas que “postulan la diferencia en lugar de la identidad como el principio de relacionalidad” (2004:18).

El equívoco, desde esta teoría, no es un error, un malentendido o una ilusión, pues esto supondría “premisas que ya están constituidas —y constituidas como homogéneas— mientras que una equivocación no sólo supone la heterogeneidad de las premisas en cuestión, sino que las plantea como heterogéneas y las presupone como premisas. Una equivocación determina las premisas en lugar de ser determinada por éstas” (Viveiros de Castro 2004:12). En este sentido, es sólo a partir de la equivocación que el antropólogo puede relacionarse y traducir. El equívoco no es algo que pueda (o deba) “superarse” para lograr la relación y la comunicación, pues “el contrario del equívoco no es la verdad, sino lo unívoco, ...la afirmación de la existencia de un significado único y trascendente” (Viveiros de Castro 2004:12). En la teoría de la equivocación controlada, basada en la relacionalidad amerindia, “la equivocación no es aquello que impide la relación, sino eso que la funda e impulsa: una diferencia de perspectiva” (Viveiros de Castro 2004:10).

La pregunta que emerge, “naturalmente”, de “nuestro” equívoco en relación a la teoría perspectivista es cómo comparar y comunicarnos si no hay una base común. Nos referimos ya en la primera parte de esta tesis a la pregunta que Good hace en relación al estudio de Evans-Pritchard sobre la brujería Azande: “¿Cuál es la alternativa? ¿Una pretensión relativista fuerte de que el mundo Azande y el nuestro son inconmensurables, que son tan diferentes que no podemos traducir entre nuestro mundo y el suyo?” (Good 2010:72). Asimismo, Goody, en su comentario del *Pensamiento Salvaje* de Claude-Lévi Strauss pregunta por qué él, habiendo estado en contacto con otras culturas, nunca

experimentó los “hiatos en comunicación” que podrían esperarse si él y ellos estuvieran “abordando el mundo físico desde polos opuestos” (1977:8).

Estas preguntas (equívocas) son producto de un modelo de comparación multiculturalista —o naturalista— que Viveiros de Castro explica a partir de la forma de relación de la hermandad, en oposición a la relación entre cuñados que es fundamental para la ontología multinaturalista. En la relación entre hermanos ambos ocupan el mismo punto de vista sobre un mundo exterior en tanto que su relación deriva de la relación equivalente de cada uno a un origen que los abarca y cuya identidad los define. Es decir, que dos entes en relación se definen como conectados en tanto que se conciben como “*teniendo algo en común*, es decir, como teniendo la *misma* relación a un tercer término.¹⁰⁰ Relacionar es asimilar, unificar, e identificar” (Viveiros de Castro 2004:18). En contraste, “la relación entre cuñados surge de una conexión con un término mediador, que es visto de maneras diametralmente opuestas por los dos polos de la relación: mi hermana es tu esposa y/o vice-versa... En este modelo, establecer una relación implica diferenciar la indiferencia, insertar diferencia donde se suponía indiferencia” (Viveiros de Castro 2004:19).

El que, enfrentados a la idea de una diferencia radical producto de diferentes invenciones de los campos de lo que está dado y lo que es construido, nos preguntemos por la *posibilidad* o *factibilidad* de comunicación entre culturas, así como de su traducción, es resultado de que la comparación se piense a partir de la forma de relación entre hermanos descrita por Viveiros de Castro: “la idea de una naturaleza externa que es lógica y cronológicamente anterior a las culturas que la representan parcialmente actúa el rol de padre/madre que funda la relación entre los dos hermanos” (2004:19). Si se pone en duda lo que está dado, anterior o externo, ¿sobre qué nos basamos para comparar? Y, ¿de ser tan radical esta diferencia, cómo sería posible la comunicación?

Kelly, en su estudio sobre las relaciones entre los yanomami y el sector salud, da respuesta a la segunda pregunta siguiendo a Wagner, señalando que “si... consideramos la cultura como la creación inventiva de significado a través de la extensión de nuestros símbolos convencionales, la situación de choque cultural que objetifica la cultura de

¹⁰⁰ Viveiros da como ejemplos el que sean “hijos de Adán, de la Iglesia, de la Nación, del Genoma, o de cualquier otra figura de trascendencia” (2004:18).

manera explícita para el antropólogo que llega a algún campo necesariamente esconde tantas diferencias entre antropólogo y nativo como las que revela” (Kelly 2011:195). Viveiros, basándose en la teoría de alteridad que toma la forma de la relación entre cuñados y que sostiene que la diferencia es el fundamento de la relación y no la similitud, contesta a la primera pregunta declarando que “la inconmensurabilidad de las “naciones” que chocan, lejos de ser un impedimento en su comparabilidad, es precisamente lo que la permite y justifica... Ya que sólo vale la pena comparar lo inconmensurable, comparar lo conmensurable es una tarea para contadores, no para antropólogos” (2004:10-11).¹⁰¹ Sin embargo, esta propuesta de búsqueda de homónimos y no de sinónimos, más que ser una respuesta, implica una opción. Como antropólogos se nos presenta, por así decirlo, una elección entre el modelo de la hermandad y la del cuñado (como puntos de partida, por lo menos).

En el ámbito de la antropología médica, las consecuencias de esta decisión son de gran importancia. Para entender por qué, será necesario detenernos en el análisis de la manera en que se constituye y piensa la diferencia desde el modelo de comparación naturalista y multiculturalista, explorando ejemplos tanto de la relación entre los grupos indígenas y el sector salud mexicano, como de la relación teórica y política del antropólogo médico con su objeto de estudio. Viveiros de Castro, continuando con la metáfora de la relación entre hermanos, describe dos potenciales relaciones entre el antropólogo y el nativo dentro de esta lógica: una jerárquica según la cual el académico asume el rol de hermano mayor “literal y racional” y el nativo el de su hermano menor “simbólico y metafórico”; o una radicalmente igualitaria en donde ambos protagonistas son vistos como gemelos (Viveiros de Castro 2004:19). Estos dos ejemplos nos permiten analizar ciertas dinámicas que surgen alrededor del ámbito médico tanto con antropólogos como con los trabajadores del Estado mexicano.

En México, la relación igualitaria entre ambos protagonistas ha sido profesada y sugerida, por ejemplo, por los proyectos estatales que buscan promover la “medicina integral”, construyendo hospitales mixtos cuyo objetivo principal es el de “fortalecer un

¹⁰¹ Da Col y Graeber, en su artículo sobre el retorno de la teoría etnográfica, declaran: “...linguistic incommensurability does not entail incomparability but a *comparability in becoming*” (2011:viii, énfasis en el original).

sistema complementario intercultural de atención a la salud dentro de un esquema de coordinación y respeto entre las dos medicinas” (Almaguer González, Vargas Vite, García Ramírez, & Ruiz Belman 2001:9).¹⁰² Sin embargo, un análisis de la manera en que este objetivo es puesto en práctica devela que esta noción de complementariedad tiende a negar la relación “igualitaria”, en tanto que el sistema médico alópata se mantiene en su totalidad y el indígena debe transformarse. En el caso de los hospitales integrales de Puebla, por ejemplo, la propuesta de hacer un espacio para lo múltiple termina por homogeneizar al brindar los mismos tipos de espacios —reflejos de una cosmología específica— a los dos sistemas médicos (sala de espera, de expulsión, de consulta, laboratorio, baños y farmacia), con la excepción de un temazcal pensado en términos de instrumento curativo (Almaguer et al. 2001). Asimismo, los cursos de capacitación y desarrollo se ofrecen a los médicos tradicionales, pero no a los alópatas. Por último, como mencionamos ya en el primer capítulo, estos proyectos se han enfocado casi en su totalidad a la producción de preparados tradicionales y la herbolaria, la cual, al ser comparable con la medicina alópata en términos de su relación con el cuerpo biológico, y al tratar con las plantas como elementos que conforman el mundo natural, tiene el potencial de complementar a la ciencia. Vemos que los sistemas médicos pueden complementarse únicamente en lo que refiere a la base común.

Otra manera en que ha tendido a declararse una igualdad de medicinas por parte de académicos y revistas de divulgación ha sido adjudicando a los indígenas una práctica empírica milenaria. Alessandro Lupo critica estas tendencias argumentando que la eficacia de los tratamientos de los diferentes grupos indígenas no se basa en una práctica de investigación empírica, o por lo menos no únicamente (2001). Si cuestionamos, sin embargo, la universalidad de una base natural (y el empiricismo que conlleva), la crítica principal a estas tendencias es que para “hacer iguales” a los indígenas se les “otorgue” el mismo grado de acceso a la naturaleza que la ciencia. Igualar aquí es reducir su realidad a la nuestra.

¹⁰² Resalta además que en los proyectos se hace énfasis en el potencial de la medicina tradicional para complementar a la alópata, de modo que la “complementariedad” se torna unidireccional y asimétrica en tanto que refleja una confianza implícita en la superioridad de la medicina “científica”: “Las principales causas de morbilidad y mortalidad de nuestra población, no tienen respuesta exclusiva en la medicina alópata” (Almaguer González et al. 2001:9).

En cuanto a la relación jerárquica a la que se refiere Viveiros de Castro, la relación entre médicos y pacientes en Ixtepec que desarrollamos en el capítulo anterior constituye un caso límite de ésta, pues la diferencia entre discursos emerge justamente en torno a la “base natural”. En este contexto no se busca la complementariedad y la jerarquía es más aparente, en tanto que el médico (“literal y racional”) regaña al paciente, tornado un ser irracional al que hay que regañar y/o educar para que pueda “entender la verdad”. La cultura, creencias y costumbres (“simbólicos y metafóricos”) de los pacientes sólo en ocasiones coinciden, según los médicos, con la realidad natural a la que ellos tienen acceso privilegiado. Aquí se piensa el equívoco como un error de comprensión, un malentendido que debe ser superado por el bien del paciente (cueste lo que cueste). En el peor de los casos el conocimiento del indígena es erróneo, y en el mejor, es un sinónimo inferior. En el ámbito médico se revela el límite teórico y ético de la ontología naturalista: el cuerpo natural, y más que eso, el cuerpo enfermo. La diferencia aquí se construye alrededor de una noción de verdad. Y sin embargo, como hemos visto ya, estos problemas de comunicación que se plantean como *superables* devienen en la necesidad por parte del médico de plantear una decisión entre tratamiento y muerte que los pacientes, aun así, no siguen.

En el caso de la antropología médica se ha criticado la noción de verdad como eje determinante y se ha buscado dar voz a los nativos o indígenas comparando sistemas médicos. Sin embargo, el límite que representa el cuerpo enfermo lo encontramos siempre mientras la comparación y la traducción se basen en el referente común —lo dado, la naturaleza— resultando en un corte arbitrario de las realidades (y medicinas) otras a partir de una ontología naturalista, las cuales separan lo simbólico o mágico de lo natural. La consecuencia de ello es que la diferencia se piense como algo que en alguna medida debe ser superada, o que el equívoco se localice en el ámbito de lo construido en tanto que lo que ocasiona malentendidos son las “representaciones” de lo natural, y no lo dado en sí (sea lo que sea eso para cada cultura). Alessandro Lupu resume de manera clara el modelo naturalista de comparación sobre el cuál se ha tendido a basar la antropología:

“En particular la antropología, que desde sus albores ha tenido por objeto de estudio la diversidad de las costumbres, de las instituciones y de los valores que distinguen entre

sí a grupos que tienen en común la naturaleza humana, se ha debatido desde siempre entre los dos cuernos del dilema: privilegiar el señalamiento de las semejanzas o bien la explicación de las diferencias; aunque la verificación de las primeras es una premisa para que tenga sentido el señalamiento de las segundas...” (Lupo 2001:139).

Vemos cómo la comparación requiere una base, una semejanza —la naturaleza— para poder comparar los ámbitos sociales: costumbres, instituciones, etc. Como declara Viveiros de Castro, los elementos de la comparación “expresan la misma referencia parental a algún (de hecho, a cualquier) tipo de trascendencia con estatus de naturaleza (physis, socius, gen, cognición, discurso, etcétera)” (2004:19). La pregunta sobre qué constituye la relación social para el nativo, o cuáles son sus campos de lo que está dado y lo que está construido, no es relevante en este modelo.

Lupo,¹⁰³ en su artículo “Semejanzas que engañan y malentendidos que curan en el encuentro de medicina occidental y amerindia en México” describe diferencias profundas entre concepciones de los nahuas y de los médicos sobre enfermedades particulares como el mal de orín, la tuberculosis y el reumatismo, entre otras. En su etnografía se devela una diferencia radical entre éstas enfermedades entre los médicos y entre los nahuas, a veces explícita y a veces oculta detrás de una semejanza aparente (¿homónimos?). Sin embargo, en lugar de explorar la posibilidad de la existencia de objetos diferentes, Lupo concluye que:

el señalamiento de los engaños ocultos en algunas semejanzas, más que recordar hasta qué punto toda comparación es intrínsecamente imperfecta y afirmar la necesidad de valorar plenamente la singularidad contextual de las cosas al comparar, nos permitirá captar cómo incluso fenómenos aparentemente vinculados al sustrato orgánico universalmente compartido (y por consiguiente en teoría inmutable) de todos los seres humanos, como el funcionamiento y los sufrimientos del cuerpo, en realidad no escapan a los *fuertes condicionamientos de los filtros culturales mediante los cuales los individuos particulares dan sentido a la realidad* (2001:140, mi énfasis).

Su conclusión parece similar a la de los antropólogos que buscan alejarse de la ontología naturalista como modelo explicativo universal, descubriendo que los equívocos se

¹⁰³ La referencia al ensayo de Lupo busca brindar una comparación entre la antropología de la teoría nativa y la antropología de enfoque simbólico, para brindar un punto de comparación “intermedio” entre la teoría nativa y la de los médicos alópatas.

encuentran inclusive en lo que bajo la ontología naturalista constituiría el límite de la diferencia: el cuerpo biológico con patógenos, y sus síntomas. Sin embargo, Lupo termina por subrayar la división naturaleza/cultura, simplemente otorgando más poder a la cultura del que otorgan los médicos. El hecho de basarse en el sustrato natural como punto de comparación (positivo o negativo), lo lleva a declarar que “en el campo de la salud y la enfermedad, tanto hoy como en el pasado, la percepción, la concepción y la *representación del cuerpo biopsíquico*, de su funcionamiento y de sus males, sólo pueden tener lugar dentro del marco de la cultura. Marco que hace *casi imposible eliminar o superar por completo las diferencias* de significado que cada sociedad y cada uno de sus miembros atribuyen a las *variadísimas experiencias corporales*” (Lupo 2001:144, mi énfasis). Los equívocos, a pesar de que como declara Lupo también surgen en relación al cuerpo y la enfermedad —hecho que pudiera implicar diferencias en el nivel ontológico— se piensan como errores o malentendidos que vuelven “ineficaces el diálogo y la transmisión de conocimientos y técnicas en el plano general de la acción social y ... hace[n] fracasar las tentativas de explicación de la realidad observada en el ámbito más circunscrito a la ciencia” (2001:140). Vemos, pues, que la diferencia cultural en el ámbito médico se piensa como un obstáculo, aunque éste sea difícil o casi imposible de superar. El problema con pensar de este modo la diferencia es que plantea un callejón sin salida en donde no podemos reducir (“superar”) y mucho menos multiplicar.

De manera un tanto irónica, en el modelo de comparación naturalista la diferencia radical implica o un relativismo absoluto, o la expulsión de los nativos de los términos “racionales” u “occidentales”, como podemos observar en la conclusión de Lupo: “...al destacar los significativos obstáculos que en mi opinión se oponen a una fácil comparación y uniformación entre sistemas terapéuticos como el “científico” y el tradicional de los nahuas de la Sierra, ciertamente no es mi intención relegar a este último a la dimensión de una *alteridad radical e insuperable*, volviendo a proponer con ropajes nuevos viejas etiquetas de *irracionalismo primitivo*” (Lupo 2001:167, mi énfasis). La única opción que el modelo naturalista de comparación ofrece al antropólogo para evitar o “superar” esta consecuencia es la de alejarse de una discusión o cuestionamiento de la base naturalista: “Me limito a destacar que los saberes médicos nahuas se basan en premisas mucho menos rigurosamente “empíricas” de lo que algunos tienden a sostener”

(Lupo 2001:167).¹⁰⁴ La terapéutica nativa queda relegada al ámbito simbólico (en tanto que no puede comprobarse en la experiencia), en donde se le piensa como válido y verdadero siempre y cuando permanezca alejado de la base natural a la que la ciencia tiene acceso privilegiado. Si difieren radicalmente los discursos sobre las enfermedades, es porque el “filtro cultural” es fuerte. En el marco de esta tesis argumentaríamos que esto es atinado, pero sólo si pensamos a la cultura como la invención de lo dado y lo construido y no como una forma de representación, simbolización y metaforización de la naturaleza. Al comparar a partir de una base en común, no queda lugar para considerar la potencial existencia de un empirismo, basado en y verificable por la observación y la experiencia más que en la teoría o la lógica, pero ante otro mundo que surja de la perspectiva del indígena. En Ixtepec, por ejemplo, los totonacos hacen la misma crítica al describir que el médico declara que un paciente que sufre de susto “no tiene nada” a pesar de presentar síntomas observables y verificables.

Vemos, pues, cómo el considerar la ontología naturalista como base explicativa universal implica un corte arbitrario de la realidad, la cual en la etnografía se devela mucho más compleja y en algunos casos radicalmente diferente. El modelo multinaturalista de comparación abre la posibilidad a que esta diferencia no devenga en una relatividad absoluta, sino que permita que los equívocos entre la medicina nahua y la medicina alópata establezcan diferentes invenciones de lo que está dado y lo que está construido; que estos equívocos no sean obstáculos sino que sean el fundamento de la relación.

El corte arbitrario al que nos referimos y que tiende a ocurrir en los intentos por la antropología de dar cuenta de otras culturas, es especialmente marcado en la antropología médica, la cual tiende a asumir que cualquier sistema médico combina la “atención al cuerpo material” y la “preocupación por las dimensiones morales de la enfermedad y el sufrimiento” (Good 2010:75). Esta división se puede observar claramente en la distinción que antropólogos médicos han propuesto entre las “dimensiones orgánica, subjetiva y social de la enfermedad”, resumidas en los términos en inglés de

¹⁰⁴ Quizá sea tramposo elegir algunas oraciones de un trabajo antropológico complejo tanto en términos teóricos como en términos etnográficos, pero es justamente en estos trabajos donde podemos observar la diferencia entre los dos modelos si llevamos sus conclusiones hasta sus últimas consecuencias.

disease, *illness* y *sickness* respectivamente (Lupo 2001:144). En un inicio, esta distinción se propuso tanto en el estudio del contexto cultural “occidental” como en estudios interculturales como una manera de para evitar “reducir las enfermedades a “entidades biológicas o psicofisiológicas universales” (Good en Lupo 2001:144)”, pues esto “impedía captar la naturaleza fundamentalmente semántica que toda experiencia de enfermedad tiene para los interesados, los cuales negocian con las personas que los rodean y los terapeutas explicaciones capaces de establecer la etiología, la naturaleza y el curso del mal y la terapia adecuada para él” (2001:144).

Sin embargo, estos términos también subrayan una división multiculturalista entre naturaleza y cultura, en tanto que según este abordaje semántico los médicos “*atribuyen significado a lo que les pasa a los cuerpos y a las vidas de los otros que es cultural e históricamente específico*” (Mol 2002:10, mi énfasis), y en tanto que *illness* se refiere a “interpretación del paciente de su enfermedad” (ibídem:9). Mol, al argumentar que el estudio de la enfermedad ya no debe dejarse al ámbito biomédico, explica cómo el binomio *disease/illness* fue creado en los años 50 para abrir un espacio para las ciencias sociales a *un lado* de la biología. Según la filósofa, esta distinción trae consigo problemáticas similares a aquellas producidas por otros binomios creados con el mismo propósito: raza y cultura (estudiado por Martin Barker 1982), *biological parenthood* y sistemas de parentesco (analizado por Marilyn Strathern 1992), así como sexo y género (abordado por Donna Haraway 1958). En especial nos interesa mencionar los problemas que identifica Mol a partir de las segundas dos distinciones.

Strathern muestra que la división naturaleza/cultura es “la invención de una cultura específica”, a partir de lo cual Mol (2002) explica que “una de las maneras dominantes en las que las culturas occidentales viven sus “*illnesses*” es al suponerlas “*diseases*” sobre las cuales tienen conocimiento los doctores. Sin embargo, con las diferentes tecnologías y transformaciones en la atención a la salud, esto tendrá que cambiar. Haraway, por su parte, argumenta que debemos alejarnos de la división sexo/género, pues aunque el movimiento feminista ganó el derecho a hablar sobre la construcción social del género, sin importar el sexo, pagó el precio de dejar la categoría de “sexo” sin analizar, sin cuestionar. Es decir, que la lucha feminista en contra del determinismo biológico resultó en una falta de análisis de la biología. Dicho en los términos empleados

en esta tesis, la biología, en tanto referente al cuerpo, se dejó en el campo de lo natural, de lo dado, y por lo tanto de lo incuestionable. Lo mismo sucede con la división *illness/disease*, en tanto que el segundo término ha permanecido prácticamente virgen en el ámbito de la antropología. Mol argumenta que es necesario salir de esta dicotomía por razones políticas, pues dejar la categoría de “*disease*” sin analizar, por aceptarla como una categoría “natural”, implica que aquellos que hablen en su nombre siempre tendrán la última palabra: “el dejar el ‘*disease*’ en manos de los médicos únicamente, es debilidad política” (Mol 2002:22). Mol aquí no sugiere que el estudio de la enfermedad sea estudiado por las humanidades a exclusión de la biomedicina, eso únicamente subrayaría la división entre los ámbitos de lo biológico y cultural. Lo que ella propone es escapar (o fugarse) de este binomio (Mol 2002:21-22).

Asimismo, el que la antropología médica subraye la primacía de un cuerpo y de la naturaleza sin dar cabida a la posibilidad de otras invenciones de lo dado y lo construido en donde inclusive, como hemos visto, puede haber muchas naturalezas, hace evidente que no estamos logrando una antropología simétrica. El mismo Lupo, ante sus datos, se aleja de la división *disease/illness*, declarando que “las divergencias entre el sistema de pensamiento indígena y las premisas de la medicina científica” van más allá de esta división semántica,

no tanto (o no sólo) porque... la identificación clínica de signos “objetivos” en la condición psicofisiológica del paciente no basta para la definición del estado de padecimiento individual en que se encuentra, que es siempre fruto de un proceso de interpretación suyo y de su círculo social, tendiente a conferir algún significado peculiar a su estado de sufrimiento... sino más bien por el hecho de que las etiquetas terminológicas indígenas (tanto en náhuatl como en español) suelen indicar “categorías diagnósticas” basadas en concepciones anatómicas, fisiológicas y patológicas muy peculiares y distintas de las de la biomedicina (Lupo 2001:155).

El paso final (y a la vez el salto más grande) en este caso sería elevar estas “concepciones” a la categoría de concepto, dando paso a que eso que constituye la fisiología sea diferente, y a que las etiquetas sean puntos de vista sobre referentes diferentes. Es decir, abrir paso a lo que Viveiros de Castro llama “una nueva antropología del concepto... que corresponde a un nuevo concepto de la antropología, según el cual la descripción de las condiciones de autodeterminación ontológica de los colectivos

estudiados prevalece absolutamente sobre la reducción del pensamiento humano y no humano) a un dispositivo de reconocimiento: clasificación, predicación, juicio, representación ... La antropología como 'ontología comparativa'" (2010:18).

Nos hemos detenido aquí largamente en la exploración de algunos ejemplos del sector salud mexicano y de la antropología médica, en donde se realiza un acto de comparación multicultural basado en la relación de hermanos, según la cual los elementos pueden compararse en tanto que se relacionan de la misma manera a un tercer término. Buscamos, a través de estos, mostrar que el hecho de que tratemos en última instancia con el cuerpo biológico como el límite teórico de la diferencia en la ontología naturalista, y con el cuerpo enfermo como límite ético tanto para médicos como antropólogos, trae como consecuencia una relación jerárquica en la cual el "occidental" está más cercano a la verdadera base natural y el nativo más alejado (sea por irracional o porque su filtro cultural es complejo). La elección entre los modelos multiculturalista y multinaturalista presentada aquí (pensadas como posibilidades) conlleva, vemos, consecuencias diferentes.

Reconocidamente, es complicado hablar de cuerpos diferentes en el ámbito médico, porque nuestro campo de lo dado no deja de serlo por reconocer que surge en un proceso constante de invención. Podemos relacionarnos con otras culturas, como antropólogos, justamente a partir de los equívocos que emergen de estos encuentros. No sugerimos, entonces, rechazar nuestra naturaleza, sino dar lugar al equívoco y a la posibilidad de pensar la diferencia no como obstáculo o algo que es potencialmente superable, sino como potenciador y fundamento de toda relación, inconmensurable. Buscar de este modo no reducir a unos a los términos de los otros, sino multiplicar las posibilidades de encuentro y comunicación. La propuesta, desde la antropología del concepto, es llevar hasta sus últimas consecuencias las teorías *otras* sobre la enfermedad.

Para el contexto intercultural de Ixtepec, elegir el modelo que se basa en la búsqueda por homónimos y no sinónimos implica un segundo nivel de complejización: no sólo debemos considerar el equívoco como modo de relación entre antropólogo y habitante totonaco, sino entre médicos y pacientes totonacos. Sin embargo, debemos

advertir la complejidad que implica pensar en el potencial carácter de homónimo de los términos que emergen en la relación del antropólogo con la persona totonaca, del antropólogo con el médico o trabajador del IMSS, y a su vez, del paciente totonaco con el médico —ésta última mediada necesariamente por los equívocos que surgen de las primeras dos relaciones mencionadas aquí. Aún así, elegir abrirse a la posibilidad de la homonimia, enfocarse en equívocos como base de las relaciones, nos permite dar lugar a la diferencia sin tratar de corregir o superar el equívoco.

Asimismo, como mencionamos anteriormente, Kelly describe cómo no sólo hay equivocaciones que se confunden con malentendidos, sino equivocaciones que se confunden con acuerdos (2011:197). Lupo describe algo similar al hablar de cómo “el reconocimiento inmediato de las numerosas analogías formales y funcionales fueron automáticos; sin embargo esas mismas similitudes terminaron por ocultar las significativas diferencias de fondo existentes entre las dos instituciones” (2001:142). Los mecanismos de silenciamiento que analizamos en el capítulo anterior son un ejemplo de ello, en tanto que no necesariamente (o por lo menos no únicamente) son resultado de una relación de poder, sino que son homónimos afines, o con afinidad. Asimismo, el que ninguno de los partidos involucrados reconozca un significado alternativo puede funcionar a favor o en contra del avance del proyecto de cada uno (Kelly 2011:197).

A partir de ello podemos proponer que al buscar (y crear) equívocos, asumiendo una homonimia y no una univocidad, y pensándolos como posibilidad de relación y como posibilidad de que esta relación se transforme (si son errores, no se puede transformar), busquemos qué equívocos ayudan a quién y cuáles no, en lugar de asumir que pueden ser superados a partir de la explicación, la repetición o el chantaje o que pueden ser resueltos a partir de la comparación con la base natural, lo cual en efecto es reducir el uno al otro.

A continuación exploraremos el ejemplo de la capacitación y de los equívocos que emergen en ese espacio en torno a la renuencia, así como las diferentes premisas que estos establecen, para comenzar a abrir paso a la posibilidad de una multiplicidad de mundos.

4.2 La capacitación

Cada jueves a la una se cita a los pacientes con diabetes que tienen sobrepeso¹⁰⁵ a una plática informativa o capacitación seguida de una sesión de ejercicio aeróbico de veinte minutos. Esto forma parte de los esfuerzos por parte del IMSS Oportunidades de apoyar a los pacientes que padecen diabetes y sobrepeso, pues la dieta, el ejercicio, bajar de peso y tomar los medicamentos adecuados en los horarios adecuados son los “puntos clave para que el paciente diabético esté controlado” (Dr. Bermúdez, Ixtepec 2013). La capacitación se imparte a los llamados “grupos prioritarios”, que incluyen a los pacientes diabéticos, con sobrepeso, hipertensos, desnutridos y embarazadas. Cada año los servicios de SAIS, trabajo social y nutrición realizan en conjunto cartas descriptivas en las cuales se establecen los temas que se trabajarán y los recursos que se utilizarán durante las sesiones de capacitación. Cada paciente que es diagnosticado con diabetes debe, en caso de tener Oportunidades, acudir a las cuatro sesiones propuestas. Éstas se enfocan en “los aspectos básicos de la diabetes”, los cuidados generales de la enfermedad, incluyendo la vigilancia de los pies,¹⁰⁶ “la importancia de la alimentación

¹⁰⁵ El sobrepeso se define a partir del Índice de Masa Corporal y del diámetro de la cintura. Las mujeres deben tener un diámetro menor a 85 cm y los hombres a 93 cm (Cynthia, Ixtepec 2014).

¹⁰⁶ Los médicos en Ixtepec ponen especial énfasis en los pies por el hecho de que los pacientes totonacos trabajan, por lo general, en el campo, en donde existe un alto riesgo de que se corten o lastimen los pies.

adecuada y la actividad física para un buen control metabólico”, y el papel que debe jugar la familia para apoyar a los pacientes diabéticos y detectar otros casos de enfermedad entre los descendientes (Carta descriptiva, Ixtepec 2013).¹⁰⁷ Además de este grupo de diabéticos de primera vez, hay un grupo para diabéticos descontrolados, a quienes más que nada se busca “sensibilizar para el apego” (María José Hernández, Ixtepec 2013). Por último, hay sesiones semanales de ejercicio (en teoría optativas), antes de las cuales se “les refuerza [a los pacientes] con alguna información sobre alimentación, sobre lo que es la dieta” (María José Hernández, Ixtepec 2013).¹⁰⁸ Es esta plática que nos brindará el ejemplo inicial para adentrarnos en el equívoco entre el cuerpo médico y el totonaco en relación a la alimentación.

En esta ocasión acompaño a Doña Clemencia, mujer totonaca de cerca de cincuenta años que fue diagnosticada con diabetes hace diez años. Al llegar a la orilla del pueblo continuamos nuestro camino en la carretera, acompañadas ahora por más personas, y el contorno del hospital comienza a vislumbrarse entre la neblina espesa. Rodeado de cerros altos, la gente se dirige en silencio a sus puertas. Una vez dentro del edificio, entramos a un salón de usos múltiples y tomamos asiento. A la vez que arriban más y más “pacientes”, las personas empiezan a conversar y a reír. Hay cerca de cuarenta mujeres, vestidas la mayoría de nahuas, y dos hombres. Las conversaciones y voces animadas se interrumpen cuando ingresa Abram Nuño, estudiante de psicología que está haciendo su servicio social y quien impartirá la capacitación. Comienza a hablar y se transforma la dinámica: lo que era una reunión social, ahora parece un salón de clases.

Asimismo, muchos habitantes en Ixtepec no llevan zapatos. El riesgo de dejar una herida sin tratar en un paciente diabético es el del desarrollo de necrosis y amputación.

¹⁰⁷ Se vuelve claro, una vez más, cómo la propuesta del IMSS se basa en una noción de tratamiento “integral”, que se enfoca en factores sociales (la familia) como biológicos (la explicación del control metabólico y de los efectos físicos de la enfermedad). Ya no debiera sorprender, sin embargo, que considerando que esta propuesta quiere “integrar” elementos divididos de este modo a partir de una ontología naturalista y de una escisión cuerpo/mente euro-americana específica, el resultado entre la población totonaca, que dividen y relacionan, inventan y co-inventan diferentes campos de lo dado y lo construido, no es tan efectivo o bueno. En efecto, no hay correlación evidente entre los pacientes diabéticos que no han asistido a los cuatro cursos y los pacientes categorizados como “descontrolados”.

¹⁰⁸ Sucede seguido que no llegan los pacientes a los grupos, o que llegan uno o dos. En diciembre, por ejemplo, las personas dejan de ir por ser el primer mes en el que se cosecha el café. Como explica Doña Piedad, “hay que salir todo el día, ni modo” (Ixtepec 2013).

Abram, vistiendo la simbólica bata blanca, comienza a declamar en totonaco. Algunas personas se notan aburridas, otras comienzan a dormir, pero la mayoría lo escucha atenta. Ciertas palabras las dice en español: torta, autoestima. Después de unos minutos, una mujer sentada al fondo de la sala lo interrumpe, y comienza una discusión entre Abram y los pacientes, que aunque es evidentemente intensa, se caracteriza por la risa constante de los pacientes (y en pocas ocasiones de Abram). Tengo la impresión de que el psicólogo busca convencer pero que no lo logra, o por lo menos no del todo ni como él pretende. La llamada “capacitación” tiene un semblante de debate, o por lo menos, de queja y desacuerdo. También me parece que a los pacientes les interesa más escuchar lo que dicen los otros pacientes, que a Abram, al punto en el que, por breves momentos, el psicólogo pierde el control de la conversación por completo.

Después de media hora viene María José Hernández, de trabajo social, a indicar que es hora de comenzar el ejercicio. Mientras movemos las sillas, ella coloca un DVD en el reproductor y la pantalla se enciende: aparece la imagen de un escenario con luces neón, sobre el cual se desenvuelve una danza aeróbica de paso veloz. Hay que agacharse, elevar los brazos, saltar hacia delante, hacia atrás, a los lados, girar. Los dos hombres se rehúsan a participar. María José intenta animarlos, como quien busca convencer a alguien de bailar en una fiesta.¹⁰⁹ Ellos permanecen inmóviles. Mientras tanto, María José ha organizado a las mujeres en cuatro filas. Yo, parada hasta atrás, me enfrento a una visión surreal de cuarenta mujeres totonacas vestidas en sus mejores atuendos, de blanco con rojo y negro, con collares coloridos, en una habitación blanca, estéril, mirando una pantalla neón y teniendo que imitar cuerpos con movimientos diferentes y ajenos a los suyos. Pocas mujeres elevan los brazos, y casi ninguna salta. Damos pasos de un lado a otro, entre risas nerviosas y un calor sofocante. María José se encuentra delante del grupo intentando seguir las indicaciones del video, pero sin lograrlo del todo —“No importa”, dice, “lo importante es que se muevan.” Pasan veinte minutos torpes, incómodos, pero también algo divertidos. Al finalizar el video, los pacientes acuden con María José para recibir la firma que indica que asistieron y que requieren para recibir el apoyo de Oportunidades.

¹⁰⁹ En las fiestas del pueblo, son los hombres quienes bailan principalmente.

En esta escena los mecanismos de silenciamiento que caracterizan la interacción dentro del consultorio no funcionan del mismo modo. Aquí no se filtran ni traducen síntomas, y no se está dialogando con un cuerpo-objeto ni un cuerpo-sujeto individual. Asimismo, la relación médico-paciente es distinta, empezando por el hecho de que no es un paciente, sino un grupo de personas, y de que no vienen a pedir tratamiento sino que asisten a una plática informativa (la mayoría asiste para obtener el apoyo de Oportunidades). Además, en esta plática el médico es un hombre totonaco, hecho que establece una relación específica que permite otro tipo de dinámica al que observamos en la clínica.

Esto no quiere decir que los pacientes puedan relacionarse con Abram como totonaco a la exclusión de su identidad médica o vice-versa, ni que Abram elija dialogar con ellos por momentos como uno o el otro. Como explica Strathern para ejemplificar la noción de conexiones parciales, el que un académico sea a la vez antropólogo y feminista (como lo es ella), no significa que estas identidades o posiciones internas sean dos lugares diferentes entre los cuales puede trasladarse la persona y en las cuales pueda estar “completa”, ni que sean dos caras alternándose, o dos polos de un diálogo en el que la persona está constantemente involucrada. “La entidad que vive/experimenta esto no es ni dos personas diferentes ni una persona dividida en dos” (Strathern 1991:35). Como agrega Mol, el ser uno da forma e informa el otro, a la vez que son identidades diferentes; “están parcialmente conectadas, más de una, menos que muchas” (Mol 2002:83). Lo que es importante destacar ahora, y que veremos con detenimiento más adelante, es que la relación entre médico y totonaco no es una, ni es unidireccional —la manera de pensar a, y de relacionarse con, el otro es diferente desde la perspectiva de Abram y desde la de los pacientes.

Esta relación con Abram Nuño, junto con el hecho de que la plática se lleve a cabo en totonaco y de que ésta se vea dominada en varios momentos por los pacientes (que además son la mayoría), crea una especie de espacio totonaco dentro del hospital. Mientras que en el consultorio algunos pacientes argumentan en contra de la dieta que se les recomienda, en ese espacio se limitan a hacer un comentario sobre lo difícil que es seguirla, o a retar al médico a que vaya a trabajar al campo con esa dieta. En la capacitación las palabras de los pacientes toman otro tono y cada quien toma el tiempo necesario para exponer su narrativa; es evidente que están discutiendo temas

importantes, o de gran interés para todos. Este espacio, entonces, es una situación intermedia entre el pueblo y el hospital, entre los dos polos de la serie de homónimos y equívocos que buscamos entender en esta tesis, tanto en términos espaciales como en términos de la diferencia entre la perspectiva médica y la totonaca. Esto permite que el diálogo entre médicos y pacientes sea más explícito (por lo menos para el antropólogo que aún tiene la sensación de no entender nada). Es por su estatus intermedio (de mediar entre), que nos colocamos aquí para comenzar a develar equívocos, considerando que es la diferencia mínima la que potencializa un equívoco y buscando que funja como un mediador para poder pasar, como hemos profesado, de un lado del homónimo al otro.

La traducción de Abram

Mientras María José lee de una lista los nombres de los pacientes que han sido citados ese día para que pasen al frente por su firma, Abram (Ixtepec 2014) me explica lo que sucedió durante la plática sobre la dieta y el ejercicio, que él declara es “para que la gente pueda entender y que de esa forma le haga entender a sus hijos.” La capacitación que imparte busca contrarrestar, me indica, la falta de información sobre la diabetes y el sobrepeso, así como la falta de educación de los pacientes al respecto, porque por ejemplo, muchos nunca han oído sobre la enfermedad del sobrepeso. En primer lugar, les habló a los pacientes sobre la autoestima, la cual es necesaria para que puedan acoplarse al tratamiento. El tratamiento consiste en que ellos bajen de peso siguiendo la dieta y haciendo ejercicio. Esto es para que ellos no se enfermen más y puedan llevar una calidad de vida mejor a la que tienen. Asimismo, es fundamental que les expliquen a sus hijos que ya no coman tanto, porque la comida tiene grasa y azúcares, para que ellos no tengan enfermedad.

La primera mujer que habló, traduce Abram, declaró que no puede bajar de peso porque les inculcaron desde un principio que deben alimentarse bien. “Alimentarse bien en el sentido de que tienen que comer más, más tortilla... Que no se tienen que conformar con 5 o con 6, sino hasta que se llenen. Y es el problema que la señora estaba argumentando.” La misma mujer dijo también que las tortillas “bien bien calientes, engordan”, lo cual hasta ahora, según Abram, no se ha comprobado. Ella explicaba que las tortillas “deben estar menos calientes” y que uno “se tiene que saciar bien bien para

que no tenga hambre, o que no pueda sufrir algún trastorno, algún problema.” Cuando hablaba ella, todos reían, pero después de ella habló un hombre, cuyo tono era más serio. Él habló de la tortilla, refiriéndose a ella en español. Cuando le pregunté a Abram sobre este intercambio, él me explicó que “porque el cuerpo está tan acostumbrado a que siempre tiene que comer la misma cantidad, que es imposible para... si nada más le dan dos o tres tortillas hace cualquier cosa por conseguir más, es lo que comentaba el señor.”

Por último, Abram tradujo la conversación que tuvo con un tercer paciente, una mujer mayor, que según me explicó, argumentaba que sus hijos no la obedecen y que no se acostumbran a comer quelites todos los días, que siempre les tiene que guisar algo para que puedan comer. Ante este argumento, Abram admitió que la situación era complicada, pero que “tienen que entender que la época donde están es muy diferente. La señora tal vez en su momento le dieron de comer eso tal vez por la economía, que no tenían para comprar. Pero ahorita... ellos están recibiendo Oportunidades. Y pues sus hijos están recibiendo dinero cada mes, cada dos meses y les exigen a sus madres que les preparen tan siquiera algo.”

La traducción de Doña Clemencia

De camino de regreso al pueblo, le pregunté a Doña Clemencia (Ixtepec 2014) qué había transcurrido en la plática y qué había dicho Abram: Dijo que hay que querer nuestros cuerpos y hay que enseñarle a los niños que deben comer poco, poca carne, que ya no es como antes, ahora ya causa las enfermedades. Agregó, “eso sí es cierto, no?” “Hay que comer cosechado, frijol, que no tiene fertilizante, chile (¿al chile le echan? No sé...). Puro plantado.”

Pregunté acerca de la mujer que más habló. Es la hermana de Gabriel. “¿Qué dijo?”— La señora dijo que no va a bajar de peso porque trabaja, le da hambre. Come 12 tortillas grandes, sabe buena, pero con quelite, frijol... no con carne porque se acaba. Dijo también que están en la edad, comen y van a trabajar. Los que engordan son los que comen y luego se acuestan, como los cerdos. Fue ante este comentario, me explica Doña Clemencia, que todos rieron. Agrega que “si ella va a trabajar, hay que comer para trabajar. Si uno no come bien, no va a estar sano.” Doña Clemencia misma cuando era joven comía mucha tortilla, pero le dolía el corazón. El médico le dijo que comiera menos,

porque la tortilla tiene algo, algo caliente, que hace daño. “No hay que comerla caliente, sino fría.” Según Doña Clemencia, el señor había hablado para decir que “caliente sabe bien sabrosa”. La hermana de Gabriel también argumentó que los hombres comen tortilla caliente que les preparan sus mujeres, y están bien flacos.

Situando el equívoco

Tenemos aquí dos traducciones lingüísticas (con todo lo que eso implica) que incluyen dos narrativas sobre la diabetes y su tratamiento, así como traducciones —llamémosle culturales— de las declaraciones del psicólogo y de los pacientes respectivamente. Tanto las narrativas como las traducciones son altamente divergentes y sugieren premisas radicalmente diferentes. Resulta claro que estas traducciones no se pueden explicar de manera unívoca esclareciendo las malinterpretaciones o malentendidos por ambas partes del diálogo, y mucho menos, explorando las maneras en que los totonacos “interpretan” las palabras del médico y “representan” la enfermedad biológica (reto a cualquiera a hacerlo). En efecto, en varias ocasiones en este ejemplo y en los datos de campo lo que “dice” el otro, según unos, no lo ha dicho ni lo diría (como el que se le atribuya a los médicos alópatas la información sobre los químicos dañinos que hay en la carne y su rol desencadenante con la diabetes). Y sin embargo, no parece haber una sensación de falta de comunicación, aunque sí de desacuerdo.

Resulta evidente que no nos encontramos frente a un caso de errores de comunicación que pudieran ser desentrañables si tan sólo explicáramos a ambos partidos “qué está diciendo o queriendo decir el otro”. No es que los pacientes hayan entendido que la carne causa diabetes por tener químicos, cuando el médico en realidad decía otra cosa, y que al explicar en otras palabras lo que él quería decir, desapareciera el desacuerdo. Es decir, no se trata de un error de comprensión fácilmente resuelto (especialmente considerando que todos en el pueblo lo comparten), sino que la divergencia nos remite a premisas diferentes. El equívoco aquí no es una malinterpretación, sino el carácter homónimo del cuerpo y de la alimentación. Es por esto que no buscamos encontrar qué fue lo que se dijo “en realidad” (ocultado por malas traducciones y por la falta de entendimiento lingüístico por parte del antropólogo). Estas traducciones, estos dos polos de una serie de equívocos, establecen las premisas que

nos permitirán comprender tanto los diferentes conceptos de cuerpo y alimentación que se ponen en relación aquí —en forma de homónimos que se develan en las dos narrativas sobre la enfermedad— así como las maneras en que se constituyen las relaciones de alteridad entre los pacientes y los médicos develadas en parte en las traducciones que los unos hacen de las declaraciones de los otros.

El hecho de que no nos encontremos frente a “errores” de comunicación lingüísticos y culturales en términos naturalistas se subraya si tomamos en consideración el hecho de que a pesar de tener a un “traductor ideal” en tanto que es totonaco, habla totonaco y le son familiares los conceptos de la medicina alópata, encontramos equívocos entre los conceptos de cuerpo y alimentación sobre los que se basa el tratamiento (el cuál recomienda Abram), y los conceptos totonacos. Asimismo, los equívocos que se develan en este ejemplo y que encontramos en el hospital en general en relación a la diabetes fundamentan la relación médico-paciente, pues al no compartir el mismo concepto de cultura (y por lo tanto de naturaleza), la única manera de relacionarse —o si queremos, de entenderse y estar en acuerdo o desacuerdo— es a partir de la diferencia. Como consecuencia, y como veremos en el análisis de las traducciones que hacen Abram y Clemencia de las palabras del otro, las maneras en que se conceptualizan médicos y pacientes en relación los unos a los otros son diferentes (de nuevo, “[e]l Otro de los Otros siempre es otro” (Viveiros de Castro 2004:12)). Esto, junto con el hecho de que es imposible desenredar los testimonios para llegar hasta un malentendido original (tanto en este ejemplo como en el contexto general), o hasta llegar a identificar quién dice qué o quién interpretó qué, ni qué ha dicho cada quién desde la llegada de la diabetes al pueblo, nos lleva a problematizar en primera instancia la idea de que las “creencias” sobre la diabetes surgieron de interpretaciones de las palabras de los médicos y de representaciones de la enfermedad biológica a partir de una cosmovisión totonaca en el momento en que esta enfermedad entró al pueblo. A continuación analizaremos esta problemática específica para pasar al análisis de las narrativas y traducciones de Abram y Clemencia.

En primer lugar, cabe preguntarse si la diabetes es en realidad un elemento alógeno. Un biólogo argumentaría que es probable que la diabetes haya estado presente en la comunidad tiempo antes de que los médicos del IMSS empezaran a diagnosticarla.

Sin embargo, esta tesis busca alejarse de la noción de la cosa-en-sí, por lo que argumentamos que la diabetes no existía en la comunidad antes de...pues, existir. Esta propuesta se confirma por la opinión unánime de los habitantes del pueblo con los que hablé, de que la diabetes llegó al pueblo hace treinta años, así como por el hecho de que no existe palabra en totonaco para esta enfermedad.¹¹⁰ Lo interesante, sin embargo, es que no parece que la diabetes haya comenzado a existir en Ixtepec a través de un proceso de identificación de semejanzas y de clasificaciones por parte de los totonacos (por lo menos no únicamente), sino que pareciera que al entrar al pueblo llegó con una historia y como una serie de relaciones; llegó transformada, nunca fue otra cosa (en términos de relaciones, pues como veremos más adelante, hay mucho que los habitantes declaran que no se sabe sobre la diabetes).

Lupo, en la etnografía que hemos estado citando a lo largo de este capítulo, declara que en todo encuentro “los hombres formulan juicios comparativos cada vez que tienen que denominar, clasificar, describir y justificar todo lo nuevo e inesperado que se presenta a sus ojos...” (Lupo 2001:140-141). Como ejemplo narra la manera en que “los españoles veían <<mezquitas>> en los templos indígenas”; “los amerindios clasificaron como <<venados>> (*mazatl* en náhuatl) a los grandes cuadrúpedos nunca vistos que montaban los españoles” (2001:141). Aquí devela una manera de pensar el encuentro afín a la teoría del sincretismo, basada en la idea de que los préstamos son “aproximaciones conceptuales e identificaciones terminológicas” (ibídem). El pensar así los encuentros no devela la naturaleza relacional del encuentro; es decir, no da cuenta de la manera en que las relaciones entre los grupos atraviesan y definen las traducciones, así como la relacionalidad misma inherente al “elemento” alógeno. La diabetes, por ejemplo, no entra a la comunidad en tanto que hay un incremento de casos de niveles de glucosa elevados; implica una transformación de la persona y de las relaciones entre los habitantes tanto a nivel individual como a nivel comunitario. Su entrada trae consigo consecuencias históricas, como veremos en el siguiente capítulo.

¹¹⁰ Mientras que en otras comunidades sí existe un término en totonaco para denominar la diabetes —por ejemplo en Papantla se usa la palabra *Sakgsinit minkgalhni* que quiere decir sangre dulce o endulzamiento de la sangre (Enríquez, comunicación personal)— en Ixtepec al preguntar si existía palabra alguna todos declararon que no, pues es una enfermedad nueva. Aunque sí hablan de que a alguien se le endulzó la sangre (mi sangre ya tiene azúcar; está dulce tu sangre; ésta tiene azúcar; se endulzó su sangre), esta descripción no es un término o nombre.

El pensar las traducciones como búsquedas de sinónimos o representaciones de lo alógeno o extraño a partir de herramientas propias deviene en un análisis que determina, como hace Lupo, que las aproximaciones conceptuales y terminológicas que ejemplifica “comportaban evidentes simplificaciones y distorsiones de la realidad, de las que los autores con frecuencia eran conscientes” (2001:141). El antropólogo, utilizando el ejemplo de los saberes médicos, busca mostrar que “cualquier forma de encuentro y de comunicación entre portadores de culturas distintas pasa por la identificación de comunes denominadores, continuidades y semejanzas, pero también que esto implica el riesgo constante de pasar por alto, ver mal o alterar la especificidad peculiar de la cosas” (2001:140). En los términos teóricos de esta tesis, propondríamos justamente que no se altera la especificidad de las cosas, sino que los dos términos se relacionan en tanto diferentes.

En efecto, quizá esta manera de pensar el problema del encuentro pudiera dar cuenta del ejemplo de la tuberculosis que presenta el autor, en donde “[l]a precisión con que identifican esa enfermedad los nahuas, tanto en el plano del diagnóstico como en el terminológico, podría hacer suponer que su aparición entre las categorías diagnósticas reconocidas es demasiado reciente para haber dejado espacio para elaboraciones autónomas significativas. Sin embargo la evidencia etnográfica demuestra lo contrario, revelando una interpretación original de este mal, sorprendentemente alejada del modelo biomédico original y compartida en forma bastante homogénea por los indígenas...” (Lupo 2001:160).¹¹¹ Este comentario recuerda a aquel que hace Lévi-Strauss sobre el préstamo de relatos entre culturas diferentes:

“Hablar de préstamo sería demasiado sencillo. Cada vez que el problema se plantea, se hace preciso desenredar tras las apariencias qué fue realmente lo prestado, y sobre todo no dejarse engañar por la ilusión de que se presta sin motivo o por la sola atracción novelesca. Porque el préstamo puede desempeñar una función, suplir la falta de alguna

¹¹¹ Resulta interesante considerar que mientras los estudios históricos de situaciones de sincretismo tienden a buscar justamente cómo se pudieron haber interpretado semejanzas (o diferencias) entre lo conocido y lo desconocido para poder categorizar un elemento, en el caso de la diabetes en Ixtepec vemos, de manera similar a la tuberculosis, que en pocos años el encuentro se ha vuelto mucho más complejo de lo que pudiera comprenderse a partir de ese abordaje. En efecto, pareciera que cuando la diabetes llegó a Ixtepec, ésta ya siempre había sido causada por el susto. En este sentido, podemos pensar la diabetes como un haz de relaciones que transforma y se transforma, pero que no tiene origen (cual sistema de transformación mítico).

cosa cuya necesidad se dejaba oscuramente sentir. Quizás incluso se haría preciso rechazar la noción de préstamo y en su lugar decir que con frecuencia, en una materia alógena, el espíritu local reconoce elementos que, bajo aspectos diferentes, estaban ya presentes ahí donde podían estarlo; de suerte que el préstamo permitiría explicitar datos latentes y perfeccionar esquemas incompletos” (Lévi-Strauss 1992:250).

La enfermedad nueva, sea la diabetes o la tuberculosis, no cae en un espacio en blanco (vacío de relaciones) ni en una categoría de “aquello que no se sabe pero de lo que sabe el médico alópata”, como pareciera asumir el esfuerzo por capacitar a los pacientes, pues estos sí tienen conocimiento sobre la enfermedad, distinto del de los médicos, que en ocasiones es silenciado y en ocasiones, como la de la capacitación en el hospital de Ixtepec, emerge como un conflicto.

De población a población: tecnologías, sedentarismo y aeróbics

Volvamos, pues, a nuestro ejemplo y coloquémonos en el equívoco, pues como declara Viveiros de Castro, “traducir es situarse en el espacio de la equivocación y habitarlo” (*dwelling there*) (2004:10). Como hemos adelantado, en las traducciones que hacen Abram y Doña Clemencia de los argumentos del otro se establecen premisas diferentes que determinan las distintas maneras en que se establece la relación entre el médico y el paciente totonaco en Ixtepec. A su vez, en la explicación que ofrecen estos dos interlocutores sobre la diabetes y su tratamiento se devela un equívoco entre los conceptos de cuerpo en relación a la alimentación. Estos, a su vez, se relacionan con una serie de nociones —como las de moderación, sobrepeso y estilo de vida en el caso del tratamiento médico, y las de fuerza y trabajo en el caso de los pacientes totonacos— que no encuentran un análogo o equivalente en este encuentro entre culturas. A continuación exploraremos este segundo equívoco en las diferentes narrativas, antes de pasar a analizar las premisas que establecen las diferentes traducciones.

En primer lugar es necesario preguntarnos entre quiénes se crea este equívoco. Hemos analizado la posición inter-media de Abram, y la relevancia de la relación que se establece aquí entre médico y paciente, pero es importante destacar que el psicólogo en ningún momento adapta las instrucciones del NOM, pues se pone en operación la lógica

según la cual las costumbres y hábitos deben ceder a la naturaleza, por salud.¹¹² Sin embargo, como hemos visto, la enfermedad y el cuerpo se construyen y traducen constantemente como biológicos y universales. Asimismo, como veremos ahora, la “naturaleza” de la diabetes y su tratamiento está atravesada por conceptos y nociones específicos a una ontología y a un contexto cultural específicos. En este sentido, el equívoco no se produce entre Abram como individuo y los pacientes, sino entre los conceptos totonacos y los conceptos que habitan el tratamiento prescrito para la diabetes: entre los pacientes y Abram como condensadores de relaciones, como su actualización.¹¹³ El equívoco se da, en efecto, a partir de la trasposición de un tratamiento habitado por una población, a otra. Por supuesto que la relación aquí no es entre el tratamiento para la diabetes como tal o como cosa-en-sí, y los pacientes. Sin embargo, es justamente en las premisas conceptuales de estos dos polos, a los cuales podemos llegar a partir de la traducción de Abram y de Doña Clemencia, que queremos ahondar ahora.

El hecho de que el tratamiento para el control de la diabetes se importe de un contexto cultural específico a otro se basa en una noción naturalista de la enfermedad como biológica y universal, así como en la idea del método científico como privilegiado para comprender y abordarla. Si se ha comprobado que la manera de controlar los niveles de glucosa en la sangre implica hacer treinta minutos de ejercicio aeróbico diario y comer menos carbohidratos y grasas, entonces éste debe ser el caso para todo cuerpo padeciente. Sin embargo, estas normas para el control y la prevención fueron comprobadas y diseñadas a partir de poblaciones y contextos culturales radicalmente

¹¹² Aunque Abram brinda una explicación que no me dio ningún otro médico acerca de lo que significa la buena alimentación para los pacientes totonacos, en tanto que ésta implica comer más (y más tortilla) para estar sano, aún así sugiere que bajen de peso, sigan la dieta, hagan ejercicio y “no coman tanto porque la comida tiene grasa y azúcares” (Ixtepec 2014).

¹¹³ Naturalmente, como hemos declarado ya, en todas estas relaciones basadas en equívocos, surgen equívocos entre mí (yo-antropóloga) y la cultura con la que me estoy relacionando y a la que busco acercarme. Si toda relación se basa en la diferencia, no existe la posibilidad de un tercero, externo, que mira todo desde fuera. De modo que mientras busco develar equívocos, otros se crean. Uno fue el equívoco que impulsó la tesis, pero seguramente hay otros que no diviso, que se empujan más lejos del enfoque de esta tesis. El primer paso hacia una teoría nativa crea olas que mueven de lugar y transforman equívocos. ¡Qué desastre! A seguir explorando *ad infinitum*: “la equivocación es la condición limitante de cada relación social, condición misma que se súperobjetifica en el caso extremo de las llamadas relaciones interétnicas o interculturales, donde los juegos de lenguaje divergen al máximo (*maximally*)” (Viveiros de Castro 2004:12).

distintos al que encontramos en Ixtepec. Este diseño específico incluye tanto nociones y conceptos de cuerpo, alimentación, sedentarismo y gordura, como los números mismos que determinan la “práctica” (*enactment*) de la diabetes al momento del diagnóstico.

Mol y Law, en diferentes artículos, describen como la definición de un nivel de glucosa “alto” comenzó a modificarse a partir de la introducción de los medidores de glucosa que permiten el automonitoreo. Antes de que existieran estas máquinas, si un paciente diabético tenía un nivel menor a 10 mmol/l (\approx 180 mg/dl) en estado de ayunas, se le denominaba controlado o sano. Sin embargo, la posibilidad de regular los niveles de azúcar en la sangre de manera más constante y estricta dio lugar a estudios clínicos que compararon a personas a quienes se le administraba una inyección de insulina diaria y personas estrictamente controladas con inyecciones durante el día cuando fueran necesarias. Los resultados mostraron que un control más estricto incrementaba las posibilidades de salud a largo plazo. A partir de esto, el límite que indicaba un nivel “alto” de glucosa fue bajado (la ADA indica que en ayuno el nivel de glucosa ideal es entre 70 y 130 mg/dl y menos de 180 una o dos horas después de comer). A su vez, en tanto que se volvía más popular la regulación estricta, incrementó la incidencia de hipoglucemia, de modo que las máquinas de autorregulación, creadas originalmente para detectar niveles de glucosa altos, comenzaron a utilizarse para detectar niveles de azúcar demasiado bajos (Mol y Law 2004:49; Mol 2009). A Ixtepec llegaron los números bajos, productos de prácticas y tecnologías específicas, pero no la posibilidad de automonitorearse estricta y constantemente.¹¹⁴ También llegó, como hemos dicho, un tratamiento para la diabetes basado en premisas altamente específicas, en las cuales nos adentraremos a continuación a partir del ejemplo de capacitación y ejercicio que hemos brindado.

Lo primero que dice Abram, recordemos, es que la autoestima es necesaria para que los pacientes puedan llevar el tratamiento —el cual consiste en que bajen de peso, hagan ejercicio y dieta— y para que puedan tener mejor calidad de vida. El referirse a la

¹¹⁴ Podría argumentarse que esto también juega un papel en la creación del alto índice de pacientes descontrolados en Ixtepec, si consideramos que se están exigiendo resultados pero no se están otorgando las herramientas para lograrlo. Por el otro lado, no estamos argumentando necesariamente que se les otorgue máquinas de automonitoreo a los pacientes, sino que abogamos por una transformación de las condiciones en términos más generales, tema que se abordará en el epílogo de esta tesis.

“autoestima” nos sitúa de inmediato en la lógica identificada en el capítulo anterior según la cual el sujeto debe poder controlar (cuidar) su cuerpo “adecuadamente”, y si no lo logra puede deberse a factores psicológicos. Esto se relaciona, a su vez, con la lógica de la elección que exploramos detenidamente, a partir de la cual la persona se constituye como paciente autónomo que puede (debe) elegir un estilo de vida diferente al que tenía, y a partir del cuál se traza el límite de la responsabilidad médica.

Las palabras de Abram en este sentido coinciden con las cinco líneas de acción del SAIS: Mídete o atiéndete, capacítate, aliméntate, actívate o muévete, y motívate (Maricruz Olivares, Ixtepec 2014). El uso de la segunda persona busca sugerir que el paciente sea activo y responsable por su tratamiento. Maricruz me explica de manera concisa que “ya que los orientamos, ya es su responsabilidad de ellos cómo alimentarse.” Sin embargo, como vimos en el capítulo anterior, el que los pacientes no elijan seguir las indicaciones (la decisión correcta) resulta en su infantilización, en tanto que no están siendo “responsables” y “autónomos” —por lo menos no del modo prescrito o esperado en el contexto médico alópata. Pudiéramos decir que el regaño y la elección entre tratamiento y muerte que se tiende a plantear al paciente, devela que en la práctica las líneas de acción del SAIS se remiten no a una segunda persona que invita al paciente a cuidarse, sino a su uso como imperativo.

Como analizamos en el capítulo anterior, el tratamiento de la diabetes se plantea en términos de elegir un estilo de vida específico. Esta noción de “estilo de vida” emerge de un contexto euro-americano, individualizante, en donde la alimentación y el ejercicio incluyen un sin fin de opciones para cada persona (basta pensar en la proliferación de libros y artículos que proponen identificar qué dieta y qué régimen de ejercicio “son para ti”). El estilo de vida —eso que se hace en el día a día, los hábitos y las actividades— se devela como un *collage*, donde los medios masivos, los médicos y los psicólogos, entre otros, sugieren opciones “sanas” y el individuo puede elegir la combinación que le plazca. En este caso, entonces, el estilo de vida no tiene que ver con la familia ni con la manera en que se constituyen las relaciones en torno y a través de la persona, más allá de que alguien *elij*a pasar tiempo con su familia como parte del estilo de vida que está armando.

En este contexto, el paciente diabético no puede elegir cualquier estilo de vida, sino que debe elegir uno “saludable” para el cuerpo si quiere mantener controlada la

enfermedad: debe hacer más ejercicio (aunque no demasiado para no arriesgarse a padecer hipoglucemias) y debe seguir una dieta estricta baja en grasas y azúcares. Este diseño de estilo de vida saludable se basa, a su vez, en una noción de cuerpo como sistema metabólico, así como en nociones específicas de individuo y persona que han sido determinadas como causas parciales de la diabetes: en relación a la dieta, la persona codiciosa que debe moderarse, y en relación al ejercicio, la noción del individuo y de la sociedad actual como sedentaria e, implícitamente, perezosa. De cierto modo, si la persona es responsable de su salud, también lo es, parcialmente, de su enfermedad. A continuación ahondaremos en estos conceptos de persona en relación a las nociones de gordura y sobrepeso, moderación, estilo y calidad de vida, y ejercicio, para posteriormente pasar a analizar la constitución del cuerpo como sistema metabólico.

En el capítulo anterior nos hemos referido ya a la noción de persona como codiciosa que describe Mol sobre la cuál se basan los consejos alimentarios que buscan prevenir la obesidad. Como mencionamos, la filósofa declara que la “moralidad incorporada” en estos consejos es que “los que comen deberían ser moderados”, y que el cuerpo que emerge de esta moralidad se “presenta como una bestia voraz, codiciosa” a la cual hay que domar a partir de las facultades de la razón (Mol 2010:121). En el hospital de Ixtepec, como podemos observar en el presente ejemplo, se pone mucho énfasis en bajar de peso para mantener la salud, lo cuál se logra haciendo ejercicio y comiendo menos (a pesar de que Abram declare que para los pacientes comer menos es arriesgar la enfermedad). La idea de bajar de peso, como sabemos, también está altamente determinada por un contexto en el cual se ha valorizado de manera positiva la flacura, que implica belleza y salud, y en el cual la gordura implica lo anti-estético y la enfermedad. En este contexto, el peso sugiere decisiones personales en relación al estilo de vida, de modo que es posible, en teoría, “ver” el estado mental de una persona a partir de su apariencia. Recordemos, por ejemplo, frases como “se dejó ir”, que implican una falta de control de la persona o individuo sobre su cuerpo que es sancionada. Vemos cómo la noción de persona que emerge aquí es una codiciosa que debe moderarse y que debe controlarse. La idea de que los hábitos y el estilo de vida puedan leerse en el cuerpo de las personas sucede del mismo modo en el caso del estilo de vida sedentario expresado en la obesidad. En este caso, la persona —o más bien el individuo en la

sociedad— se plantea como perezoso y habitualmente inmóvil.

El incremento a nivel mundial de la diabetes se ha tendido a explicar desde la perspectiva de la medicina evolucionista según el cual el Síndrome Metabólico¹¹⁵ surge como una respuesta adaptativa a la presión selectiva de tener que soportar ciclos de hambre y abundancia a lo largo de la evolución humana.¹¹⁶ En su libro “El mono obeso”, Álvarez Campillo explora la evolución de estas mutaciones desde nuestros ancestros hasta la actualidad para mostrar cómo “nos desviamos de este diseño cuando nos vemos en un entorno pleno de alimentos y bajo gasto energético por sedentarismo (2011:114)”. Es decir, que los trastornos metabólicos, incluyendo la diabetes, son producto de las llamadas sociedades de opulencia. Inclusive hay abordajes que “opinan que las enfermedades metabólicas y cardiovasculares son enfermedades de la hiperalimentación, de la falta de comunicación entre las personas, de la soledad, del sedentarismo, del estrés laboral y del aburrimiento; son enfermedades de la civilización” (Álvarez Campillo 2011:13).

El tratamiento está atravesado por estas nociones, y responde al sedentarismo (y al sobrepeso que resulta del mismo) con el ejercicio y la dieta. Esto no quiere decir que estas medidas no afectan los niveles de glucosa, pero sí resulta evidente que el tratamiento fue diseñado a partir de premisas específicas según las cuales la persona se constituye como sedentaria y perezosa, requiriendo motivación para moverse (“Actívate”, “Muévete”, “Motívate”), y como buscando siempre la manera más “fácil” de hacer las cosas. Como explica Maricruz, ahora “hay más diabetes por hábitos alimenticios y por el sedentarismo... es más fácil no? De que me ponga a hervir frijoles, como una lata y me ahorro el gas.” La lógica implícita es que la actitud capitalista trae consigo la diabetes, la hipertensión y el sobrepeso. Asume que las decisiones y los acciones se basan en una economía monetaria y de tiempo. “En lugar de hacer comida ps hago tortas y se acabó; todo lo que son embutidos, lácteos, cosas así. Mejoran la vida, la hacen más fácil, pero

¹¹⁵ El Síndrome Metabólico incluye la *diabetes mellitus*, la obesidad, la hiperlipemia, la aterosclerosis y la hipertensión.

¹¹⁶ Como explica Álvarez Campillo (2011), esta adaptación consiste principalmente en la selección de una serie de mutaciones que conforman el llamado “genotipo ahorrador”, caracterizado principalmente por el desarrollo de la insulinoresistencia y de la leptinorresistencia. En términos generales, estas dos características aumentan la eficacia del cuerpo humano para extraer y almacenar energía a partir de los alimentos y favorecen la acumulación de grasa en épocas de abundancia (Álvarez Campillo 2011:211).

empeoran nuestra calidad de salud.”

La noción de ejercicio como indicación terapéutica, atravesada por la noción del sedentarismo causado por el capitalismo y causante de la diabetes, se construye en un contexto en donde lo habitual es el no-movimiento. Cada individuo debe elegir levantarse y llevar a cabo una actividad que mueva la mayor cantidad de músculos posibles y que eleve el ritmo de su corazón (el ejercicio está diseñado para esto). Como explica Maricruz en relación al ejercicio que se organiza para los pacientes en el hospital: “tenemos equipos de auto-ayuda para motivar... Hacemos rutina, damos zumba, dependiendo. Ahorita estamos formando un taller de baile en la tarde.” Es decir, esta noción se basa en la lógica de la elección individual, así como en un concepto de cuerpo específico, conformado por músculos y ritmos cardíacos, que funge como un sistema metabólico.

Cuando este tratamiento se exporta a Ixtepec —por estar basado en estudios científicos sobre una enfermedad biológica—, las premisas no logran coincidir en tanto que lo habitual no es el no-movimiento, sino el trabajo, y en tanto que (por lo menos en lo que pude observar yo), las personas no basan sus decisiones alimentarias en la facilidad de preparación y el ahorro del tiempo.¹¹⁷ Resulta entonces la escena surreal que describí al inicio de este capítulo, en donde se pide a personas que están acostumbradas a caminar, cuyos cuerpos están habituados a movimientos diferentes con distintos valores incorporados, y que no piensan al cuerpo como un conjunto de músculos que hay que ejercitar (incluyendo al corazón), que realicen movimientos ajenos. Resulta una situación en la que los pacientes le explican al médico que caminan mucho y que trabajan, y éste responde que su cuerpo ya está habituado a eso, que tienen que hacer treinta minutos más de lo normal: el punto es que el hábito y el estilo de vida se modifique.

Los valores incorporados tanto a la noción de ejercicio como a la noción de bajar de peso, relacionadas a la elección de un estilo de vida específico, en el caso de la diabetes están íntimamente ligados al concepto de “calidad de vida”. Como declara Abram (y varios de los médicos y trabajadores del IMSS entrevistados), el propósito del tratamiento de la diabetes no es curar —tarea imposible— sino mejorar la calidad de vida

¹¹⁷ A pesar de que los habitantes de Ixtepec constituyen un opuesto a las llamadas “sociedades de opulencia”, es importante notar que a partir de la llegada de la carretera hace aproximadamente treinta años, los habitantes sí se han vuelto más “sedentarios”, pues caminan mucho menos.

de los pacientes. Este término ha sido debatido en el ámbito médico durante las últimas dos décadas y surgió a partir del argumento de que las medidas o mediciones del estatus de la enfermedad como entidad física (*disease*) no son suficientes para describir la carga o el peso de la enfermedad en términos psicosociales (*illness*).¹¹⁸ Se propuso entonces que se tomaran en cuenta factores de calidad de vida como lo son “el dolor, la aprehensión, la depresión y la discapacidad funcional” (Barger, Muldoon, Flory, & Manuck 1998:242). En la práctica se distinguen dos definiciones operacionales de calidad de vida: como el comportamiento individual o nivel de funcionamiento (objetivo) o como el estado de bienestar y de salud percibido por el individuo (subjetivo) (Barger, Muldoon, Flory, & Manuck 1998:243).

En el hospital de Ixtepec, una línea de cuestionamiento acerca de lo que implica la calidad de vida para los trabajadores del hospital develó una noción basada en capacidades funcionales, pero potenciales o futuras, en tanto que se busca evitar complicaciones que puedan impedir que el paciente realice sus actividades diarias (por ejemplo la amputación de un pie). El tratamiento en este sentido no es para mejorar la calidad de vida del paciente ahora, sino para evitar que empeore en un futuro, sea cercano o lejano.

La definición del concepto de calidad de vida que se enfoca en las percepciones subjetivas del paciente sobre su bienestar no juegan ningún papel en Ixtepec, en tanto que como hemos visto, al enfrentarse a un nivel de renuencia alto, los médicos no brindan a los pacientes el estatus de responsabilidad e independencia necesaria para dar lugar a esta dimensión subjetiva. La relación jerárquica sugiere Viveiros de Castro se pone en juego aquí en tanto que los médicos, como hermanos mayores racionales, saben mejor que los hermanos menores simbólicos lo que les conviene y lo que es bueno para su salud. En última instancia, la noción de calidad de vida en Ixtepec se reduce a una idea de salud, la cual es necesaria preservar, a pesar de que implique cambios que son reconocidamente difíciles para los pacientes. Vemos aquí cómo la noción de calidad de

¹¹⁸ A pesar de que en esta tesis busquemos alejarnos de la división *illness/disease*, aquí la citamos para dar cuenta de las premisas y conceptos que habitan el diseño del tratamiento de la diabetes. Asimismo, la lucha por introducir la noción de calidad de vida al ámbito médico forma parte de una batalla por permitir que el paciente tenga un rol activo y decisivo en el tratamiento de su cuerpo, propósito que esta tesis en principio apoya.

vida como meta del tratamiento de la diabetes, creada en una población específica con nociones específicas de la relación entre persona y cuerpo, al “aplicarse” a otra población, se transforma. Es decir, que sufre una doble transformación: a partir de la traducción médica que asume que los pacientes totonacos no tienen (o no deberían tener) la posibilidad de decidir sobre su tratamiento por no tener la información o la capacidad necesaria, de modo que la calidad de vida se reduce a la idea de preservar la salud en un futuro; y a partir de la traducción totonaca, la cual deja de lado el término por completo.

Hemos explorado las nociones de estilo de vida, calidad de vida, ejercicio y moderación en relación a las nociones de persona como ser “codicioso” —como ente sedentario producto del capitalismo— las cuales conforman algunas de las premisas del tratamiento de la diabetes expuesto por Abram en la capacitación. El segundo punto que el psicólogo trató en la capacitación, tras referirse a la autoestima y a la calidad de vida, es que es “fundamental que les expliquen a sus hijos que ya no coman tanto, porque la comida tiene grasa y azúcares, para que ellos no tengan enfermedad.” Esta declaración tiene como premisa un concepto de cuerpo específico, que se ve reflejado por los otros médicos del IMSS, tema que analizaremos a continuación.

El hecho de que el tratamiento para la diabetes sea “transferible” o “aplicable” a todo ser humano se debe a que parte de la premisa naturalista que establece al cuerpo como entidad natural y universal. La especificidad de la dieta y del ejercicio recetado, por el otro lado, se basa en la noción de cuerpo como sistema metabólico. Como declara Abram, hay que comer menos “porque la comida tiene grasa y azúcares”. En este sistema, como explica Mol, “muchas cosas están conectadas: la comida con insulina con ejercicio con el nivel de azúcar en la sangre. El nivel de azúcar en la sangre, a su vez, conlleva otras conexiones físicas, ya que al paso del tiempo los azúcares en la sangre causan obstrucción arterial por arterosclerosis, un deterioro de la vista y pérdida de sensibilidad debido a la degradación de las neuronas.” En el día a día, la “práctica” (*enactment*) del cuerpo como sistema metabólico implica que la comida se aprecie a través de calcular carbohidratos y que hacer ejercicio sea una manera de quemar azúcar (Mol y Law 2004:54).

Esta manera de pensar el cuerpo yace detrás de las indicaciones alimenticias que dan los médicos y la nutrióloga a los pacientes con diabetes y/o sobrepeso. La dieta tiene

como propósito la reducción de peso y/o el control de los niveles de glucosa en la sangre (varía poco dependiendo de lo que se busque lograr). Sin embargo, la dieta también se ve importada de un contexto cultural en el cuál los potenciales pacientes comparten una noción —aunque diferente en el grado de comprensión— del cuerpo como sistema metabólico, hecho que no sucede en Ixtepec. De manera que, mientras el cuerpo es “puesto en práctica” (*enacted*) por los médicos como un mecanismo de ingesta y quema de calorías, no lo es por los pacientes. Asimismo, ya que los médicos del IMSS están conscientes de que la noción de calorías, así como la de la composición de la comida a base de proteínas, carbohidratos y grasas, no las comparten los pacientes, estos muchas veces no se refieren a estos términos y simplemente explican a los pacientes qué sí pueden y qué no pueden comer. En estos casos, la noción del cuerpo metabólico no es “puesta en práctica” (*enacted*), sino que funge como mecanismo de coordinación para los médicos: es la historia que cuentan los médicos, la lógica implícita en sus indicaciones sobre la dieta. En la narrativa de Abram, por ejemplo, la indicación no tiene que ver con contar calorías ingeridas y quemadas, ni con elegir alimentos con base en una noción del efecto que tendrán sobre las células y su capacidad de absorber energía. La indicación es que se coma menos, porque en la comida hay algo, la grasa y el azúcar, que hacen daño.

El resultado de ésta adaptación de la dieta diseñada en y para una población diferente, en la cual el cuerpo es “practicado” (*enacted*) como un sistema metabólico tanto por los pacientes como por los médicos, es que no se descubre ninguna lógica detrás de la dieta (por lo menos no desde el punto de vista médico, si nos enfocamos en aquello que se explicita ante el paciente). A pesar de que se usan imágenes en las capacitaciones que muestran diferentes grupos de comida (leche y yogurt, frutas, verduras, legumbres, carnes, etc.), la dieta no se basa en eliminar alguno de estos grupos. En efecto, hay alimentos que prohíbe, y alimentos de los cuales permite pocas cantidades, así como alimentos que se permiten a ciertas horas del día. Lo único que se sabe, es que estos alimentos elevan los niveles de glucosa en la sangre. Los pacientes, al ser interrogados por los médicos, tienden a ofrecer una lista de dos o tres cosas que no se puede comer, y el médico o la trabajadora del SAIS a su vez responde recordándole otras.

El efecto, con una explicación mínima, es de una lista cuasi-arbitraria de alimentos

que se pueden o no comer. Los siguientes son ejemplos de indicaciones por parte de la dietista y de las trabajadoras del SAIS y trabajo social: “Cereales suficientes, antes o durante de la comida, en la noche no porque son almidones y sube el azúcar”; “no hay que cocinar con manteca y no hay que tomar refresco”; “No pastas/sopa, no atole de masa, no papa, no mieles, no azúcares, no plátano, no pan dulce. ... Con los tamales pueden comer media taza de frijoles (no más). Que coman calabaza, chayote, elote con los tamales. Que coman atole de avena, pan tostado o integral, pera, guayaba...”. Los pacientes (y algunos familiares y amigos de estos), a su vez, tienden a enlistar en primer lugar “pura verdura” y “no carne”, pero la lista también es larga: “Mucha verdura, no sandía, no mango”; “No papas, ni pollo de granja”; “Te dicen que no comas nada de grasa, ni comas mucho”; “Nada más una, dos tortillas”; “Fruta y verdura, carne no”; “Nada de azúcar ni manteca, puro aceite Nutrioli”; “ni refresco, ni nada, no más pura agua, pura verdura, pura verdura”; “Verduras sin sal, no café, no pan, no manteca, sí fruta para que no coma mucha tortilla”; “Que hay que comerse ya na más tres tortillas, un vaso de leche, un vaso de agua de sabor...en la mañana, en la tarde igual...todas las comidas sean sin grasa”; “No pollo, res, puerco. Hay que tomarse la leche.”

El punto de mayor coincidencia entre ambas dietas es en relación a la tortilla. En un gran número de los diálogos que escuché entre un paciente diabético y un médico y/o trabajador social, el trabajador del IMSS le preguntaba al paciente cuántas tortillas come. Las respuestas variaban mucho, con pacientes admitiendo comer desde dos hasta doce tortillas por comida. Por lo general, si el paciente declara comer dos o tres, el médico responde con incredulidad. A su vez, los pacientes tienden a referirse en primera instancia a la dificultad de seguir la dieta impuesta por los médicos, pues “te dicen que comas dos o tres tortillas”, que son muy pocas.

Otro elemento que constituye la dieta en su diseño original y que se deja de lado en Ixtepec, es el de los quintos. Según esta indicación, la persona debe comer cinco veces al día: desayuno, comida, cena y dos colaciones. La historia que se cuenta sobre esto se basa, una vez más, en el cuerpo metabólico, en tanto que su busca mejorar el metabolismo del cuerpo al alimentarlo cada 3-4 horas. Sin embargo, este plan supone un horario en el que se puede tener acceso a comida a cualquier hora, y no logra adaptarse a un contexto como el de Ixtepec, en donde los hombres trabajan en el campo todo el día

y las mujeres les llevan el almuerzo (para lo que caminan entre una y dos horas), o donde las mujeres pasan gran parte del día cocinando para su marido y sus hijos, y prueban la comida constantemente. Conscientes de ello, los médicos en general dejan de lado esta indicación.

Otra adaptación del tratamiento que se lleva a cabo en el IMSS, consecuencia de que se importe una dieta basada en nociones de cuerpo y estilo de vida específicas, es que se generaliza la cantidad de calorías propuesta. En los contextos “occidentales” en donde el paciente comparte los conceptos de cuerpo y alimentación con los científicos que diseñaron la dieta, en donde se encuentran la mayoría de los alimentos sugeridos por la dieta, y en donde las personas tienen las posibilidades económicas para adquirir estos alimentos, la dieta general se adecua a cada paciente. De manera conjunta el paciente y su médico idean una dieta que tome en consideración las actividades diarias del primero, sus posibilidades prácticas de llevar a cabo la dieta, posibles discapacidades, etc.

En Ixtepec, en contraste, esto no es posible más allá de adecuar la dieta si el paciente padece otra enfermedad cuyo tratamiento contraindica el de la diabetes. En primer lugar, la cantidad y el tipo de ingredientes varía notoriamente entre un contexto urbano y el campo.¹¹⁹ En segundo lugar, a pesar de que la dietista Judith Sánchez me explicó que en el hospital “hay una dieta general que se calcula a partir del peso, la edad, la talla y el género”, en efecto, “no se puede otorgar dieta específica” a cada individuo (Ixtepec 2014). La dietista me explica que esto se debe a varias situaciones:

“Primero es difícil por el idioma, ellos hablan totonaco. Segundo, no podemos hablar de cantidades (porque es confuso). Hay que empezar a educar: esto me hace bien, esto no. Un problema es el poco nivel escolar. Entonces les decimos a los pacientes que podemos comer alimentos ricos en fibra. Es un proceso: primero hablamos de tipos de comida, y luego de calorías. El tiempo del proceso depende del nivel socioeconómico” (Ixtepec 2014).

En consecuencia, la dieta para mujeres con diabetes es de 1300 calorías y para hombres de 1500. Esto, me explica la Dra. de la O, es algo drástico, pues la ingesta de calorías en

¹¹⁹ En ocasiones se les dice a los pacientes que no coman tortas, hamburguesas o pizzas, y estos aclaran que no comen nada de eso. Asimismo, algunos ejemplos sobre la dieta para pacientes diabéticos que me daban los médicos en entrevistas citaban sustitutos de comida como la soya, imposible de conseguir (y pagar) en Ixtepec.

el campo es más alto que en la ciudad. Ella calcula que el consumo normal de los habitantes de Ixtepec es de 3000 calorías, de modo que la dieta reduce a la mitad las posibilidades de alimentarse por parte de los pacientes.

Resulta claro que esta adaptación por parte de los médicos tiende a generalizar porque los problemas a los que se tienen que adaptar son a nivel población. Esto nos habla de un tratamiento que no es adecuado, antes que de una población que no está adecuada a un tratamiento. Muestra también que la noción de calorías y el concepto de cuerpo metabólico sobre el cual se basa la dieta no encuentran un “sinónimo” en Ixtepec. A pesar de que entre los habitantes totonacos de la región encontramos una idea de energía expendida y recuperada de cierto modo, como veremos a continuación, ésta lógica no coincide e incluso se opone a las indicaciones de los médicos en relación a la dieta. Comenzamos a ver que la diferencia tanto en términos de las prácticas diarias como en términos de las diferentes premisas que llevan a una renuencia cuasi-generalizada en el caso de la dieta y el ejercicio, bloquea una posible traducción entre los diferentes actores (en tanto creación y multiplicación de la diferencia).¹²⁰ Ahondaremos más en este hecho después de haber analizado las premisas totonacas del equívoco que estamos habitando en este capítulo. Basta por ahora con señalar que el tratamiento para la diabetes se simplifica o se adapta, pero no se transforma a partir de los conceptos totonacos. El que haya dificultades a nivel población para aplicar el tratamiento implica que éste no se pueda adaptar para nadie. Pasemos, entonces, a analizar las premisas totonacas que emergen de la narrativa de Doña Clemencia sobre la alimentación y la enfermedad de la diabetes.

De maíz, fuerza y vida

En la narración que hace Doña Clemencia de la plática de capacitación, emergen imágenes de la diabetes y de la dieta diferentes a aquellas que se develan en el tratamiento de la enfermedad propuesto por Abram. De sus palabras podemos extrapolar que las recomendaciones alimenticias que les dan (o que se discuten) en el hospital son

¹²⁰ No nos referimos aquí a las posibilidades de traducción del antropólogo, pues es justamente lo que estamos buscando hacer ahora—traducir y potenciar la diferencia a partir de un análisis de los equívocos presentados aquí.

dos: que hay que comer “puro plantado”, es decir, no comer alimentos con químicos o fertilizantes, principalmente carne (la cual antes no los tenía), porque causan enfermedades; y comer menos tortilla o comerla fría, porque ésta tiene algo, caliente, que hace daño. Su narración también hace evidente que los pacientes no están dispuestos a comer poca tortilla, porque trabajan y porque si uno no come, “no está sano”. En esta sección buscaremos esclarecer algunas de las premisas que estos datos establecen. A continuación, analizaremos el hecho de que reducir el consumo de tortillas implica arriesgar la salud de la persona, develando a su vez un equívoco que causa conflicto y una parte de la denominada renuencia. Posteriormente, exploraremos las premisas que yacen detrás de las indicaciones dietéticas en relación a la carne con químicos y a la tortilla fría.

Cuando los médicos y los diferentes servicios del IMSS mencionan la dieta (pocas veces utilizando esta palabra, por cierto), las respuestas de los pacientes varían mucho: ríen, permanecen en silencio, declaran que han hecho todo lo que ha indicado el médico, o argumentan que no han podido. En este último caso, los hombres por lo general declaran que no pueden porque tienen que ir a trabajar, mientras que las mujeres dicen que simplemente no pueden, o que se desmayan. Margarita, residente en el hospital, resume los argumentos que le plantean: “Cuando uno les dice, ‘no, pues tienes que comer, tienes que disminuirle a las tortillas’ te contestan, ‘no, es que si no me voy a desmayar, usted porque nada más esta aquí sentada, pero nosotros trabajamos en el campo, *hacemos fuerza*” (Ixtepec 2013, mi énfasis). En efecto, el caso de la dieta constituye el mayor punto de desacuerdo entre pacientes y médicos, tanto en el consultorio como en las capacitaciones, y juega un papel importante en la percepción por parte de los trabajadores del IMSS de que en Ixtepec haya un alto índice de renuencia por parte de los pacientes diabéticos.

De esta argumentación se desprenden conceptos de persona y del cuerpo en relación a la alimentación radicalmente diferentes a aquellos que analizamos a partir de la narrativa de Abram. El cuerpo en este caso no es un sistema metabólico y la tortilla no es una fuente de calorías constituida por carbohidratos, sino que ambas cosas se relacionan con la “fuerza” y con el “trabajo”. ¿Pero cómo saber qué implica cada uno de estos conceptos? Durante mi trabajo de campo, pude advertir ciertas similitudes y ecos

con etnografías realizadas en otros lugares de Mesoamérica, entre otros grupos indígenas, pero también advertí ciertas diferencias importantes. Aún así, en esta tesis nos apoyaremos en otras etnografías para comenzar a explorar el mundo totonaco de Ixtepec, advirtiendo que la información etnográfica es construida y que en investigaciones futuras será importante ahondar en la etnografía de la región específica.

Habiendo dicho esto, podemos comenzar con una generalización: la tortilla es una expresión plástica del alimento por excelencia entre las poblaciones indígenas de México: el maíz. En la antropología mexicana se ha estudiado ampliamente el papel del maíz en las diferentes culturas de Mesoamérica. En primera instancia, se ha demostrado que este alimento juega un rol central o fundamental en las relaciones entre humanos y divinidades. Alessandro Lupo, en su ensayo sobre el maíz entre los nahuas de la Sierra Norte de Puebla, identifica un vínculo de coesencia entre el hombre y el maíz que forma parte del flujo de energía cósmica que va de la divinidad al maíz —como forma de vida intermedia— y del maíz al hombre, para volver a la divinidad (Lupo 1995). Gabriel Hernández, en su estudio entre los totonacos de Ixtepec, analiza el mito de creación del maíz en el cual, para que este alimento —“el hueso y la carne de los hombres”— existiera, “era necesario que alguien se sacrificara. A cambio, los hombres estarían comprometidos a devolver el sacrificio a los dioses míticos.” El antropólogo declara que esta lógica de reciprocidad “marca... la forma y el contenido de la praxis ritual agrícola entre los totonacos” (Hernández García 2009a:360).

Asimismo, y en relación a esto, se ha mostrado que entre los grupos indígenas de Mesoamérica en general existe una consustancialidad entre el maíz y el hombre. Según Gabriel Hernández, “[p]ara los totonacos y nahuas de la Sierra Norte de Puebla, el maíz participa de la misma sustancia de la que están hechos los hombres” (Hernández García 2009b:213). De manera similar, González González describe como entre los nahuas de la Huasteca “ser gente de maíz no es metáfora” en tanto que “el maíz es quien da forma a lo que los seres humanos llaman cuerpo” (González González 2009:170). Comienza a develarse, pues, una noción de cuerpo profundamente diferente a la del sistema metabólico sobre el cual se basa la dieta diseñada para controlar la diabetes, en tanto que está atravesada por una red de relaciones entre seres de diferentes mundos y que está íntimamente ligada con el maíz, el cual no sólo comparte su sustancia con el cuerpo

del hombre, sino que le brinda “fuerza”.

Entre los totonacos de Ixtepec, como explica Hernández García, el maíz opera “como un principio anímico para el cuerpo humano, que posibilita su movilidad, su energía para moverse en el mundo desde sí mismo” (2009a:367). Si nosotros ponemos la palabra “fuerza” entre comillas, sin embargo, es porque la observación etnográfica y el planteamiento teórico de esta tesis no permiten asumir (o imponer) una categoría como la de “principio anímico” al término utilizado por los totonacos en Ixtepec. En efecto, como se verá en la tercera parte de esta tesis, los conceptos de cuerpo y espíritu de los habitantes de Ixtepec nos llevan a alejarnos de la división cartesiana entre lo interno (mente/alma) y lo externo (cuerpo, envoltura), así como a cuestionar las divisiones entre lo material y lo inmaterial —lo físico y lo espiritual— que tienden a relacionarse con las nociones de espíritu, principio anímico o fuerza vital. Por el momento, sin embargo, nos es importante resaltar la función que tiene el maíz entre los totonacos de Ixtepec: posibilita el movimiento, brinda “fuerza”.

En el caso de los nahuas de la Huasteca, González González registra una situación similar al declarar que el maíz es lo que aporta la energía vital que requiere el *tonalij* para desarrollarse y dotar de “fuerza vital” a cada sujeto (González González 2009:170). Esto esclarece el hecho de que dejar de comer tortilla sea dañino para el cuerpo, como argumentan los pacientes en Ixtepec ante la dieta de reducción de carbohidratos. Irene, enfermera totonaca, me explica que “seguir una dieta adecuada, para ellos es quitarles comida...sienten que al tomar medicamento no pueden comer nada” (Ixtepec 2014). Esta preocupación la vi confirmada en las narraciones de los pacientes. Miguel Márquez narra que se espantó al ser diagnosticado con diabetes: “fui a hospital, me empezaron a decir que ‘esto vas a comer, no vas a comer nada, tortilla ni leche ni nada ni pan’, dice. A caray, cómo voy a vivir si no voy a comer nada, le pensé” (Ixtepec 2013). Doña Amparo relata algo similar, describiendo cómo “cuando me dijeron que tenía diabetes, y le dije al doctor: ¡entonces no voy a comer!” (Ixtepec 2013). Doña Esperanza, curandera, está en contra de la dieta impuesta por el IMSS diciendo que “[h]ay que comer para que esté una sana. ¿Qué nos va a alimentar, pura medicina?” (Ixtepec 2013).

Estas reacciones no sorprenden si consideramos que la dieta elimina o reduce los principales alimentos de la población de Ixtepec, en especial la tortilla como alimento por excelencia. Las consecuencias de comer menos tortilla son peligrosas (lo cual deja de sorprender ahora que hemos establecido algunas de las premisas sobre las que se basa este hecho). Doña Clemencia me explica que en el hospital le dijeron que sólo coma dos tortillas en la mañana, en la tarde y en la noche, pero que ella no puede. “Como cuatro. Si no, me siento mal. Ya a la una si no he comido siento la cara pequeña, que me voy de lado, débil. Siento feo” (Ixtepec 2013). En efecto, la debilidad hace susceptible al cuerpo al mal de ojo, al susto y a la enfermedad en general. El maíz otorga fuerza. Doña Clemencia, al ser diagnosticada con diabetes, en un inicio no creyó lo que decía el médico: “Comía mucho, estaba fuerte. Pregunté y me dijeron ‘te quiere dar diabetes’. No creí” (Ixtepec 2013). Comer tortilla es vital para cuidar al cuerpo. Como explica Doña Filomena, “aunque sea unos cuatro ya es bueno, si, ps ya está bien. Porque tú no estás cuidando tu cuerpo [si comes menos] para aunque sea unos cinco tortillas, seis tortillas que comas” (Ixtepec 2013).

Vemos que comer menos, y en especial menos tortilla, no es simplemente un caso de acostumbrar al cuerpo a otra dieta, sino que se arriesga la salud de la persona. Esto nos sugiere que la fuerza que brinda la tortilla está íntimamente vinculada con el cuerpo, y que no necesariamente se trate de algo “espiritual” o “inmaterial” que hace funcionar al cuerpo “físico”, como parecen implicar muchos de los trabajos dedicados a esta temática. Esta idea se subraya si consideramos la narrativa de Doña Filomena, quien me contó de una señora a la que le dijeron que comiera sólo una o dos tortillas, y que, al seguir estas indicaciones, murió. Me explicó que es “[p]orque acostumbramos aquí no más la tortilla de...las frutas casi no, porque no acostumbramos, como no crecimos así” (Ixtepec 2013). Aquí, al igual que en la narración de Abram, se habla de costumbre, de estar acostumbrado, pero a diferencia de las premisas que analizamos con respecto al tratamiento propuesto por el psicólogo según la cuál los hábitos deben ser adaptados (aunque sea difícil) por la salud del paciente, aquí la costumbre es algo que atraviesa al cuerpo —“acostumbra mi cuerpo”— y cuya transformación es potencialmente mortal: “si tú te vas a hacer lo que están diciendo en el hospital, te vas a morir” (Doña Filomena, Ixtepec 2013).

Según Catherine Good, entre los nahuas el que el maíz otorgue fuerza vital a los hombres no se debe únicamente a la cualidad del alimento, sino que esta dotación de fuerza forma parte de una circulación de bienes y trabajo que transmite la energía vital (Good Eshelman 2011). La antropóloga explica que, entre los nahuas, “[a]l trabajar se transmite la *fuerza* o la energía vital de la persona que trabaja hacia los que reciben los beneficios de su trabajo; a la vez como miembro de la comunidad uno siempre recibe los beneficios del trabajo de los demás” (Good Eshelman 2005:92). Como resume González González, “[e]ntre esta gente se trabaja, pues trabajo y maíz son la forma para dotar y dotarse de *fuerza*” (González González 2009:172). Aunque entre los totonacos no podemos hablar de una circulación de bienes (no sin dedicar más tiempo a esta investigación), sí es posible observar una relación clara entre la fuerza, el maíz, y el trabajo. A su vez, la propuesta de Good nos permite explorar las premisas que operan cuando Doña Clemencia traduce que “la señora no va a bajar de peso porque trabaja”, agregando que “si ella va a trabajar, hay que comer para trabajar. Si uno no come bien, no va a estar sano” (Ixtepec 2013). Lo mismo parece operar cuando los pacientes reclaman a los médicos que no pueden hacer la dieta porque trabajan: se están refiriendo a una falta de fuerza, y posiblemente a un ciclo de reciprocidad en el que se ven inmersos como personas y cuerpos que trabajan.¹²¹ Decir que “no se puede” seguir la dieta porque uno trabaja, vemos, es una frase que debe tomarse literalmente, pues el trabajo se relaciona con la alimentación y atraviesa el cuerpo —está incorporado— además de tener consecuencias prácticas y económicas para las personas, que viven en un estado de pobreza extrema y necesitan trabajar (argumento que también citan con frecuencia los pacientes). Doña Amparo resume esta cualidad transversal del trabajo: “Todos aquí

¹²¹ Algo similar sucede con el caso del aguardiente, el cuál los médicos tienden a prohibir junto con las restricciones sobre la tortilla y los alimentos con alto contenido de azúcar y grasa. Maricruz comenta que les cuesta trabajo a los pacientes, quienes reclaman: “no, pero por qué, si yo voy a ir a trabajar”. La trabajadora social explica que “están acostumbrados; vienen de trabajar y le da su mamá el aguardiente, entonces, para ellos es algo muy difícil. Y siempre te van a reclamar” (Ixtepec 2014). Lupo, en su estudio de caso, explica que “[e]l destilado alcohólico, por ser “fuerte”, “ardiente”, dotado de olor penetrante y extraído de una sustancia dulcísima como es el azúcar de caña, se inscribe en el nudo relacional que según el pensamiento nahua une esencias y cosas provistas o dadoras de fuerza” (Lupo 1991:222). Debido a esto, el aguardiente cura el cansancio y refuerza la “cualidades espirituales del hombre” (Lupo 1991). En Ixtepec nos encontramos con un caso similar, en el que la importancia del aguardiente después de un día de trabajo, en el que se ha expendido fuerza y el cuerpo se ha agotado, se vuelve evidente.

trabajamos. Si no, no tienes dinero... *Las necesidades las tenemos por dentro. A fuerzas tienes que comer*" (Ixtepec 2013, mi énfasis).

Good propone para los nahuas con los que trabaja que "esta circulación de trabajo y *fuerza* es una componente central en la noción local de la vida, además de la definición de las personas" (Good Eshelman 2011:181). Entre los totonacos de Ixtepec también podemos observar una relación entre el concepto de persona totonaco y la fuerza, el trabajo y la alimentación. En la narrativa de Clemencia, la persona (humana) se diferencia de los cerdos en tanto que trabaja: "[l]os que engordan son los que comen y luego se acuestan, como los cerdos" (Ixtepec 2014).¹²² No sorprenderá, considerando esto, que Doña Clemencia platicó en casa que las mujeres gordas en el grupo se ofendieron durante la plática porque Abram "les dijo flojas". La noción de persona en este caso se devela opuesta a la persona sedentaria presente en los estudios evolucionistas sobre el incremento de la diabetes. En efecto, el trabajo es un valor que constituye a la persona totonaca. Asimismo, se vuelve claro que la noción de gordura entre los totonacos no coincide con la noción médica de sobrepeso, pues todos los presentes habían sido citados por tener sobrepeso y Doña Clemencia habló sólo de un par de mujeres "gordas".¹²³

En una ocasión escuché a una pareja adolescente, novios aún, molestándose de manera juguetona, gritándole a las personas que pasaban por la calle, pero que no podían verlos. María gritaba en una voz grave: "Soy Pedro, como mucho y no trabajo." A su vez, Pedro gritaba emulando una voz aguda: "Soy María, como mucho y quiero una casa grande, grande." Aquí podemos apreciar que la alimentación y el trabajo forman parte de los valores principales de hombres y mujeres totonacas.¹²⁴ En este ejemplo

¹²² Esta diferencia a partir del trabajo cobra especial interés si consideramos que el pollo y el cerdo son "animales corporalmente análogos al indígena en tanto su carne es de maíz" por ser alimentados con maíz (Trejo 2014). La comparación es una que une y separa. En cierto sentido, el cerdo es comparable con el cuerpo totonaco en tanto que están hechos del mismo material, pero son diferentes en tanto que los unos trabajan (son personas) y los otros no.

¹²³ Los hombres están exentos de esta categoría por completo.

¹²⁴ El que el trabajo sea un valor importante para el hombre totonaco se relaciona con la ingesta de Coca-Cola en Ixtepec, la cual, aunque se menciona en ocasiones como mala para personas con diabetes, no tiende a citarse al discutir las causas de esta enfermedad. La Coca-Cola se bebe principalmente cuando vienen visitas. Según explicaba Antonio Lorenzo, si das refino o coca a la visita "sí regresa al siguiente día. Hay que dar Coca, si una da agua es que no tiene, *no trabaja, no quiere dar*" (Ixtepec 2013, mi énfasis). Es decir, que la persona no se inserta en las relaciones de reciprocidad que atraviesan o parten del trabajo.

también podemos reconocer una valoración de la moderación alimenticia, tanto negativa como positiva. Pareciera que admitir comer mucho es admitir, en cierto sentido, ser goloso. En el ejemplo de María y Pedro se revela como algo que es vergonzoso, y en varias entrevistas con pacientes diabéticos, estos me decían que no seguían la dieta pero que no comían mucho (inclusive después de haber declarado que comían grandes cantidades de tortilla). Por el otro lado, esta admisión tiende a provocar risa y no una sanción más grave. A su vez, comer mucho en el sentido de comer hasta saciarse, implica comer bien para cuidar el cuerpo y estar sano, como hemos visto.

La persona que se devalúa aquí no es una “bestia” avariciosa que hay que controlar. Asimismo, el cuerpo “gordo” no refleja un estilo de vida sancionado, sino que implica fuerza y salud. Un cuerpo y una persona flaca (en especial una mujer) no está sana, no trabaja, y como resultado no es atractiva, como me explicaron Ana y Hermelindo Pérez. Ellos también me preguntaron acerca de la anorexia, término que habían escuchado en la televisión. Al explicar que se trataba de una enfermedad en donde la persona deja de comer buscando enflacar, ambos explotaron en risa: “¿Será cierto?” Les parecía absurda la idea de querer enflacar, y aún más la de dejar de comer.

Además del concepto de persona nahua, Good cita la noción de vida como relacionada con la circulación de *fuera* y trabajo. Pensando esta posibilidad entre los totonacos de Ixtepec (libremente, quizá), esto nos remite a una noción de “calidad de vida” distinta a la que el tratamiento de la diabetes propone como meta. Si pensáramos la calidad de vida en los términos del tratamiento, podríamos decir que éste no la mejora, considerando que los pacientes diagnosticados tienen que ir regularmente al hospital, tomar medicamento continuamente y batallar con una dieta que transforma la alimentación, la cual atraviesa, como comenzamos a ver, al cuerpo y a la persona totonacos. Sin embargo, el concepto de “calidad de vida” no lo encontramos en la narrativa de Doña Clemencia, la cual nos ha llevado en su lugar hasta un concepto de “vida”. Tener vida es comer maíz, es trabajar. Los pacientes, al argumentar en contra de la dieta, casi siempre se refieren a que prueban sabroso, que se les antoja. Los médicos oyen una excusa, pero aquí intuimos que tiene más que ver con lo que en el IMSS llamarían calidad de vida, con algo que atraviesa el bienestar de la persona y el de su cuerpo. Como declara Doña Esperanza: “Yo les gano comiendo les digo, porque el

alimento, sin el alimento, sin la comida, ps no está uno feliz. Comiendo de todo, está uno feliz. No le duele a uno nada, no siente uno tanto la enfermedad” (Ixtepec 2014).

La relación entre la alimentación, en especial el maíz, y la persona totonaca también se devela en relación al ciclo de vida totonaco. Doña Clemencia, al hablar de que “están en la edad, comen y van a trabajar”, está repitiendo algo que se expresa mucho a los médicos en relación a la dieta. Esto cobra especial relevancia cuando les dicen a los pacientes que su enfermedad se debe a que han comido así toda su vida (como ejemplifica la incredulidad de Doña Clemencia ante la enfermedad diagnosticada en su juventud) y que deben decirle a los niños y jóvenes que coman menos para evitar la enfermedad. Es especialmente contradictorio porque los jóvenes requieren más energía o fuerza y a la vez trabajan más. Como explica Doña Clemencia, “los jóvenes de 30 están en edad de necesitar.” En contraste, únicamente los niños comen poco. Como declara Miguel Márquez, él sigue la dieta en tanto que come un cachito de cada cosa “como si fuera criatura” (Ixtepec 2014). Considerando que los conceptos de cuerpo y persona están íntimamente ligados a la alimentación, al maíz, a la “fuerza” y al trabajo, podemos suponer que esta distinción entre la forma de alimentación infantil y adulta refleja una transformación de la persona. Este es el caso entre los nahuas de la Sierra Negra, en donde “[l]os niños, en general, son vistos como seres incompletos” y que “[l]a humanización se alcanzará una vez que su cuerpo madure, sean bautizados, reconozcan a sus parientes y, sobre todo, se alimenten de maíz” (Romero 2011:48-49).¹²⁵

Se vuelve claro (esperamos), que el “estilo de vida saludable” no es una elección —individual o no— como propone o supone el tratamiento para la diabetes, pues los hábitos de alimentación y de trabajo de los totonacos en Ixtepec son fundamentales para la constitución del cuerpo y de la persona. Asimismo, estos hábitos se ven determinados en gran medida por las relaciones que establecen las personas entre sí, como entre esposo y esposa, las cuales a su vez juegan un papel importante para la constitución de la persona. Por ejemplo, una vez casados, los esposos deben compartir la comida y la

¹²⁵ La relación entre el maíz y el ciclo de vida según el cuál los niños necesitan menos comida, los jóvenes más, y los viejos de nuevo menos (aunque sin dejar de comer “bien”), se vuelve más evidente si consideramos que Lourdes Báez postula que entre los nahuas de la Sierra Norte de Puebla el ciclo agrícola y el ciclo vital de los hombres constituyen dos modelos análogos. Al maíz se le atribuyen características antropomorfas y como los hombres, acaecen en el mundo mediante procesos interrelacionados de gestación, nacimiento, desarrollo y muerte” (Lourdes Báez en Hernández García 2009b:213-214).

mujer debe de probar la comida que cocina para su marido (Doña Esperanza, Ixtepec 2014). Margarita, residente, me explica que muchas veces las mujeres argumentan que no siguen la dieta porque hacen la comida o las tortillas.

Una incursión en algunas de las premisas que establece la narrativa de Doña Clemencia en relación a la necesidad de comer tortilla para poder trabajar y para estar sano, devela que éstas son radicalmente diferentes a las que establece Abram —y más allá, la NOM— en la capacitación. Los conceptos de cuerpo y alimentación (así como de hábito, alimento, gordura, moderación y comida) citados en la capacitación son homónimos, y la relación entre pacientes y médicos que se establece a partir de la diferencia entre estos términos es una de equivocación. En el presente caso, el equívoco deviene en conflicto, en tanto que los conceptos homónimos conllevan diferentes conceptos de salud. Comer menos tortilla no es algo que pueda combatir la enfermedad, en tanto que debilita y pone en riesgo al cuerpo. Aquí surge entonces la renuencia, ahora no a partir de los números, sino como el desacuerdo explícito que resulta del hecho de que los diferentes proyectos, como diría Kelly, que atraviesan a los conceptos homónimos se contradicen. Ambos buscan la salud, pero aquello que constituye la salud no sólo es diferente en cada caso, sino que se oponen el uno al otro. El cuerpo metabólico que requiere una reducción de ingesta de calorías y carbohidratos o azúcares, se opone a un cuerpo que necesita comer tortilla para estar sano. Como declara González González, “sin maíz no hay cuerpo, no hay fuerza, no hay vida...” (2009:174).

Volvamos a la narrativa de Doña Clemencia. Los otros elementos que menciona se referían a las recomendaciones alimenticias en sí: comer alimentos sin químicos y sin fertilizantes (lo cuál tiende a traducirse en no comer carne), y comer la tortilla fría, porque tiene algo caliente que hace daño.¹²⁶ En las etnografías de grupos indígenas en Mesoamérica, la dieta o la regulación del alimento en relación a la salud y al tratamiento de enfermedades no es algo desconocido. López Austin indica cómo “[a]nte estos peligros y estados patológicos, los antiguos nahuas debían acudir a distintos medios que preservaban o devolvían el equilibrio corporal. Era necesario que mantuvieran la armonía

¹²⁶ El que ya no se deba comer la carne por los químicos que tiene, pero que antes sí se podía, se analizará con más detenimiento en el siguiente capítulo.

con la naturaleza, la sociedad y las divinidades. [Para ello] la parquedad en la alimentación era necesaria...” (López Austin 2012:301). Asimismo, Pierre Beucage explica acerca del ámbito de la salud y enfermedad entre los nahuas de la Sierra Norte de Puebla, vecinos de los totonacos que habitan Ixtepec, que cuando el equilibrio entre los polos frío y caliente se rompe, “debe ser restaurado a través de tratamiento y de modificaciones de la alimentación” (Beucage 2009:321). Esto no es de sorprender, considerando la relación íntima entre cuerpo, persona y alimentación entre los indígenas de los grupos mencionados, así como entre los totonacos de Ixtepec. En el caso de la dieta prescrita por los médicos para controlar la diabetes (desde la perspectiva totonaca), parece que los alimentos hacen daño por tener algo adentro o tener una cualidad que hace daño. Pudiera parecer análogo al concepto de comida sobre el que se basa el diseño del tratamiento, pero es profundamente diferente, en tanto que no es lo que constituye al alimento lo que hace daño (los carbohidratos), ni es la cantidad excesiva de consumo, sino lo que tiene dentro, en el caso de la carne, y la manera de prepararse, en el caso de la tortilla.

El que la tortilla deba consumirse fría no es un hecho sobre el cuál coincida la mayoría en la capacitación, sino que parece ser algo que se está discutiendo (principalmente entre los pacientes). En efecto, fuera del contexto de la capacitación, pocas personas mencionaron el tema. Sin embargo, el que lo dañino de la tortilla se deba a su modo de preparación, a que tenga algo dentro que no está presente si la tortilla está fría, coincide con lo que analizamos en este capítulo acerca de la centralidad y la importancia del maíz: este alimento, en sí mismo (o por consumir grandes cantidades), no puede ser dañino. Como me explicó Doña Clemencia, ella antes comía mucho, era muy fuerte. Comía diez, doce tortillas de las gruesas. Pero le empezó a doler el corazón, y por eso bajó de peso (Ixtepec 2013). Comer diez o doce tortillas siendo una persona joven conlleva, aquí, ser fuerte. El que le afectara al corazón se explica a partir del hecho de que estaban calientes.

En un principio, podría pensarse que esto se refiere a la calidad térmica —lo frío y lo caliente— de los alimentos que ha sido identificada y estudiada entre varios grupos indígenas de Mesoamérica en relación a la salud. Como explica Lorente para el caso nahua, “una dieta que un nutriólogo occidental definiría como «equilibrada» o

«balanceada» en términos de calorías, hidratos de carbono, grasas y azúcares sería, para los nahuas, si el individuo está sano, una dieta de calidad térmica «tibia», cuya composición no alterase el equilibrio térmico intracorpóreo” (2012:255). Además, en relación a este equilibrio y a las calidades de los alimentos, Lorente declara que “[t]odo acaba, además, repercutiendo en la sangre” (Lorente 2012:255), lo cual pudiera apuntarnos en dirección de la diabetes.

Sin embargo, la calidad térmica de los alimentos es independiente de su estado físico (en nuestros términos), mientras que en el caso en Ixtepec el efecto dañino de la tortilla varía dependiendo de si *está* fría o caliente, y no de si es fría o caliente. Además, en Ixtepec muy rara vez se habla de lo frío y lo caliente de las cosas. Doña Esperanza, curandera reconocida, me explicó que sí hay alimentos fríos y calientes (la carne es fría, por ejemplo), pero que esto no tiene que ver con las enfermedades que han entrado al pueblo. Asimismo, Gabriel Sainos, curandero también, dijo que la enfermedad no tiene que ver con qué es frío y qué es caliente.¹²⁷ Una posibilidad para dar cuenta de esto, aunque nacida de una intuición y de una mente que no puede evitar comparar desde el marco naturalista, es que el hecho de que la tortilla deba ser fría se oculte tras el homónimo de la “caloría” que los médicos explican está en la tortilla. Muy simplista quizá, pero explicaría por qué los pacientes dudan de su veracidad.

En relación a la carne, la mayoría de los habitantes de Ixtepec con los que hablé sobre el tema están de acuerdo que el que haya que comer principalmente verdura, se debe a que el pollo, el cerdo y la res que venden en el mercado y que viene de fuera ha sido inyectada o le han metido químicos, medicina o veneno. Asimismo hay que tener cuidado al comer plantas con fertilizante, porque uno no sabe de que está hecho, no es natural. Como explica Doña Esperanza en relación a los quelites: “Hay en partes que tienen abono la milpa. Entonces el abono también nos complica enfermedad porque no sabemos de qué está compuesta” (Ixtepec 2014). De hecho, en muchas ocasiones se hace una división natural / no-natural como indicación alimenticia, de modo que el pollo

¹²⁷ Por el otro lado, muchas de las recomendaciones terapéuticas que se hacen en otros lugares en base a la lógica frío/caliente se repiten en Ixtepec, pero sin hacer referencia a calidades térmicas. Considerando esto, y que posiblemente la lógica que organiza la terapéutica es otra cosa (más allá, o una transformación estructural), podemos preguntarnos si la diabetes es “caliente”. Tomando en cuenta que entre los nahuas de la Sierra Norte de Puebla existe una “equivalencia dulzor-“calor” (Lupo 1991:222), quizá el motivo de que la tortilla deba ser fría se halle ahí.

de granja —que crece en los patios de las casas— no hace daño, mientras que el de rancho —que se vende en los mercados— sí. Trejo describe cómo entre los totonacos se valora a los primeros por encima de los segundos porque “se tiene certeza de que fue alimentado con maíz” (2014). Podemos agregar aquí, que se prefiere porque se sabe que no lo han alimentado con algo no-natural o desconocido.

A pesar del acuerdo en relación al daño potencial de la carne, las indicaciones médicas se discuten y se llegan a dudar. Asimismo, muchas de las personas que me explicaron el efecto de la carne, no declaraban evitarla. “De cualquier manera comemos poca”, “Con carne no te llenas, ni modo que te sirvas otra vez”, “Carne casi no como”.¹²⁸ Esto posiblemente se relacione con el hecho de que la etiología específica de la diabetes no tiene que ver con la alimentación sino con el susto, como veremos en el siguiente capítulo, y con el hecho de que los químicos en la comida han resultado en la introducción de la diabetes al pueblo, pero no en los casos individuales.

Otras personas (aunque menos), buscan sacarle aquello que hace daño a la carne. Doña Esperanza por ejemplo, habla de que es importante saber cómo comer: “Balanceada la comida, pero hay que saberlo comer, hay que saberlo consumir, hay que quitarle todo lo malo que tiene”. Ella explica que el pollo y la carne de puerco hacen daño, “agarra una enfermedad que es la obesidad que le dicen.” La carne de res también hace daño, porque en todas vacunan, todas llevan “como para envenenar a uno el cuerpo. Lo estamos dañando nuestro cuerpo porque lo estamos ocupando así sopeando con la tortilla y no sabemos, no le quitamos lo que nos hace daño.” Para que no haga daño, es necesario quitarle la grasa y freírla, pues ahí está el medicamento: “Hay que quemarlo, hay que freírlo, entonces ahí se quema la medicina que lleva la carne.” Después ya sólo queda lo natural (Ixtepec 2014). En este caso la grasa no es la que hace daño, sino el continente del veneno que han inyectado los de fuera.

Los químicos en la carne tienden a relacionarse con aquello que viene de fuera del pueblo, hecho que analizaremos a profundidad en el siguiente capítulo. Por ahora adelantaremos, sin embargo, que el que se le adjudique la entrada de las enfermedades a los químicos no se refiere únicamente a la carne, sino a todo el alimento que ha sido modificado (y de manera no-natural). Por ejemplo, Hernández García describe cómo “Los

¹²⁸ Estos comentarios se refieren en parte al hecho de que la carne es cara.

integrantes de CIUDEMANC cuestionan y critican el consumo de maíz híbrido externo, pues lo consideran, junto con otros productos industrializados introducidos por DICONSA, como fuentes de enfermedades que anteriormente no existían” (2009a:417). El antropólogo cita a Don Antonio Aparicio, hombre totonaco, quien en relación al maíz transgénico declara:

“¿por qué defendemos nuestro maíz....? Pos yo me preguntan allá cómo defendemos nuestro maíz. Toda la vida llega el maíz y aquí la gente, todos ya no están buenos. Antes pues no había enfermedades, no había diabetes, no habían otras cosas y ahorita montón diabetes. Ahora perdona que están los muchachos, como ya sabes, son barato el maíz, ya no quieren trabajar en el campo, mejor van a comprar su maíz y listo (...) O sea, como quien dice ya no sirve: como el maíz nativo, que comes dos tres tortillas y aguantas caminar, aguantas a trabajar. Pero mientras viene la tortilla del maíz del otro lado ya no aguanta uno, ya se vuelve un pan: dos tres días en una panadería, ya no te ayuda. No se puede engañar la panza” (Don Antonio Aparicio 2007 en Hernández García 2009a:417-418).

Podemos observar que detrás de la relación entre el alimento y la enfermedad entre los totonacos yacen conceptos específicos de cuerpo y alimentación. Los equívocos en este caso, sin embargo, no resultan en un conflicto como en el caso de la tortilla. Las ideas de que la comida puede hacer daño no se contradicen, el homónimo está más que en la sola palabra. Sin embargo, entre los totonacos no son la grasa y los carbohidratos los que hacen daño, pues no es un cuerpo como sistema metabólico el que los ingiere, sino un cuerpo involucrado en la circulación de fuerza y trabajo. Lo que hace daño es aquello que ha llegado de fuera y que se le ha introducido al alimento que en su estado natural es sano: los químicos.

Hemos analizado detenidamente las premisas que establece la diferencia entre las narrativas de Doña Clemencia y Abram (y más allá, de los habitantes de Ixtepec y los médicos del IMSS), en relación al tratamiento de la diabetes: la dieta y el ejercicio. Hemos identificado una serie de equívocos o de conceptos homónimos a partir de los cuales se crea la relación entre médicos y pacientes (algunos de estos permaneciendo en forma de homónimos afines y uno —el de la salud— tomando la forma de un desacuerdo). La pregunta que falta por explorar es ¿cómo, tomando en cuenta la diferencia profunda que hemos develado entre la narrativa totonaca y la médica, se traducen los unos a los otros?

En su etnografía de la relación entre los yanomami y el sector salud, Kelly argumenta que el estudio del ámbito médico debe rebasar sus propios límites, mostrando cómo se insertan las relaciones con los médicos y el sistema de salud biomédico en la trayectoria yanomami de transformación —a partir de la cual los médicos son afines potenciales de los indios (Kelly 2011:9).¹²⁹ El antropólogo describe cómo la relación entre médicos y pacientes se basa en un equívoco, en tanto que el término “criollo” y el término “indio” ambos constituyen homónimos (Kelly 2011:197). A pesar de que esta tesis no se enfoque en la relación entre el indígena y el Estado sino en la diabetes, no significa que esto no sea fundamental. Las diferentes maneras de traducirse y relacionarse por parte de médicos y pacientes constituyen en gran medida los equívocos en torno al cuerpo y la enfermedad que encontramos en el hospital. En efecto, el análisis de la diabetes en Ixtepec que hemos realizado hasta este momento nos ha llevado necesariamente a analizar el concepto de cultura de los médicos que atraviesa las “prácticas” (*enactments*) de cuerpos y diabetes. Asimismo, como veremos ahora, en los equívocos en torno a la diabetes y la alimentación se traduce al médico y al paciente totonaco hacia y desde posiciones diferentes.

En el ejemplo de la capacitación en el que nos hemos basado en este capítulo podemos vislumbrar algunas de las maneras en que se constituye la relación entre el paciente y el trabajador del IMSS, diferente desde cada perspectiva. La traducción que hace Abram parte de premisas naturalistas. En primer lugar, describe el argumento de que la tortilla debe estar fría como una creencia, parte de la cultura totonaca, la cual puede o no ser comprobada por la ciencia en un futuro (dependiendo, quizá, de qué tan fiel o empírica es esta representación de la naturaleza). La noción de cultura como hábitos inherentemente cambiables (por ser algo que se construye), se contrapone con la noción de naturaleza sobre la cual los médicos deben enseñar, o inclusive, hacer “entender”, a los pacientes. En segundo lugar, Abram repite los argumentos que analizamos en el capítulo anterior, que parten de una noción de cultura como hábitos —más o menos arraigados— que hay que modificar para este tratamiento. Tanto en el ejemplo expuesto

¹²⁹ Este estudio de Kelly —junto con los de Gow (2001), Vilaça (2006) y Gordon (2006), textos en los que se basa su etnografía— es un buen ejemplo de cómo la teoría nativa, en este caso la teoría amazónica, puede dar cuenta de las relaciones entre los indígenas y el Estado.

aquí, como en conversaciones posteriores, el psicólogo se refirió al hecho de que los pacientes “no están acostumbrados”, y “no quieren”. De modo que en la traducción de Abram, los pacientes están argumentando desde la posición de la costumbre y de lo que les enseñaron cuando eran niños. A pesar de que él entienda este hecho de manera más cercana a la descripción expuesta por los pacientes que a aquella de los médicos que hablan de los argumentos de los pacientes como excusas, la respuesta es la misma: hay que seguir la dieta, se tienen que acostumbrar, *por su salud*.

Como mencionamos, Doña Filomena (y varios otros pacientes) también hablan de “estar acostumbrados”, pero en estos casos el cambio de los hábitos alimentarios conlleva la enfermedad o inclusive la muerte. Desde la perspectiva de los médicos, el cuerpo y la persona están acostumbrados a una dieta específica, pero el cuerpo puede acostumbrarse a otra cosa si la persona tiene la fuerza de voluntad y logra controlar su cuerpo y a sí mismo (aquí volvemos al punto de la razón en control del cuerpo que se asoma en nuestro ejemplo con la frase “tienen que entender” y en general en el hecho de que el argumento del trabajo se asuma como “excusa”). Mientras tanto, desde la perspectiva totonaca, la persona y el cuerpo están acostumbrados en el sentido de que están atravesados por la costumbre, la constitución de la persona totonaca está ubicada en el cuerpo y se define en gran medida por sus hábitos alimenticios y por el trabajo: no cabe la idea o posibilidad de elegir otro “estilo de vida”; está incorporado.¹³⁰ Asimismo, el cuerpo totonaco no puede acostumbrarse a la dieta sugerida por los médicos porque implica no estar bien alimentado, fundamento de la salud y la vida.

De cierto modo, la declaración de Margarita, residente de medicina interna, de que los pacientes diabéticos “[d]esafortunadamente *ya no son* como otras personas que pueden comer mucho de esto, de aquello” (Ixtepec 2014), puede o debe tomarse literalmente: la transformación de cuerpo y persona a partir de la dieta es radical.¹³¹

¹³⁰ No existe esta posibilidad siempre y cuando la persona en cuestión no busque alejarse de la red de relaciones que lo constituyen. El caso de los jóvenes que emigran a las ciudades tendría que analizarse como caso particular.

¹³¹ Mol, en su etnografía sobre el cuidado de la diabetes, explica que el paciente diagnosticado tiene que convertirse en alguien diferente, lo cual no es fácil. Tiene que cambiar: “The point is that you must learn to become someone different. Such ‘individuation’ is not easy. Let go of what is familiar. Be different” (Mol 2009:60). Sin embargo, el que la persona cambie quién es en este caso, no implica que su cuerpo se debilite ni que deje de ser persona o de pertenecer a un grupo específico. Entre los totonacos lo que se pone en juego es fundamental para la constitución de la persona *como totonaca*.

Asimismo, este equívoco potencialmente da cuenta de la “práctica” (*enactment*) de ‘diabetes como muerte’ que mencionamos en el capítulo anterior. Margarita describe lo difícil que es para los pacientes que “están acostumbrados a ir al campo, trabajar de ocho a ocho, bajo los rayos del sol, cansarse y llegar con mucha hambre a la casa, y llenarse de comida” y agrega que “[e]so es lo que a veces ellos no nos comprenden, porque ellos piensan que lo que nosotros queremos es que se mueran de hambre”.¹³² Margarita reconoce un equívoco, pero desde premisas naturalistas: como un malentendido producto de que los pacientes aún no entiendan que la dieta les hará bien (pues su cuerpo es biológico y universal y se ha comprobado científicamente que la dieta ayuda). Pero quizá el “malentendido” para los pacientes es resultado de los equívocos develados en este capítulo: la diabetes es una enfermedad que no se cura excepto con una dieta que hace daño y debilita. En este sentido, llevado al extremo, la diabetes sí es la muerte.

La traducción de Abram, al hablar de la costumbre y los hábitos, es “fiel” en tanto que traduce el término, pero éste oculta conceptos radicalmente diferentes. Para él, los hábitos pueden y deben cambiarse, para los totonacos pueden cambiarse, pero no pueden reemplazarse por otros hábitos “equivalentes”. El que la traducción “traicione” al idioma de partida (natural y usual, más aquello que como antropólogos buscamos evitar), tiene fuertes consecuencias para los habitantes de Ixtepec, en tanto que se ocluye lo profundo de su argumento en torno a la dieta y al trabajo: ambos abogan por la salud y la vida como prioridad, pero no coinciden los proyectos, se contradicen. El tratamiento busca reducir la cantidad de carbohidratos en la sangre debido a que la deficiencia en la producción de insulina no permite que las células absorban la energía necesaria. Esto se traduce en reducir el consumo de tortilla, que para los pacientes totonacos implica un gran debilitamiento que les impide trabajar y participar de la vida social y en el intercambio de fuerza y trabajo.

Abram, después de la capacitación me explica que “el hecho de ya estar aquí, de venir a las pláticas, significa que ya quieren mejorar su calidad de vida, pero el problema

¹³² Otra traducción que se hace del argumento de que los pacientes necesitan trabajar, es aquella propuesta por Maricruz Olivares, quien explica que en Ixtepec se discrimina a las personas con diabetes y se les ofrece menos trabajo porque se les considera débiles. Esta traducción se posiciona en la dimensión práctica del trabajo, la cual juega un papel importante entre los totonacos. En general, el que los argumentos de los pacientes se comprendan como razones únicamente prácticas, no es “erróneo”. El punto sin embargo, es que se trata de algo que es transversalmente práctico y físico, es decir, fundamental.

es la costumbre que tienen, que no lo pueden asimilar tan fácilmente” (Ixtepec 2014). Aquí se devela el equívoco en el concepto de salud implícito en la “calidad de vida”: se asume que todos la buscan (lo cual es atinado), pero las vías para obtenerlas son diferentes y en algunos casos están en tensión. Además de este equívoco, posiblemente nos encontremos aquí frente a un malentendido: no es posible saber por qué asiste la mayoría de los pacientes debido a que tienen Oportunidades. Parece ser, en efecto, que acudir al hospital es parte de tener diabetes, una consecuencia de la enfermedad más que el tratamiento de la misma.

En la traducción que hace Doña Clemencia de la plática, el médico emerge como alguien que es poseedor de información, pero que no siempre tiene la razón, alguien de quién dudar. La frase “¿eso sí es cierto, no?”, o la frase “¿será?” la oí en varios contextos similares, planteadas a mí, así como a familiares y amigos. En relación a la dieta, nos encontramos en el seno de una discusión en donde parece ser que los pacientes están buscando identificar hasta qué punto tiene razón el médico y hasta qué punto no es cierto lo que dice. Para ellos, es un hecho que la carne hoy en día tiene químicos, pero el que la tortilla sea dañina es mucho más dudoso. Esto se relaciona con el hecho de que el médico se devela como diferente al paciente en tanto que no trabaja (por lo menos no en el campo), actividad que como hemos visto es esencial para la constitución de la persona totonaca. Es común que los pacientes le digan al médico que él puede recetar esa dieta porque no trabaja en el campo; es diferente, es otro. Esto posiblemente explique el hecho de que en la capacitación los habitantes del pueblo parecían más interesados en escucharse entre sí que a Abram, quien no tiene tanta autoridad en relación a la dieta, porque no trabaja en el campo.

Aunque sólo a modo de incursión, estas formas de traducir y de relacionarse ofrecen indicios de la manera en que se piensa al médico alópata entre los totonacos de Ixtepec, tema que se analizará con más profundidad en el siguiente capítulo. Vemos, sin embargo, que en el equívoco en la capacitación se devela que las maneras en que se conceptualizan médicos y pacientes en relación los unos a los otros son diferentes, y que muy posiblemente pasan por equívocos entre los conceptos de “indígena” y de “mestizo”, como es el caso entre los yanomami. Esto tiene efectos en la manera en que se aplica el tratamiento de la diabetes, como veremos a continuación a modo de conclusión.

4.3 Conclusión y puente

A lo largo de este capítulo hemos explorado a profundidad el concepto de equívoco propuesto por Viveiros de Castro como base del método de la equivocación controlada que busca traducir a partir de la búsqueda de homónimos y no de sinónimos, diferenciar discursos que “apuntan a exterioridades discordantes más allá de los homónimos equívocos entre ellos” (2004:20). A partir de una comparación entre los modelos de comparación multinaturalista y multiculturalista, hemos argumentado que el segundo modelo en el campo de la antropología médica (especialmente la aplicada) lleva a un callejón sin salida que hace del indígena un ser sin razón, infantilizado (en el caso de los médicos) o un “hermano menor simbólico” (Viveiros de Castro 2004), menos “empírico”, cuyas creencias son tan complejas que representan “obstáculos” significativos para la comunicación y cooperación “intercultural” en el ámbito de la medicina, en tanto que su cultura hace “casi imposible eliminar o superar por completo las diferencias de significado que cada sociedad y cada uno de sus miembros atribuyen a las variadísimas experiencias corporales” (Lupo 2001:144).

Partiendo de esta consideración, analizamos el ejemplo de la capacitación en el hospital, buscando mostrar que no nos encontramos frente a errores potencialmente “superables” (sea difícil o no), ni a interpretaciones mutuas con un origen evidente. Esto nos llevó en primera instancia a cuestionar la idea de que la diabetes vino, como elemento, a ocupar una categoría taxonómica “vacía”, y de que los médicos que capacitan están brindando información sobre un tema del cual no se tiene o tenía conocimiento. Esto a su vez, dio paso al análisis de la narrativa de Abram y de Doña Clemencia, partiendo de la idea de la diferencia radical entre éstas como fundamento de su relación. El análisis develó una serie de equívocos, principalmente entre los conceptos homónimos de cuerpo, persona y alimento/alimentación que conforman las premisas de las diferentes narrativas (los equívocos entre las premisas de las traducciones que hacen los unos de los otros se ubican muy probablemente en el concepto de cultura/alteridad, así como los conceptos de “indio” y “mestizo”).

El análisis del equívoco permitió dar cuenta de la expresión explícita de la “renuencia” que emerge en torno a la dieta, mostrando que no se trata de una falta de interés, voluntad o comprensión por parte de los pacientes el que no sigan la dieta a pesar de que se les explique que la consecuencia es la amputación o la muerte. La “renuencia” surge, vimos, a partir de un punto de ruptura del equívoco implícito en la búsqueda por la salud. Tanto pacientes como médicos la plantean como objetivo, pero en relación a la dieta los proyectos de los diferentes partidos involucrados en el equívoco no coinciden. La comparación/traducción naturalista que asume una base natural de la cual se hacen diferentes representaciones culturales (en este caso el cuerpo biológico), no tiene lugar para la diferencia profunda. A pesar de que el equívoco en la capacitación devela premisas radicalmente diferentes, y a pesar de que muestra cómo el tratamiento, basado en otra población, está atravesado por una cultura específica (y por cuerpos otros), el tratamiento se construye como cercano al ámbito de lo dado en tanto que fue diseñado por el método científico en respuesta a una enfermedad biológica y, por lo tanto, universal. Esto implica que la dificultad de aplicar el tratamiento a nivel población en Ixtepec, expresado en el alto índice de “renuencia” (fenómeno que se ha develado como complejo y multifacético), no lleva a un cuestionamiento del tratamiento (lo dado), sino de lo construido: la educación, la economía, la cultura.

En efecto, como hemos visto, las adaptaciones que se llevan a cabo en relación a la dieta —como la de sugerir la misma dieta a todos— tienden a generalizar y a bloquear lo posibilidad de la diferencia. Por un lado, esto se debe a que las problemáticas emergen a nivel población (naturalmente, considerando que la diferencia se sitúa ahí), pues el que la dificultad sea generalizada implica que no se puede adaptar para nadie. Por otro lado, se debe a la premisa naturalista que no cuestiona lo dado, pues implica que el tratamiento no puede ser adaptado o transformado en esencia. Como hemos argumentado, el alto índice de renuencia y descontrol (explícito o establecido a partir de la glucosa), nos habla de un tratamiento que no es adecuado, más que de una población no adecuada para un tratamiento. Sin embargo, el regaño, el chantaje y la insistencia parecen sugerir que la segunda opción es la conclusión a la que se ha llegado: la gente no entiende o no quiere entender.

Si nos alejamos del modelo de comparación naturalista, la diferencia profunda entre las distintas invenciones de aquello que está dado y lo que está construido develada en los equívocos que exploramos, ya no constituye un obstáculo que debemos eliminar o reducir. Los pacientes ya no se piensan como alejados de la realidad y surge una necesidad de re-plantear la capacitación y crear herramientas que permitan hacer un lugar a otras realidades, en lugar de seguir insistiendo hasta que la gente entienda y “elija” “un estilo de vida saludable” (estas herramientas implicarían un cambio por parte del médico más que del paciente). No se trata de reducir los mundos de unos a las premisas de los otros, y tampoco se trata de que los médicos renuncien a su ontología (tarea, por definición, imposible). Esto no sería más que invertir la manera de “superar” el equívoco. La propuesta es de simultaneidad, de dar lugar a la existencia de otras culturas (en tanto invenciones de lo dado y lo construido), y de traducción como producción y multiplicación de diferencia.

En este capítulo hemos podido establecer esta diferencia entre dos culturas a partir de los conceptos homónimos de cuerpo, persona y alimentación en relación al tratamiento de la diabetes. Esto a su vez, nos da paso para explorar el equívoco en el concepto de enfermedad y de diabetes, pudiendo partir de la premisa, esta vez fundamentada, de que los médicos y los pacientes, al hablar de la diabetes en diferentes momentos y contextos, no se están refiriendo a la misma cosa.

PARTE III

LA DIABETES EN EL PUEBLO: POTENCIANDO SILENCIOS

CAPÍTULO 5

BOSQUEJANDO UNA DIABETES TONACA: LA ETIOLOGÍA DE LA DIABETES

Hasta este momento hemos permanecido dentro del hospital IMSS Oportunidades de Ixtepec, excepto por la pequeña excursión que hicimos para caminar del pueblo al hospital el día de la capacitación. Situados aquí dentro, hemos podido habitar varios puntos de vista y potenciar una serie de equívocos. En el tercer capítulo habitamos la perspectiva del antropólogo que busca *deconstruir* lo dado, al reconocer en las prácticas en torno a la diabetes una multiplicidad de “prácticas” (*enactments*) coordinadas a partir

de una serie de mecanismos para producir un objeto singular. El análisis de las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes, así como de algunos de los mecanismos de silenciamiento de la diferencia profunda que operan en el hospital, nos permitió mostrar con qué se relacionan los totonacos en el hospital (pues como vimos, no es con una enfermedad biológica como referente externo y natural), así como la manera en que la diabetes médica está constituida en parte como una co-invencción entre especialistas alópatas y pacientes totonacos —en específico la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como controlable. En este sentido, a la vez que deconstruimos, habitamos la perspectiva del antropólogo que busca *construir*, a forma de co-invencción, una teoría otra de la enfermedad, pues la deconstrucción de la diabetes como biológica y singular constituye una parte de la construcción de la diabetes totonaca, en tanto que ésta última no existe únicamente fuera del hospital, de manera independiente de los médicos y sus conceptos.

Situados en el hospital, también nos fue posible develar una serie de equívocos entre médicos y pacientes en torno al cuerpo, la persona y la enfermedad (mediados, naturalmente, por mi relación equívoca con ambos). En el capítulo cuatro —la Fuga— pudimos examinar la naturaleza de los equívocos, irresolubles y potenciadores de relaciones, así como establecer a partir de ésta la diferencia radical entre las “exterioridades discordantes” a las que se refieren médicos y pacientes totonacos al hablar de alimentación y ejercicio, cuerpo y persona. Es este análisis el que nos permite ahora extender el carácter de homónimo al término “diabetes”. Aunque al analizar equívocos uno como antropólogo no puede *habitar* la perspectiva del ‘otro’ (únicamente relacionarse con ésta a partir de, y en forma de equívocos), sí nos permite describirla, trazarla y establecerla como tal. Situarnos en el hospital, sin embargo, nos brindó un bosquejo más completo de las historias que cuentan y las perspectivas que habitan los trabajadores del IMSS que de las que cuentan los pacientes totonacos. Es momento, entonces, de cambiar de perspectiva, de desplazarnos.

Salgamos entonces, de las salas blancas y esterilizadas, de la sala de espera que resguarda del calor, de los consultorios con su cama y sus máquinas de exploración, de las puertas de vidrio que dividen el área de consulta familiar del área de hospitalización y emergencias. Salgamos, y dirijamos la mirada al pueblo. No dejemos que la geografía determine el contenido de nuestra mirada: no miremos al pueblo desde el punto de vista

del IMSS. Caminemos hacia allá haciendo uso de mi propia perspectiva, que por ahora es la única que tenemos, y que tendrá que bastarnos. Los primeros pasos nos llevan a los puestos de tamales y atole que se instalan cada mañana, desde la madrugada, en la banqueta junto al hospital. Asumamos que salimos del hospital temprano, pues al medio día por lo general la comida se acabó y las señoras están empacando para irse. La llegada del hospital hace dos años trajo consigo la demanda por estos alimentos, pues muchas de las personas vienen al hospital desde lejos, dejando sus casas a las cuatro o cinco de la mañana, sin desayunar. Inclusive los habitantes de Ixtepec suelen arribar al edificio sin haber almorzado, pues el hospital no funciona a base de citas sino que atiende en el orden en el que llegan los pacientes, de modo que uno no puede llegar más tarde que las 7 am para esperar el inicio de la jornada a las 8 am. Del otro lado de la calle, frente a los puestos de comida, están estacionados tres o cuatro autos en todo momento, taxis que van del hospital al centro de Ixtepec y de vuelta, y que cobran cinco pesos. Por hoy no apoyaremos la economía local, y caminaremos al pueblo.

Los siguientes doscientos metros nos sitúan en la curva de una de las dos carreteras que llegan a Ixtepec. La subida que marca es empinada, pero la majestuosidad de los cerros que la flanquean nos permite olvidar de momento el cansancio y el calor. La primera construcción con la que nos topamos es una tiendita, de las cuales hay muchas en esta cabecera municipal. Si seguimos unos cuantos metros más, llegamos a un consultorio de medicina tradicional, coordinado por Gabriel Sainos, en donde atienden varios médicos —parteras, rezanderos, hierberos, hueseros. Un par de cuadras más (seguimos en la subida empinada), nos dejan en el centro del pueblo, en el área del mercado, ante la iglesia. Situada en lo alto de un cerro, su relieve se impone al pueblo. En las mañanas, inclusive las más soleadas, la luna se mantiene claramente visible detrás de esta construcción, la cual está dividida en dos partes: la nueva y la vieja, de piedra antigua y en ruinas. Damos vuelta a la izquierda y pasamos la casa de Doña Esperanza, curandera (¡por fin vamos de bajada!) y continuamos hasta llegar a casa de Don Antonio y Doña Piedad, buenos amigos quienes me invitaron a quedarme en su casa, me cuidaron y me enseñaron mucho. Adentro de la casa hay un altar y una cocina grande. En la pared están colgadas decenas de ollas de barro de diferente forma que, como me cuenta Doña Piedad, se utilizaban antes para ir por agua o para llevar comida

al rancho. Adentro de algunas de estas ollas hay una variedad enorme de medicamentos de patente —las prescripciones para toda la familia. Sin embargo, la mayoría de las pastillas son para Doña Piedad, quien sufre de diabetes desde hace años. Permanezcamos aquí por ahora.

Algunos apuntalamientos teórico-metodológicos

En este capítulo buscaremos delinear lo que es e implica padecer diabetes entre los totonacos del pueblo de Ixtepec, Puebla. Como hemos avanzado desde el planteamiento del problema etnográfico, esta tesis busca acercarse a una teoría totonaca de la diabetes (o, en su lugar, a una teoría totonaca que dé cuenta de la diabetes). El camino recorrido hasta este momento, en especial en la fuga que nos permitió pasar del hospital al pueblo, ya nos ha permitido identificar que estamos tratando con cuerpos diferentes, y que la diabetes en Ixtepec está íntimamente relacionada con conceptos de enfermedad, cuerpo y persona específicos. Habiendo establecido a partir de estas conclusiones que la “diabetes” referida por los médicos y por los totonacos es un término homónimo, las preguntas que nos conciernen en este momento son de qué manera se relaciona esta enfermedad con los conceptos totonacos mencionados, con qué otros conceptos se relaciona, y cómo podemos acercarnos, tanto en términos teóricos como metodológicos, a la diabetes totonaca.

A lo largo de esta exploración se sugieren, de maneras más o menos evidentes, conexiones entre aquello descrito en la segunda parte de la tesis —las prácticas múltiples de la diabetes, y los mecanismos de coordinación y silenciamiento— y aquello expuesto en esta tercera parte. Específicamente en el capítulo sexto exponemos posibles relaciones entre las prácticas de tratamiento y control de la diabetes de los totonacos, y algunas “prácticas” (*enactments*) de la diabetes analizadas en la etnografía del hospital. Sin embargo, no todas las conexiones toman esta forma. Pueden ser palabras, pueden ser tipos de relación, pueden ser olores y sabores. Si no las explicitamos todas, ni exponemos en forma de lista o conclusión, es porque en primer lugar éstas no se encuentran explícitamente relacionadas en campo y aún pertenecen al campo de las intuiciones. La esperanza es que la estructura de este texto permita transferir al lector esta sensación, de pensar que la llave está ahí, que esto que lee ahora, le es familiar,

aunque no lo ha leído aún. En segundo lugar, no se explicitan todas estas conexiones porque sabemos ya que no debemos comparar de manera sencilla o unívoca, es decir, estas conexiones no las constituyen pares idénticos. Por lo mismo, sugerimos relaciones entre las prácticas totonacas y ciertos *enactments* en el hospital, pero no definimos su naturaleza, pues estos últimos no encuentran su *contraparte simétrica* en el pueblo.

Como vimos en el capítulo anterior, las relaciones (y traducciones) entre médicos y pacientes se basan en la diferencia —son equívocos, en tanto que el Otro del Otro no necesariamente es el “mismo que el Otro del Mismo” (Viveiros de Castro 2004:8). Si encontramos similitudes, podemos caer fácilmente en el error de comparar con base en la semejanza, proceso que como personas naturalistas nos resulta, pues... natural. De modo que, para evitar esto, únicamente sugeriremos las conexiones, no como una identificación de elementos iguales, sino como puntos de posible traducción y equivocación. Pues basándonos en una noción de relación que toma forma en el equívoco y se basa en la diferencia, no buscamos demostrar coincidencias ni inferir una cronología del origen de las “creencias” totonacas. No buscamos, por ejemplo, hablar de cómo lo que saben los totonacos sobre la diabetes se desarrolló a partir de la experiencia empírica de la enfermedad (natural) y de las interpretaciones (implícitamente erróneas o alejadas de la realidad) que hicieron y siguen haciendo de las palabras de los médicos (heraldos del conocimiento biológico, según esta postura). De modo que aquellos ámbitos de la diabetes que se develen como co-invenções serán analizados como tal (como hicimos ya en la segunda parte), pero depende del lector o la lectora percibir (o no), conexiones que impliquen traducciones potenciales entre el ámbito médico y el ámbito totonaco.

Esta comprensión específica de relación y de equívoco también define la manera en que se organiza este capítulo. La examinación del equívoco en torno al tratamiento de la diabetes en el capítulo anterior demostró aquello que la antropología melanesista y amazónica de las últimas décadas nos ha enseñado y que describimos como posibilidad en la construcción del problema etnográfico: que la naturaleza como campo de lo dado, en contraste con la cultura como construida, es una división ontológica no-universal, y que por lo tanto no debe imponérsele a otros mundos. De modo que debemos cuidarnos, como analizamos ya en el capítulo anterior, de pensar a la diabetes como un *elemento*

alógeno que, al introducirse a la vida de los habitantes de Ixtepec, se *interpretó* a partir de una *visión del mundo* totonaca.¹³³ Pudiera habernos parecido intuitivo este abordaje en un primer momento, partiendo de una ontología naturalista que inventa (en términos wagnerianos) las enfermedades como parte del campo de lo dado, de la naturaleza. Sin embargo, esta comprensión subraya nuestra división de cultura (a partir de la cual totonacos representaron e interpretaron) y la naturaleza (la diabetes, referente externo, fijo y universal).

A su vez, debemos alejarnos de la conceptualización de la diabetes como elemento. Esta postura sustancialista va de la mano con una comprensión de las relaciones interétnicas como “encuentros entre *entidades definidas a priori* en los términos de la ontología occidental, con fuerte énfasis en los aspectos “representacionales” de la acción y de la sociedad” (Vilaça 2000:65, mi énfasis). De modo que en el encuentro, “trazos culturales pasan de una sociedad a otra, como en los ‘estudios de aculturación’” (Vilaça 2000:65-66) o como se busca demostrar a partir de la noción de sincretismo —abordajes según los cuales un elemento es sustituido por otro alógeno o mezclado con éste, con base en la identificación de semejanzas.

Únicamente en las primeras dos partes de la tesis la diabetes ya se ha develado como un complejo de relaciones, con diferentes dimensiones, y relacionada con una multiplicidad de cuerpos. En efecto, como concluimos en el capítulo anterior, no parece ser posible dar cuenta (por lo menos no completamente) de la diabetes totonaca a partir de una explicación histórica y naturalista según la cual esta enfermedad se vio sometida a un proceso de interpretación —que tomó forma con el tiempo— por parte de los totonacos, a partir de la identificación de semejanzas y de clasificaciones. En efecto, como declaramos en el capítulo anterior, pareciera que al arribar a Ixtepec, esta enfermedad entró con una historia específica y atravesada por una serie de relaciones: llegó transformada.

La diabetes no sustituyó otro elemento similar, ahora perdido o fusionado, ni cayó en un espacio en blanco—es decir, una categoría negativa vacía y escindida de la red de

¹³³ Como mencionamos anteriormente, la diabetes es considerada por los totonacos en Ixtepec como una enfermedad nueva que llegó de afuera, de modo que es importante explicitar la manera en que pensamos el encuentro.

relaciones que conforman la cultura particular— que fue llenándose con las explicaciones médicas, plagadas de malentendidos y modificadas en su paso por el filtro de la cultura. No se categorizó, como vimos ya, como algo acerca de lo que no se sabe, como pareciera pensarse a partir del diseño de la capacitación.¹³⁴ En tanto la diabetes tiene que ver con el cuerpo, la persona, la alimentación y, como veremos en este capítulo, con la relación con lo no-indígena, es algo sobre lo que las personas totonacas sí saben —aunque a la vez, como todo, es algo sobre lo que se puede aprender. La diabetes no emergió como un elemento vacío de sentido y no relacionado, sino que es y siempre fue ‘otra’.

Tomando en consideración estas posturas (y precauciones) teóricas, sintetizadas de las primeras dos partes de la tesis, este capítulo se enfocará en las narrativas y las prácticas en torno a la diabetes, para seguir las líneas trazadas por esta enfermedad *hacia* los conceptos de cuerpo, persona, enfermedad y vida que se develan a partir y en relación a ésta, así como, eventualmente, *hacia* las relaciones de alteridad. El propósito de esta estructura es evitar crear una imagen en la cual la cultura totonaca y la diabetes aparezcan como entidades definidas *a priori* que entran en relación. Es decir, no describiremos el mundo cultural totonaco —dado y relativamente estático— para identificar de qué modo se inserta la diabetes en éste.¹³⁵ Al ser un trabajo sobre la diabetes, esto devendría en una división implícita entre lo tradicional y lo moderno. Al no basarnos de antemano en una división de lo tradicional y lo moderno, seleccionando elementos “tradicionales” y relacionándolos con la diabetes “moderna”, una comprensión de la manera en que esta enfermedad se conceptualiza entre los totonacos de Ixtepec nos permite comprender más acerca de su cosmos, de sus procesos de transformación, y de sus campos de lo dado y lo construido. A su vez, nos permite dejar de lado aquel

¹³⁴ Quizá pudiéramos pensar que existía un espacio en blanco, similar a aquellos descritos en “Historia de Lince” por Lévi-Strauss en relación a los préstamos —noción que el antropólogo complejiza— y transformaciones estructurales entre mitos procedentes de regiones del mundo alejadas entre sí. Según el antropólogo francés, el mito está organizado de manera abierta, “como si, en su estado inicial, hubiera presentado vacíos, lagunas, como a la espera, si así puede decirse, de aportaciones exteriores que vinieran a completarlas, y sólo gracias a las cuales podía rematarse su estructura” (1992:280). Cuando decimos que la diabetes no viene a ocupar un espacio en blanco, nos referimos a un espacio que no hace parte de ninguna estructura, que no está atravesado por relaciones; una categoría, como dijimos, negativa o vacía —un espacio en el que un elemento pudiera llegar sin transformarse ni transformar.

¹³⁵ Esta tarea, asimismo, sería demasiado amplia para un proyecto que no constituye más que el primer paso hacia una teoría totonaca.

abordaje que se lamenta por la pérdida de la tradición y de la cultura misma a través del contacto con otras culturas.

Estas consideraciones, basadas en una postura teórica que comprende a la cultura en términos de invención y contra-invencción de los campos de lo dado y lo construido — es decir, que admite e incluye cierto carácter de transformación constante de la cultura (Wagner 1981 [1975])— han resultado en la decisión metodológica de dar lugar en este capítulo a la variación y a lo aparentemente contradictorio. Discutido una y otra vez en la antropología a partir de diferentes discusiones y momentos, no deja de ser importante considerar este problema etnográfico. En su famoso artículo acerca del “desorden” que encuentra durante su trabajo de campo en la Melanesia, Ron Brunton critica el hecho de que a pesar de que no habría sido difícil desarrollar un marco teórico para explicar la fluidez y la incoherencia, la mayoría de los antropólogos que han escrito acerca de la religión tradicional de Melanesia, han tendido a concentrarse en inferir una base común de comprensión (1980:112). Han ignorado, en otras palabras, las variaciones (1980:127).

En Ixtepec un acercamiento a la diabetes revela mucha variedad en ciertos sentidos, y coincidencia en otros (esta coincidencia es la que nos hace hablar de que la enfermedad en cuestión llegó transformada, pero no implica que no se esté creando conocimiento sobre la misma, ni que no sea importante también analizar de qué modo). El enfoque en la variación —en algunos casos aparentemente contradictoria— no significa que las explicaciones de los totonacos sean incoherentes (no son más incoherentes que las nuestras, por lo menos). Simplemente, dar lugar a la variación quizá nos permita pensar en términos de aquello que es posible actualizar de un trasfondo virtual, además de abrir paso a un estudio que admita o se acerque al proceso del cambio entre los totonacos de Ixtepec. A su vez, aquello que nos puede parecer incoherente en la variedad, puede no serlo bajo otra lógica, o puede no importar: quizá lo que importa no es que una relación sea constante o coherente, sino que sea potenciadora —que sea otra manera más de imaginar.

Esta postura implica, a su vez, la necesidad de cuestionar cómo pensamos el conocimiento. Signorini y Lupo, en su introducción al ensayo “Los tres ejes de la vida”, hablan del “problema de la interpretación del saber dentro de la sociedad”. En sus palabras, “los nahuas del área en que hemos desarrollado nuestra investigación de

campo muestran amplios desniveles internos de “conocimiento” relativos a las entidades espirituales que atribuyen a la vida de los seres humanos, a las relaciones que median entre ellas, a los efectos morbosos que recaen sobre su poseedor en el caso que sufran traumas o malignas acciones procedentes del exterior, y a las terapias a que pueden ser sometidas” (1989:14). Una de las primeras cosas que se transforma al hablar de la diabetes totonaca es que no es tan claro quién tiene más conocimiento; quiénes son los expertos: ¿Los pacientes? ¿Los médicos tradicionales? ¿Los médicos alópatas?

Signorini y Lupo, en este ensayo, eligen basarse en la distinción de un gradiente que va de lo tradicional a lo aculturado, enfocando su estudio principalmente en ámbitos tradicionales. Como explican, en los ámbitos aculturados se encuentra ya cierto tipo de “empobrecimiento” del cuadro conceptual en relación a las entidades anímicas (un síntoma de esto es justamente la relación causal establecida entre el susto y la diabetes). Argumentan también que los “errores en la literatura etnográfica provienen de no distinguir los ámbitos de procedencia de los datos” (1989:133). Sin embargo, si buscamos ir más allá de una distinción entre lo tradicional y lo moderno, invocando una noción de cultura atravesada o constituida por la transformación, estos errores se convierten en equívocos, por lo menos en potencia. Asimismo, el llamado “empobrecimiento” se devela como algo que nos da una pista acerca de la constitución de los conceptos en cuestión, sea el concepto de alma, el cuerpo o la enfermedad. En esta tesis no buscamos, entonces, basarnos en las narrativas de “expertos” ni de personas más o menos “aculturadas”. En su lugar, buscaremos dar cuenta de las diferentes posibilidades y relaciones que comprende el mundo de la diabetes en Ixtepec, Puebla (por lo menos para este primer bosquejo).

Sin embargo, no sólo es necesario preguntarnos a quiénes consideramos “expertos”, tomando en cuenta que buscamos alejarnos de una distinción tradicional/moderno y enfocarnos en la diabetes totonaca (enfoque que desde su establecimiento niega esta distinción), sino que también es necesario cuestionar qué comprendemos como conocimiento en relación a la enfermedad. Como expondremos, al realizar prácticas terapéuticas, la mayoría de las personas no tiene presente una lógica profunda o subyacente. Si el niño llora se le ponen hierbas, se le frota. La pregunta acerca de si la causa del mal está relacionada con el espíritu o no, queda relegada a una función

secundaria (elicitada por mis preguntas), o emerge cuando el enfermo empeora. En este ejemplo, es únicamente si el niño no para de llorar o si la enfermedad se vuelve más grave, que se hace uso explícito de las lógicas de la enfermedad, que, al igual que las nuestras, pueden ser contradictorias. Podemos trazar una analogía con la etnografía de los autores que invocamos en la segunda parte de la tesis: Mol y Law describen cómo en la vida diaria de las personas con diabetes, la hipoglucemia es algo sobre lo cual saben, pero el propósito de sus tratos con ésta no es acumular conocimiento, sino intervenir (2004:7). ¿Qué es, o dónde está, el conocimiento en este caso? ¿Y quién es el que conoce o sabe?

Para concluir estos apuntalamientos teórico-metodológicos, hablaremos ahora de lo que esta parte de la tesis busca (o no busca) lograr. Al constituir los primeros pasos hacia una teoría totonaca, este capítulo no busca explicarlo todo ni brindar respuestas, sino comenzar a alumbrar caminos posibles y a seguir las pistas presentes en las conversaciones, las acciones y los silencios en torno a la enfermedad. Por lo mismo, muchas observaciones no pasan de ser intuiciones —compartidas como tales con el lector—, de ser caminos apuntalados, o de ser preguntas. No concluimos, pues, con un resumen de lo que es la diabetes para los totonacos, sino con apuntalamientos de las relaciones principales que parecen constituir la, así como con una exposición breve de aquello que *no* es la diabetes.

En este capítulo nos enfocaremos en el último de los tres momentos identificados en relación a la diabetes entre los totonacos de Ixtepec, Puebla, invirtiendo el orden en que emergen: el de la identificación de la causa. Analizaremos la etiología individual y colectiva de la diabetes en relación con los conceptos de cuerpo y espíritu, así como con ciertas formas de alteridad totonacas. En el capítulo seis pasaremos a explorar los otros dos momentos: el del diagnóstico y el de las prácticas terapéuticas que le siguen, buscando mostrar cómo ir al hospital es parte de tener diabetes —está *incluido* en la enfermedad—, así como la manera en que las prácticas terapéuticas se relacionan con ciertos *enactments* o “prácticas” de la diabetes en el hospital, cerrando así el círculo de esta investigación.

A lo largo de este capítulo seguiremos discutiendo la pregunta planteada en el capítulo tres —ésta misma una transformación de la pregunta planteada en la construcción del

problema etnográfico acerca de la no-coincidencia de modelos explicativos y la no-adherencia al tratamiento de la diabetes en Ixtepec— acerca del funcionamiento de diferentes sistemas médicos ante cuerpos diferentes. Para dar cuenta de este problema hemos invocado la noción de mecanismos de silenciamiento y la de equívocos que se confunden con acuerdos descrita por Kelly. En esta parte de nuestra etnografía veremos que estos (naturalmente) no son unidireccionales, sino que los encontramos, con premisas y formas diferentes, desde la perspectiva del pueblo. Se relacionan, en este caso con una noción de alteridad específica, con la relación entre médicos-hospital y pacientes, con el hecho de que tener diabetes *incluya* esta relación, y con la constitución de la diabetes —totonaca— misma.

5.1 Construyendo una fenómeno-lógica: la etiología de la diabetes

La diabetes inicia en el hospital. Un curandero o médico tradicional pudo haber sugerido la posibilidad, pero la enfermedad como tal no existe hasta el momento del diagnóstico en el IMSS Oportunidades, tras haberse realizado un estudio de sangre: “Aquí en el papel conque ya dice” (María Vázquez, Ixtepec 2014). Algunos pacientes no le creen al médico, por lo menos no en un inicio. ¿Cómo creer que tienen diabetes si están jóvenes, comen bien, están fuertes? Muchos van con un médico particular o al hospital en Zacapoaxtla para recibir una segunda opinión. Por lo general ésta confirma el primer diagnóstico, aunque no siempre. La mayoría, crea o no en las palabras del médico, siente miedo. Tener diabetes es muy grave: “dicen que ya no te curas”.

Al diagnóstico le siguen dos procesos diferentes. Por un lado, el paciente debe cambiar. Como sabemos ya, debe acudir al hospital una vez al mes y eventualmente (aunque es poco común) dos veces al año; debe empezar a tomar medicamento todos los días —muchas de las personas con diabetes toman hasta ocho pastillas en un día— y debe cambiar sus hábitos alimenticios. Por el otro lado, tras el diagnóstico el paciente

identifica la causa de su padecimiento. Aunque la diabetes suele considerarse como una enfermedad que llega después de la acumulación de “años y mortificaciones”, cada paciente puede identificar el momento clave, el momento desencadenante: un susto, una gran tristeza, o un fuerte coraje. Éste pudo haber ocurrido hace mucho tiempo, pues la diabetes tarda meses o años en arribar. En las conversaciones que tuve con personas con diabetes y con sus familiares, los primeros dos momentos —diagnóstico y tratamiento— pertenecían a una narrativa distinta del tercer momento— la causa.

Siguiendo esta pauta, los siguientes dos capítulos se enfocarán en la etiología de la diabetes por un lado, y por el otro en el diagnóstico, tratamiento y lo que implica para el paciente totonaco tener diabetes día a día. En lugar de seguir el orden cronológico de la diabetes identificado aquí, que va del diagnóstico a la identificación de la causa, decidimos invertir la secuencia y enfocarnos primero en la etiología de la enfermedad. Esto se debe a que el análisis de las causas de la diabetes nos lleva de manera automática y necesaria a una exploración de los conceptos de cuerpo y espíritu totonacos, importantes a su vez para la comprensión y contextualización del tratamiento y control de la diabetes. Pasemos pues, al mundo de la causalidad.

Categorizando la enfermedad: un retorno a Evans-Pritchard

En *Medicine, Magic and Religion*, obra publicada en 1924 por W. H. R. Rivers, el psiquiatra y antropólogo declara que la etiología es el elemento central de los sistemas médicos (incluyendo a la medicina moderna, la cual se basa por completo en la etiología), y que su estudio nos dirige de manera natural al diagnóstico y al tratamiento (2003 [1924]). En contraste, la etiología de la diabetes entre los totonacos de Ixtepec es sumamente compleja y no constituye la base —causalmente lógica— que da sentido a la enfermedad, como propone Rivers. Es decir, su estudio no explica ni da cuenta por completo (por lo menos no bajo una comprensión biomédica de la relación entre cuerpo y enfermedad) del diagnóstico y el tratamiento de la diabetes. Sin embargo, no deja de ser fundamental que nos adentremos en las diferentes causas que puede tener esta enfermedad en Ixtepec para acercarnos a la teoría totonaca que la abarca. Para ello, empezaremos por examinar las maneras en que se ha abordado el estudio de las etiologías en la antropología médica, haciendo énfasis en las premisas sobre las cuales

se basa el enfoque comparativista de la subdisciplina: la división entre lo natural y lo no-natural (o personalista, mágico, sobrenatural, místico, etc.), y la conceptualización de cuerpo y alma/mente. Posteriormente analizaremos la etiología de la diabetes, en términos individuales en este subcapítulo y en términos colectivos en el siguiente. A lo largo del capítulo en general exploraremos los conceptos de cuerpo, persona y alteridad totonacos que emergen en relación a la etiología de la diabetes.

El estudio antropológico de las etiologías en diferentes culturas tiende a categorizar enfermedades a partir de una serie de distinciones basadas en nuestro concepto de lo “natural”. Foster, por ejemplo, propone una distinción entre sistemas médicos personalistas y sistemas médicos naturalistas, así como una distinción entre etiologías comprehensivas —la enfermedad es considerada una forma de infortunio entre muchas— y restringidas —los modelos explicativos que se enfocan únicamente en la enfermedad (1976). Los sistemas médicos personalistas explican la enfermedad como ocasionada “por la intervención activa y decidida de un agente, que puede ser humano (brujo o bruja), no-humano (un fantasma, un ancestro, un espíritu malvado) o sobrenatural (una deidad u otro ser poderoso). ... La causalidad personalista deja poco lugar para lo accidental o la casualidad” (1976:775). Los sistemas médicos naturalistas, por lo contrario, explican a las enfermedades como ocasionadas por “*fuerzas o condiciones naturales* como el frío, el calor, la humedad y, principalmente, por un desbalance de los elementos básicos del cuerpo” (ibídem, mi énfasis).

A pesar de que Foster matiza esta distinción entre la causalidad personalista y la naturalista aclarando que cada sociedad *tiende* hacia una de estas concepciones de las causas de la enfermedad y que éstas no existen de manera pura (1998:110-111), y a pesar de que la etiología naturalista no implica la biomédica —utiliza los ejemplos del Yin Yan y de la división frío-caliente bien conocida en Mesoamérica para ilustrar esta causalidad— la categorización que ofrece es curiosamente similar a una división occidental de lo natural y lo sobrenatural.¹³⁶ Al hablar de fuerzas naturales y de procesos similares a los “fisiológicos” por un lado y de brujos, espíritus y deidades por el otro, su

¹³⁶ En efecto, un vistazo general a las críticas que se han hecho de la propuesta de Foster incluyen escritos que critican la división que supuestamente hace el autor entre enfermedades causadas por espíritus y enfermedades causadas por virus y bacterias.

categorización nos pudiera parecer intuitiva —y es justo esto lo que debiera causar sospecha, por lo menos inicialmente. Asimismo, Foster divide el mundo en seres con agencia y seres sin agencia, cuestión problemática si consideramos que la agencia puede depender del contexto más que ser una característica de algo o alguien. Entre los totonacos de Ixtepec, por ejemplo, el susto se define en gran medida por la relación con seres con agencia (el dueño del agua, del monte, etcétera), y sin embargo, la causa de la enfermedad es “naturalista”, en tanto que la sensación de espanto¹³⁷ que desencadena los síntomas es causada por una situación “natural”—una accidente, por ejemplo.

Esta clase de proyección de un paradigma ontológico “occidental” a los procesos de salud-enfermedad *otros* —por lo menos por parte de los lectores de Foster— constituye, como hemos dicho, un corte arbitrario de su realidad. En estudios antropológicos sobre los procesos de salud-enfermedad tendemos a descubrir esta clase de proyección en la división de los procesos de una cultura en los ámbitos de lo “natural”, “sobrenatural”, “mágico” o “religioso”, la cual está regida por completo por aquello que lo “occidental” denomina natural. Como consecuencia, se tiende a clasificar como medicina natural aquello que es pragmático, que es potencialmente comprobable por la ciencia, o que tiene que ver con el uso de plantas y hierbas las cuales contienen sustancias que tienen un efecto inmediato sobre el cuerpo. Es decir, lo natural es todo aquello que se enfoca en el aspecto “fisiológico” del cuerpo y excluye otras entidades “invisibles” (que no sean virus o bacterias).

Por lo general, los estudios de antropología médica sobre grupos indígenas de México no dialogan explícitamente con el problema de la categorización de enfermedades a partir de la etiología. Más que buscar identificar elementos personalistas y elementos naturalistas, las etnografías referentes a la medicina en Mesoamérica han tendido a presentar descripciones detalladas de las diferentes enfermedades, sus causas y tratamientos, y a relacionarlas con las prácticas terapéuticas precolombinas. Esto forma parte de una tendencia generalizada, como declara Pitarch, en la cual las etnografías se han dedicado a subrayar “el grado actual de semejanza y continuidad con el mundo

¹³⁷ En esta tesis las palabras de espanto y susto son utilizadas como sinónimo, ya que los habitantes de Ixtepec no parecen marcar una diferencia de manera clara o unívoca entre la sensación inicial de susto y la enfermedad, y ya que muchos utilizan estos términos de manera intercambiable.

indígena prehispánico” (2007), ejemplificada por las ocasiones en que “la constatación supuesta de que una práctica, un objeto o una idea aparecen ya ‘antiguamente’ constituye en sí misma la explicación etnográfica” (ibídem).

Es en gran medida debido a esta tendencia a estudiar los procesos de salud-enfermedad de culturas contemporáneas en comparación a las prehispánicas, que la antropología médica enfocada en Mesoamérica por lo general no se sitúa explícitamente en las discusiones de la sub-disciplina en torno a la categorización: estas categorías son propuestas como vías para la comparación intercultural, y no son tan útiles para la comparación histórica. El peligro que conlleva esta no-explicitación de las categorías etiológicas es que al permanecer implícitas obtienen un carácter de “dadas” o, por supuesto, de “naturales”. Desde la obra emblemática de Aguirre Beltrán, “Medicina y Magia” (1963), la categoría “mágico-religioso” (o los términos de racional e irracional en el caso de este texto) se utiliza sin mayor referencia a su establecimiento y creación como tal. Las creencias forman parte de un conjunto, al que se le tiende a denominar cosmovisión, y su distancia —a veces parcial— de “nuestra” naturaleza queda implícita, tornando aún más “natural” la ontología naturalista y la universalidad del cuerpo.

En el caso de aquellas etnografías realizadas dentro del marco de la antropología médica (tanto en México como en el mundo) que sí han dialogado con las posibilidades de categorizar a partir de la etiología, la imposición de la división ontológica occidental — así como las categorías que se crean basadas en esta división— sobre los grupos estudiados, ha resultado en etnografías con intentos cada más creativos para moldear la realidad etnográfica a una serie de categorías: agregando o eliminando casillas, buscando términos más o menos englobantes, o enlistando los momentos en los que se combinan o deforman las categorías.¹³⁸

Pierre Beaucage, en su estudio sobre la cosmovisión de los nahuas de la Sierra Norte de Puebla, propone una categorización de las enfermedades para fines expositivos: patología anatómica (las enfermedades son designadas a partir de la parte del cuerpo que afectan), patología fisiológica (donde se especifica la manera en que enfermedades

¹³⁸ Véase Ortiz de Montellano (2005) como ejemplo de un estudio enfocado en la medicina mesoamericana que utiliza la distinción que propone Foster, aunque “con cautela”.

afectan los grandes procesos biológicos), y patología etiológica (donde las enfermedades se distinguen con respecto a sus supuestas causas) (2009:328). A su vez, describe los tres tipos de medicina que distinguen los nahuas de la región: medicina de hierbas, medicina occidental, y medicina mágica. En relación a esta sistematización, Beaucage distingue entre enfermedades del alma y enfermedades del cuerpo, identificables a partir de su etiología. Éstas pueden ser naturales (*kokolis saj*, “sólo una enfermedad”), o espirituales (de origen sobrenatural, como el susto, el mal de ojo, depresión), las cuales “se refieren más a un estado psicológico general de abatimiento, que a un dolor preciso” (ídem:327-328, 346).¹³⁹ Sin embargo, el antropólogo identifica una continuidad entre los dos tipos de enfermedad tanto en el plano del diagnóstico como en el del tratamiento (no en la etiología, ya que su categorización se basa sobre ésta): a una enfermedad natural que no se cura a pesar de los tratamientos se le atribuye una causa sobrenatural. Beaucage da como ejemplo el hecho de que la diarrea de un niño la cual no se abate ni con tés ni con el régimen alimenticio prescrito, se podría explicar como consecuencia del frío causado por un susto de agua. En este caso, agrega, a la medicina de las hierbas, apropiada para las enfermedades naturales, se le agregarán la divinación y los cuidados mágico-religiosos, que son necesarios para curar los males del segundo tipo (2009:328).

El ejemplo que brinda Beaucage de la etiología que se transforma a partir de la gravedad de la enfermedad o de su no-curación es muy común en Ixtepec. Tan común, en efecto, que sería necesario citar la “continuidad” entre enfermedades naturales y enfermedades del alma, sobrenaturales o personalistas, constantemente. La necesidad de unir aquello que se separó en primera instancia (citando continuidades o mezcolanzas), nos sugiere que la categorización que hacen los indígenas de las enfermedades no depende de si su etiología es más o menos pragmática, o si se relaciona con elementos espirituales o con el cuerpo visible. En efecto, me parece que podemos asumir que los grupos indígenas no dividen sus procesos de salud-enfermedad acorde a lo que es más cercano a la “realidad” natural, y que aquello que al no ser empíricamente comprobable por la ciencia forme parte del mundo simbólico de su cultura

¹³⁹ Beaucage aclara en una nota al pie de página que se han excluido voluntariamente de esta clasificación aquellas enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento se ubica dentro del ámbito de la biomedicina occidental, “a pesar de que están empezando a ser conocidos y son tratados localmente: la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer” (2009:327).

(más alejado de la “realidad” natural). Asimismo, a pesar de que es posible argüir que estas clasificaciones se crean por motivos expositivos y no buscan basarse en categorías nativas, la relación de co-determinación entre metodología, escritura y conocimiento creado es algo que ha sido establecido en la antropología desde hace décadas, y las consecuencias son claras.

La categorización que hace Beaucage no sólo se basa en una división ontológica entre naturaleza y cultura en tanto que asume que su categoría de lo natural es universal (por lo menos en tanto que funge como comparación con el concepto nahua de “sólo una enfermedad”), sino que devela una noción específica de cuerpo, universal en tanto natural. Al hablar de enfermedades del cuerpo y enfermedades del alma, Beaucage invoca el dualismo cartesiano de cuerpo y mente fundamental al pensamiento occidental. Es esta división justamente la que permite establecer como categorías comparativas en la medicina todo aquello perteneciente al ámbito del cuerpo (lo material, lo físico), y todo aquello que queda delegado al ámbito de la mente o alma (lo inmaterial, relacionado con la magia, la religión, lo místico). Así, los espíritus o las entidades anímicas quedan excluidos del ámbito del cuerpo y de lo natural. A pesar de que los antropólogos no asumen en lo absoluto que los componentes anímicos son similares o equivalentes al concepto occidental del alma, ni asumen que éstos sean inmateriales, éstos son contrapuestos al cuerpo (de diversas maneras), subrayando el dualismo cartesiano entre cuerpo y mente. Estudiar culturas caracterizadas por una relacionalidad no-cartesiana o por proyectos de invención diferenciantes (Wagner 1981 [1975]) a partir de este dualismo —a su vez íntimamente relacionado con la ontología naturalista, la cual establece al cuerpo como un objeto biológico universal— no sólo niega la posibilidad de la “autodeterminación ontológica” (Viveiros de Castro 2010:18) de estas culturas, sino que obstruye la comprensión de los procesos de salud-enfermedad en términos internos, de teoría nativa.

Únicamente analizando la división que hace Beaucage del tratamiento, asignando el tratamiento con hierbas a los males naturales y la divinación o los cuidados mágico-religiosos a los males sobrenaturales, podemos advertir este problema. Entre los totonacos de Ixtepec es común utilizar baños con hierbas para aliviar la fiebre, la diarrea, un mal aire, y en el caso de los niños, el susto. En este último caso las hierbas, junto con

la actividad física de sobar el cuerpo, devuelve el espíritu al cuerpo o lo pone en movimiento de nuevo (sin tener que pronunciar palabra alguna o invocar a nadie). Este ejemplo tiende a relacionarse con la naturaleza poco grave del susto en los niños en oposición al susto en los adultos, pero basta por ahora con indicar que el uso de las hierbas y la manipulación del cuerpo a partir de la sobada tienen como intención terapéutica afectar el espíritu.¹⁴⁰

El ensayo de Signorini y Lupo, discutido en la primera parte de este capítulo, es un estudio de “las creencias de los Nahuas de Santiago Yancuictlalpan relativas a las fuerzas *espirituales* que operan en el hombre y del sistema simbólico que las anima” (1989:13, mi énfasis). “Los tres ejes de la vida” se enfoca en los componentes anímicos y las enfermedades relacionadas con estos, selección que desemboca en una categoría de enfermedades “metafísicas” (denominadas así por los antropólogos), aparentemente coherente y opuesta a las enfermedades que pudieran llamarse “del cuerpo”.¹⁴¹ Como mencionamos ya, esto desemboca en una explicación de las relaciones causales entre males espirituales como el susto y males físicos como la diabetes a partir de un “empobrecimiento del cuadro conceptual”. Asimismo, este enfoque no sólo categoriza los procesos de causalidad indígenas a partir de conceptos de cuerpo y mente ajenos a las teorías de los nahuas de la Sierra Norte de Puebla, como los datos del mismo libro hacen evidente, sino que permite dejar fuera todo aquello que no pertenece al ámbito “metafísico”. De este modo se establece una categoría *independiente* del resto de los procesos de salud-enfermedad. Esto pone de manifiesto el tipo de corte arbitrario que involucra proyectar los propios campos de lo dado y de lo construido a otros.

¹⁴⁰ En su estudio sobre el susto en relación con la cosmovisión nahua, Romero distingue una clase de “enfermedades naturales”, las cuales incluyen las enfermedades de niños más comunes, como el empacho y la caída de mollera. Estas enfermedades se pueden curar en el seno familiar, pues al “no estar vinculados con el “mundo otro”, no requieren de la intervención de un especialista” (2003:185). El que en Ixtepec el susto en niños pueda tratarse en casa con hierbas, al igual que los sustos poco graves en los adultos, indica que esta categorización no siempre es atinada. A su vez, el espíritu del niño puede llevarse una persona, y no necesariamente un ser del “mundo otro”. Como explica Gabriel Sainos, el *takuxta* o destino del niño o niña está débil; por lo mismo alguien que quisiera tener hijos puede seguirlos y al desear tener al niño a la niña, el *takuxta* se va con la otra persona, causando enfermedad en la criatura.

¹⁴¹ La división entre enfermedades del alma y del cuerpo no implica que no existan síntomas en el cuerpo, sino que la causa y el tratamiento de éstos es espiritual (como puede ser la pérdida de una entidad anímica y su devolución al cuerpo) o físico (como el caso de una fiebre que se trata untando refino en la piel).

Tanto la categorización de las enfermedades a partir de los ámbitos de lo natural y de lo no-natural (las etiologías naturalistas y personalistas de Foster, o cualquier división teórica entre los males naturales y los males sobrenaturales/metafísicos/mágicos), como los conceptos de cuerpo y alma sobre los cuales se basan diversos estudios de los procesos de salud-enfermedad en México, han sido criticados de varias maneras. Laura Romero, en su tesis de doctorado, se refiere al ensayo de Signorini y Lupo, así como al trabajo de Pedro Pitarch en relación a las almas tzeltales (véase 1996, 2010), para ejemplificar el hecho de que el más fuerte impacto de la obra de López Austin, “Cuerpo humano e ideología”, fue sobre el estudio de los centros y entidades anímicas y no del cuerpo (2011:77). Romero cita dos motivos principales, “además del apego al —mal leído— paradigma lopezauustiniano”, para el fuerte enfoque sobre las entidades anímicas en lugar del cuerpo (ibídem):

La primera, la fuerte evangelización a la que fueron sometidos los pueblos prehispánicos, la cual imprimió su marca, de una vez y para siempre, en las concepciones indígenas. Derivada de esta primera, una segunda causa pudo haber sido la constante referencia etnográfica a las almas como causa esencial de la enfermedad. El cuerpo pareciera haber cedido su lugar a una preocupación local sobre las almas. Pudo haber sucedido, además, que los etnógrafos transferimos nuestros supuestos a una categoría que presumimos era el rasgo que diferenciaba a los nativos de los científicos.

Las críticas a los estudios de las etiologías naturalistas y personalistas surgen del contexto africano durante los años 70 y 80, y muestran muchos paralelos con la crítica realizada por Romero. El problema, argumentan, es de énfasis, en tanto que los estudios etnográficos de las etiologías africanas han dado demasiada importancia a la causación sobrenatural (Pool 1994:1). Esta crítica rastrea estas tendencias a un origen común: las malas interpretaciones de la obra seminal de Evans-Pritchard, “*Witchcraft, Oracles and Magic*” (1937), las cuales han otorgado demasiado peso a las declaraciones más generalizantes del antropólogo, como la famosa declaración de que “*Azande attribute sickness, whatever its nature, to witchcraft or sorcery*” (1937:479).¹⁴²

¹⁴² Parece ser que toda etnografía sobre los procesos de salud-enfermedad y las etiologías “no-científicas”, de uno u otro modo debe volver a Evans-Pritchard.

Robert Pool, en un ensayo sobre esta discusión en la antropología africana, resume el argumento del mismo Foster (1976) y de Yoder (1982). Ambos antropólogos argumentan que el enfoque sobre

etiologías personalistas comprensivas en la antropología médica de África, ha difuminado la distinción entre los ámbitos de la medicina, la magia y la religión. Los antropólogos han estado demasiado dispuestos a relegar la teoría indígena de la enfermedad a los reinos de la religión y la magia al describir a las brujas o seres sobrenaturales como los más importantes, o los únicos, agentes etiológicos reconocidos por los africanos, quienes se ven como interpretando la enfermedad principalmente en términos morales y sociales. ... Este enfoque en la etiología acentúa el contraste entre la biomedicina y otros sistemas médicos. Esto, a su vez, ha dado lugar al abandono de los aspectos prácticos y de comportamiento de los sistemas médicos occidentales, y por lo tanto al abandono de los sistemas médicos como tales (Pool 1994:3).

Ambas críticas identifican abordajes “parciales” o “estrechos” que enfatizan las entidades anímicas sobre el cuerpo o privilegian los elementos personalistas sobre los naturalistas en las etiologías nativas. Sin embargo, aquello que proponen *incluir* —el cuerpo y las prácticas terapéuticas naturalistas— continúan siendo ámbitos definidos por los conceptos biomédicos (es decir, naturalistas) de cuerpo y naturaleza. Romero, al querer dar lugar al cuerpo, no hace más que subrayar la división entre éste y los componentes anímicos —dualismo que, como hemos dicho, no necesariamente coincide con los conceptos indígenas de cuerpo y espíritu. Yoder y Foster, al proponer el estudio de sistemas médicos que tome en cuenta el comportamiento relacionado a la salud y a la enfermedad y que ponga “énfasis en la causación naturalística y en la actividad práctica” (Pool 1994:1), en lugar de lograr una perspectiva más amplia, “su visión... es, de hecho, más estrecha” (1994:14). Esto se debe a que, como argumenta Pool, al “intentar cerrar la brecha entre la biomedicina y otros sistemas médicos, los críticos utilizan las mismas categorías biomédicas que explícitamente rechazan” (ibídem). La idea misma del sistema médico está definida por el interés biomédico en la salud y la enfermedad, mientras que los procesos terapéuticos y las etiologías indígenas pueden, y tienden a, verse

relacionadas con procesos causales que la biomedicina no consideraría como parte del campo de lo “médico” (Pool 1994).¹⁴³

Tanto Romero como Yoder y Foster citan como argumento importante en sus propuestas la tendencia del antropólogo por hacer al otro más “diferente” de lo que es. El exotismo es un mal que ha asediado a la antropología desde sus inicios. Sin embargo, en el ámbito de la antropología médica nos enfrentamos al peligro de caer en un etnocentrismo que busca defender otras culturas argumentando que tienen prácticas médicas prácticas y empíricas, en otras palabras, más cercanas a las de la biomedicina (e implícitamente más cercanas a la “realidad natural” a la que nos ha dado “acceso” la ciencia). Pareciera que, de maneras más sofisticadas, se defendiera a los “primitivos” diciendo que si observamos con cuidado, podemos descubrir en ellos creencias más cercanas a la naturaleza y más alejadas de lo mágico y lo religioso, es decir, que podemos descubrir en ellos la “civilización”.

En el caso de la etnografía Mesoamericana que cita Romero, es atinado decir que no porque las personas hablen continuamente del alma o del espíritu para hablar de enfermedad, esto implique que los estudios sobre la persona y el cuerpo deban enfocarse únicamente en las entidades anímicas. En efecto, esto asumiría que la relación entre cuerpo, enfermedad y persona nativa es análoga a la nuestra y que el estudio de la enfermedad nos hablará de la fisicalidad del cuerpo de las mismas maneras. Sin

¹⁴³ La crítica que hace Pool a Foster y Yoder se centra en gran medida en el concepto de “sistema médico”. Este concepto se volvió fundamental en la década de los 70, cuando la subdisciplina de la antropología médica se reconfiguró como el “estudio comparativo de sistemas médicos”. Al establecerse de esta forma, “desarrolló un fundamento teórico distintivo ligado a la antropología interpretativa, a los estudios simbólicos y a la fenomenología” (Good et al. 2010:3) Durante los años 80 los enfoques de la antropología médica se vieron influenciados por teorías críticas como el postestructuralismo y los estudios de género, de modo que se trasladaron del estudio comparativo de sistemas médicos a los estudios críticos del conocimiento médico y de las instituciones, así como de la pobreza y de la distribución desigual de la enfermedad y del acceso a cuidados médicos (ibídem). A nosotros no nos concierne tan cercanamente este debate, en tanto que no estamos proponiendo “identificar” un sistema médico totonaco, sino examinar una enfermedad y las relaciones que la constituyen, pero vale la pena reproducir el argumento que hace Pool en contra de este abordaje, en tanto que es similar a la postura político-teórica que proponemos en esta tesis. El antropólogo argumenta que mientras se utilicen categorías biomédicas (empezando por la de “medicina”) para identificar sistemas otros, les estaremos imponiendo creaciones propias: *“I argue... that descriptions of ‘medical systems’ are not more accurate representations of how Africans interpret and cope with illness but biomedically determined constructs which are imposed on African culture in medical ethnography”* (1994:1).

embargo, lo que no es atinado es asumir que aquello que queda fuera al estudiar las entidades anímicas es “el cuerpo”, el cual, en este tipo de argumento, se subraya como natural y práctico, y en algunos casos como lo físico. Romero argumenta que tanto el alma como el cuerpo ocupan “un lugar central en el pensamiento nativo”, entendiendo el alma como entidades anímicas y el cuerpo a partir de “las numerosas referencias etnográficas al cuerpo construido, a la metamorfosis, a la piel, a las malformaciones, a la mutación de cuerpos e incluso a la vestimenta” (78). Podemos decir entonces que el concepto de cuerpo que describe no es el “occidental”, pero la división entre cuerpo y alma sí lo es.

En estos debates es posible identificar cómo la imposición de una ontología naturalista y de una concepción occidental de la división entre cuerpo y mente obstruye el acercamiento a las teorías nativas. En el caso de la antropología médica esto es especialmente evidente, pues en tanto que establece a la naturaleza (lo dado) como premisa para comprender y categorizar las etiologías, las enfermedades y los tratamientos de otros, no se permite que el cuerpo sea otro que el biológico (más allá de las interpretaciones o representaciones que se pueden hacer de éste). ¿Qué sucede con el estudio de las etiologías, entonces, si buscamos alejarnos del binomio naturaleza/cultura como rector universal de la realidad (propósito sobre el cual se ha basado esta tesis)? A través de la examinación de la etiología de la diabetes de Ixtepec, Puebla, buscaremos demostrar que la división entre cuerpo y espíritu que hacen los totonacos se asemeja a la distinción occidental entre cuerpo y alma en términos homónimos y no sinónimos o equivalentes. A su vez, esto nos lleva a problematizar la categorización de enfermedades a partir de categorías como cuerpo, alma, lo físico y lo emocional, lo natural, lo mágico, lo religioso o lo sobrenatural.

“Está dulce tu sangre”: Causas de la diabetes entre los totonacos de Ixtepec, Puebla

Me presento. Hablamos unos minutos sobre mi procedencia, de cuándo llegué a Ixtepec, de la neblina que vino a asentarse esa mañana sobre el pueblo. Me pregunta quién soy, por qué vine. Anuncio que estoy estudiando la diabetes. Él asiente: esa es por los químicos. Esta escena se repitió incontables veces; todas las personas con las que hablé me explicaron que la diabetes llegó porque los alimentos que comen ahora son

alimentados e inyectados con químicos y medicinas: “vienen de afuera”. Antes de la carretera las personas comían bien porque comían natural, y no había diabetes.

Me presento. Ella sabe que vengo a estudiar la diabetes, porque la mujer que nos presentó se lo dijo. Hablamos unos minutos de su fonda, de sus hijos, de la boda de mi hermana, de mi procedencia, del clima —¡salió el sol! Le pregunto por qué le dio diabetes. Por un susto. Lo recuerda bien. Hablamos por horas, y ella me explica que antes no había diabetes ni presión. “¿Por qué habrá ahora?” “Pues yo creo que por los químicos, ha de ser.” Le pregunto si le dio a ella por los químicos. “¡No! ¡Te digo que fue por un susto!” Cada persona que padece diabetes en Ixtepec y que habló conmigo, me describió el suceso o el mal específico que detonó su diabetes. Algunos estaban más seguros que otros, pero no dudaban que la diabetes los había agarrado a causa de un susto, por coraje o por tristeza.

Entre los totonacos de Ixtepec, la diabetes comprende etiologías divergentes para el individuo y para el colectivo. Los contextos están claramente marcados: al hablar de que hay diabetes en el pueblo, la etiología comprende el cambio de alimentación ocasionado por comprar e ingerir comida que viene de afuera. Al hablar de casos específicos, no se mencionan los químicos y en su lugar se citan el susto, el coraje y la tristeza como posibles causas. Si tras discutir acerca del cambio a la alimentación compuesto por medicamentos, yo preguntaba acerca del susto, las personas me respondían sin duda alguna: “Sí, la diabetes es por el susto.” Lo mismo sucedía en relación al coraje y a la tristeza, aunque en menor medida. A continuación se analizarán las causas individuales de la diabetes, explorando qué es y qué implica cada una de las tres enfermedades, para enfocarnos en la etiología colectiva de la diabetes en el siguiente subcapítulo.

“¿Por qué le dio?” pudiera considerarse una pregunta algo extraña desde una perspectiva biomédica de la enfermedad, la cual se dedica a descubrir el *cómo* en lugar de preguntarse sobre el *por qué*. Sin embargo, fuera de este ámbito es una pregunta común: me dio porque no me cuidé, porque me enfrié, porque he estado muy estresada. En Ixtepec, al preguntarle a las personas con diabetes por qué les dio esta enfermedad, la respuesta variaba entre un susto, un coraje y una tristeza, mas no como categorías, sino como vivencias. Pudiéramos decir que el énfasis no estaba en la palabra “susto” y

lo que implica —en cómo un susto causa la diabetes— sino en la palabra “un”. Las entrevistas pasaban a ser historias sobre la vida del paciente, historias a menudo duras y plagadas de un dolor evidenciado en lágrimas. La respuesta era íntima, y por lo mismo no será reproducida a detalle aquí. Nosotros nos enfocaremos en la relación entre el susto, el coraje, la tristeza y la diabetes, acercándonos quizá a la pregunta del cómo, más no a aquella planteada por el ámbito biomédico que se refiere a procesos fisiológicos comprendidos en términos naturalistas. Sin embargo, es importante aclarar desde ahora que la causa individual de la diabetes se relaciona con la vida —las personas con diabetes no citan una explicación causal, sino que recitan una memoria.

El susto, la tristeza y el coraje, todos parecen tener una cosa en común: son un mal del corazón. Sin embargo, el corazón así como lo describen los totonacos en relación a la diabetes no es el órgano que imaginamos, sino una entidad desdoblada y múltiple, relacionada con los sentimientos, el pensamiento y el destino de cada persona, y en la que la distinción entre lo espiritual y lo físico se diluye, así como el adentro y el afuera del espacio euclidiano tridimensional. Sin embargo, antes de adentrarnos en esto, es necesario considerar que hay diferencias y relaciones entre el susto, el coraje y la tristeza. Asimismo, la primera de estas causas de la diabetes es nombrada constantemente, en contraste a las otras dos, por lo cual nos enfocaremos principalmente en ésta. Pasemos entonces al mundo del susto.¹⁴⁴

Durante mi estancia de Ixtepec las conversaciones que tenía referentes al susto, ya fuera en entrevistas o en conversaciones cotidianas, parecían variar de manera significativa. En términos generales, a veces se me describía un “cuadro conceptual” similar al que analizan Signorini y Lupo en su etnografía de “Los tres ejes de la vida” (1989), enfocado en la captura o retención de una entidad anímica por parte de un dueño específico, y en su recuperación por medio de un curandero. En estos casos, no curarse lleva a la muerte tras pocos días. Se describían también, aunque pocas veces, algunos efectos del susto en el cuerpo: se guardan los pulsos y se esconde la campanita que tenemos al fondo de la garganta. Otras veces, sin embargo, se me describió el susto no

¹⁴⁴ La relación causal que establecen los totonacos entre el susto y la diabetes es un fenómeno que parece encontrarse en el país entero, tanto entre varios grupos indígenas como en la población mestiza (todos nos hemos comido ese pan para evitar la diabetes). Esto sugiere que la relación específica entre susto y diabetes se debe a un factor estructural de uno o de ambos.

en términos de quedarse en un lugar o bajo el poder de un dueño, sino en términos de que la sangre, y en algunos casos el espíritu, se “queda” inmóvil. Tras volver de campo, y al revisar las notas y las entrevistas, se volvió aparente que esta división en la descripción del susto coincidía con contextos en los que hablábamos del susto en términos generales por un lado, y con contextos en los que discutíamos su relación con la diabetes por el otro. A continuación analizaremos más a fondo cada una de estas tendencias en relación a los conceptos de cuerpo y espíritu de los totonacos de Ixtepec que emergen de cada una de estas narrativas. Buscaremos mostrar cómo la comprensión que se tiene del susto debe extenderse cuando se considera dentro del campo de sus relaciones; específicamente, el pensarlo en relación con la diabetes nos sugiere que más que una lógica de adentro-afuera, es una lógica del no-movimiento la que rige y define al susto.

El susto en sí

Romero, en su etnografía acerca del espanto entre los nahuas de Tlacotepec, lleva a cabo una síntesis de la literatura sobre esta enfermedad y concluye que el susto ha sido definido en términos generales “como la pérdida de una de las entidades anímicas de la persona a consecuencia de una fuerte y repentina impresión —trátase de una caída, el encuentro con animales peligrosos, con seres del “mundo otro”, etc.—” (Romero 2003:228). La antropóloga agrega que la condición que distingue al susto de otras formas de pérdida de la entidad anímica en cuestión, es que ésta “se encuentre en manos de los seres del “mundo otro” (ibídem).¹⁴⁵ En Ixtepec, adultos jóvenes, personas mayores, curanderos, *tatas* y *nanas* advierten sobre el peligro de acercarse a los manantiales y a la región donde están las dos cimas (la comunidad de El Patiy, que significa dos en totonaco¹⁴⁶), pues puede ocurrir un susto (*pekuat*) y el *espíritu* puede quedarse en el

¹⁴⁵ Las otras causas de la pérdida del tonal, entidad anímica relacionada al espanto entre los nahuas de Tlacotepec, son: “2) la captura por parte de los brujos; 3) el extravío del tonal de los niños pequeños, sin que esta pérdida responda a los dos casos anteriores, y 4) la partida de la entidad por extrañar en demasía a otra persona que se encuentra lejos” (Romero 2003:162).

¹⁴⁶ Los números en totonaco no existen por sí solos, sino que requieren un prefijo clasificador que se remite por lo general a la forma de aquello que se cuenta. En este caso *pkg-* se refiere a algo delgado, y *-tiy* al dos (Piedad Lorenzo, Ixtepec 2012).

agua.¹⁴⁷ La persona también puede quedarse en el agua si ve una serpiente junto a un manantial; en la lumbre si el susto ocurrió ante ésta, o en la tierra después de caer. En estos casos la tierra, o su dueño, “agarra”, “domina” o “absorbe” a la persona, a su “espíritu”.¹⁴⁸ Asimismo, es posible asustarse con el arcoíris, relacionado con la serpiente, pero es menos común.¹⁴⁹

Cuando esto ocurre, la persona se enferma —los totonacos denominan al susto como enfermedad. En el caso de los niños estos empiezan a sudar mucho, especialmente en las noches. “Y cuando están durmiendo se espantan, brincan” (María Vázquez, Ixtepec 2013). Según Eustolia Manzano Romero, especializada en curar niños, al asustarse “les penetra...la impresión que llevan al caerse... y ya dejan de comer...en la noche gritan, se espantan o se sientan...chillando, temblando, pues porque sienten aquello que tal vez sintieron cuando se cayeron y se impresionaron mucho” (Ixtepec 2013). En el caso de los adultos, los síntomas dependen del tipo de susto, o en efecto, del dueño o ser que los “agarró”. Doña Esperanza explica que con el susto de agua “agarra escalofrío”, con el de fuego “empiezan a sentir un calor y les da tos seca” y con el de tierra “se viene comezón en el cuerpo o roncha” (Ixtepec 2014). A su vez, tanto en el caso de los niños como de los adultos, con el susto se va o se pierde la campanita que está normalmente en la entrada de la garganta, y los pulsos que pueden sentirse normalmente en las muñecas y en varias partes del cuerpo¹⁵⁰, no son perceptibles o se

¹⁴⁷ En varias ocasiones se me narró esta posibilidad, calificándola sin embargo con una frase que se escucha comúnmente: “pero son creencias”. En ocasiones esta declaración era seguida por frases como “yo no creo”, “no es cierto”. Sin embargo, lo más común era que tras aclarar la naturaleza de “creencia” de esta enfermedad, completaran la oración diciendo “pero sí pasa”. Es decir, “son creencias, pero sí es así”.

¹⁴⁸ Cuando uno se cae, también puede sufrir un mal aire. En este caso el espíritu no se sale, sino que los muertos que aún no saben que han fallecido buscan ayudar a la persona que se cayó, y el contacto daña a la persona.

¹⁴⁹ En Huehuetla, municipio que colinda con Ixtepec, el susto con el arcoíris figura de manera más prominente en las narrativas de las personas. En Ixtepec, Doña Esperanza me explicó que “el arcoiris se forma de agua... Entonces si está uno lavando o está uno en el agua y empieza a caer goterones entonces se asusta uno también o asustó uno el arcoiris. Porque empieza uno a sentir en el cuerpo una frialdad, ¡pero frío, frío! Empieza uno a sentir que se le asustó por el arcoiris. Porque se forma de víboras... De varios colores. Se forman en el agua como arco, pero son víboras. Por eso se ven varios colores, están enredados de puras víboras (Ixtepec 2013).

¹⁵⁰ Romero, en su etnografía sobre el espanto entre los nahuas de Tlacotepec, hace referencia a los doce pulsos de las personas, los cuales se encuentran en: 1) la cabeza; 2) el corazón, y 3) el ombligo, clasificados como centros anímicos mayores, junto con 4) la nuca; 5 y 6) la parte posterior de ambos codos, 7 y 8) las

perciben en el antebrazo. Esto se debe a que la sangre se recoge, y se queda estancada en el corazón.

Hasta este punto, el susto coincide con la definición general que brinda Laura Romero. Sin embargo, en Ixtepec la manera en que se piensa, se discute y se actúa en relación al susto depende de la gravedad del mismo, característica que se relaciona a su vez con los seres del “mundo otro”.¹⁵¹ Según Gabriel Sainos y Doña Esperanza, tanto el susto del agua como el del fuego “son los más fuertes” (Gabriel Sainos, Ixtepec 2013). Doña Guadalupe, curandera originaria de Huehuetla, por ejemplo, me explicó que el más grave de los sustos es el del arcoiris, mientras que la mayoría de las personas con las que hablé sobre el tema aclararon que el susto del agua es el más peligroso de todos. Si te espantas en el agua y no te curas, mueres sin duda alguna o, como declara Inés Pérez, “te quedas como loca” (Ixtepec 2013). En términos generales, cuando el susto es grave la persona deja de comer, enflaca, se debilita, y muere al poco tiempo. Mientras tanto, hay sustos que no son tan graves y que no causan la muerte. El papel que juegan los dueños en estos casos resulta menos evidente, pues al hablar de ellos no se invocan las figuras del dueño de la lumbre, de la tierra o del agua, a pesar de que algunas personas me explicaron que con el susto el “espíritu” siempre se queda con estos seres. Hermelindo, por ejemplo, tras considerar mi confusión unos segundos, concluyó que siempre se queda con los dueños, porque “todo tiene dueño”. Sin embargo, la muerte a causa del espanto sólo parece citarse en relación explícita a los dueños, y mi insistencia en hablar de los dueños en casos de susto poco graves resultaba evidentemente incongruente.

Esto se asemeja a lo que ocurre entre los Azande, en donde el “elemento místico a veces es más dominante en el discurso acerca de la enfermedad, dependiendo de qué tan grave se considera que es” (Pool 1994:9). Según Pool, lo que varía son las maneras en que se *habla acerca* de la etiología (ibídem, énfasis en el original). En palabras de Evans-Pritchard, con “padecimientos graves siempre hay una tendencia a identificar la

muñecas, 9 y 10) las corvas, y 11 y 12) ambos tobillos” (2003:121). Doña Esperanza y Doña Eustolia Manzano Romero hicieron referencia principalmente a los pulsos en los codos, la cien y la nariz.

¹⁵¹ Entre los totonacos de Ixtepec los dueños, duendes, y difuntos transformados en malos aires pertenecen a un espacio diferente, y como veremos más adelante, se les describe como teniendo otra casa. Por esta razón sigo la descripción de Romero y adopto en ocasiones la descripción de seres del “mundo otro”.

enfermedad con brujería, y con males menos graves a identificarla con sus síntomas, que están participando con la brujería para causar dolor” (1937:509). En este segundo caso, las personas “piensan menos sobre brujería y más sobre la enfermedad misma y sobre curarla utilizando medicamentos” (ibídem). Entre los totonacos de Ixtepec encontramos una situación similar en el caso específico del susto, en tanto que la gravedad del caso determinará si los seres del mundo otro serán o no “mencionados explícitamente” (Pool 1994:9).¹⁵² Esto no implica, por lo tanto, que nos encontremos frente a una explicación de “causación natural” en contraste a una explicación basada en elementos “místicos”. Es decir, que la clasificación de las “enfermedades naturales” como aquellas que no están vinculadas a un “mundo otro” (Romero 2003), se problematiza si tomamos en cuenta las prácticas y los discursos en torno a la etiología del susto.

La curación o el tratamiento del susto también varía dependiendo de la gravedad. Cuando ocurre un susto grave, como el de agua, un curandero o especialista que sepa hablarle a la tierra o al agua debe acudir con el enfermo al lugar en donde yace su espíritu. Por lo general, la persona recuerda en dónde se asustó, pero inclusive cuando éste no es el caso, los sueños indican en dónde está el espíritu, pues uno sueña desde la perspectiva de éste. Ahí, el curandero, que sabe cómo hablar con los seres del “mundo otro”, debe pedir al dueño —de la tierra, del agua o de la lumbre— que deje ir a la persona, utilizando ajo y tabaco.¹⁵³ Doña Esperanza explica que “del agua donde uno se asusta hay que ir a hablarle también al agua. También doce veces hay que pegarle al tanque o al manantial o a donde sea. Hay que ir a pegarle para que el espíritu se venga con uno” (Ixtepec 2014). Otros curanderos, en lugar de golpear el agua o la tierra, vierten una pequeña cantidad de estos elementos sobre el cuerpo del enfermo cuatro veces. Si no se sabe en dónde ocurrió el susto exactamente y los sueños no lo indican, este tratamiento puede llevarse a cabo en casa, con tierra de cualquier lugar, o con agua de

¹⁵² La cuestión de la brujería y la envidia, aunque importante entre los totonacos de Ixtepec, no tiene cabida en esta investigación.

¹⁵³ El ajo y el tabaco posiblemente sean elementos para intercambiar, si consideramos que las relaciones de reciprocidad atraviesan la terapéutica totonaca. Sin embargo, el ajo y el tabaco se citan en ocasiones como escudos ante el mundo otro: si te untas estos ingredientes, el arcoiris por ejemplo ya no te puede “ver” (Doña Lupita, Huehuetla 2013).

cualquier manantial o río. En el caso del susto de lumbré, hay que tomar las cenizas del centro al día siguiente, echarlas en agua y mojar la cabeza del enfermo con ellas.

Al mismo tiempo que se realizan estas acciones terapéuticas, el curandero suele llamar al espíritu de la persona. Esto puede hacerse a través de la palabra, nombrando a la persona, o puede hacerse untando remedios en el cuerpo de la persona. En el primer caso, como explica Doña Esperanza, “hasta llegar a la casa la viene uno nombrando [a la persona]... La viene uno nombrando a que no se regrese a dónde ella estaba tirada, o a donde él estaba tirado” (Ixtepec 2014). En el segundo caso, Doña Eustolia explica que a los espíritus se les llama “con remedios. Se les unta la ruda, los esos matanzin, los tres matanzin, los mirtos, los tres mirtos, el rojo, el blanco y el pintito. Con eso se les unta, se les da untada y se ora sí, se espoguean, como dicen” (Ixtepec 2013). Con esta acción —llamémosle física— “se llama al espíritu, y sí, vuelve a su lugar” (Manzano Romero, Ixtepec 2013). El que el espíritu vuelva a su lugar se relaciona con el hecho de que los pulsos no están en el lugar correcto. Doña Eustolia explica que “se los tiene uno que bajar con el refino cuando los está uno curando. ... Los tiene uno que bajar despacito, despacito, y ya hasta que ya a la tercer curada ya llegan el pulso a su lugar” (ibídem).

Cuando el susto es menos grave, basta con llamar al espíritu, ya sea frotando el cuerpo con hierbas o nombrándolo, y no es necesario realizar el ritual que permite la conversación con el dueño. Doña Esperanza, por ejemplo, frota a la persona en el lugar en que se asustó, pero no dialoga con el dueño cuando no fue tan grave el susto: “hay que ir a frotarla ahí mismo, que se levante su espíritu, que se levante y que camine con uno” (Ixtepec 2014). Es decir, el diálogo —verbal o manual— se lleva a cabo con el espíritu mismo (con uno mismo), y no con los seres del “mundo otro”. En efecto, las diferencias en la gravedad del susto pueden observarse principalmente en el hecho de que la curación de los más peligrosos requiere la asistencia de un especialista, mientras que la de los menos graves no necesariamente. Como declara Gabriel Sainos en relación al susto de los niños, “si es grave con ritualista, si no, la mamá lo cura con hierbas” (Ixtepec 2013).

Los niveles de gravedad del susto no sólo se relacionan con la necesidad del trabajo del especialista, sino con los métodos mismos de curación. Doña Esperanza explica que: “si está muy fuerte el susto no lo cura uno con hierbas, tiene una que buscarle

para salvar el alma, llamándolo donde se cayó” (Ixtepec 2013). En contraste, explica, el susto “a veces es muy leve”, y en ocasiones las personas “dicen: ‘¿para qué me voy a curar? No me asusté mucho...’” (ibídem). En estos últimos casos, efectivamente puede ser innecesaria la curación. Sin embargo, hay ocasiones en las que la persona sí enferma a pesar de suponer leve el espanto. De ser así, al percibir un debilitamiento algunos días después de haber sufrido el susto, es común que la persona se cure a sí misma. María Vázquez, por ejemplo, en una ocasión en la que se espantó al caer cerca de un tanque de agua, soñó que estaba dentro del tanque. Al siguiente día volvió al lugar, comió un diente de ajo, y bebió un vaso con agua para curarse del susto. Otros métodos de curación que no requieren de la intervención de un curandero incluyen llamarse a sí mismo por su nombre o pedir a un amigo que lo haga; así como frotar con hierbas para susto el cuerpo de la persona, acto particularmente común en el caso de los niños.

En términos generales podemos decir que la gravedad del susto tiene que ver con el papel que juegan los dueños o seres del “mundo otro”, en tanto que los casos graves requieren un diálogo y/o intercambio con éstos, mientras que los casos menos peligrosos no. Sin embargo, la escala de gravedad identificada también tiende a relacionarse con una imagen de acumulación, según la cual es posible espantarse varias veces sin curarse, pero “te va avanzando la enfermedad y ya la última se da uno cuenta cuando ya está uno más mal” y puede morir (María Vázquez, Ixtepec 2013). Por último, la relativa gravedad del susto está relacionada con una temporalidad específica que se devela en las posibilidades de prevención, que suelen ser similares o iguales a los métodos de curación arriba mencionados.

Uno de los principales métodos de prevención del susto es beber el denominado “vino espíritu”. Está elaborado con matanzin, hierba que trata el susto, y varios otros ingredientes.¹⁵⁴ El vino también puede beberse después de un susto, entendido aquí como el momento en que la persona se espanta. Según Doña Esperanza, el vino “da valor y el susto se va, se pierde” (Ixtepec 2013). Además del vino existen varios otros métodos preventivos que parecen ser curativos a la vez. Apenas ocurrido el momento del susto o del arresto emocional, la persona afectada puede beber del agua o comer un

¹⁵⁴ Pocas personas no-especialistas conocen la receta del vino espíritu. Sin embargo, este se prepara en los módulos tradicionales de los Hospitales Integrales de Puebla.

poco de la tierra en donde ocurrió, así como llamarse para que el espíritu no se quede ahí y a la persona no le “agarre el susto”. Es decir, la persona se nombra y el agua o la tierra se ingieren como métodos preventivos, a pesar de ocurrir después de la sensación inicial de espanto. También puede ingerir un diente de ajo. Asimismo, es sabido que al caerse es importante golpear el suelo doce veces, para que no se quede el espíritu ahí. La enfermedad del susto, entonces, puede prevenirse tras el momento del espanto, en tanto que no se considera un acto curativo. Como explica Eustolia Manzano Romero, el susto “se previene cuando recién asustado. Entonces hay que paladearlo con ajo o con mentolato; hay que paladearlo de la campanita que tenemos colgado... porque se va para adentro así cuando están asustados” (Ixtepec 2013).¹⁵⁵ Estos hechos pudieran implicar una escala de gravedad temporal en tanto que el susto puede tratarse/prevenirse si se atiende de inmediato. Sin embargo, pudiera también sugerir una temporalidad más compleja, según la cual la cadena causal del susto no es inmediata. Esta idea nos será útil más adelante para considerar la temporalidad de la causación de la diabetes a partir de un susto.

Por último, la posibilidad de asustarse y la gravedad de la enfermedad dependen de la predisposición o fuerza de cada persona, relacionada a su vez con la sangre. Más adelante analizaremos más a fondo esto; por ahora basta con aclarar que, como en el caso de los nahuas de Tlacotepec, “no todas las personas se pueden espantar; hecho que está en estrecha relación con la fortaleza del espíritu de cada individuo” (Romero 2003:234). En Ixtepec, cuando una mujer está embarazada debe cuidarse de asustarse para que el bebé tenga una “sangre sana, viva” (Doña Esperanza, Ixtepec 2013). Doña Eustolia, en relación a esto, explica que hay “unos que son de espíritu fuerte otros que son muy débiles”. Agrega que son los “débiles de corazón, de espíritu” los que se quedan cuando se asustan; la tierra los domina” (Ixtepec 2013).

Hasta aquí hemos buscado brindar un panorama general de la etiología, sintomatología y tratamiento del susto entre los totonacos de Ixtepec, que servirá como base de comparación para discutir la relación causal entre susto y diabetes. Hemos

¹⁵⁵ El acto de revisar la campanita es también un método de diagnóstico. Como declara Doña Esperanza, “[h]ay que ver, si está colgadito bien, está normal la persona, y si no, si lo tiene chueco, ps está asustado” (Ixtepec 2013).

podido observar que, entre los totonacos de Ixtepec, el susto tiende a relacionarse explícitamente con los dueños del agua, del fuego y de la tierra cuando el susto es grave, pero no necesariamente cuando el espanto no es fuerte. En estos casos el enfoque de los actos preventivos y curativos recae sobre el espíritu y cuerpo de la persona, y no sobre la relación con el ser del “otro mundo” temporalmente en control de una parte de esta persona. Sin embargo, falta por aclarar a qué se refieren exactamente los habitantes de este municipio al hablar de espíritu, y de que éste se “queda”. Para poder comprender a fondo el susto en sí y el susto en relación a la diabetes, es menester introducir el concepto totonaco de espíritu, y en relación a éste, el de cuerpo (*magkni*).¹⁵⁶ Como hemos podido apreciar, ambos conceptos son centrales para la comprensión del susto, y más allá, de la enfermedad en general. Como declara Don Eberardo al recordar su propia experiencia con el espanto: “[e]l espíritu es parte de nuestros males porque te asustas y se te va y andas como ido. Si te curas vuelves a la vida; yo sentí que ya había reaccionado, que mi cuerpo estaba completo” (Don Eberardo, Ixtepec 2013). A su vez, este análisis nos brindará pistas para poder comprender el coraje y la tristeza en relación a la diabetes, por lo cual nos detendremos un momento en considerar el concepto de “espíritu” entre los totonacos.

El espíritu y el cuerpo totonacos

Córdova Olivares, en un estudio sobre la cosmovisión de los totonacos de Huehuetla, Puebla (municipio que colinda con Ixtepec) describe la existencia de dos “entidades anímicas”: el alma o *a'ni'ma'j* —entidad situada en el corazón que sale durante el sueño o el susto y que va al inframundo después de la muerte— y la sombra —“fuerza interior que se irradia como *mal de ojo*” (1990:25-26). Entre los totonacos del norte, según Ichon, “[l]a noción de almas... es muy confusa y las informaciones aportadas a este propósito

¹⁵⁶ Aquí, más que hablar de aquello que constituye al cuerpo —más que ofrecer una definición— exponemos la constitución del cuerpo que emerge en relación al susto y a la diabetes. En efecto, el cuerpo en su totalidad (como conjunto de espíritus, de entidades anímicas en una envoltura material o corporal), no es algo que exista como tal, más allá de las relaciones en las que emerge. Pudiéramos decir que estamos tratando con potencialidad. Como veremos a lo largo de este subcapítulo, en ciertos contextos y relaciones una persona tiene un espíritu-animal que es vital para su conducta y salud, mientras que en otros contextos el concepto de cuerpo o persona que opera es otro. Asimismo, el ejercicio de describir al cuerpo en su totalidad no es uno que interese a los totonacos.

son frecuentemente contradictorias” (1973:174). En esa zona, los totonacos hablan en general del alma de la persona, designada indiferentemente en español como alma, espíritu o sombra. Sin embargo, en totonaco tiende a distinguirse entre dos almas: el *li-stákna* y el *li-katsin*. La primera, que se puede traducir como “eso que hace vivir y crecer el cuerpo”, es el alma grande, es múltiple y está “situada en todos los puntos del cuerpo en que se ve batir el pulso” (1973:175). Según uno de los informantes de Ichon, existen doce *li-stákna* en la mujer y trece en el hombre (ibídem). Esta alma sale del cuerpo a raíz del espanto (o por lo menos una de estas, considerando que es múltiple), pero permanece en el cuerpo durante el sueño mientras que el *li-katsin* sale. Esta segunda alma, que Ichon describe como “el principio del conocimiento de la inteligencia, del espíritu”, es el alma pequeña, es única, y está localizada en la cabeza (1973:176).

En Ixtepec, al igual que entre los totonacos de la Sierra, se le llama “espíritu”, en español, a aquello que la literatura mesoamericana ha denominado entidad o componente anímico (a partir de la obra de Alfredo López Austin). En totonaco, sin embargo, se habla de tres entidades diferentes: *ánima*, *li-stákna* y *takuxta*¹⁵⁷. La palabra *li-katsin* referida por Ichon, en Ixtepec se refiere al pensamiento o al conocimiento, pero no es una entidad que se sale del cuerpo, ni se considera un componente espiritual.¹⁵⁸ El término *ánima* se traduce como corazón, pero aquellos que lo mencionan al hablar del espíritu lo describen como algo que es el corazón y que a la vez lo habita. Doña Esperanza, al describir la curación del susto, explica que “regresa tu corazón a tu cuerpo” (Ixtepec 2014). A su vez, Doña Eustolia, curandera, describe cómo las mujeres acuden a ella porque les duele su *ánima*, su corazón. El *li-stákna*, contrario al *ánima*, se menciona frecuentemente al hablar de espíritu. También está en el corazón —aunque

¹⁵⁷ Según el “Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales: Variantes Lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas” (2008:57), en Ixtepec se habla totonaco central del sur. Los vocabularios a los que tuve acceso que registran esta variante, no incluyen la palabra *takuxta* ni *kuxta*. Sin embargo, el “Diccionario Totonaco de Xicoteppec de Juárez”, enfocado en la vertiente del totonaco central del norte, incluye la palabra *cu'xta'n* para referirse a “mosquito” (Reid y Bishop 1974:303). Por motivos de uniformidad con las etnografías que se refieren a este término, utilizaremos la forma de escritura “*kuxta*”.

¹⁵⁸ Únicamente una persona, Hermelindo Pérez, me habló de el *li-katsin* como entidad anímica. Me explicó que había hablado con las *nanas* y los *tatas* más ancianos de la región, y que ellos le explicaron que había un alma chica (*li-katsin*) y un alma grande (*li-stákna*). Según Hermelindo, es el alma chica la que sale durante los sueños, así como con el susto.

frecuentemente se le describe como estando “en todo el cuerpo”— y se refiere a aquello que hace que el cuerpo se mueva. Doña Esperanza lo define como “el movido del cuerpo”, mientras que Gabriel Sainos declara que “es lo que nos mueve”, o “lo que nos mueve el corazón” (Ixtepec 2013). Por último, el *takuxta* es similar al *li-stákna*, según Gabriel Sainos, en tanto que también “es el que nos mueve. Son casi sinónimos” (Ixtepec, 2013). Asimismo, el *takuxta* está en el corazón y en todo el cuerpo. Sin embargo, este término se refiere al mismo tiempo (y en los mismos contextos) al animal o a los doce animales de cada persona, que habitan en el monte.¹⁵⁹ Doña Esperanza explica que el *takuxta* “es una animal que es su espíritu de la gente. Hay animales que tienen espíritu de una persona” (Ixtepec 2014).

No todas las personas conocen todos estos componentes espirituales, sobre los cuales se discute y cuestiona. María Vázquez, mujer de aproximadamente cincuenta años que trabaja en el centro de Ixtepec, por ejemplo, me habló del *takuxta* después de que yo pregunté sobre el mismo: “Ese es... porque dicen que uno las personas tenemos un *takuxta* dicen, es una otra animal, o no sé qué sea. Porque si yo sueño siempre que ando volando, es porque mi espíritu, mi *takuxta*, mi espíritu y mi *takuxta* es una paloma o es algún pájaro” (Ixtepec 2013). Al preguntar si cada persona tenía uno o mucho, ella contestó que uno, pero que “ese no le he entendido. Que tal si esa cosa lo matan, ¿a poco también me voy a morir? No sé. Porque muchos de los brujos dicen, no pues ya tienen agarrado su espíritu, y ya lo... tienen atrapado. Pues yo pienso que sí porque hay personas que mueren no más así” (ibídem). A su vez, no todas las personas coinciden al definir cuál de los espíritus es el que se queda a raíz del susto—en efecto, estas descripciones comprendían un alto grado de variabilidad. Doña Esperanza, curandera que aprendió a tratar y ayudar a la gente hace más de setenta años, explica que cuando uno se espanta se quedan las “tres cosas que tiene uno en el cuerpo”: el *li-stákna*, el *takuxta* y el *ánima*; “se queda el espíritu” (Ixtepec, 2014).¹⁶⁰ Según ciertas personas con

¹⁵⁹ La señora Maruca, por ejemplo, me explicó que el espíritu que se queda cuando uno se asusta es el *takuxta*. Al preguntar cuál o qué es, declaró que “es un pájaro, un animal; es el que se queda en la lumbre o en el agua” (Ixtepec 2013). Diálogos similares a éste fueron los más comunes.

¹⁶⁰ El que se les traduzca a los tres como “espíritu”, palabra única, refleja quizá la pobreza del español, pero quizá nos indique algo sobre la naturaleza singular y múltiple del “espíritu”, que a veces se describe como algo que es tres (uno de los tres siendo algo que es doce), y a veces como algo que es único.

las que hablé, el espíritu que se queda en la tierra, en el agua o en la lumbre es el *li-stákna*. En la mayoría de los casos sin embargo, el *li-stákna* se describe como una entidad que permanece en el cuerpo (“es el corazón, ese no”), mientras que el *takuxta* es el que se desprende. Gabriel Sainos, curandero que forma parte del consultorio de medicina tradicional en Ixtepec, explica que el *li-stákna* no se puede salir del cuerpo, pues es por éste que estamos vivos: lo que se “queda” a raíz del espanto es el *takuxta*.

Las preguntas que emergen a partir de estas consideraciones —o más bien, que emergieron durante estas conversaciones desde mis nociones de cuerpo y de espacio— son: ¿cómo una entidad puede ser algo que está en el corazón, a la vez que es un animal o doce animales que habitan en el monte? y, si son la misma entidad ¿cómo se puede salir del cuerpo algo que ya, o también, está afuera? Estas interrogantes se refieren entonces a la naturaleza de la relación entre la persona y la entidad compañera, así como a la relación entre esta entidad compañera y el espíritu que reside en el corazón, que hace que la persona se mueva, y que se denomina de igual modo *takuxta*. Abordemos estos temas en este orden.

Al hablar del animal o de los doce animales de una persona, la noción de *takuxta* se asemeja a las entidades anímicas que conforman lo que Pitarch llama “una extensa familia mesoamericana de “almas” conocidas, entre otros nombres, como nagueles, poder espiritual, co-esencia, espíritu compañero, animal compañero, alma animal”, la cual sin embargo es “de límites muy imprecisos” (1996:116). Según el antropólogo, “los datos etnográficos relativos a estos seres parecen oponer una tenaz resistencia a ser divididos, agrupados, reducidos, en suma, a ser formalizados” (idem:117). En efecto, entre los totonacos que habitan diferentes regiones de Puebla, e incluso dentro de una misma comunidad, las descripciones de este espíritu —que llamamos así siguiendo la práctica de los totonacos de Ixtepec— se caracterizan por una gran variabilidad.

Ichon describe cómo “entre los totonacos del norte el concepto de doble animal o vegetal parece haber desaparecido completamente”, mientras que en el sur esta noción todavía es muy viva, lo cual atribuye a la deforestación intensiva en el norte. En el sur, según McQuown, al doble animal (único) es denominado “*lipatl*: ese que camina con nosotros” (McQuown en Ichon 1973:206). Debido a que la muerte de uno implica la muerte del otro, “se tiene una interesada precaución en que los dobles vivan lo más lejos

posible de los pueblos, de los cazadores que matan a los animales salvajes y de los labriegos que destruyen el monte” (Ichon 1973:206). Por lo mismo, estos se han agrupado en los siete picos de Chicontepec, “monte impenetrable donde jamás se aventura el cazador” (ibídem), o *kaitujun sipi* (“Siete Cerros”), cerro que según Trejo marca el límite mítico del Totonacapan, en oposición al océano (manuscrito). Entre los totonacos meridionales de Eloxochitlán, Isabel Kelly describe la existencia de doce animales compañeros, los cuales también habitan en los siete picos (1966). En contraste, en Ixtepec el/los *takuxta* puede(n) habitar los montes cercanos, pues no es poco común que la muerte tome a alguien de momento. Los siete picos, en cambio, están habitados por los nahuales —hombres que pueden convertirse en animales u objetos y que ya no existen en el pueblo.¹⁶¹

Según Nicolas Ellison, entre los totonacos de Huehuetla, municipio que colinda al sur con Ixtepec (ver apéndice), la asociación entre una persona y un animal doble no existe, aunque solía hacerlo y el concepto es conocido (Ellison 2005:9). Sin embargo, Ellison identifica la “co-esencia entre humanos y no-humanos...en la lógica de la clasificación nosológica y botánica en función de la polaridad de lo caliente y lo frío”, en tanto que el maíz y los humanos comparten el principio vital *li-stákni*, por lo que ambos “deben ser protegidos por los mismos recursos contra ciertas influencias nocivas consideradas ‘frías’” (ibídem). El antropólogo francés agrega en una nota al pie de página que la asociación entre el alma de un muerto reciente y un tipo de mosca llamada *kuxta* es posiblemente “una reminiscencia del concepto del doble animal o nahual” (2005:21). En Huehuetla la palabra totonaca *kuxta* aún se utiliza para referirse al insecto como alma, tal como se registró en un léxico por los franciscanos de Hueytlalpan. Por último, Ellison propone que el abandono del tonalismo —asociación entre una persona y su entidad compañera— en Huehuetla se debió a la Nueva Evangelización y a la dominación de la religión católica y no a la deforestación, como argumenta Ichon (ibídem).

Entre los totonacos de Ixtepec no encontramos una clasificación nosológica basada en la polaridad caliente/frío, pero sí existe, como hemos visto, un espíritu que es un animal que habita el monte y cuya denominación está compuesta en parte por la

¹⁶¹ En la síntesis que hace Roberto Martínez sobre el nahualismo, anota que en el caso de los totonacos los nahuales habitan los siete picos de Chicontepec, “lejos del pueblo” (2011:237).

palabra *kuxta* o mosca. A su vez, encontramos una asociación entre las almas de los muertos y una clase de mosca llamada *ximāhuá*.¹⁶² Por lo general, la palabra *takuxta* no invoca la imagen de una mosca, sino del espíritu (cuya constitución discutiremos a continuación), y aquellos que me hablaron sobre éste especificaban que no se trataba necesariamente de una mosca, sino que podía ser cualquier animal.¹⁶³ Sin embargo, la relación entre el insecto y el espíritu aparece en una leyenda del sur de la Sierra que cita Ichon, la cual “cuenta cómo a las almas de muchos hombres embrujados les vio reintegrar a su cuerpo bajo la forma de doce moscas. Estas le penetraban por la nariz” (1973:176). En Ixtepec, Don Eustolio me dibujó una imagen similar para explicar el concepto del *takuxta*, traduciendo en base a la tercera secuela de la película titulada “Shrek”, en la que un personaje (una rana) está al borde de la muerte y cada vez que se acerca la mosca a su nariz, vuelve a la vida.¹⁶⁴

Entre los totonacos de Ixtepec la relación entre la persona y su *takuxta* emerge y se cita en contextos de enfermedad o de muerte. Si alguien muere repentinamente se debe a que alguien cazó a su *takuxta* (puede ser cazado accidentalmente por una persona o atrapado por un brujo). Aquellos que afirman la existencia de doce *takuxta* — tanto en hombres como en mujeres, a diferencia de los totonacos de la Sierra con quienes trabajó Ichon— explican la muerte repentina de alguien como resultado de que un brujo haya agarrado todos los *takuxta* de la persona de momento, o de la muerte del último y principal *takuxta*: el rey.¹⁶⁵ Es posible que mueran los otros once en diferentes momentos,

¹⁶² Si hay *ximāhuá* en casa hay que tener cuidado con lo que se dice, porque los espíritus de los muertos pueden escuchar. Diferentes relatos refieren a esta asociación entre un tipo de mosca y el alma del muerto, por ejemplo el relato del “Hombre Solo” quien espera a su esposa—ya difunta—para comer, tras haberla ido a visitar, pero no la reconoce ya que llega en forma de mosca y él la había visto antes con cuerpo humano (Conaculta 1994:94).

¹⁶³ Resulta interesante, sin embargo, que la mayoría de los ejemplos que me brindaban las personas en relación al tipo de animal que puede ser el espíritu, eran de animales con alas, insectos o aves. La señora Maruca, por ejemplo, describe el *takuxta* como “un pájaro, un animal” (Ixtepec 2013). Una imagen similar aparece en un relato totonaco titulado “El diablo y su ahijado”, en donde un niño va a visitar a su padrino, el diablo, y a su mujer —cuidándose de no comer lo que comen ellos para poder volver a su propio “mundo”— y sin querer rescata varios espíritus que iban a comer sus padrinos, transformándolos de chicharrón en palomas blancas (Conaculta 1994:77).

¹⁶⁴ En Papantla los totonacos creen que los espíritus se vuelven un tipo especial de mosca, y en esa forma regresan el día de los muertos al altar, y por eso no hay que espantar a las moscas que revolotean sobre la comida del altar (Enríquez, comunicación personal).

¹⁶⁵ En principio los doce animales pertenecen a especies diferentes.

resultando en el debilitamiento gradual de la persona, pero la muerte llega únicamente con el fin del *takuxta* principal. A menos de que un animal muera a la vista de alguien, acto después del cual una persona muere de inmediato, nadie sabe qué tipo de animales o animal es/son su *takuxta*.

¿Pero esto qué nos dice acerca de la *naturaleza* de la relación entre cada persona y su animal, *xtakuxta*? Esta pregunta implica una serie de problemas de conceptualización (sobra decir, para nosotros). Roberto Martínez, en su libro sobre el nahualismo, trata esta interrogante, y describe cómo la etnografía de Mesoamérica ha tendido a responderla considerando a la entidad compañera como una “parte” de la persona, o invocando imágenes como la del “doble animal” o el “alter ego” de la persona. Martínez critica estas propuestas, en tanto que hablar de una “parte” del cuerpo no explica el hecho de que en algunos casos la entidad compañera puede sobrevivir a la muerte de la persona y transferirse a otro individuo, ni explica que se hable de una entidad compañera que es un ser distinto o independiente del dueño. Asimismo, Martínez argumenta que la idea de un doble o de un alter ego es problemática, ya que en la etnografía de Mesoamérica en general las acciones y los daños que sufren la persona y el animal no necesariamente son simétricos (2011:137-138).

Entre los totonacos de Ixtepec el *takuxta* no sobrevive a la persona, pero este punto en realidad parece ser poco importante —el problema de la muerte en relación al *takuxta* emerge únicamente en contextos de muerte repentina, como mencionamos anteriormente. Por otro lado, sí encontramos la idea de un ser que existe en el cerro, que no es idéntico a la persona de quien es el *takuxta* —tiene un cuerpo y voluntad propia—, y que sufre daños de manera asimétrica a la persona, de modo que las nociones de doble o alter ego resultan problemáticas para dar cuenta de esta relación. Más adelante volveremos a la posibilidad de pensar al *takuxta* como “parte” de la persona que Martínez descarta a partir de las características descritas aquí.

Martínez concluye que “[l]a lógica nos dice que se trata de seres diferentes [la persona y la entidad compañera] que se encuentran estrechamente unidos por el hecho de compartir un *ánima*” (2011:138). Esta conclusión coincide con la conceptualización de la relación entre persona y entidad compañera como una especie de co-esencia, en tanto que comparten una entidad anímica. Como declara el historiador, “todos los grupos

étnicos mesoamericanos sobre los que dicha información es disponible suponen que el hombre y su contraparte comparten una entidad anímica —no una simple fuerza (2011:133).”¹⁶⁶ Esta conclusión, sin embargo, conlleva complicaciones también, y Martínez mismo aclara que el “conflicto se nos presenta cuando notamos que, en el discurso indígena, se dice que el *nahualli* es la persona” (ibídem). En Ixtepec las personas no hablan explícitamente de que el *takuxta* sea la persona, sino que hablan —tanto en totonaco como en español— en términos de posesión: *mitakuxta*; *xtakuxta*. Sin embargo, tras haber sufrido un susto, la persona debe “llamarse”, es decir, gritar su propio nombre, para que el espíritu “se venga y no se quede”. Don Eberardo, por ejemplo, cuenta que tras sufrir un accidente pidió a un amigo que lo llamara: “Me llamó, ya *me llegué y me vine*” (Ixtepec 2013, mi énfasis). Tanto el uso del nombre como el uso de la primera persona desde dos perspectivas, pudiera llevarnos a considerar la idea de que el *takuxta*, en cierto sentido (¿o contexto, quizá?) es la persona.

Más allá de esto, la idea de que entidad compañera y persona estén conectados profundamente por compartir una misma entidad anímica se vuelve problemática cuando consideramos que el *takuxta*, como hemos dicho, no sólo es un animal o doce animales que viven en el monte, sino que es el espíritu que habita —o es— el corazón (o todo el cuerpo) junto con el *li-stákna*, y en algunos casos, junto con el ánima. En un primer momento pudiéramos pensar que la entidad que reside en el corazón justamente es aquella que se comparte con el animal o los animales y que el término *takuxta* se aplica a esta entidad compañera, a su cuerpo, en un sentido metonímico. En efecto, la literatura etnográfica de Mesoamérica ha tendido a favorecer esta conceptualización. Para el caso de los nahuas de la Sierra Negra, Laura Romero declara que “el tonal no sólo está dentro del cuerpo, sino que es la entidad que las personas *comparten* con un animal” (Romero 2003:79, mi énfasis). Sin embargo, un análisis general de “ambos” *takuxta* y la manera en que se relacionan en el caso de los totonacos de Ixtepec nos lleva a problematizar esta hipótesis.

¹⁶⁶ A pesar de hablar de compartir una entidad anímica, no resulta claro en qué consiste exactamente esta co-esencia. ¿Es exactamente la misma, pero ocupa dos espacios diferentes de manera simultánea? ¿Es materia de una misma fuente, dividida en algún momento pero aún conectada? ¿Es material o inmaterial?

Roberto Martínez discute la relación entre el *nahualli* —entidad compañera— y el *tonalli* —entidad anímica relacionada con el calor vital, que da vida— en términos históricos y comparativos, buscando escalear el hecho de que en muchos casos en Mesoamérica se utiliza el mismo término para referirse a ambas cosas. Martínez aclara que “no se trata aquí de simples términos intercambiables sino de conceptos que tienden a intersectarse. De hecho, en la actualidad, todos los vocablos empleados por los nahuas para designar el ánima-calor o ánima-sombra (*sombra, ecahuil, ánima, etcétera*) son igualmente aplicados a la noción de entidad compañera” (2011:131-132). Agrega que “[i]ncluso entre los mayas de Chiapas y Guatemala se emplean los términos *ch’ulel* o *pican* —que designan entidades anímicas— para referirse a la noción de entidad compañera” (2011:132).¹⁶⁷ Asimismo, la intersección entre los conceptos de *tonalli* y *nahualli* es evidente en tanto que, en términos histórico-comparativos, comparten una serie de características, como el que ambos estén “ligados a la vida y al destino de la persona, de tal suerte que la pérdida definitiva de cualquiera de ellos implica la muerte del sujeto” (ibídem). A partir de estas observaciones, Martínez deduce que “aquello que une al ser humano con su *nahualli* [entidad compañera] es justamente el *tonalli* [ánima-calor]” (2011:132).

Esta explicación, que se relaciona con la misma noción de co-esencia según la cual el animal que habita en el monte comparte el espíritu o entidad anímica con un ser humano, tiende a ser la privilegiada por la literatura etnográfica. Además del ejemplo de la etnografía de Laura Romero citado anteriormente, Signorini y Lupo explican que entre los nahuas de la Sierra Norte de Puebla el *ecahuil* (entidad comparable con lo que Martínez denomina *tonalli* y que reside en el cuerpo de la persona), está ligado con el *tonal* o entidad compañera, de modo que la “energía vital” del *ecahuil* —y por tanto de la persona— deriva del *tonal* (1989:57-59). Asimismo, Martínez cita a Duquesnoy, quien señala que la similitud de los términos se debe a que la entidad compañera (o doble) está ligada a la persona por su *tonal* (Duquesnoy en Martínez 2011:133).

En Ixtepec, el término para referirse al espíritu que radica en el corazón y a la entidad compañera, como hemos visto, es el mismo. Asimismo, como explica Doña

¹⁶⁷ Para realizar esta declaración Martínez se basa en los siguientes trabajos: Guitera Holmes: 1961a:303-306; Köhler 1995:22; La Farge 1947:153.

Esperanza, “hay animales que tienen el espíritu de la persona” (Ixtepec 2013), expresión que sugiere una noción de co-esencia. Sin embargo, durante las conversaciones tenidas en campo nadie más se expresó de este modo y las respuestas que recibí ante mis cuestionamientos con respecto al tema —cuestionamientos que develaban mi confusión y malentendidos— problematizaban la idea de una misma esencia encapsulada en dos diferentes cuerpos, y por consecuencia, de que el término para denominar al animal se refiera en realidad al componente espiritual que se encuentra en su interior.

Al preguntar si el *takuxta* son dos (volvemos al problema de pluralidad y nuestras matemáticas *perspectivalist*), la respuesta era negativa. A su vez, aunque los contextos en que se habla del *takuxta* animal se refieren por lo general a una enfermedad gradual o a una muerte repentina, en las conversaciones que tuve con las personas en Ixtepec acerca del susto se citaban sin interrupción las dos —llamémosles fases por ahora— del *takuxta*. Hablando sobre el susto con Gabriel Sainos, por ejemplo, él me explicó que el espíritu que “se queda” es el *takuxta* y que éste son doce animales. En una conversación similar, Doña Maruca declaró que “el que se queda es el *takuxta*”. Repetí la palabra a modo de pregunta para aclarar —¿*takuxta*?— y ella respondió: “es un pájaro, un animal... El *takuxta* es el que se queda en la lumbre” (Ixtepec 2013). En base a lo que me habían comentado otras personas, pregunté cuántos hay, y ella contestó que “hay doce. Por ejemplo, abajo en el Patiy, el agua es peligrosa. Si te espantas se queda tu espíritu. Ahí hace diez años un hombre me jaloneó. Tomé el agua de ahí luego luego y por eso no me pasó nada, pero *los* que se quedan ahí es el *takuxta*. Y de los doce hay uno que es como el rey de todo” (Ixtepec 2013, mi énfasis).

Vemos que la constitución múltiple del *takuxta* no se puede explicar hablando de contextos diferentes a partir de los cuales se actualiza como una u otra cosa, o por lo menos no únicamente. Tampoco se puede explicar de manera unívoca en términos espaciales, en tanto que el desdoblamiento del *takuxta* —que parece estar en el cuerpo y en el monte (¿a la vez?)— resulta problemático para la conceptualización euclidiana de las dimensiones y el espacio. Nico, promotora de salud en Ixtepec, fue una de las personas más pacientes ante mi confusión, especialmente considerando que ella claramente no comprendía la fuente de mis dificultades. Al buscar responder mi pregunta en relación a cómo es que se sale del cuerpo el *takuxta* durante el susto cuando éste son

doce animales que están en el monte, ella no dijo que eran dos cosas ni me habló de un espíritu que se comparte, sino que me explicó que “están [¿los doce?] contigo siempre”, haciendo ademanes con la mano alrededor de su cuerpo (Ixtepec, 2013). La etnografía nos sugiere un mundo que no-conforme con nuestras premisas cartesianas.

No portentamos poder ofrecer una respuesta a las interrogantes en torno a la naturaleza exacta del *takuxta* ni de las relaciones que la atraviesan y constituyen. Sin embargo, podemos apreciar cómo las diversas explicaciones en las etnografías de fenómenos similares al del *takuxta* tienden a negar la posibilidad que parece sugerirnos la etnografía de que el espíritu sea un cuerpo propio (y no que esté dentro del cuerpo de un animal), así como la posibilidad de pensar que este espíritu es las dos cosas —entidad compañera y espíritu en el corazón— pero sin ser “dos” cosas.¹⁶⁸ A su vez, las nociones del doble, del alter ego, o de la co-esencia, no dejan de conceptualizar la constitución del “espíritu” en términos cartesianos, dividiendo un ámbito interno (mente/alma) de un ámbito externo (cuerpo, envoltura). En este caso, la multiplicidad tiende a admitírsele a los componentes internos —entidades anímicas y almas— y negársele a la envoltura o al cuerpo único; o en su lugar, se habla de un cuerpo constituido de varias partes, incluyendo las almas, pero las cuales sumadas logran una totalidad que nos permite hablar de “el cuerpo” totonaco o nahua. Alejarnos de la división occidental cuerpo/mente nos permite considerar la posibilidad de un *cuerpo múltiple*, y no de un cuerpo con múltiples almas.

Por último, las etnografías que tratan con el tema de las entidades anímicas y la entidad compañera en Mesoamérica no siempre aclaran el carácter material o inmaterial del componente anímico, el cual como hemos visto dependerá de una noción nativa de la materialidad o corporeidad. En el caso del *takuxta* la problemática es compleja y claramente diferente a la “nuestra”, en tanto que el *takuxta-que-está-en-el-corazón* puede

¹⁶⁸ Martínez menciona que él se inclinaría a pensar que el *nahualli* no forma parte de la misma categoría que las *ánimas* como el corazón, el calor y la sombra/aliento. Esto contrasta con nuestro análisis inicial, en tanto que nosotros proponemos pensar que no son la misma categoría, sino que *son* lo mismo, aunque múltiple (desdoblado, en relación, o simultáneo). El antropólogo argumenta su postura considerando que, “así como en ciertos grupos indígenas se suele pensar que algunas personas están desprovistas de *nahualli*, no hemos encontrado ningún caso mesoamericano en que se suponga que algunos individuos están dotados de una determinada entidad anímica y otros no” (2011:137). Sin embargo, este no es el caso en Ixtepec, en donde todos tienen *takuxta*.

ser manipulado físicamente por el curandero o por la madre, y sin embargo no es visible para la persona cuando se queda en la tierra o en el agua —únicamente pueden verlo los dueños o los brujos, quienes, cuando se trata del *takuxta*-animal, interactúan con un cuerpo. Por el otro lado, el *takuxta* animal también puede ser cazado por una persona en una situación cotidiana. La manipulación física del espíritu es evidente en dos contextos relacionados con el susto: en primer lugar, el sobar y frotar el cuerpo con hierbas devuelve el espíritu al cuerpo, de modo que a pesar de estar en otro lugar, puede afectarse a partir del contacto con el cuerpo. En este caso la pregunta por la relación entre el cuerpo y el *takuxta* se vuelve particularmente compleja, pues aunque el susto parece estar caracterizado por la salida del espíritu del cuerpo, nos encontramos frente a la posibilidad de una simultaneidad espacial. Después de haber discutido el susto en relación a la diabetes volveremos a la cuestión del adentro y del afuera del espíritu. En segundo lugar, el susto puede diagnosticarse buscando los pulsos en las coyunturas de la persona. Esto está vinculado a su vez con la relación entre el *takuxta* y la sangre: así como entre los tzotziles con los que trabajó Holland, parece ser “expresión *material y tangible* del espíritu humano” (1990:100, mi énfasis).

En el caso de los nahuas de Tlacotepec, la sangre y el *tonal* “en ciertos contextos conforman un mismo concepto” (2003:137). Según Romero, “a pesar de su relación no es posible hablar de una equivalencia total, su vinculación con el tonal se da en cuanto es la sustancia a través de la que se manifiesta y gracias a la cual se le puede percibir, de ahí que en ciertas circunstancias —como el diagnóstico de la enfermedad mediante la pulsación— se pueda conocer el estado en el que se encuentra la entidad anímica” (ibídem). Según Ichon el alma que se relaciona con la sangre es el *li-stákna*, en tanto que “es la sangre que late en todas las venas y arterias” y que “se manifiesta en un cierto número de puntos privilegiados – cuello, muñecas, garganta-del-pie...” (Ichon, 1973:176, mi énfasis). Como dijimos, está “situada en todos los puntos del cuerpo en que se ve batir el pulso” (1973:175). Entre los totonacos de Ixtepec, la sangre tiende a relacionarse con el *li-stákna*— “está en todo el cuerpo, tenemos los pulsos, en los pulsos” (Doña Esperanza, Ixtepec 2013)— o con los doce *takuxta*. A su vez, la sangre se relaciona con

el corazón. En palabras de Eustolia Manzano Romero, el pulso tiene que ver con la sangre y con el corazón: “¡es lo mismo!” (Ixtepec 2013).¹⁶⁹

Por último, la salud de la persona puede determinarse a partir del *movimiento* del pulso, y no sólo a partir de su posición en el cuerpo. Entre los nahuas de Tlacotepec, “[u]n latido acompasado, un tanto quedo, es señal de salud. Por el contrario, un latir arrítmico y fuerte es señal de desequilibrio corporal, de enfermedad” (Romero 2003:120). A su vez, Romero declara que “es también en las articulaciones donde para curar a la persona espantada se invoca al tonal persuadiéndolo a volver” (2003:121). De manera similar, Doña Esperanza cuenta que su tía tallaba a las personas desde el muslo a las piernas, acostados boca abajo. Ella “*decía*: donde está el corazón ahí tiene que descansar su alma del enfermo decía... Pero los nombraba” (Ixtepec 2013). En este caso, además de frotar y tallar “para que fluyera la sangre a todos lados”, “primero encontraba acá [el corazón], decía aquí queda tu alma. De todas sus partes le hacía así” (Ixtepec 2013). Es decir, la acción de frotar en este caso iba acompañada de un diálogo con el espíritu, de una invocación.

¿Qué implicaciones tienen las premisas evidentemente anti-cartesianas que la etnografía nos ha sugerido hasta este momento en relación a los conceptos de cuerpo y espíritu totonacos? En primer lugar, es necesario transformar la manera en que planteamos las preguntas que nos guiaron a través de la exploración de la noción de espíritu (que, recordemos, surgió porque el susto se tiende a describir como la pérdida de éste): no estamos intentando esclarecer la relación entre dos elementos discretos y delimitados pero conectados (un animal y una persona; una entidad anímica y un animal compañero). En su lugar, podemos considerar que nos encontramos ante relaciones que constituyen a un cuerpo y a una persona que es/son múltiple(s): las relaciones entre (o intra) un elemento que es múltiple, y que está constituido por relaciones con un otro animal. En este sentido, quizá podamos pensar que el *takuxta* sí es “parte” de la persona y de cuerpo, contrario a la crítica de Martínez, pero sólo si dejamos de asumir que sumada

¹⁶⁹ Pudiera pensarse que el *takuxta* o el *li-stákna* están desdoblados y ocupan el corazón y la sangre, como llega a suceder en diferentes pueblos de tradición mesoamericana (Martínez González, 2011: 36 y 70). Martínez cita a Abell (1970, 82) para sugerir que “aparentemente, también los popolocas opinan que el ánima-corazón se localiza en la sangre, pues uno de los medios más íbid:37). Sin embargo, es importante considerar las implicaciones de que en efecto la sangre y el corazón, en relación al espíritu, sean lo mismo.

a las otras partes resulta en la totalidad del cuerpo totonaco, o que las partes pueden reducirse la una a la otra. Si nos alejamos de nuestras matemáticas *perspectivalist* una vez más, podemos abrir paso a la posibilidad de que el *takuxta* sea parte del cuerpo totonaco, a la vez que es el cuerpo de la entidad compañera —un cuerpo visible y vulnerable ante otros seres.¹⁷⁰ En este sentido, la etnografía de Pedro Pitarch sobre las almas tzeltales pudiera brindarnos la pauta, pues según Martínez “el concepto tzeltal de *lab* posee una característica que se encuentra ausente en la mayoría de los nahualismos mesoamericanos: su carácter a la vez material e inmaterial, interno y externo” (2011:137).

Consideremos esta hipótesis a partir de un acercamiento lingüístico al término *takuxta*, buscando en éste pistas y no pruebas. Según los vocabularios, en diferentes variantes del totonaco el prefijo *ta-* puede significar “simultaneidad” o “en *compañía* con” (Olmos, Fray Andrés de, 1972 [1875], mi énfasis). Esta imagen es útil para pensar no sólo la relación entre la persona y el animal *compañero*, sino la constitución misma del *takuxta*, ya que parece estar caracterizado por una posibilidad de simultaneidad, tanto espacial como de cualidades. Consideremos por ejemplo el hecho de que al caer, la persona golpea doce veces el suelo para que el espíritu no se quede ahí, a pesar de que no se encuentra frente a doce animales corpóreos y visibles. A su vez, es común que se hable de la posibilidad de múltiples sustos que van debilitando a la persona sucesivamente hasta que “la última vez” muere. Esto hace eco de la idea de que la muerte o el infortunio de los once *takuxta* causan un debilitamiento cada vez más marcado en la persona, quien muere al fallecer el último animal. Por último, como hemos visto, el espíritu puede palpase en las articulaciones y los pulsos, los cuales también son doce. Podemos apreciar que no se trata de un espíritu que es doce animales y a la vez es una fuerza que

¹⁷⁰ Para aquellos lectores que nos han acompañado hasta este momento, esta imagen les será familiar: nos encontramos de nuevo con algo que es múltiple, que tiene elementos que no se fragmentan en partes de una totalidad y por lo tanto no se pueden sumar, y que tampoco se pueden reducir los unos a los otros. Recordando el segundo capítulo de esta tesis, la estructura de la tesis, la cual se enfoca en una dimensión múltiple de la diabetes en la segunda parte y en una dimensión plural a lo largo de todos los capítulos, busca reflejar nuestra propuesta de pensar la diabetes en Ixtepec como algo que tiene una dimensión múltiple y una dimensión plural, las cuales no se fragmentan en partes de un fenómeno total (que no se suman o complementan), y que no se pueden reducir la una a la otra. Que están, en efecto, conectadas parcialmente. Esta imagen o propuesta para pensar las escalas, la complejidad y las relaciones proviene, como sabemos, de la etnografía de la Melanesia. Sin embargo, dentro del marco de esta tesis, confesamos no recordar si fue la pregunta por la relación entre las dimensiones de la diabetes la que nos ayudó a pensar la problemática en relación al espíritu que sale durante el susto —el *takuxta*— o si el proceso fue inverso.

reside en el corazón y la sangre, sino que aquello que está en el cuerpo y no en el monte también son doce; y como explicó Nico: están contigo siempre.¹⁷¹

Hermelindo Pérez, habitante de Ixtepec, al buscar explicar el término *takuxta* no citó simultaneidad, sino que declaró que “ta” es “relación, relación de iguales” (Ixtepec 2013). Para explicar esta relación, insertó un tercer término: “si yo soy su suegro, ustedes tienen una relación de iguales”. Según los vocabularios, el prefijo *ta-* puede utilizarse también para designar al hermano (*tā-laʼ*), al enemigo (*tāʼcaʼtza*), o al concuño (*tāʼcucusta*) (Olmos, Fray Andrés de, 1972 [1875]). Sin embargo, Hermelindo aclaró que mientras que en Ixtepec se usa para referirse al cuñado (relación que como ya sabemos implica necesariamente un tercer término), no se utiliza para denominar al hermano. La idea de que el *takuxta* implique una relación con otro posiblemente pueda ayudarnos a comprender la relación entre la persona y su entidad compañera, más allá de concebirla como una conexión o puente por el cual fluye energía vital, y en la cual el cuerpo del animal tiene poca importancia excepto como contenedor.¹⁷² Por último, el prefijo *ta-* es un ingresivo que marca el resultado de la acción o el entrar en un estado, de modo que *takuxta* podría traducirse como “lo que se vuelve mosca” (Héctor Enríquez, comunicación personal).¹⁷³ Esta idea quizá sea la más útil ante nuestros problemas de conceptualización —surgidos en sí de equívocos— porque permite ir más allá de un adentro/afuera, material/inmaterial, y más allá también de una división en momentos o en contextos: el potencial está siempre presente, y siempre transformándose. Más adelante volveremos a esta definición de espíritu que remite a un devenir o transformación.

Estas características del *takuxta* sugieren también una manera específica de comprender los sueños. Como mencionamos, las personas pueden saber dónde están—

¹⁷¹ En una ocasión, viendo la película titulada “El Compás Dorado” en la televisión, Don Antonio y yo comenzamos a discutir la trama. En este filme, todos los personajes tienen un animal compañero que no se puede alejar de la persona, que se transforma en cualquier animal durante la infancia, y que al crecer la persona, se establece en la forma de un animal que se asemeje a la persona. Yo sugerí que podía pensarse como el *takuxta* de ellos, y Don Antonio lo repitió para su hija, aclarando: “¡ellos los traen afuera!” (Ixtepec 2013).

¹⁷² Es común que las características de comportamiento de los animales se asocien con las características de la personas. Sin embargo, en Ixtepec nadie sabe qué animal o animales son su *takuxta*.

¹⁷³ Es interesante notar que en Zongozotla, municipio cercano a Ixtepec, la palabra totonaca para susto incluye el prefijo “ta” (*tapekuat*), mientras que no se utiliza la palabra *takuxta* para referirse al espíritu, sino ánima y *li-stákna*. Se sabe de historias del doble animal, pero no es común y no tiene que ver con el susto.

dónde está su espíritu—porque sueñan con el lugar. También pueden soñar que están siendo cazados cuando un brujo u otro ser está intentando atrapar a uno o a varios *takuxta*. Por lo general, en la literatura mesoamericana se habla de que durante el sueño una de las entidades anímicas se transfiere a la entidad compañera. Martínez cita a Signorini, Lupo y Zamora Islas al respecto, quienes opinan que en “algunas poblaciones nahuas de la Sierra Norte de Puebla consideran que, cuando la *sombra* o el *tonalli* abandonan el cuerpo, estos se transfieren a la entidad compañera, y es precisamente de dicha incorporación que provienen los sueños en que uno vuela o nada bajo el agua” (Signorini, Lupo y Zamora en Martínez 2011:135). En Ixtepec, sin embargo, sólo una persona me habló de que una parte del cuerpo o espíritu se desprendiera durante el sueño. Por ello, pudiéramos pensar que al soñar la persona es el espíritu en cuestión, en tanto que ocupa la perspectiva de su cuerpo, atrapado y visible para otros seres. En este sentido, la imagen se asemeja a la explicación que brinda Chamoux al declarar que para los nahuas de Huachinango, “el *nahualli* es de hecho la fase no-humana y nocturna de cada persona” (1989:307). Por último, los malos sueños llegan a describirse en términos de la imposibilidad de movimiento, hecho que cobrará relevancia más adelante.

Nos hemos detenido un tiempo en las posibilidades de comprender los conceptos de espíritu y cuerpo que emergen en relación al susto entre los totonacos en Ixtepec, Puebla. Si el lector ha percibido esta exploración como una dilatación, le aseguramos que estos conceptos son fundamentales para comprender tanto la etiología de la enfermedad, como su tratamiento y control.

El susto en relación a la diabetes

Hablar de diabetes es hablar de recuerdos, de historias que han dejado marcadas a las personas. María Vázquez “tomó la enfermedad” por un disgusto muy fuerte con el marido: se asustó “porque pensó que ya estaba en las últimas” (Ixtepec 2013). Don Eberardo sufrió un accidente hace quince años y se asustó, por eso le agarró la diabetes. Recuerda que unos días después fue a curarse el susto, pues al notarse deprimido y sin hambre volvió al sitio del accidente con un amigo y le pidió que lo llamara: “¡Eberardo! Vente”. Mejoró al siguiente día, pero aún así fue demasiado tarde y cuatro o cinco meses después le llegó la diabetes. Me explicó que esta enfermedad puede tardar años en aparecer

después del susto. Más adelante, discutiendo en términos generales los por qué y los cómo, Eberardo me explicó que la diabetes llega si no te atiendes el susto, mas no aclaró a qué se refería con atender, considerando que él fue a recuperar su espíritu y aún así padece la enfermedad. Agregó que si no te curas el susto no mueres, pero te causa muchos problemas, “te va avanzando cualquier enfermedad”. Invocó una noción de acumulación: “Ahora las depresiones también te acaban, se juntan los sustos y las depresiones” (Ixtepec 2013). Doña Maruca, al igual que don Eberardo, padece diabetes por un susto ocurrido hace tiempo. En su caso el espanto fue fruto de una fuerte caída, mas relata que su hermano, muerto por diabetes, enfermó porque un hombre borracho lo asustó en la noche. Después de su caída, Doña Maruca sintió que algo frío le entró al cuerpo, por lo que le dieron aguardiente (Ixtepec, 2013).¹⁷⁴

A pesar de que cada persona con la que hablé podía describirme con exactitud los acontecimientos que causaron su diabetes —al preguntarle a Doña Amparo si sabía por qué le había dado exclamó: “¡Bien que sé! (Ixtepec, 2013)— la variabilidad no queda excluida de esta etiología. Pareciera, en efecto, que la meta en ocasiones no es identificar la causa, sino explorar posibilidades.¹⁷⁵ Gran parte del tiempo que pasé en Ixtepec, estuve acompañada por Doña Clemencia y su familia. La primera vez que hablamos del tema, me explicó que la diabetes le dio por comer mucho, lo cual le hizo daño al corazón, aunque habló de que la diagnosticaron cuando murió su padre. Su familia, sin embargo, difería: su marido y su nuera hablaron de un accidente que tuvieron en la carretera. A su vez, su cuñada en una ocasión me explicó que la enfermedad le había llegado por una fuerte riña familiar que resultó en un corte muy doloroso para todos. Ella misma, un año después, declaró: “yo creo que sí le ha de haber dado susto, ¿si no cómo lo dio diabetes?” (Ixtepec 2014). Doña Clemencia también habló de diferentes razones a lo largo de

¹⁷⁴ A diferencia de la diabetes médica, la diabetes entre los totonacos no es resultado de un proceso gradual y acumulativo de deterioro, sino que llega de momento.

¹⁷⁵ Cuando las personas en Ixtepec hablan acerca de lo que ha sucedido en el pueblo —de la muerte de alguien, de un accidente, de un fuego, de una boda o de un funeral—, en varias ocasiones no tienen la información “correcta” con respecto a los involucrados, y las conversaciones que explican el por qué de la muerte de alguien, por ejemplo, se vuelven irrelevantes cuando llega la información nueva. Sin embargo, esto no parece ser una molestia o una pena. En efecto, la sensación es que no importa quién haya sido, el punto sigue siendo el mismo. O quizá no es que el punto sea el mismo, sino que la persona que se discutió primero aún así está en la situación elaborada. Me parece que se trata, en fin, de las posibilidades, más que de los hechos.

nuestras conversaciones. Una mañana comentó que ella en muchas ocasiones intentaba pensar por qué la habrá dado diabetes. “¿Quién me pega que me dio?”, se preguntaba, agregando que ella era fuerte porque comía mucho.¹⁷⁶

La variabilidad en relación al susto como causa de la diabetes también la encontramos en otro sentido. Durante una de mis primeras conversaciones con Doña Clemencia y su familia, ellos me explicaron que si te espantas en la lumbre te agarra diabetes o presión: “Con el susto te agarra enfermedad”. Acto seguido clarificaron la declaración, diciendo que esa era la creencia, pero que siempre fue diabetes: “Ahora los doctores descubren la enfermedad, pero siempre hubo, la creencia es esa” (Doña Clemencia, Ixtepec 2013). Les pregunté entonces si el susto no sucedía y me corrigieron de inmediato: “¡Sí pasa! Son creencias, pero sí pasa”. Esta conversación pudiera considerarse como resultado de décadas de políticas de discriminación, y a la vez como un espejo ante nuestra noción de “creencia”, que la antropología ha utilizado para defender a los grupos indígenas, pero que implica algo que requiere su uso con palabras como “pero” o “sólo”.

Citamos esta conversación aquí al hablar de variabilidad, sin embargo, porque no fue un caso aislado, y al hablar con las personas sobre la diabetes en términos generales, las explicaciones y las discusiones conmigo y entre sí, tendían a incluir explicaciones que daban crédito al susto y explicaciones que se lo quitaban. Doña Ana, por ejemplo, me explicó que el susto no causa la diabetes: “es herencia y lo que comemos; comemos mucho pan dulce” (Ixtepec 2013). Sin embargo, es ella quien opina que, en el caso específico de Doña Clemencia, la causa de la diabetes fue el susto producto del accidente. Estas conversaciones, además de explorar posibilidades, en muchas ocasiones desembocaban en preguntas sobre la diabetes, principalmente una: ¿se cura? La vecina de la familia, me contaron, creía haberse espantado en la lumbre al descubrirse cansada y con mucha sed. Doña Clemencia me explicó que ella no sabía qué tenía —diabetes— y se estaba curando para el susto de lumbre. Agregó: “¿pero no se cura o sí?” (Ixtepec 2013). Esta pregunta nos remite a la problemática de pensar una enfermedad como condición del cuerpo, que analizaremos en el siguiente capítulo, pero también nos

¹⁷⁶ En este caso nos encontramos de nuevo con lógicas contrastantes que plantean el comer mucho como una fuente de salud por un lado, y como una causa de enfermedad por el otro.

habla de que la diabetes es una enfermedad sobre la cual se saben cosas —“Es por susto, la diabetes es por susto” (María Vázquez, Ixtepec 2013)— y sobre la cual se está creando conocimiento.¹⁷⁷

Hasta ahora podemos apreciar que la causa de la diabetes es altamente individual o individualizante. Cada caso es diferente, en tanto que la narrativa no se enfoca en el proceso fisiológico, sino en el emocional-social. Doña Josefa, al hablar de la diabetes en términos generales, citó la contaminación del pollo como causa. Sin embargo, antes de referirse a este problema, al preguntarle por qué creía que había empezado a haber diabetes, ella contestó: “Bueno, por mí a mí causa de problemas en la casa. Pero los demás no sé” (Ixtepec 2013).

Las personas con las que hablé que no padecían de diabetes o cuya enfermedad no había sido causada por un susto, no citaban memorias, sino hablaban en términos de conocimiento: aquello que ellos saben sobre la relación entre susto y diabetes. Doña Filomena, quien sufre de diabetes a causa del coraje, explica que el susto también puede causar la enfermedad: “Así dicen, que cuando te espantas y luego le echas café o refresco te contagias” (Ixtepec 2013). María Vázquez, como mencionamos ya, declara sin duda alguna que “Es por susto, la diabetes es por susto” (Ixtepec 2013). En efecto, según ella, el susto no causa ninguna otra enfermedad más que la diabetes —te da si hay espanto y tomas refresco: “con eso se te endulza la sangre dicen” (ibídem). Por lo mismo uno no debe tomar nada al espantarse, únicamente agua. Asimismo, si te curas el susto de inmediato, puedes prevenir la diabetes: si orinas después de haberte espantado así ya se va el mal. María aclara que ella no realizó ninguna de estas medidas preventivas cuando se asustó. De manera similar, su marido se espantó por un accidente y lo empezaron a curar después, pero ya tenía el azúcar, que tarda unos meses en aparecer: habían esperado demasiado.

En términos generales, fueron las personas que no padecían diabetes por susto las que me citaron una explicación más general de la manera en que el susto causa la diabetes, en tanto que no estaban discutiendo un caso específico. En estos casos, el

¹⁷⁷ Cabe resaltar que esto no contrasta con las enfermedades que pudiéramos pensar como “tradicionales” si mantuviéramos la división entre éstas y las “modernas”. Como mencionamos ya, el campo de conocimiento relacionado al cuerpo y a la enfermedad no es fijo y compartido por todos, de modo que mis preguntas sobre el espíritu a grupos de personas devenían en discusiones vivas entre los presentes.

enfoque tendía a ser sobre la sangre, y no sobre la relación con los dueños. Doña Josefa, a quien llegamos a conocer en el capítulo anterior, explica que “*se espanta la sangre*, y ahí agarra la enfermedad” (Ixtepec 2013, mi énfasis). Puede tardar años, explica, y les da aunque se curen del espanto: “siempre lo agarró la sangre” (ibídem). A su vez, una mujer que conversó conmigo en la sala de espera del hospital IMSS, me explicó que “[l]a mayoría de los que tienen diabetes es porque tuvieron susto” (Ixtepec 2013). Al preguntar cómo sucedía exactamente (algo insistentemente quizá), ella contestó: “La sangre, yo creo, te espanta y como que te saca la energía” (ibídem). Agregó que pasa con accidentes.

En la descripción del susto en sí, nos fue posible identificar que cuando el espanto es grave, se menciona explícitamente a los dueños o seres del otro mundo, mientras que si no es grave, únicamente se hace referencia al espíritu, a los síntomas o al tratamiento. En el caso del susto que causa la diabetes, o más bien, del susto que causó la diabetes en cada caso específico, nadie menciona a los dueños. Sin embargo, en este caso no depende de una escala de gravedad, pues los sustos que recuerdan las personas con las que hablé fueron tanto leves como peligrosos, graves y dolorosos. ¿Pero entonces de qué depende esta diferenciación? Doña Amparo me explicó que el susto da diabetes. Sin embargo, más adelante al hablar del susto del agua y ante mi interrogante, declaró que con ese susto no: “eso es otra cosa” (Ixtepec 2013). En ese caso, ¿estamos tratando con diferentes sustos?

Durante algunas conversaciones este parecía ser el caso. En una ocasión le pregunté a Gabriel Sainos si la diabetes tenía que ver con la salida del espíritu a raíz del susto, y él, a pesar de haber subrayado la relación entre susto y diabetes, contestó que no, “no es tradicional; si es, le doy hierba y se cura” (Ixtepec 2013).¹⁷⁸ Sin embargo, me inclinaría a pensar que no se trata de un susto diferente, o de un susto en el que no se “quede” el espíritu, porque comúnmente se considera que la diabetes llega por no haber prevenido el susto (no haberse llamado) o por no habérselo curado.¹⁷⁹ Por otro lado, el

¹⁷⁸ Gabriel Sainos es la única persona que hablaba de una diferencia entre enfermedades tradicionales y no-tradicionales.

¹⁷⁹ La única persona que hizo referencia, aunque no directa, a los dueños en relación al susto como causante de la diabetes fue Josefa. Ella explicó que “se espanta uno en la lumbre o en el agua y ahí, ahora sí agarra,

susto en relación a la diabetes parece demandar una expansión, una concepción más amplia del término, pues no sólo se habla de caídas o de encuentros con el agua, el monte o la lumbre, sino que en cada susto se describen relaciones de otro tipo: ataques por parte de otras personas, conflictos conyugales, y principalmente, accidentes automovilísticos.¹⁸⁰ Adelantándonos aquí al análisis de la etiología colectiva de la diabetes, que vincula esta enfermedad con relaciones de alteridad específicas, podemos considerar la posibilidad de que los dueños no se citan en relación al susto-como-causa-de-la-diabetes, porque la diabetes está caracterizada justamente por una relación con un mundo mestizo de “afuera”, y no con el mundo de los dueños de la tierra, la lumbre y el agua. Pero volvamos a aquello que sí se menciona: la sangre.

Gabriel Sainos también explica la relación entre susto y diabetes en términos de la sangre. Según él, “el susto tiene mucho que ver” pues “no trabajan los órganos, te empiezas a debilitar y *se paraliza la sangre*; reina el azúcar” (Ixtepec 2013, mi énfasis). En otra ocasión agregó que “cuando te espantas se queda un cuajarón de sangre en el estómago” (ibídem). De manera similar, Doña Esperanza declara que por el susto “va juntándose la sangre (los pulsos) en el corazón y esa es la diabetes que le dicen” (Ixtepec 2013). Agrega que tarda cuatro años: “No se cura uno y el susto va acumulándose el susto en las coyunturas, se ponen débiles las venas, el pulso” (ibídem). El enfoque en la sangre al hablar de la relación causal entre susto y diabetes en términos generales también tiene que ver con la predisposición de cada persona a la diabetes. Miguel Márquez explica que “si está más débil, uno se espanta, uno siente que ya se va uno a morir, digo yo. Entonces agarra la diabetes” (Ixtepec 2013). La debilidad o fuerza de cada quien depende de la sangre: “somos personas, somos humanos, pero no todos somos iguales en la sangre fuerte. Hay unos que tienen sangre fuerte, y no les pasa nada, y los que están débil, pues como agua, por decir así, sangre-agua, y no aguantan” (ibídem). Este hecho también es individualizante, en tanto que, como veremos más adelante, la

como que se espanta la sangre, y ahí agarra la enfermedad. Tarda años. Aunque se curen del espanto, pero sí, siempre lo agarró la sangre” (Ixtepec 2013).

¹⁸⁰ Esto no implica generalizar el susto, al grado en que se piense como una explicación causal y etiológica para todo mal, sino especificarlo más, alumbrando algunos aspectos de su constitución que no tienden a considerarse.

debilidad de la sangre tiene que ver con el destino de cada persona, y con sus sentimientos.

En un principio pudiera resultar tentador considerar el enfoque en la sangre a partir de una distinción entre lo fisiológico —la sensación del espanto— de lo físico —la salida del espíritu. Pudiera argumentarse que la diabetes es causa de la sensación inicial de susto y su efecto en el cuerpo (argumento que implícitamente adopta una distinción entre lo natural y lo espiritual). Sin embargo, debemos recordar los peligros de realizar cortes arbitrarios. En primer lugar, después de nuestro análisis acerca del espíritu y cuerpo totonacos no podemos asumir que al hablar de sangre, las personas se refieran al fluido rojo compuesto por plasmas y células que lleva el mismo nombre en el ámbito biomédico. Sabemos, en efecto, que hablar de sangre es hablar del corazón, y de cierto modo, es hablar del espíritu. A su vez, la diabetes no puede ser el efecto del momento del espanto, pensando como algo físico y no espiritual, en tanto que como declaran Don Eberardo, María Vázquez y Doña Esperanza, el efecto no es inmediato. De hecho, es sabido que la enfermedad tarda entre meses y años en arribar. Esto pudiera tener que ver con la arriba mencionada temporalidad compleja del susto mismo, en la cual posiblemente la cadena causal no es inmediata. Asimismo, esta característica de la etiología de la diabetes funge de cierto modo como un mecanismo de silenciamiento de diferencias profundas en el hospital—esta vez desde el polo totonaco—en tanto que al estar escindidas temporalmente la causa y la enfermedad, el tratamiento del susto ya es irrelevante para la diabetes. En este sentido, no tiene utilidad que los pacientes mencionen al médico por qué les dio diabetes.

Evitando entonces pensar el enfoque sobre la sangre como un enfoque sobre lo “físico” en lugar de lo “espiritual”, podemos pasar a analizar los temas recurrentes en todas las descripciones: el que la sangre se vuelva menos espesa, y el que deje de moverse. Gabriel Sainos habla de que se paraliza, Doña Esperanza de que se acumula y se queda en el corazón: la sangre “ya no gira como cuando está uno sana” (Ixtepec 2013). En los estudios sobre el susto, a esta característica del susto tiende a restársele importancia, pues el “cuadro conceptual” de la enfermedad, como lo denominan Signorini y Lupo (1989), tiene que ver con el desprendimiento o salida de la entidad anímica del cuerpo, con su “captura” por seres de otro mundo, y con los esfuerzos por devolverla al

cuerpo. Sin embargo, si reconsideramos la información acerca del espíritu y del susto entre los totonacos de Ixtepec expuesta arriba, tomando en cuenta la importancia del no-movimiento para la enfermedad, resulta una imagen nítida de varios elementos del susto.

En primer lugar, nos devuelve a la definición del *li-stákna* y del *takuxta* como “el movido del cuerpo” (Esperanza Pérez, Ixtepec 2013), “lo que nos mueve” o “lo que nos mueve el corazón” (Gabriel Sainos, Ixtepec 2013).¹⁸¹ En segundo lugar, nos lleva a cuestionarnos la división entre el afuera y el adentro relacionado con el susto. Considerando que el *takuxta* es algo que está en el corazón, y que al espantarse, se “queda” en la tierra, en el agua o en la lumbre, tendemos a enfocarnos en el hecho de que el espíritu se *sale* del cuerpo y es necesario volver a *introducirlo*. Sin embargo, esto subraya la noción del cuerpo como cascarón, similar a la noción cartesiana de cuerpo como algo dentro del cual puede haber un ámbito interno (mente/alma), pero dentro del cual se encuentra una multiplicidad de almas. Tomando en cuenta todos los puntos de complejización que apuntamos al respecto en el apartado anterior, quizá el enfoque debiera ser otro. Esta propuesta se refuerza al citar las palabras de Gabriel Sainos durante una de nuestras conversaciones acerca del susto. Al preguntar acerca de la localidad en la que queda atrapado el espíritu, el contestó “Puede ser fuera, o puede ser dentro; atrapado dentro” (Ixtepec 2013). En este caso el término “atrapado” puede referirse a la no-movilidad y/o a la simultaneidad espacial del *takuxta*.

En efecto, volviendo a mi vaciado etnográfico y a mis entrevistas tras haber realizado el análisis del susto en relación a la diabetes, encontré que en ningún momento se hizo referencia a la “salida” del espíritu, ni a su “entrada”. Inclusive en los casos en los que yo utilizaba estos términos los habitantes de Ixtepec respondían con otro término (S: ¿Entonces se salen los tres?, E: “Ajá, los tres se asustan al mismo tiempo”). A su vez, cuando preguntaba si había sustos en los que se salía el espíritu y sustos en los que no —pensando que quizá en esta diferenciación radicaba la distinción entre el susto en sí y

¹⁸¹ En la “Gramática de la lengua totonaca”, enfocada en la variante del totonaco hablada en Coatepec, Sierra Norte de Puebla—área que comparte la variante lingüística con Ixtepec—la palabra *qustawaka* (única en el vocabulario recopilado con la raíz “qusta”) significa “alzar vuelo” (1990:363). Esta connotación de la palabra resulta interesante considerando que la mayoría de los ejemplos que dan los totonacos en Ixtepec del *takuxta* son animales que vuelan.

el susto en relación a la diabetes— las respuestas fueron muy variadas y estaban claramente marcadas por duda y confusión.

Al hablar de lo que le sucede al espíritu durante el susto, los totonacos en Ixtepec hablan por un lado de que la sangre se acumula y se paraliza, y por otro lado que el espíritu “se queda”, es decir, que *deja de caminar con la persona*. Como declara Doña Esperanza, a la persona asustada hay que ir a frotarla ahí mismo, que se levante su espíritu, que se levante y *que camine con uno*” (Ixtepec 2014).¹⁸² Esto posiblemente aclare la descripción que hizo Nicolasa de los *takuxta* que están en el monte pero se salen durante el susto, cuando dijo que “siempre están contigo” mientras señalaba el aire *alrededor* del cuerpo, y no al cuerpo mismo. La idea de que al frotar el espíritu vuelva al cuerpo, puede implicar que se inserte en éste, y/o quizá se refiera simplemente al hecho de que “se acomode”, como dice María Vázquez. Esto pudiera relacionarse a su vez, con las descripciones que hacen los totonacos en Ixtepec de las curaciones del susto. En varias ocasiones se mencionó que cuando la persona “se llama” o pide a un curandero que lo haga, es necesario seguir nombrando el espíritu *hasta que entre a la casa*. Como explica Doña Esperanza: “Hasta llegar en la casa la viene uno nombrando. La viene uno nombrando, la viene uno nombrando a que no se regrese a dónde ella estaba tirada, o a donde él estaba tirado” (Ixtepec 2013).

En este sentido, pudiéramos pensar que la curación del susto entre los totonacos de Ixtepec se trata de trasladar al espíritu del mundo de los dueños al mundo de la persona. Esta hipótesis se refuerza a partir del hecho de que con frecuencia se habla de “la casa” de los dueños al referirse a sus respectivos espacios. Gabriel Sainos, por ejemplo, explica que a veces los dueños atrapan el *takuxta* de la persona “porque ofendió”:

No hizo ritual, no veneró, hizo por su pura cuenta sin respetarlo aquello. Que tienen dueños. Si yo voy a tu casa, yo no voy entrar y llegar hasta la cocina y agarrar lo que yo voy a querer. Llego, toco la puerta, si me dicen que entro, entro, si no no. Entonces si yo entro estoy alterando. Hasta la persona la dueña de la casa me puede acusar de un delito

¹⁸² Pensado en estos términos, cobra nueva relevancia el pensar al *takuxta* en términos de relación y simultaneidad, como sugiere el análisis del prefijo ta-.

grave. Ahí en la media morada, si yo entro. Igual pasa con los dueños, con los guardianes del bosque, del árbol, del agua. Los dioses (Ixtepec 2013).

A su vez, Doña Lupita, habitante de Huehuetla, me contó en una ocasión que cuatro mujeres murieron a causa de un susto de arcoíris. Habían ido por agua; traían las garrafas en la cabeza cuando vieron una muñeca y la muñeca empezó a caminar. Regresaron a casa y murieron. Lupita explicó que “*ya no podían caminar*, el arcoíris había *entrado a su casa* (Huehuetla 2012). En esta anécdota encontramos tanto la noción del caminar (o del no poder caminar si está una espantada), como la idea de que el que un ser de otro mundo entre a tu casa implique que haya entrado a tu mundo y que pueda afectar tu cuerpo (en este caso, de forma dañina).

A partir de la comparación entre las narrativas que hacían los totonacos de Ixtepec respecto al susto en sí y al susto en relación con la diabetes, nos fue posible identificar una diferencia fundamental entre estos —la no relación con los dueños en el segundo caso—, así como replantear y extender la comprensión del susto en el primer análisis y de las nociones de cuerpo y alma que se desprenden de éste, a partir de las relaciones que constituyeron al susto en el segundo análisis. A su vez, esta exploración nos brindó llaves fundamentales para entender la etiología de la diabetes a un nivel individual, así como su relación con el coraje, la tristeza y el corazón, como veremos a continuación.

De emociones y el corazón: Coraje y tristeza

La vida es bella y dolorosa. Así es la vida.

Doña Amparo, Ixtepec 2013

El susto, la tristeza y el coraje son males que afectan al corazón y a la sangre. El análisis detallado de los conceptos de cuerpo y espíritu totonacos que emergen en relación al susto nos permiten comprender que al hablar de “corazón” y de “sangre”, los totonacos se refieren a entidades complejas, o en efecto, a una entidad desdoblada y múltiple. Como veremos a través de la relación entre coraje, tristeza y diabetes, entre los totonacos

de Ixtepec el corazón y la sangre también están vinculados con los sentimientos, el pensamiento y el destino de cada persona.

Así como en el caso del susto, las personas que sufren de diabetes a raíz del coraje o de la tristeza saben exactamente cuál fue la causa de su padecimiento. Doña Josefa habla de que hacía muchos corajes con su suegra y su marido y “del coraje se metió todo ahí en el cuerpo” (Ixtepec 2013). Al preguntar si la diabetes fue a causa de una época en la que hacía corajes constantemente o si se debía a un solo coraje fuerte, Josefa dijo que había sido a causa de uno, con su marido: “Me pegaba. Y ahí agarré enfermedad” (ibídem). A Filomena Sainos también le dio diabetes debido al coraje. Al igual que Josefa, ella refiere una época en que se enojaba mucho cuando la regañaban, pero también recuerda un coraje específico que le dio la diabetes —fue cuando su esposo trajo a su amante a vivir con ellos. Miguel Márquez, por último explica que le dio diabetes porque hizo “mucho muina con la señora”. En su caso, no recuerda un coraje más fuerte que otros, sino una época hace unos años en que tenían muchos problemas. Mientras tanto, la relación causal entre la tristeza y la diabetes fue confirmada, en teoría, por muchas personas, pero solamente Doña Amparo padece diabetes a raíz de una tristeza. Sin hablar aquí de la situación en específico, podemos decir que ella identifica la causa de la diabetes a partir de un fuerte dolor: “Fueron mis lágrimas las que tiré; se me quedó la porquería esa” (Ixtepec 2013).

En términos generales, las enfermedades o los males del coraje, del susto y la tristeza provocan que la sangre y el cuerpo se debiliten, abriendo la puerta a la diabetes. Como explica Doña Esperanza: la tristeza debilita el corazón a través de los pensamientos; en el caso del coraje brota la hiel y envenena la sangre, cosa que el corazón no puede soportar;¹⁸³ y en el caso del susto, el espíritu queda atrapado y la sangre comienza a acumularse en el corazón, debilitándose (Ixtepec 2013). Sin embargo, la manera en que se relacionan el susto, el coraje y la tristeza con la diabetes en cada caso, nos lleva a considerar que esta etiología tiene que ver tanto con los conflictos y relaciones involucrados en cada caso, como con los procesos efectos que tienen sobre

¹⁸³ El ajenjo es bueno para el coraje, para el susto y para la tristeza, por ser amarga. Doña Piedad explica que controla la bilis, que da “por el coraje, el susto, la impresión” (Ixtepec 2013). Agrega que “cuando hay corajes, sentimientos, tristezas muy amargas, dicen que cuando es muy fuerte, el ajenjo no sabe, todo se seca la boca, no hay saliva” (ibídem).

el cuerpo/espíritu. Inclusive pudiéramos pensar en la diabetes y en sus causas como materializaciones o *incorporaciones* de estas relaciones, generalmente conflictivas.

Mientras que en el caso del coraje los conflictos tienden a relacionarse con problemas maritales, en el caso de la tristeza sucede algo que hace que la persona esté decaída y deje de comer: es ese “algo” lo que hace que cada caso de tristeza sea diferente, en tanto que surge de historias y relaciones específicas. En palabras de Eustolia Manzano Romero, con la tristeza “se enferma uno. Nada más ya no funciona bien el corazón”, y “da por cosas que uno recuerde o que le pasan a uno” (ibídem). Esta noción se refuerza considerando que para curarse de tristeza, es menester ir a hablar con el curandero y confiarle tus preocupaciones. En el caso del susto, los conflictos que expresa pueden parecer menos evidentes, pero a partir de la exploración de la etiología colectiva de la diabetes en la siguiente sección se volverá claro que, en efecto, el susto está vinculado con las relaciones entre los totonacos y el “afuera”.

La posibilidad de considerar las diferentes causas de la diabetes como materializaciones de relaciones y conflictos parece resumirse en las palabras de Eustolia Manzano Romero: “Penas, preocupaciones, tristezas, sustos, *todo eso va a al cuerpo y al corazón*” (Ixtepec 2013, mi énfasis). ¿Pero qué implica que estas relaciones se “vayan al corazón”? y si hablamos de relaciones y conflictos, ¿dónde quedan las emociones? Una potencial respuesta la encontramos en la noción misma de corazón, la cual, al igual que entre los nahuas de la Sierra Norte, “tiene que ver con las emociones y el temperamento de las personas” (Romero 2003:115). Es común, por ejemplo, escuchar que alguien que no visita a sus padres o a sus familiares “tiene el corazón duro”.¹⁸⁴ Asimismo, Doña Amparo comenta que no puede controlar su azúcar porque “[y]o tengo mucho sentimiento, los sentimientos me hacen daño. Se quedan las amargas en el corazón” (Ixtepec, 2013). Esta vinculación entre los sentimientos, el corazón, y cierta sensación de inevitabilidad tiene que ver a su vez con una idea del destino, pues hay personas que nacen más susceptibles a las emociones que otras. Miguel Márquez explica que el susto causa la diabetes en personas con la sangre débil (Ixtepec, 2013). Lo mismo sucede entre los nahuas con los que trabaja Romero, en donde “las cualidades

¹⁸⁴ Entre los nahuas de Tlacotepec “se dice que quien tiene corazón amargo...es una persona envidiosa, de malos sentimientos y propensa a dañar a los demás con su mirada o su saliva” (2003:115).

de la sangre se reflejan el carácter y el temperamento de las personas”, y en donde quien tenga “‘sangre fuerte’ será resistente a la enfermedad y difícilmente padecerá las consecuencias de haber perdido su tonal” (2003:137).

A su vez, entre los totonacos de Ixtepec hay “personas de espíritus fuertes”, como explica Gabriel Sainos, que no se enferman de tristeza: “Pueden atravesar problemas; todo está atravesado por problemas, pero salen adelante. Vencen, porque tu tienen el espíritu fuerte” (Ixtepec 2013). Mientras tanto, “una persona de espíritu débil se cae, muy rápida” (ibídem). En este sentido, según Romero (2003:129), las cualidades de la persona se derivan del *tonal* —en el caso de los totonacos del espíritu, ya sea el *takuxta* o el *li-stákna*. Entre los nahuas de Tlacotepec, las personas de “espíritu fuerte” tienden a tener un “corazón amargo”, mientras que las personas de “espíritu débil” tienden a tener un “corazón dulce” (Romero 2003:129). Entre los totonacos en Ixtepec no se hace esta distinción, y sin embargo sí se relaciona la debilidad del espíritu con un corazón particularmente sensible y vulnerable ante las emociones, como vimos en la declaración de Doña Amparo.

Vemos, entonces, que hay personas con corazones y con sangre vulnerables a los sentimientos y dolores, y por lo tanto susceptibles a sufrir las enfermedades de tristeza, coraje y susto. Son estas mismas personas, las que, como consecuencia, están predispuestas a la diabetes. Pero la casualidad entre unas y la otra va más allá de un proceso corporal en el que se recoge la sangre o brota la hiel, pues como hemos visto, la etiología de la diabetes es altamente individualizada. Cada caso de diabetes surge, en efecto, por contextos y por una serie de relaciones altamente específicas. Esta característica de la enfermedad contrasta claramente con una visión biomédica de la enfermedad y de la etiología, que asume un grupo de posibilidades finitas y limitadas de causas para cada enfermedad, y que no deja lugar a la individualización de la enfermedad. En este sentido, la aparición de la enfermedad está íntimamente ligada tanto al cuerpo como a las relaciones en las que está involucrada la persona, lo cual permite cierta variabilidad que la visión biomédica no permite. En efecto, esto nos lleva a considerar que el límite ontológico que yo imaginaba al inicio de esta tesis, entre cuerpos y enfermedades diferentes, no está trazado del mismo modo desde el polo totonaco como desde el polo biomédico. El límite ontológico que yo ubicaba en la enfermedad, no es el

mismo que el de ellos. Esto implica que más que categorizar enfermedades *a partir* de la etiología, como sugería Rivers, en el caso totonaco es necesario observar también la intensa individualización dentro de las posibilidades —dadas— de enfermedad. Por último, podemos decir que la etiología de la diabetes en el nivel individual tiene que ver con el corazón de cada persona, es decir, con su destino, su carácter y sus emociones; así como con una noción de vida totonaca, caracterizada por la inevitabilidad —como declara Doña Amparo, inevitabilidad del conflicto, del dolor y de la belleza.¹⁸⁵

5.2 De químicos y el diablo: consumiendo el cambio y la alteridad

Hablar de diabetes en Ixtepec es hablar de la historia del lugar. Todos saben que a cada persona le puede “llegar” o “agarrar” esta enfermedad a raíz de un susto o de un coraje, pero hablando en términos colectivos —de por qué le da diabetes a la gente, por qué llegó al pueblo— la causa que se cita es otra: los químicos y los medicamentos en el alimento, arribados junto con la carretera y la luz, hace aproximadamente treinta años.¹⁸⁶ Curanderos, personas con diabetes, personas sin diabetes, todos me hablaron de esta etiología, con respecto a la cual se descubría poca variación; más allá de que algunos no supieran calcular cuándo arribó la diabetes, todos hablaban de que llegó “de afuera”, con los alimentos. En algunas de las conversaciones tenidas respecto a la aparición reciente de la enfermedad en cuestión, las personas agregaban que antes no había doctores que te dijeran que tenías la enfermedad, pero coincidían en que ahora es más común, y que tiempo atrás no existía.

En un primer momento, pudiera pensarse que la explicación que dan los totonacos del incremento de la diabetes en relación a la modificación de la alimentación es análoga a aquella que brindan los estudios epidemiológicos y evolucionistas biomédicos: que el

¹⁸⁵ Valiera citar en este sentido a Alfredo López Austin, quien describe cómo en el *teyolia* o corazón, uno de los tres “centros anímicos mayores”, “radicaban las funciones más valiosas de la vida humana” (López Austin, 2012: 219). Continúa: “[a]ún los pensamientos más elevados y las pasiones más relacionadas con la conservación de la vida humana se realizaban en el corazón, y no en el hígado ni en la cabeza” (ibídem).

¹⁸⁶ El hecho de que la enfermedad sea relativamente nueva se cita con frecuencia como razón por la cual no existe un término en totonaco para la diabetes. Don Eberardo me explicó que “no tiene una palabra especial que se maneje” porque “la diabetes casi no se veía antes” (Ixtepec 2013). Doña Esperanza, asimismo, explica que no hay palabra en totonaco para la diabetes “porque no había esa enfermedad antes; apenas se empezó a conocer” (Ixtepec 2013).

incremento en el consumo de alimentos azucarados y grasos junto con el sedentarismo, ambos productos del capitalismo y la globalización, han aumentado el índice de enfermos de diabetes en México y el mundo. Pudiera pensarse, inclusive, como un malentendido —como un “mal entendimiento”— de las explicaciones que hacen los médicos. Sin embargo, hemos discutido ya a profundidad por qué no nos encontramos frente a malentendidos ni a comparaciones simples entre elementos “similares” o “equivalentes”. En primer lugar, como analizamos en el capítulo anterior, desde el polo totonaco del equívoco en torno a la dieta, tanto médicos como pacientes hablan de que los químicos en el alimento causaron la diabetes. Como declara Doña Josefa, la diabetes arribó porque los alimentos “están contaminados” y “ya no están así buenos alimentos.” Agrega que “a nosotros nos dicen en nuestra plática [de Oportunidades] que el pollo ya está contaminado” (Ixtepec 2013). Como recordará el lector, esta declaración equívoca apunta a premisas específicas que van más allá de una mala interpretación o falla de comunicación.

En segundo lugar, la implicación de los estudios científicos sobre el incremento de la diabetes es que el consumo de azúcar y el sedentarismo han influido en los individuos que conforman la estadística, es decir, han causado directamente la diabetes en cierto número de casos (aunque no sea generalizado y aunque en la práctica esto diste de ser el caso). Mientras tanto, en Ixtepec, ningún paciente con diabetes habla de que lo agarró la enfermedad por causa de los químicos que ingiere al consumir alimentos traídos de fuera. Es decir, el cambio en la alimentación del pueblo que permite la entrada de la diabetes no juega ningún papel al nivel individual. Como hemos visto, el caso individual puede explicarse tanto por una alimentación excesiva y/o azucarada, así como por afecciones del corazón (en sí incorporaciones de conflictos), pero no por alimentarse de carne (contenedor principal de los químicos y medicina). Resulta evidente que la relación entre individuo y colectivo que implica la etiología de la diabetes totonaca dista mucho de aquella implícita en los estudios científicos.

Marilyn Strathern, en su libro “*The Gender of the Gift*”, se ve en la necesidad de reconceptualizar las nociones de individuo y colectivo en su etnografía de la Melanesia. Explica que

“[s]ociedad e individuo son un par de términos intrigantes porque nos invitan a imaginar que la socialidad es cuestión de colectividad, que es generalizante porque la vida colectiva es de carácter intrínsecamente plural. ‘Sociedad’ es visto como aquello que conecta los individuos entre sí, y como las relaciones entre ellos. Por lo tanto, concebimos la sociedad como un ordenamiento y un clasificar, y en este sentido como una fuerza unificadora que reúne personas que se presentan como irreduciblemente únicas... Como individuos, [las personas] son imaginadas como conceptualmente distintas de las relaciones que las unen (1990:12-13).

Para el caso de la teorización y la etnografía melanesia, sin embargo, la antropóloga británica argumenta que se “requiere un vocabulario que ... permita hablar de socialidad en singular y en plural” (1990:13). Es decir, que mientras es útil el concepto de socialidad para referirse a la creación y manutención de relaciones, la noción de individuo independiente de las relaciones que lo une a otros individuos no basta. En efecto, las personas melanesias no sólo son concebidas como entidades únicas —de manera *individual*— sino también “de manera *dividual*” (ibídem, mi énfasis). Es decir, que “son construidas frecuentemente como el sitio plural y compuesto de las relaciones que las produjeron. La persona singular puede imaginarse como un microcosmos social” (1990:13).

No buscamos argumentar que la persona totonaca sea “dividua” en el sentido propuesto por Strathern. Sin embargo, las ideas de la antropóloga en relación a la etnografía que realiza en la Melanesia nos permiten ver más allá de una concepción occidental de lo que es el individuo, lo que es lo social o colectivo, y la relación entre estos. En el caso mesoamericano la problemática se ha tratado poco, a pesar de que existen rituales específicos para el colectivo y para el individuo. En la región de la Huasteca sur, por ejemplo, Trejo et al. identifican dos tipos básicos de *costumbres*: “1) individuales para fines de curación y, 2) colectivos ‘o para el mundo’” (2013). Los antropólogos explican que “la dicotomía entre rituales personales y colectivos nos enfrenta a dos tipos de relación que los humanos fomentan con el rostro fasto del mundo Otro”, ambos definidos por una noción de deuda, pero en el primer caso vía la

enfermedad y en el segundo vía el desastre (Trejo et al. 2013).¹⁸⁷ La distinción y relación entre individuo y colectivo en los estudios antropológicos de Mesoamérica no sólo se ha abordado en relación a rituales, sino que también ha sido fundamental para el acercamiento a las nociones de cuerpo y “almas” o “entidades anímicas”. Alfredo López Austin, por ejemplo, propone una distinción entre almas individualizantes —relacionadas con la fuerza, el destino y el carácter de cada persona— y almas colectivizantes —entidades identitarias de cada grupo o *calpulli*, a menudo relacionadas con un dios tutelar o *calpultéotl*. Entre los antiguos nahuas, “[l]a vida, la salud y la capacidad reproductiva de los miembros del *calpulli* derivaban del *calpultéotl*, tanto en forma individual como colectiva” (López Austin, 2012:78, mi énfasis).¹⁸⁸

En el caso de los totonacos de Ixtepec, hemos podido apreciar la vinculación estrecha entre el “espíritu” —ya sea el corazón, la sangre, el *takuxta* o el *li-stákna*— y el destino, la fuerza y el carácter de cada persona. En este sentido pudiéramos hablar de alma individualizante. Si también funge como una suerte de alma colectivizante queda por verse, pero por ahora nos es de utilidad la distinción que hace López Austin, en tanto que subraya una relación entre individuo y grupo que no sólo es simbólica o que no sólo está constreñida al ámbito de lo identitario, sino que atraviesa y afecta al cuerpo (en el caso que describe él, afecta la salud, la vida y la reproducción). Esto es particularmente importante para un contexto como el de los totonacos en Ixtepec, en el que el colectivo no está constituido por la suma de los individuos que incluye. Es decir, no hay más diabetes en el pueblo de Ixtepec porque ha habido una serie de casos de susto, coraje y tristeza que, sumados, han resultado en un alto índice de incidencia de diabetes. En efecto, esto sería ilógico en tanto que antes no existía esta enfermedad en Ixtepec, pero siempre han habido casos de las tres enfermedades-causas mencionadas aquí.

La distinción entre una etiología colectiva y una etiología individual para la misma enfermedad nos habla de una constitución de la ‘socialidad’, como diría Strathern, que también problematiza la conceptualización de “sociedad” como aquello que conecta a los

¹⁸⁷ Este texto fue brindado en versión digital por uno de los autores, de modo que el paginado no coincide con la versión impresa y hemos optado por dejarlo fuera.

¹⁸⁸ Al citar esta propuesta, no buscamos divisar similitudes entre los indígenas prehispánicos y los actuales, sino exponer diferentes maneras en que se ha tratado el tema del individuo y del colectivo en la etnografía enfocada en la región mesoamericana.

individuos, aunque de un modo distinto al de los melanesios. En el caso de los totonacos de Ixtepec, la relación entre individuo y colectivo afecta (o inclusive se sitúa) en el cuerpo y el espíritu (entendidos en términos totonacos). La extensión de esta tesis no permite dar seguimiento a esta hipótesis, mas proponemos que la problemática sobre la cual se centra pudiera ser de suma importancia para estudios futuros de la teoría totonaca sobre el cuerpo y la enfermedad. Podemos apreciar, sin embargo, que aquí nos encontramos frente a otro caso en el que la relación entre cuerpo, persona y enfermedad es diferente a la que comprende una visión naturalista. En el capítulo anterior identificamos la estricta individualización de la etiología y la expresión de las enfermedades, que difiere de manera significativa de la comprensión biomédica de las causas de los padecimientos físicos. Aquí nos encontramos en cambio ante una conceptualización de la enfermedad como algo que puede tener causas diferentes para la sociedad y para el individuo, pero afectar de igual forma el cuerpo.¹⁸⁹ ¿Pero qué pasa exactamente en el cuerpo? ¿Por qué es que los químicos han ocasionado la llegada de la diabetes al pueblo? Habiendo señalado que detrás de la división de los subcapítulos en “etiología individual” y “etiología colectiva” yace una distinción totonaca en relación al cuerpo, al individuo y al grupo, pasemos ahora a analizar más detalladamente la transformación ocasionada por los medicamentos en la alimentación.

Los habitantes de Ixtepec tienden a mencionar dos características principales que hacen de los alimentos repletos de medicina y químicos causantes de enfermedad: que el alimento ya no es natural en su totalidad, y que viene “de afuera”. Con respecto a la primera caracterización, lo natural no está contrapuesto a lo “sobrenatural”, sino a todo aquello que no viene de la tierra, que es no-natural. Como explica Doña Maruca, “ahora

¹⁸⁹ Pudiera argumentarse que en sociedades “occidentales” la causa de la diabetes a nivel colectivo también es diferente de las causas individuales de la enfermedad. En efecto, esto es característico de las estadísticas en términos generales. Asimismo, es común que las personas con diabetes citen causas fuera del ámbito biomédico para dar cuenta de su enfermedad (estrés, coraje, agotamiento). Sin embargo, esto sigue siendo diferente del caso entre los totonacos de Ixtepec, pues la causa de la diabetes en un número de individuos en sociedades “occidentales” efectivamente coincide con las causas expuestas por la estadística. A su vez, partiendo de una conceptualización de la sociedad y del individuo similar a aquella descrita por Strathern, las personas llegan a actuar en función de las estadísticas: si saben que en general la diabetes está aumentando por el sedentarismo y la mala alimentación, las personas pueden elegir hacer ejercicio o llevar a cabo una dieta. En Ixtepec, como vimos en el capítulo anterior, uno puede cocinar la grasa para que se quemem los medicamentos, pero no se piensa como una medida preventiva de la diabetes directamente.

todos toman mucho café con azúcar y antes se tomaba con panela, que es natural, que es bueno, que es sano” (Ixtepec 2013). Asimismo, Eustolia Manzano Romero cuenta que antes se abonaban las plantas con lo que salía de la cocina, y era natural, pero ahora “puro químico” (Ixtepec 2013). ¿Cómo va uno a estar bien?, agrega, “le digo que sano ya no puede uno comer, y por eso hay mucha enfermedad ya” (ibídem). Entre los totonacos de Ixtepec, como vimos en relación al papel que juega el maíz ahí, opera la misma lógica que describe Pedro Pitarch para el caso maya, según la cual “el cuerpo encarna, literalmente, aquello que ingiere” (1997:137). Uno no puede estar bien, como declara Doña Eustolia, si se está alimentando de algo que es no-natural y que por lo tanto, es dañino. Como explica Doña Esperanza, “es preferible lo que es natural; lo que está ahí enfrente, que es planta medicinal. No perjudican al cuerpo” (Ixtepec 2013). En contraste, en opinión de la curandera, los medicamentos que dan en el hospital sí hacen daño al cuerpo (ibídem).

Esto se relaciona con la segunda caracterización de la etiología colectiva de la diabetes: el que los alimentos llenos de químicos vengan “de afuera”. Según Gabriel Sainos, “nunca se escuchaba” de la diabetes; “es una enfermedad *de fuera, no había antes*. Producían panela acá y eso tomaba, no venía azúcar refinada *de fuera*” (Ixtepec 2013, mi énfasis). La diabetes se empezó a ver, en efecto, “cuando empezó a entrar mucha comida chatarra a base de azúcar... Casi no existía, no se conoce, cuando vieran era extraño. *Esa enfermedad es traída de afuera*” (ibídem, mi énfasis). ¿Pero qué implica este “afuera”? ¿Se refiere a una distinción identitaria o étnica ante un ‘otro’ mestizo? En una ocasión, Gabriel Sainos aclaró en relación a la diabetes que “eso más bien se empezó a dar cuenta cuando empezó a llegar más *foráneo*” (Ixtepec 2013, mi énfasis). La cita que obtuvimos de la etnografía de Pitarch con respecto a la constitución del cuerpo indígena a partir de la alimentación se refiere, en efecto, al rechazo por parte de los mayas por alimentarse de animales relacionados con el personaje castellano. Como explica el antropólogo, “[s]i de continuo se alimentaran con esos animales, el cuerpo se iría contaminando de su naturaleza pastoril, europea” (1996:137). Para el caso de Ixtepec, ¿pudiéramos considerar la posibilidad de que el alimentarse de productos de “afuera” se relaciona con una transformación del cuerpo en un ‘otro’?

Es claro que los químicos afectan al cuerpo en tanto constituido por el alimento. Sin embargo, pudiéramos considerar que el que los alimentos *entren* al pueblo desde afuera ocasiona una transformación en tanto que se establece una relación bajo una lógica análoga a aquella identificada en el subcapítulo anterior: la entrada (apropiada o inapropiada, accidental o a propósito) en un espacio perteneciente a un 'otro'. Si recordamos, el espíritu perdido durante un susto necesita volver a *entrar* a la casa de la persona, más que a su cuerpo; a su vez, es peligroso entrar a la "casa" de los dueños o seres del mundo otro; y por último, la entrada de un ser 'otro' a la casa de uno puede ocasionar la muerte. En este caso, pudiéramos pensar al pueblo como un espacio o "casa" totonaco, mientras que la relación se establecería con un otro no-indígena, cuyos productos *entran* y transforman al pueblo. Esta transformación no se limitaría entonces al *consumo* de los alimentos, sino a todas las relaciones que se establecen a partir de estos, relaciones principalmente de intercambio y comercio.¹⁹⁰ Pareciera ser factible pensar en estos términos, pues la llegada de los químicos y medicamentos en los alimentos se relaciona con una serie de elementos que apuntan a un acercamiento al mundo mestizo y un alejamiento del mundo totonaco, como veremos a continuación.

La diabetes como indicador de un antes y un después

La mayoría de los adultos, *nanas* y *tatas* calculan que la diabetes llegó a Ixtepec hace treinta años.¹⁹¹ Su llegada coincidió, y en efecto fue producto de, la llegada de la carretera y de la luz. En palabras de Miguel Márquez: "por hablar de ese tiempo de treinta, cuarenta años, no había carretera. Pues no se escuchaba nada de esa enfermedad. Había enfermedad, pero de otras cosas" (Ixtepec 2013). Doña Amparo, a su vez, declara que "Desde que llegó la luz, ya muchos tuvieron diabetes, antes no" (Ixtepec 2013). Previo a la década de los setenta sólo existía una carretera principal en la región, la México-Tuxpan, construida en los años cincuentas debido a la expansión petrolera (Masferrer

¹⁹⁰ Es en este sentido que hablamos de "consumir el cambio" en el título de esta sección, haciendo vaga alusión a la famosa declaración de Lévi-Strauss en relación al totemismo de que las especies naturales se eligen no porque son "buenas para comer", sino porque son "buenas para pensar" (Lévi-Strauss 1965: 131).

¹⁹¹ Aunque la mayoría de las personas hacía referencia a esta temporalidad, hablando de tiempos aproximados, varios hablaban en términos más generales de un "antes", y otros más establecían el inicio del cambio hace unos diez o quince años.

Kan 2009:172). Durante los años setentas se ideó un programa de desarrollo carretero para la región del norte de Puebla, que buscaba “intercomunicar a todas las comunidades, plazas principales y centros rectores con sistemas reticulados” (ibídem). Durante los siguientes diez años, el trazo y la construcción de estas vías se vio marcada por fuertes conflictos entre la población indígena y la población mestiza de las comunidades, los últimos buscando detener la construcción pues controlaban en gran medida el comercio de las comunidades. También hubo conflictos que resultaron de equívocos cuyas premisas no compartían un mismo proyecto: la construcción de la carretera a Zongozotla tuvo que detenerse por un tiempo pues el dueño del cerro amenazaba a los constructores y descomponía la maquinaria. En su lugar, los constructores invirtieron en desarrollar la brecha entre Zapotitlán de Méndez y Nanacatlán. Cuando volvieron a empezar con la obra camino a Zongozotla, el dueño del cerro “ya no espantó” (Masferrer Kan 2009:173).

Resulta de gran interés que la carretera haya llegado a la región en medio de una disputa ontológica, en la cual el término “cerro” constituía un homónimo: por un lado era un recurso y un obstáculo, y por el otro lado el espacio de un ser de otro mundo. Sin embargo, en el contexto de nuestro estudio lo más importante para resaltar es que la carretera transformó la economía de la región: llegaron las agencias del Estado y las empresas paraestatales como el INMECAFÉ; se instalaron centros de compra y se organizó a los pequeños y medianos productores. Como resultado, los llamados “coyotes” perdieron el monopolio que disfrutaban y los sistemas de intermediación comenzaron a cambiar; cambio que continuaría a lo largo de las siguientes tres décadas (Masferrer Kan 2009:173-177). En términos de la historia comprendida en las narrativas y en la memoria colectiva de los habitantes de Ixtepec, la carretera efectivamente implicó un cambio en términos de la economía y las posibilidades de comercio. Doña Esperanza relata cómo “sí había casas, pero una que otra, había casas de cartón...no había nada. No había ni tiendas, había unas cinco, seis tiendas. A veces no encontraba uno las cosas que quería uno comprar y había que ir hasta Zacapoaxtla” (Ixtepec 2013). Por lo general, estos cambios, así como las posibilidades de conocer lugares fuera de Ixtepec, son descritos como positivos. En contraste, las personas lamentan que la gente ya no hace faenas, porque quieren dinero a cambio de su trabajo.

Los cambios económicos en Ixtepec no se relacionan únicamente con la carretera, sino con el arribo del hospital por esa misma vía, pero tiempo después (en efecto, el hospital fue construido hace tres años). Irene, enfermera del hospital, explica que en Ixtepec “ha cambiado el nivel económico, ha entrado más dinero. Ahora los viernes matan cinco, seis reses. Llegó con el hospital. Ya venden fruta y verdura más de una vez a la semana” (Ixtepec 2013). De manera similar, Doña Amparo declara que por el hospital hay más trabajo —ella misma llegó a atender a ochenta personas en su fonda durante la construcción del edificio. A su vez, describe cómo a partir de la construcción del edificio “vemos gente nueva, vemos mucha gente que nos visita. Anteriormente ¿qué? No había nada. ¡Ahorita vemos muchas caras! ¡Y de veras caras bonitas a veces! Antes no” (Ixtepec 2013). Podemos ver que los cambios citados hasta ahora implican un incremento en el intercambio y comercio al exterior del municipio, así como una disminución o empobrecimiento de relaciones de intercambio al interior de la población (en la forma de faenas).

Sin embargo, la división histórica que divisan los totonacos en Ixtepec hace unos treinta años implica más que una transformación económica y al crecimiento del municipio. En relación a la salud y a la enfermedad, por ejemplo, se sabe que antes las personas vivían más, de 100 a 110 años. Doña Amparo declara en referencia a sí misma y a sus hermanas: “Somos mujeres de aquel tiempo. Tengo unas hermanas de más de 80, más de 90” (Ixtepec 2013). Esto se debe a que, según María Cano, antes “comían más natural, con mucho enchilado, quelites... Sí comían carne, pero pollos de rancho, animales de caza, no refinado como te vienen los enlatados... Eso no era antes así” (Ixtepec 2013). En efecto, según los cálculos de Doña Esperanza, fue hace treinta años que empezó a haber abono y medicamentos. Hermelindo Pérez le preguntó directamente a las *nanas* y los *tatas* que conocía cuál era el secreto de su longevidad. Él, a diferencia de las otras personas con las que hablé, me explicó que la gente ya no vive tanto porque “ya no se adapta a su medio ambiente. Ahora usamos nylon cuando llueve, y suéteres para taparnos del sol. Usamos zapatos. Antes no, y el cuerpo estaba acostumbrado”

(Ixtepec 2013).¹⁹² Vemos de nuevo una suerte de alejamiento de la tierra, de lo natural, y en cierto sentido, de lo totonaco.

En relación al hospital y a la clínica del IMSS que existía previa a la construcción del nuevo edificio, las descripciones de la transformación de las últimas décadas varían. Al hablar en términos generales del papel que ha jugado la presencia del IMSS en el pueblo, muchas personas describen una disminución en la mortalidad, particularmente entre niños. El recuerdo es que antes morían más personas. Sin embargo, si se arribaba al tema tras haber discutido la diabetes, por lo general se describía otra faceta del arribo de los médicos: “Antes no había medicinas, vacunas, ni nada. Venían a vender algunas cosas, pero sólo eso. En aquel tiempo casi no se moría la gente” (Amparo, Ixtepec 2013). La relación entre los medicamentos y la muerte no es general, pero es relativamente común entre los totonacos de este municipio, en tanto que se sabe que las medicinas, aunque en ocasiones sean necesarias, pueden dañar el cuerpo. Doña Esperanza, al explicar que los medicamentos son perjudiciales por no ser naturales, agrega que esto la lleva a preguntarse “¿antes qué? ¿Qué clínica, que hospital había? No, pues no había nada, y muy poco se enfermaba la gente” (Ixtepec 2013). De manera similar, Miguel Márquez relata como en Ixtepec “Ya cambió mucho. Ahorita ya cambió. Antes, más, yo me doy cuenta como yo estoy grande. Pues vivíamos bien. No había medicina, no había enfermedad... había enfermedades pero muy poco. Lento. Pero ahorita ya hay muchas enfermedades. Niños y grandes, adultos, todos, todo” (Ixtepec 2013).

A pesar de que no todos vinculan el arribo del hospital junto con sus medicamentos al incremento de mortalidad o de enfermedades, todas las personas con las que conversé sobre el tema están de acuerdo en que antes no había enfermedades como las hay ahora. En palabras de Josefa, “no había mucho. No como ahorita. Ahorita sí hay mucha enfermedades” (Ixtepec 2013). Antes, agrega, “se enfermaban de la calentura, de la tos” (ibídem). Miguel Márquez, de manera similar, relata que antes no les daba diabetes, “y otras más enfermedades”; no les daba “nada, nada. Dolor de cabeza, y gripa, nada más, de ahí no pasaba. Tos, pero se quitaba” (Ixtepec 2013). Doña Esperanza igualmente

¹⁹² Asimismo, los abuelos con los que se entrevistó le advirtieron que hay que cuidarse de corajes y de alegrías, recomendación que nos remite al papel que juegan las emociones en el cuerpo y la salud de las personas.

describe que antes a las personas les daba “catarro, la gripa, calentura...no pasaban de ahí” (Ixtepec 2013). Esta diferenciación entre catarro, gripa, calentura y tos por un lado, y “enfermedades” por otro, pudiera parecer contradictorio. En un inicio, consideré que se refería únicamente a una distinción en torno a la gravedad del padecimiento. Sin embargo, en una serie de entrevistas dedicadas al tema de la diabetes comencé a identificar una relación entre el término “enfermedad” y tres padecimientos específicos: la diabetes, la presión alta y el cáncer.¹⁹³ Las tres enfermedades tienden a citarse en conjunto, y en relación a las mismas transformaciones de los últimos treinta años que hemos estado describiendo en estas páginas. Por ejemplo, en una conversación con Doña Eustolia y Gabriel Sainos, pregunté acerca de la causa de la diabetes. Me explicaron que hace treinta, cuarenta años no se escuchaba tanto, e inmediatamente agregaron que tampoco había presión alta ni cáncer: “Todos eran sanos, todos” (Eustolia Manzano Romero, Ixtepec 2013).

La presión alta, de manera similar a la diabetes, tiende a considerarse como resultado de la acumulación de preocupaciones y dolores. Las causas del cáncer, por lo contrario, no son claras, y las preguntas que se me planteaban en relación a esta enfermedad tendían a cuestionar su existencia. Lo que se sabe, sin embargo, sobre esta enfermedad, es que es la más peligrosa, que es incurable y mortal (aunque se cuenta que algunos curanderos dicen poder curarla). El cáncer entre los totonacos de Ixtepec se relaciona con la putrefacción, al grado de ser referida con ese término, *mass'a*. Como explica Gabriel Sainos, “aquí le dicen pudrimiento, que te empieza, se va, se va, se va, como el cáncer, no se para. Como se va pudriendo, aquí le dicen pudrimiento” (Ixtepec 2013). Doña Esperanza también describe cómo las mujeres con cáncer de mama y de matriz “empiezan a echarse a perder en vida” (Ixtepec 2013).¹⁹⁴

Más allá de las diferencias entre estas enfermedades, las tres son consideradas en conjunto en tanto que son nuevas, y en tanto que son potencialmente incurables. En efecto, en varias ocasiones se citó el cambio en la alimentación como causa del arribo de las tres enfermedades. Doña Esperanza, por ejemplo, explica que “[a]ntes no había el

¹⁹³ Cabe destacar que entre los totonacos de Ixtepec hay una relación clara entre coraje y presión, mientras que el susto se relaciona más claramente con la diabetes.

¹⁹⁴ Para el cáncer se recomienda comer carne de zopilote, alimento tabú que causa repulsión, pero que ayuda en tanto que el animal come carne podrida.

cáncer, no había la diabetes, no había tensión nosotros de esa enfermedad” (Ixtepec, 2013). Al preguntar por qué, dijo que era porque antes “nadie ocupaba el azúcar” (ibídem). Al buscar asegurarme que estuviera hablando de las tres enfermedades, ella asintió: “Sí, ha de ser por el azúcar. Pues sí, porque el azúcar ya viene directamente de la fábrica. Ya no es natural. Se dice. Ya no. Aunque es caña también, ya no es natural que lo cocieran con leña. Ya lo cocieron con otras cosas” (ibídem). Aquí vemos claramente que la asociación del azúcar con la enfermedad y con la diabetes no supone las mismas premisas que supone la conceptualización biomédica: no se trata de glucosa, sino de algo que no es natural. Asimismo, no es sólo el azúcar el que ha provocado el incremento de estas enfermedades, sino el “pollo podrido”¹⁹⁵ y la “comida refinada”.¹⁹⁶ Por último, en Ixtepec se cuenta la historia de un señor que comió víbora sin saber que lo hacía, y por lo mismo ya no podrá saber “lo que es la enfermedad”. Analizaremos esto en la siguiente sección, pero por ahora es importante resaltar que ambas veces que escuché esta anécdota, los que la contaron hicieron referencia a la diabetes, a la tensión y al cáncer. En efecto, la carne de víbora previene estas enfermedades.

Por último, volviendo al recuento de la historia reciente de Ixtepec, los últimos treinta años —desde la llegada de la carretera—, han sido testigos de una transformación en el paisaje. La construcción de más casas, el arribo de más personas y la tala de árboles han resultado en un espacio que no puede ser más hogar a seres como duendes, y en donde ya no hay nahuales o personas que pueden transformarse en animales. Gabriel Sainos explica que los nahuales “existían, [pero] últimamente no” (Ixtepec 2013). Manzano Romero también aclara al discutir el tema: “¡le digo a usted que eso pasó en aquel tiempo!” Un amigo de ella, el maestro Andrés, agrega: “Sí, hace como 50 años eso. Sí va terminando...” (Ixtepec 2013). Lo mismo sucede con los duendes: “Antes había acá, había bastantes duendes. Pero se aparecían porque pues todo estaba en silencio, no había gente, no había luz, no había nada. Pero ahora ya qué duendes puede haber” (Manzano Romero, Ixtepec 2013). Ante esta declaración, Gabriel Sainos agregó que “ya

¹⁹⁵ Resulta de interés el uso del término “podrido” para referirse al pollo con medicamento, en tanto que su consumo causa putrefacción. Doña Amparo relata cómo “no conocíamos ese que venden, pollo *podrido*, ni inyecciones, ni para cristiano ni para animal” (Ixtepec 2013, mi énfasis).

¹⁹⁶ Por ejemplo, se cuenta el caso de un niño que murió de cáncer, y se explica que fue separado de su madre y que por lo mismo le daban puro enlatado para comer.

tumbaron más árboles, los espíritus de los bosques” (Ixtepec 2013). Finalmente, también han desaparecido los cuerpos de agua que tienen dueño. María Vázquez cuenta que el *ikat* es el dueño “del agua grande que nunca se seca”, pero que “ahorita ya están desapareciendo, ya casi no hay, *ikat* ya no hay” (Ixtepec 2013). Al preguntar por qué, ella refiere la pregunta a una vecina que pasaba cerca de nosotras mientras hablábamos. Ella confirma que ya no hay, pero no se sabe por qué. “Ya se está acabando. Esa agua nunca acababa. Hasta daba miedo pasar ahí porque está tendida como si fuera piso” (María Vázquez, Ixtepec 2013).

La historia de las últimas tres décadas del pueblo de Ixtepec encapsula una transformación que ha disminuido el establecimiento de relaciones entre los totonacos que habitan en este lugar y los seres del mundo otro —tanto para bien como para mal— y que ha incrementado el establecimiento de relaciones con los no-indígenas y los foráneos —también para bien y para mal. Esto sugiere que la llegada de la diabetes al pueblo no se debe únicamente a una transformación fisiológica (y ontológica) colectiva a partir del alimento, sino a una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas a nivel población, en relación a la apertura de Ixtepec a un mundo exterior a partir de la llegada de la carretera y de la luz. Es decir, que de manera análoga al caso de la etiología individual en donde se *incorpora* el conflicto, aquí se *incorpora* la relación con el otro. En este sentido, el consumo de los químicos y medicamentos no-naturales ocasiona la diabetes, no porque estos sean dañinos únicamente, sino porque el consumo constante de los alimentos del otro implica una suerte de transformación del pueblo en general, en este otro.¹⁹⁷ Siendo así, sin embargo, es necesario preguntarnos por la noción totonaca de alteridad, ya que hasta ahora hemos obviado la manera en que se conceptualiza al no-indígena o mestizo, así como la relación con ellos. El análisis realizado en el marco de la investigación no logra ni pretende dar una respuesta completa a esta interrogante. Sin embargo, podemos indicar o alumbrar algunas relaciones y asociaciones que pudieran brindar la pauta para estudios futuros sobre el tema.

¹⁹⁷ Es interesante pensar que la esencia de la diabetes “occidental” parece espejarse: en este caso pudiéramos pensar a la diabetes como resultado de una relación de intercambio con el hombre sedentario y glotón producto del capitalismo.

Siguiendo el camino de la serpiente

En su etnografía sobre los encuentros entre los wari' y los blancos, Aparecida Vilaça declara cómo “entender estos encuentros significa sumergirnos en el mundo de las relaciones wari' con otros en general, objetificadas en la forma de afines, extranjeros, animales y enemigos” (2010:2). La antropóloga brasileña describe los encuentros de los wari' con una variedad de otros “tanto en circunstancias cotidianas como en relatos míticos” (ibídem) y concluye que los blancos caen dentro de la categoría de enemigos. Para dar cuenta de estos encuentros, Vilaça habla de “categorías de otredad”, que “consisten principalmente de posiciones dentro de un contexto relacional específico”, las cuales, a su vez, “comprenden los canales primarios para el procesamiento de nuevos eventos y para la absorción de nuevas personas y colectividades” (2010:2). El extranjero (miembro de otro de los subgrupos wari'), por ejemplo, “es un pariente lejano que puede ser hecho consanguíneo a través de la cohabitación y el matrimonio” (ibídem). Mientras tanto, los enemigos —categoría dentro de la cual caen los blancos—, “son ontológicamente wari': extranjeros que se mudaron lejos y que rompieron con los ciclos de intercambios de festivales y mujeres” (ibídem).

En esta tesis, planteada como un primer paso *hacia* una teoría totonaca, no pretendemos conocer las “categorías de otredad” que operan. Sin embargo, el estudio de Vilaça nos brinda la pauta para iniciar la exploración en búsqueda de éstas: ¿con qué otros se relacionan los totonacos y de qué manera? Hasta ahora, hemos visto que establecen relaciones con los dueños del agua, de la lumbre, de la tierra y del monte. En el caso de los curanderos, estas relaciones se establecen a partir de un diálogo y del intercambio; en el caso del no-especialista se establecen de maneras más inadvertidas o accidentales, como en el caso del susto. También se cuenta de personas que han visto, de manera corpórea, a los dueños. Esto implica un gran peligro, en tanto que el establecimiento de una relación con ellos implica salir del espacio totonaco para entrar al espacio del dueño, e implica una transformación del cuerpo y pensamiento de la persona.

En algunos casos, el dueño se aparece ante la persona en forma humana. Puede ser hombre o mujer, y suele llevar a cabo una suerte de cortejo. A la ahijada de María Vázquez, por ejemplo, la pretendió un hombre vestido de traje que se aparecía todos los días al medio día y que era *ikat*, dueño de un pozo cercano. Al alejarse, ella no alcanzaba

a ver si entraba a este pozo o si se seguía de largo. Eventualmente la familia decidió mudarse, pues la pretensión de este señor era peligrosa. En otros casos, el dueño en lugar de hacerse presente en el espacio de las personas, se lleva a la persona a su propio espacio. María Vázquez también me relató el caso de una señora que fue llevada por Juan del Monte, el dueño del cerro, y que fue devuelta pero “ya soncita” o atontada (Ixtepec 2013). En sus palabras: “Piensas que te está siguiendo una persona que quieres, tu hermano, tu papá, y no. Se te va a revelar quién es, pero ya en el monte. Te da de comer, te da de beber, te cuida, te protege. Ya que se cansa, cuando se cansa de ti ya te lleva otra vez” (ibídem). Al preguntar por qué al ser devuelta regresó “mal”, María me dijo que “tal vez les dé de comer. Dice que les da de comer el hongo, palo, y la persona toda le sabe bien y se lo pasa... Ve que es algo bueno y se lo pasa” (Ixtepec 2013).

El hecho de que la persona pierda las facultades del pensamiento a raíz de este encuentro, nos remite al concepto de corazón y espíritu totonaco, en tanto que están relacionados con el pensamiento y con el “sentido”. En este contexto, es interesante considerar que es el espíritu el que queda permanentemente transformado a partir de la cohabitación corporal con un ser del mundo otro. Lo que buscamos resaltar, sin embargo, es que la relación con los dueños puede establecerse a partir de la cohabitación y el compartir alimentos, así como potencialmente a partir del matrimonio. Si especificamos que el matrimonio es potencial, esto se debe a que no se sabe de matrimonios de personas con dueños, a pesar de las pretensiones de estos. A su vez, es importante recalcar que la relación con estos seres es peligrosa, en tanto que peligran la constitución de uno como persona totonaca. De manera similar, los totonacos se cuidan de establecer relaciones físicas con los malos aires y con los espíritus de los muertos, pues al no estar conscientes de pertenecer ya a otro mundo, su contacto ocasiona la enfermedad en los vivos.

Continuando con la exploración de las relaciones entre los totonacos en Ixtepec y diferentes formas de alteridad, pasamos ahora a analizar la relación de alianza que pueden establecer con la víbora, entidad no-humana que también tiene el potencial de transformación. En Ixtepec, las personas pueden elegir “casarse” con una serpiente, que puede ser mujer u hombre, porque dan dinero. Es decir, se puede vivir en matrimonio con la víbora y ésta mantendrá a la pareja. Según me explicaron Antonio Lorenzo y María

Vázquez, si la serpiente es hombre “la esposa tiene que ir siempre bien presentable a darle de comer a la hora que le dice” (Ixtepec 2013). A su vez, si la mujer estaba casada antes de encontrar la serpiente, “no tiene que tener relaciones con su esposo” (ibídem). Lo mismo sucede en el caso inverso: “si es mujer la serpiente, pues el hombre no tiene que tener la mujer ahí, no tiene que tener relaciones” (ibídem). En algunos casos, cuenta Don Antonio, una pareja casada decide separarse mientras que uno de ellos “está” con la serpiente, y después se dividen el dinero (Ixtepec 2013). Don Antonio también explica que en la noche la serpiente se acuesta contigo y es mujer o hombre (es decir, tiene cuerpo de mujer o de hombre).¹⁹⁸ Se sabe de algunas personas en el pueblo que están casadas con una serpiente, ya sea porque quieren recibir el dinero que trae, o porque no están en condiciones de mantener a una mujer o ser buenos maridos. Una de estas personas, por ejemplo, es un señor que tiene lastimada la pierna y no puede caminar.¹⁹⁹

Esta relación de alianza no puede ser con cualquier serpiente, sino que únicamente es posible con la serpiente masacuate, denominada *jukiluwa* o serpiente venado.²⁰⁰ Esta serpiente, la boa constrictor imperator, no es venenosa y su piel tiene un patrón circular con manchas redondas.²⁰¹ María Vázquez aclara que uno sólo se puede casar con la serpiente “que tiene unas ruedas así como monedas” (Ixtepec 2013). La referencia a la imagen de las monedas la escuché en varias ocasiones, lo cual pudiera ser significativo considerando que se establece un vínculo cercano entre esta serpiente y el dinero. Este es el caso entre los totonacos de Tepango de Rodríguez, quienes opinan

¹⁹⁸ En efecto, al expresar incomodidad o miedo ante la idea de acostarse con una serpiente, Don Antonio me preguntó que si no me acostaría con ella si *fuera la figura* de mi novio (Ixtepec 2013).

¹⁹⁹ Es interesante notar que aunque algunas personas se refieren a estos casos como “cuentos”, por lo general se habla de ellos como hechos: se sabe quién está con una serpiente, y si alguien descubre a una en la carretera, las personas discuten con esta persona si debería o no casarse con ella. Esto representa un fuerte contraste a las constantes aclaraciones en torno al susto de que “son creencias”.

²⁰⁰ *Juki*, *jūqui*’ o *juqui*’, significa venado, mientras que *luwa*, *luwa*, *lūwa*’ o *lūhua*’ significa serpiente. La masacuata o *jukiluwa* es una boa constrictor imperator.

²⁰¹ Según Gastón Macín en la Sierra Norte de Puebla existen varios tipos de serpiente: la serpiente coralillo (*corales lūwa*’), la serpiente maicera (*cuxi’ lūwa*’), la boa constrictor imperator (*jūqui’ lūwa*’), lagartija común (*slu’lu’cu*), la lagartija del género Eumeces (*xatzi lūwa*’), la víbora de cascabel (*mak’xa xat lūwa*’), la serpiente nauyaca (*quilhtzi’ mu’ncsno*’), la serpiente acuática (*chu’chut lūwa*’), y la serpiente metlapilillo (*tanca’xa*) entre muchas otras (2011:15). Las que figuran en las narrativas de los habitantes de Ixtepec son la boa constrictor imperator o *jukiluwa*, la cual trae dinero si uno vive en matrimonio con ella; la serpiente nauyaca, también denominada cuatro narices, la cual es altamente venenosa; y la serpiente maicera, *cuxi’lūhua* o petatilla, cuya presencia en el maizal indica buenas cosechas por venir.

que las manchas del mazacuate “parecen monedas y billetes, y por ello es el padre del dinero” (Ávila Soriano 1990:249).

A pesar de que es relativamente aceptado el matrimonio con una serpiente, esta relación también implica una transformación para ambas partes. La persona, como hemos visto, debe renunciar a tener relaciones con una pareja humana para poder relacionarse con su pareja no-humana o, en su defecto, entra en un matrimonio con la serpiente porque no le ha sido posible obtener un matrimonio con una mujer totonaca. Asimismo, esta transformación no parece ser temporal, pues al preguntar qué pasaba cuando uno ya no quería seguir con la serpiente, nadie tuvo una respuesta; era evidente que las personas en Ixtepec no pensaban el matrimonio con la serpiente en términos de un contrato temporal. Al mismo tiempo, la serpiente debe “domesticarse”. En una ocasión un hombre en Huehuetla encontró una masacuate y el hecho se discutía en la casa en la que me hospedaba. Don Antonio contó que aún “la están acostumbrando a la gente” y agregó: “Es que todavía es salvaje, del monte” (Ixtepec 2013). Es decir, que la serpiente no se convertía en hombre y mujer inmediatamente, también debe pasar por un proceso de transformación. A diferencia de su pareja humana, sin embargo, la serpiente tiene una posibilidad inherente de transformación, que explica que se hable de que ella se transforma en la noche. De no ser así, y considerando que ambos polos de la relación sufren una transformación, no resultaría claro cuál de los cuerpos se convierte al acostarse. En efecto, la serpiente no sólo se transforma ante su pareja, sino que puede transformarse en otros momentos. Durante una conversación que tuve respecto a este tema con la familia Lorenzo, Doña Piedad preguntó de dónde sacará el dinero la serpiente. Su hija propuso que entraba por debajo de la tierra al banco, historia que hace eco de los comentarios de la gente acerca del hecho de que las casas del candidato del PRI se habían derrumbado porque la serpiente —mujer rubia y joven— que le traía todo el dinero, pasaba por abajo. Don Antonio, sin embargo, contestó que la serpiente “va como hombre de dinero, bien vestido. Es visible así, como rico. Nadie sabe que es animal” (Ixtepec 2013).²⁰²

²⁰² Es importante notar que uno de los términos que se utiliza en Ixtepec para hablar de los curanderos es *chuchuna luwa*. Aunque nos faltan los elementos para comprobarlo, podemos pensar en la posibilidad de que la palabra *luwa* en la denominación haga referencia a la posición ambigua del curandero como mediador entre mundos y como alguien que puede ser “bueno” o “malo”, al igual que la serpiente. También pudiera

Entre los totonacos de Ixtepec existe otra posibilidad de relacionarse que resulta en la adquisición de dinero: hacer un trato con el diablo. En contraste a la relación establecida con la víbora, “ese sí es peligroso”, declara Doña Piedad. Para hacer un trato con el diablo es necesario ir al monte o a las cuevas y llamarlo. Don Eustolio sabe de un señor que hizo esto y ofreció rezarle al diablo. Éste, en forma de un hombre atractivo, se le apareció en seguida y le ofreció lo que quisiera. El hombre pidió dinero pero a través de trabajo, y a cambio ofreció al diablo sus animales; dijo que su familia no. El diablo aceptó a pesar de que lo más común es el pago en la forma de vidas humanas, ya sea de la familia o del pueblo. Los animales murieron uno por uno pero la mercancía del señor comenzó a venderse bien. Eventualmente decidió que ya no quería darle al diablo más de sus animales y de inmediato le pagó a un cura para que rezara y lo protegiera. Éste rezó cuatro días y cuatro noches y ya no le pasó nada ni al señor ni a su familia. Esta anécdota constituye una excepción, sin embargo, ya que por lo general el trato con el diablo resulta en la muerte propia o de algún familiar. Otro señor, en la misma época, decidió hacer lo mismo que el primero. Sin embargo, cuando el diablo le preguntó lo que quería, él se espantó y ya no quiso nada. Al llegar a casa contó lo ocurrido a su familia y cuando terminó de contar, cayó muerto.

La relación con el diablo no puede tomar la forma de una alianza matrimonial, como es el caso con la serpiente o potencialmente con los dueños. En su lugar, existe un intercambio de dinero por vidas o sangre. En un relato totonaco recopilado por la Conaculta, el diablo se relaciona con una familia a través del compadrazgo. En el relato, el “padrino vivía en otro pueblo”, y los compadres del diablo recuerdan a su hijo que, al visitar a sus padrinos, no debe comer lo que comen ellos, pues “sabían que eran seres de otro mundo y que lo que comían nadie lo podía comer” (Conaculta 1994:73). La familia respetaba a su compadre/padrino porque “porque cada vez que lo visitaban llevaban guajolote, pollo o puerco negro; con eso se conformaban” (ibídem). Las demás personas, sin embargo, le decían al muchacho “que no fuera allá porque lo podían matar” (ibídem:75). Finalmente, una anciana le dice que si es su padrino, no le prohíbe visitarlo,

pensarse que hace referencia a la posibilidad de transformación que vemos aquí es característica de la serpiente *jukiluwa*.

pero sí le pide que no reciba lo que le inviten, pues implicaría que ya no pudiera regresar” (ibídem). Nos encontramos aquí con otro relato, esta vez en forma de cuento, en el que los protagonistas deben evitar comer la misma comida para no transformarse y quedarse en el mundo del ‘otro’. En términos de la relación con el diablo, descubrimos que está plagada de tensión, en tanto que es parcialmente consentida, pero a la vez sumamente peligrosa. Los padres del muchacho, al ser compadres del diablo, están obligados a respetarlo y visitarlo. Sin embargo, se cuidan de no establecer otro tipo de relaciones — de no compartir comida— pues esto implicaría una relación demasiado cercana.

En el análisis que hace Italo Signorini del compadrazgo, el antropólogo italiano concluye que esta forma de relacionarse opera en “diversos contextos sociales y económicos como dúctil y eficaz instrumento de cohesión, tanto en el seno de la comunidad homogénea como entre clases sociales y grupos étnicos ordenados jerárquicamente (Signorini en Masferrer Kan, 2009:197). Según Masferrer Kan, en Ixtepec las relaciones de compadrazgo son de “carácter vertical” *sensu* Mintz y Wolf. Es decir, que se caracterizan por “relaciones estructurales entre personas de clases sociales alternas o de patronazgo” y no por “relaciones de compadrazgo intraclase o entre individuos en posiciones sociales semejantes”, las cuales se denominan “horizontales” (2009:194). En el caso de este municipio, según este antropólogo, el carácter vertical del compadrazgo se manifiesta en tanto que “[l]a institución opera preferentemente como una estrategia de los grupos mestizos para obtener el control y la mano de obra segura y barata” (Masferrer Kan 2009:192).

Durante mi estancia en campo, no observé esta “estrategia” de los grupos mestizos, pero la caracterización del compadrazgo en Ixtepec como principalmente vertical nos brinda una pista más para pensar la relación entre las personas y el diablo: claramente caracterizada por una relación vertical, así como por el hecho de que el portador del dinero es el diablo, pudiera decirse que este ser pertenece a una clase social diferente, y posiblemente a un grupo étnico diferente, como sugiere la síntesis de Signorini. Esto hace eco del hecho de que en varios pueblos mesoamericanos el diablo se vincula con el mestizo, o por lo menos se les adjudican características similares. Como declara Imelda Aguirre, la vinculación del diablo con la riqueza ha llevado a la interpretación de esta entidad como una alteridad ante los indígenas. En el caso teenek,

en efecto, tanto el diablo como los mestizos son considerados como una suerte de “enemigos” (Imelda Aguirre, comunicación personal).²⁰³ En la Sierra Norte de Puebla, a su vez, “la figura del diablo es la de un hombre rubio que viste saco y corbata, que carga un portafolios y que anda descalzo” (Masferrer et al. 2003:71).

Entre los totonacos de Ixtepec la relación entre el diablo y la riqueza es clara, y el que se tienda a describirlo como un hombre atractivo, vestido de traje, puede indicar una vinculación con la figura del mestizo o del no-indígena. Sin embargo, los totonacos en este municipio denominan a los mestizos *luwa'* —serpiente— o *luhuā'n* —persona no indígena. La pregunta que emerge en este caso, entonces, es qué connotación tiene, o a qué se refiere, el uso de este término. Nicolas Ellison, en su tesis sobre los totonacos de Huehuetla, Puebla, declara que “los no-indios son “serpientes” o luwan (luwanan plural) debido a su propensión, real o percibida, al abuso y a la extorsión en las relaciones comerciales, tendencia a menudo confirmada por la observación empírica de las relaciones económicas asimétricas entre agricultores totonacos y comerciantes mestizos” (2004:110-111). El antropólogo compara esta denominación con el uso que dan los nahuas al término coyote para referirse a los no-indígenas (*koyot*, plural *koyome*). En términos generales, explica Ellison, el acceso a la tierra, y el control político y económico están íntimamente ligados a las relaciones entre los pueblos totonacos y la población no-indígena. Sin embargo, en el caso específico de la Sierra Norte de Puebla, el que a esta población se le denomine “coyote” o “serpiente” se relaciona con el hecho de que “la dominación política y económica por la minoría mestiza comienza con el control del comercio más que de la tierra” (Ellison 2004:111). En efecto, “el papel fundamental de las relaciones socio-económicas en la definición de la etnicidad es clásico en México” (ibídem).

²⁰³ Comenta que ambos son, en cierto sentido, seres “malos”. Esta connotación recuerda a uno de los relatos totonacos recopilados por la Conaculta, que trata sobre un campesino y una víbora. En este cuento, el señor ayuda a la víbora a salir de debajo de un tronco, donde se encuentra atrapada. Acto seguido, la víbora quiere comer al hombre. Éste convence a la serpiente de preguntarle a tres animales si era correcto que se lo comiera. El caballo y la gallina están de acuerdo con lo que quiere hacer la víbora, mientras que el coyote se las ingenia para volver a atrapar a la serpiente, a la cual le dice que “el que hace bien con el bien le pagan y el que hace mal de la misma manera le pagan. Recuérdalo en tu memoria, *tú no eres buen animal*” (Conaculta 1994:71, mi énfasis). En esta historia, la relación entre hombre y víbora requiere de mediación, y el carácter amenazante y tramposo de este reptil se vuelve evidente.

En el sentido propuesto por Ellison, el uso del término *luwa'* o serpiente para referirse a los mestizos está ligado con las relaciones socio-económicas asimétricas, indicando quizá que la asociación en términos de relación de alteridad se asemeja más a la relación que pueden establecer con el diablo. En efecto, Masferrer propone que esta descripción se relaciona al hecho de que este reptil está “vinculado con el mundo de abajo, donde suele colocarse el infierno en las tradiciones españolas de evangelización” (Masferrer Kan 2004:8). En el caso de los totonacos de Ixtepec, en efecto se llega a relacionar a la serpiente con el diablo en ciertos contextos, *pero no en el caso de la mazacuata-mujer/hombre* arriba mencionado.²⁰⁴ Mientras que María Vázquez, tras haber conversado sobre las posibilidades de alianza con la serpiente, estableció claramente que ésta no tiene que ver con el diablo, el conductor de una de las combis que va de Caxhuacan a Ixtepec me comentó que la serpiente, en términos generales, sí tiene que ver con éste personaje: “las víboras son de, bueno, no del lado bueno” (Ixtepec 2013).

La pregunta que emerge entonces es a qué se están refiriendo los totonacos al denominar serpientes a los mestizos: ¿a una relación análoga a la relación con el diablo, ligado con la serpiente, o a una relación con la serpiente como ser que puede transformarse y traer dinero, pero cuya jerarquía socio-económica difiere de la del diablo? Pues como vemos, aunque ambas relaciones con seres ‘otros’ brinden dinero a la persona que las establece, éstas son fundamentalmente diferentes. Esta pregunta se complejiza aún más considerando que entre los totonacos de Ixtepec, la serpiente tiene connotaciones tanto positivas como negativas.²⁰⁵ Esta posición ambigua puede observarse claramente en el hecho de que las diferentes víboras se relacionan con el

²⁰⁴ Resulta interesante en este sentido subrayar que entre los totonacos existe un grupo de danzas, que Ichon llama “danzas de la serpiente”, cuya característica principal “es la presencia de un personaje femenino, la *Malinche*, representada por un hombre travestido y que lleva una serpiente de madera o de trapo” (1973:408). En Ixtepec es una mujer la que hace de Malinche, y uno de los danzantes de Huehuetla me explicó que mientras bailan deben de tener mucho cuidado de no caer en la tentación de pensar en una mujer, pues es como si te picara la víbora, y puedes morir (Ixtepec 2013).

²⁰⁵ Asimismo, la serpiente juega un papel importante en la “historia de Ixtepec”, como la denomina Hilda Lorenzo. Esta historia tiene varias versiones, pero en términos generales cuenta que en un futuro Ixtepec, que está sobre el agua, se hundirá. Donde está la iglesia, dicen que había una laguna, y que ahí hay una serpiente que gobierna medio pueblo. Ixtepec se hundirá cuando salga la serpiente. En la versión que me contó Nicolasa, en la iglesia está la virgen deteniendo con un pie a una serpiente de siete cabezas. De igual modo, el fin del pueblo llegará en la forma del agua el día que esta serpiente se libere.

maíz, con la buena fortuna, con el dinero, con el diablo y con el mestizo.²⁰⁶ Por otro lado, el uso del término *luwa'* para referirse al no-indígena es despectivo. Estas interrogantes deberán permanecer abiertas por ahora, aunque en el siguiente capítulo volverán a emerger.

Hasta aquí hemos descrito algunas de las relaciones que establecen los totonacos con entidades 'otras' no-humanas, relacionadas a su vez —en el caso del diablo y de la serpiente— con los mestizos, cuya “humanidad” (aún) no queda establecida en este análisis. A partir de esta exploración podemos vislumbrar un entramado de relaciones que incluyen una vinculación diablo-mestizo, mestizo-serpiente, serpiente-diablo, y que comparten el elemento del dinero como central a las mismas. Estas relaciones de alteridad —que consideramos apuntan a un delineamiento eventual de las “categorías de alteridad” totonacas— nos sugieren diferentes posibilidades en que los totonacos de Ixtepec conceptualizan o se relacionan con el mestizo o no-indígena, relación que juega un papel central en la llegada de la diabetes al pueblo. Lo que es más, en la anécdota referida en la sección anterior acerca de la serpiente o víbora cuyo consumo previene la diabetes, el cáncer y la hipertensión, vemos una relación directa entre este ser o animal, y las enfermedades que arribaron como parte de las transformaciones de los últimos treinta años. A continuación, analizaremos esta narrativa de manera más detallada.

Dos personas en Ixtepec, en diferentes momentos, me contaron la misma historia, repitiendo los elementos que expongo aquí: Durante un viaje conocieron a un señor que estaba triste, y que decía: “Yo quisiera sentir alguna enfermedad, yo quisiera sentir la diabetes... Yo quisiera sentir otras enfermedades, pero para mi mala suerte... yo no voy a tener esa enfermedad. Yo no voy a tener diabetes, yo no voy a tener ninguna otra enfermedad” (María Vázquez, Ixtepec 2013). En la narrativa del conductor de Caxhuacan, el hombre decía: “yo quisiera saber qué, cómo es tener cáncer pero nunca voy a saber” (Ixtepec 2013). El señor entonces contó cómo un día, trabajando en un rancho, mataron una víbora de cinco metros, según la narrativa del conductor; y larga y gruesa según la

²⁰⁶ Según Ichon, los totonacos del noroeste usan el nombre 5-Serpiente, *A'kqizis-luhua* para referirse al Señor del Maíz” (Ichon 1973:105). Asimismo, el “número esotérico del maíz para los totonacos es 5 Serpiente, porque hay cinco clases de maíz y porque no se quiere utilizar el nombre del dios del maíz: 7 Serpiente, pues su número es nefasto” (Ichon en Stresser-Péan 2011:245). Aquí se vuelve a sugerir un carácter tanto fasto como nefasto de la serpiente.

narrativa de María. Entonces la patrona les pidió que le dejaran la carne de la víbora y al día siguiente les dio de comer muy rico. Un día después (o al tercer día, según María Vázquez), los trabajadores volvieron para pedirle a la señora que volviera a cocinar el pescado del día anterior (pues la víbora sabe a pescado), y fue entonces que ella les anunció que habían comido carne de víbora. En ambos casos les informó que nunca se iban a volver a enfermar: “para la suerte que van a tener ustedes, no se van a enfermar, dice. Ustedes no van a saber lo que es *la alta presión, qué es la azúcar, qué es el cáncer, qué es el otro ¿no?* No se van a enfermar dice” (María Vázquez, Ixtepec 2013, mi énfasis).

En esta narrativa podemos identificar elementos que relacionan a la diabetes con el mundo del mestizo. En primer lugar, en ambas historias es la patrona la que engaña a los trabajadores para que coman la carne de víbora, animal que no se come entre los totonacos, y que posiblemente sea tabú, pues no deben ser cazadas (véase Ichon 1973:112). La posición social de este personaje es una de jerarquía y verticalidad, que hace eco de la relación con el diablo-mestizo. En segundo lugar, el hecho de que la serpiente —relacionada con el mestizo diablo y el mestizo en un caso, y con el dinero en otro caso— se vincule directamente con las tres enfermedades que llegaron junto con la carretera y las transformaciones descritas en el apartado anterior, nos sugiere que estas enfermedades efectivamente están vinculadas con un mundo de “afuera”, que a su vez, es mestizo. Ninguno de los narradores me supo decir qué tipo de serpiente había ingerido el señor, puesto que no considerarían comerla. Sin embargo, a modo de hipótesis, podemos considerar que haya sido una mazacuate o una nauyaca. De ser la *jukiluwa*, pudiéramos pensar que esta historia representa el límite de la relación de matrimonio expuesta anteriormente: el matrimonio con ella trae dinero aunque es necesario transformarse en tanto que uno debe dejar de lado la relación con la mujer o el hombre totonacos, mientras que ingerirla transforma el cuerpo de la persona por completo y la hace inmune a las enfermedades ‘otras’, de “afuera”. Por otro lado, podemos conjeturar que la historia hace referencia a la víbora nauyaca por varias razones. En primer lugar, esta víbora es venenosa, de modo que ingerir su veneno pudiera hacerte inmune al veneno que está en los alimentos. En efecto, existen varios remedios entre los totonacos que funcionan bajo la misma lógica, y se dice que cuando comes la carne de la víbora, ya no te hace daño aunque te pique. Asimismo, existe una leyenda que establece a la

nauyaca como vencedora de la mazacuata,²⁰⁷ hecho que pudiera establecer a la primera en una posición análoga a la del diablo-mestizo, posicionada por lo tanto en relación más cercana a las enfermedades en cuestión.²⁰⁸ Por otro lado, es a la mazacuata a la que se vincula con riquezas, y no a la nauyaca. Como declara Ávila Soriana para el caso de los totonacos de Tepango de Rodríguez, el mazacuata es el personaje de las leyendas “que produce oro hasta llenar grandes cofres, y quien consiga domesticarlo se volverá rico” (1990:249).

Por último, queda por resolver la cuestión del por qué en ambas narrativas el señor que no padece enfermedades está triste. Esto pudiera explicarse en primera instancia por el hecho de haber comido víbora, la cual, a pesar de tener un buen sabor, es un alimento tabú entre los totonacos. Sin embargo, en las narrativas lo que entristece al hombre no es haber sido engañado, sino no poder llegar a conocer lo que es la enfermedad. Una manera de explicar su tristeza, entonces, sería considerando que la llegada de la diabetes, de la hipertensión y del cáncer se relaciona con una transformación de las relaciones del colectivo en Ixtepec, caracterizada por una apertura hacia fuera, por un incremento en las relaciones interculturales, por una transformación potencial en otro, por una mejora económica, y por un alejamiento de las relaciones de intercambio intraculturales. El no padecer enfermedades implica una exclusión de toda esta serie de relaciones, tanto negativas como positivas. La pregunta que faltaría por resolver es si la tristeza surge de una exclusión del colectivo totonaco, o de una exclusión de la posibilidad de tornarse otro, de conocer lo que es ser mestizo (de cierto modo, considerando la transformación del colectivo en los últimos treinta años, estas opciones parecen ser una y la misma cosa).

²⁰⁷ La historia inicia con la pelea entre las víboras nauyaca y mazacuata, de la cual sale triunfante la “cuatro narices”. Muy orgullosa se declara más poderosa que nadie. La luna escucha esto y la reta a no comer alimentos siete días. La nauyaca intenta pero no lo logra: al cuarto día se come un sapo. Desde entonces es enemiga de la luna, quien hizo un trato con el Sol para poder enviar poderes a través de sus rayos a la semilla de altamis, que salva a aquellos que han sido atacados por la nauyaca. Así, ella deja de ser tan poderosa. A las siete de la tarde, cuando se oculta el sol y sale la luna, las víboras se ocultan y no salen en toda la noche (Conaculta 1944:56-57).

²⁰⁸ En relación a esto, es sugerente notar que uno de los nombres en totonaco para la nauyaca es *cānā’ lūhua’* (Reid y Bishop 1974:71), y que la palabra *cānā’* se relaciona a aquello que es “verdadero”. Así, *cānā’ misin* significa “el tigre verdadero” (ibídem:17).

Campos diferenciados, ¿cuerpos diferentes?

El análisis de la etiología de la diabetes a un nivel colectivo (si es que podemos hablar de niveles), nos ha llevado en primer lugar a problematizar la utilidad de nuestras nociones de individuo y sociedad para dar cuenta de la realidad totonaca, así como a preguntarnos por la relación entre el cuerpo y el colectivo en relación a la persona totonaca. En segundo lugar, nos ha llevado a analizar el grupo de relaciones y transformaciones históricas —es decir, de la historia de Ixtepec concebida por los totonacos que habitan ahí— de las cuales forma parte la llegada de la diabetes. Este análisis mostró que esta red de relaciones tiene como punto focal una relación con el “afuera” y con el mundo del mestizo o no-indígena, es decir, una relación de alteridad. Para poder contextualizar esta relación, pasamos a delinear de manera general algunas de las relaciones que establecen los totonacos con seres ‘otros’ —pensadas como primer acercamiento a las “categorías de otredad” *sensu* Vilaça— para poder sugerir algunos modos en los que se pudiera conceptualizarse al no-indígena entre los totonacos de Ixtepec. Así mismo, nos fue posible alumbrar ciertas relaciones entre la diabetes (constituida en sí como haz de relaciones), y las formas de alteridad analizadas. La pregunta que queda aún sin abordar —no contestar, pues no pretendemos haber “contestado” las primeras— es cómo se piensa al ‘otro’ en términos corporales. Considerando que la etiología de la diabetes colectiva sitúa a esta enfermedad como una consecuencia de una serie de transformaciones ocurridas a partir del establecimiento de relaciones con el “afuera”, surge la interrogante acerca de si la diabetes se considera una “enfermedad mestiza”, y si eso implica una diferencia entre cuerpos. ¿La otredad se ubica en el cuerpo? Y ¿qué relación tiene con la enfermedad?

Pedro Pitarch, en uno de sus escritos sobre los indígenas tzeltales, propone la existencia de dos cuerpos: un cuerpo-carne o *bak'etal* —objeto físico inerte—, y un cuerpo-presencia o *winkilel* —pensado como un “cuerpo fenoménico” caracterizado por hacer cosas como trabajar, pasear y hablar, y como “un medio para relacionarse con otros seres humanos” (2010:177). Es este segundo cuerpo el que, según Pitarch, marca la diferencia entre “especies-sociedades” (término que utiliza basado en las propuestas de Taylor y Viveiros de Castro), en tanto que entre éstos “existe una diferente capacidad

de *reconocimiento* de los cuerpos-presencia” (2010:184). Por ejemplo, europeos e indígenas

son capaces de reconocer hasta cierto grado sus respectivos cuerpos-presencia; pero no se trata de un reconocimiento sencillo ni completo. El hecho de que no hablen la misma lengua y no compartan los mismos hábitos —gestos, etiqueta, vestimenta, etc.— revela un cuerpo-presencia en parte distinto, lo cual impide una percepción completa y por tanto un intercambio social fluido (ibídem).

En este sentido la diferencia “cultural” es una diferencia “corporal” (ibídem). De manera similar Laura Romero describe cuatro categorías mediante las cuales los nahuas de la Sierra Negra identifican la otredad esencial: “los hábitos alimenticios, la prohibición del incesto, la apariencia humana y el náhuatl como lengua verdadera” (2011:43). Para el caso de Ixtepec, pensar que la diferencia entre culturas y cuerpos se relaciona en gran medida con corporeidades —con hábitos, con la alimentación, etc.— nos permite ver de manera aún más clara que la transformación ocasionada por el consumo de alimentos “de fuera”, plagados de “químicos”, implica una transformación ontológica. Sin embargo, como veremos a continuación, la relación entre las enfermedades y la diabetes con la diferencia entre los cuerpos pensada en este sentido no parece ser de causalidad directa.

Durante una conversación con Doña Esperanza, estaba presente una amiga suya con quien me comunicaba “a señas”, pues no hablo totonaco. En un momento dado, mientras Esperanza y yo discutíamos el susto, ella interrumpió la conversación para preguntarle a su amiga (quien posteriormente tradujo): “¿Habrá todo lo que le estás diciendo allá?” Doña Esperanza le contestó que me contaba sobre esto para que “si quiera que... sepa que las cosas del mundo, lo cura. Lo cura la enfermedad que uno tiene” (Ixtepec 2013). A pesar de que la amiga de Doña Esperanza preguntó por la *existencia* del susto en la ciudad, por lo general las discusiones sobre el tema se referían al *conocimiento* o a la *falta de conocimiento* sobre el tema. Por ejemplo, al hablar de los dueños del agua, María Vázquez comentó: “Hay muchas cosas que tal vez en México no lo *saben* ¿verdad?” (Ixtepec 2013, mi énfasis). En el caso de la conversación con Doña Esperanza, ella me estaba *informando* sobre cosas que *son*. Este hecho se confirmó cuando le pregunté a ella —y en otras ocasiones a diversas personas— si las

enfermedades como el susto también existen en la ciudad, y la respuesta fue siempre afirmativa.

Según los totonacos de Ixtepec, todas las personas pueden padecer todas las enfermedades. Cada vez que preguntaba si a los médicos, a los mestizos, a las personas en la ciudad, y a mí, podía darme susto o mal aire, las personas me decían que sí: “Todos; todos padecemos de esa” (Esperanza Pérez, en relación al susto y al mal aire, Ixtepec 2013). En relación a esto, preguntaba si todas las personas tienen *takuxta* o espíritu, sean o no totonacas, y la respuesta también tendía a ser afirmativa. Sin embargo, los médicos o doctores no curan el susto. En contraste, no había duda acerca de si existía la diabetes en la ciudad o en otros lugares, pero ante mis diferentes planteamientos de que esta enfermedad pudiera considerarse como un padecimiento “mestizo” o de otros, la respuesta siempre fue negativa. La diabetes, al igual que el susto, les da a todos. Gracias a las conversaciones que tuve con diferentes habitantes en Ixtepec respecto al tema, me fue posible identificar mis propias contradicciones: ¿por qué cuando todo lo que estaba encontrando apuntaba a una diabetes totonaca, estaba empeñada en descubrir que se pensara como una enfermedad mestiza? La diabetes está inmersa en una serie de relaciones de alteridad, como hemos visto, y parece estar categorizada como una enfermedad nueva junto con la hipertensión y el cáncer. Asimismo, padecer diabetes implica relacionarse constantemente con el hospital, como veremos en el siguiente capítulo. Sin embargo, la enfermedad *en sí misma*, desde el punto de vista totonaco, no “corresponde a” o “proviene de” un cuerpo mestizo. A su vez, el cuerpo humano parece ser universal en tanto que todos podemos padecer las mismas enfermedades, aunque, como veremos ahora, posiblemente de diferentes maneras. Es más, a pesar de que el experto sobre la diabetes sea el médico alópata y que la mayoría, si no es que todas, las personas con diabetes acudan al hospital o al médico particular para atenderse, el médico no es un experto absoluto. Como veremos en el siguiente capítulo, hay afirmaciones que se le disputan, y hay afirmaciones sobre la diabetes que simplemente no se le creen. Como veremos, esto tiene que ver con el hecho de que la diabetes en tanto condición del cuerpo, *incluye* las visitas al hospital.

No obstante, sí existe una distinción en términos de conocimiento en relación a los diferentes padecimientos del cuerpo: hay enfermedades sobre las que saben más los

curanderos y enfermedades sobre las que saben más los médicos tradicionales. A su vez, hay enfermedades que sólo los curanderos pueden curar, no sólo porque *saben* sobre éstas o las *conocen*, sino porque tienen un “don”. En el siguiente capítulo nos adentraremos en el análisis y la importancia de este hecho; por ahora basta con hacer referencia al hecho de que sí existe una suerte de campos de conocimiento diferenciados. Conversando con Eustolia Manzano Romero, la curandera me contó acerca de una ocasión en la que un doctor le llevó a su hijo para que lo curara de empacho. Ella le reclamó que él debería curar a la criatura, pues era médico: “usted es doctor y bien preparado le digo, y pues uno no tiene los estudios que usted tuvo” (Ixtepec 2013). Sin embargo, al sugerir que en realidad se trataba de cosas diferentes, ella asintió: “Así es...Le digo que los doctores no conocen nada de eso. Luego a veces de veras me traen criaturitas así, pues ya les dan jarabes, los inyectan y no se pueden componer. Y hasta que no ya les hago su cocimiento ya se componen” (ibídem). Durante mi estancia en Ixtepec escuché varias historias similares, especialmente en relación a la incapacidad del médico alópata de *encontrar* o *identificar* un mal cuando la persona tiene susto.

Ante estos hechos y declaraciones, la problemática que percibí era qué pasa en contextos en donde no hay curanderos que puedan curar el susto. Mi pregunta, hipotética y claramente enfocada en un contexto ajeno al de Ixtepec, fue contestada sin embargo de maneras similares por todas las personas con las que hablé. Si a alguien le da susto en la ciudad y no se trata con un curandero, se va debilitando y/o muere. Doña Esperanza, sin embargo, agregó un comentario que posiblemente nos brinde una pista para pensar la relación entre cuerpo y enfermedad entre los totonacos. Tras preguntar qué hacen los médicos en las ciudades cuando les da susto, ella contestó: “Se mueren. Se mueren. Les agarra cáncer, o les agarra el hongo, que empieza en el pie. Sufren del hongo. Ese es el susto que tienen también” (Ixtepec 2013).²⁰⁹ Aquí vemos cómo la misma enfermedad surge o se expresa de modo diferente en los diferentes cuerpos. ¿Pero en qué sentido son diferentes los cuerpos en relación a la enfermedad? Hemos aclarado que existe una distinción entre los cuerpos totonacos y los mestizos en relación a los hábitos

²⁰⁹ Podemos asumir que al decir que “ese es el susto que tienen”, Doña Esperanza no está indicando que “representamos” el susto como si fuera cáncer; lógica que rige un pensamiento situado en una ontología naturalista.

y a la alimentación, pero estos no parecen determinar la *forma* de las enfermedades. A su vez, queda sin aclarar si esta diferencia entre cuerpos es individual o colectiva. Ahondemos en esto:

Al hablar de la fuerza de la sangre, Doña Esperanza me explicó que sí existen diferencias:

El cuerpo blanco, vaya: ¡como usted! Usted es güera. Entonces su sangre de usted no es fuerte como la sangre de la persona morena. Entonces la sangre de usted, es medio claro, no es espeso, espeso como acá, como la persona morena, tiene la sangre muy espeso, y muy pesado. Entonces no lo vence tan pronto el aire malo. Por qué, porque también está fuerte del cuerpo. Sí. No tiene el cutis muy blandito, lo tiene bien grueso, porque es moreno. Entonces él le ayuda, o la mujer le ayuda cuando es moreno. Le ayuda su cuerpo. Cualquier mal aire que lo quieran atacar no lo ataca luego. ¿Por qué? Porque también su cuerpo resiste (Ixtepec 2013).

Esta descripción recuerda el hecho de que el susto causa la diabetes en tanto que la sangre se hace menos espesa, “como agua”, y, como podemos apreciar ahora, más cercana o similar a la sangre del cuerpo blanco. Sin embargo, no explica del todo por qué un susto entre los blancos puede *ser* el cáncer. A su vez, a pesar de la distinción que hace Esperanza entre el color de piel, hablando de los morenos que están “acá”, suele suceder que una pareja totonaca tenga un hijo “blanquito”. Como explica ella, “a veces vienen blanquitos o a veces vienen morenitos. No escoge uno, vaya, los hijos. Los hijos como Dios los da. Entonces viene ya de nacimiento morenito, o viene blanquito. ¿Qué va uno a hacer? Luego los papás se empiezan a enojar o empiezan a decir cosas todo porque no lleva el mismo cutis que tiene el hombre, o que tiene la mujer” (Ixtepec 2013). Vemos entonces que inclusive la diferenciación que en un principio se hace entre colectivos o grupos étnicos, puede suceder en un nivel individual.

La pregunta, entonces, permanece abierta; aunque podemos decir que a pesar de que todos los cuerpos/personas puedan padecer una enfermedad sin discriminación (es decir, que desde el punto de vista de los totonacos las enfermedades no son “tononacas” o “mestizas”), la expresión de esta no necesariamente es la misma. Si consideramos los análisis de éste y del subcapítulo anterior en relación a la enfermedad, podemos considerar la posibilidad de que la enfermedad está menos determinada por la

constitución del cuerpo, que por las relaciones y los conflictos que atraviesan al cuerpo y a la persona y que causan la enfermedad, tanto en términos individuales como colectivos.

Aquí se devela nuevamente cómo la relación entre cuerpo, persona y enfermedad que yo asumía desde premisas naturalistas y biomédicas no coincide con la realidad totonaca. Yo partía del hecho de que existe una relación íntima, de causalidad directa inclusive, entre enfermedad y cuerpo, que me llevó a proponer que si asumíamos la existencia de cuerpos diferentes, la(s) enfermedad(es) tenía(n) que ser diferente(s).²¹⁰ Y en efecto, como hemos visto, tanto cuerpos como enfermedades son diferentes, pero la conceptualización totonaca de la relación entre cuerpo y enfermedad comprende la posibilidad de la individualización y la diferenciación. Es decir, que para los totonacos la diferencia entre cuerpos no comprende un límite o una dificultad en relación a la enfermedad, pues ésta parece comprender el potencial de transformarse en cada caso y en cada cuerpo, a partir de las relaciones en las que está inmersa.

Un retorno a la etiología del individuo

Siguiendo la pauta de la distinción que hacen los habitantes de Ixtepec, en esta tesis dividimos el análisis de la etiología de la diabetes al nivel individual y al nivel colectivo. Sin embargo, estos ámbitos no están “separados” de manera absoluta y están relacionados.²¹¹ En efecto, el análisis realizado en estas páginas nos lleva a reconsiderar algunos planteamientos del subcapítulo anterior, y a expandir lo que podemos discernir acerca de la diabetes y de su relación con el cuerpo y el espíritu totonaco. En primer lugar, podemos considerar la posibilidad de que el hecho de que es común relacionar el susto ocurrido en un accidente en la carretera con la diabetes, tenga que ver con una materialización de las relaciones descritas en torno a la llegada de la diabetes junto con la carretera, de las relaciones con el “afuera”. En segundo lugar, pero relacionado con esto, podemos elaborar aún más nuestra comprensión del susto como causante principal

²¹⁰ Si juego con el plural y el singular aquí, es porque mi equívoco estaba cerca de caer en la idea de que la diabetes (única, y por lo tanto universal y biológica), se *expresaría* de diferentes maneras en los diferentes cuerpos.

²¹¹ En efecto, será fundamental para estudios futuros de la cultura totonaca (comprendida como la invención y contra-inventión de los campos de lo dado y lo construido), adentrarse en el estudio de la naturaleza de esta relación.

de la diabetes, así como del espíritu totonaco: El análisis de la etiología colectiva de la diabetes nos ha permitido observar que la diabetes entre los totonacos de Ixtepec tiene que ver con relaciones de alteridad. El hecho de que todos sepan que el susto causa la diabetes, y únicamente la diabetes, sugiere algo en la estructura o en la constitución de esta enfermedad que se relacione con la primera (más allá de una simple (mal)interpretación de que ambas tienen que ver con la sangre). Aquí sugerimos la posibilidad de que la relación causal entre el susto y la diabetes tenga que ver con la noción de espíritu, en especial del *takuxta*, como algo que es otro o que pone en relación a la persona totonaca con un otro. Esto también daría cuenta del papel que juegan el coraje y la tristeza en tanto males del corazón, es decir, del espíritu.

En el subcapítulo anterior, mencionamos que ha habido diferentes intentos por definir la naturaleza de la relación entre persona y entidad compañera. Nosotros sugerimos la posibilidad de considerar que el *takuxta* sea parte del cuerpo totonaco, a la vez que es el cuerpo de la entidad compañera —un cuerpo visible y vulnerable ante otros seres. Ahora podemos agregar que en este sentido el *takuxta* es un ‘otro’ no-humano, que a la vez es un ‘yo mismo’. ¿Pero cómo conceptualizar esto? Una respuesta posible la expusimos ya anteriormente, y la encontramos en la construcción de la palabra misma: el prefijo *ta-* funge como un ingresivo que marca el resultado de la acción o el entrar en un estado, de modo que *takuxta* puede traducirse como “lo que se vuelve mosca” (Héctor Enríquez, comunicación personal). El potencial y el devenir pudieran caracterizar el *takuxta*, y en efecto, el devenir mosca o devenir animal, pudiera traducirse como un devenir otro.²¹²

Pedro Pitarch describe algo similar en el caso de los *lab* de los tzeltales de Cancúc, almas pertenecientes a lo que él llama la “familia” del *takuxta*, las cuales tienen un “carácter de seres del ‘afuera’” (1996:119). Como explica el antropólogo:

Por una parte, son exteriores a Cancúc en un sentido puramente espacial; la clasificación de los *lab* en “animales” (*chambalemetik*), seres fluviales (*chanul ja*) y

²¹² Considerando la cuestión de la alteridad en relación al espíritu totonaco, el hecho de que el prefijo *ta-* sea pensado como una relación, y utilizado en Ixtepec para designar al cuñado (*tā'cucusta*) pero no al hermano (*tā-la'*), y que según los vocabularios (Olmos, Fray Andrés de, 1972 [1875]) también se use para denominar al enemigo (*tā'ca'tza*), nos brinda otra pista para pensar las “categorías de otredad” (Vilaça 2010) de los totonacos.

meteoros corresponde bien con la ecología indígena: la tierra firme, los cursos de agua y la atmósfera. No obstante, no es difícil notar que la distinción tiene que ver menos con una separación vertical del espacio que con la división de superficie de centro/periferia o accesible/inaccesible... Por otra parte, los *lab* pertenecen al “afuera” como seres de naturaleza distinta. Por circular que sea el argumento (aunque no inútil, creo), los *lab* son *lo que no es un indígena tzeltal* (1996:119-120, mi énfasis).

A su vez, los *lab*, que son seres ‘otros’, se encuentran “también dentro del cuerpo” (1996:123). En palabras de Pitarch, “[h]ay una interiorización concreta del “afuera” de Cancúc en el cuerpo (ibídem). “El afuera se halla copresente en el corazón; el extraño está dentro de uno mismo” y ese “otro íntimo”, por lo menos entre los tzeltales, tiene un “fuerte carácter étnico” en tanto que posee rasgos “castellanos” (1996:107).

En el contexto de un primer acercamiento a la teoría totonaca del cuerpo y la enfermedad, era necesario evitar asumir que el *takuxta* por ser animal constituía un ‘otro’, pues aún no conocíamos ni suponíamos las “categorías de otredad” *sensu* Vilaça de los totonacos. Tampoco podíamos asumir que por poder habitar espacios ontológicamente diferentes, el *takuxta* fuera en efecto un ‘otro’ ante y en la persona, además de ser la persona misma. Sin embargo, la relación de este espíritu, del susto, de la sangre y del corazón con la diabetes, nos permite considerar esta hipótesis. A diferencia de los *lab*, los *takuxta* no presentan características mestizas de manera evidente. Sin embargo, podemos trazar una analogía en relación al incesto. Entre los totonacos de Ixtepec, cometer incesto conlleva la sanción de ser convertido en vaca o res. Como me explicó Nicolasa, cuando “hay gente que está con su papá o con su cuñado, se convierten en res o caballo o vaca y se los comen. Dicen que tienen que cumplir ese castigo doce veces. Cuando les arden los ojos o les da comezón es por el chile, sienten como hechos pedazos, porque se los comen. Se los comen allá. Luego regresan” (Ixtepec 2013). Al hablar de que las personas son ingeridas “allá”, Nico señalaba en dirección del monte. En primer lugar, nos encontramos de nuevo con la posibilidad de que un cuerpo esté en un lugar (sano) y en otro (siendo comido) simultáneamente. La referencia a las doce veces nos sugiere una relación con el *takuxta*. Asimismo, el que la persona sea convertida en ganado sugiere un elemento de ‘otredad’, en tanto que éste es “procedente del Viejo

Mundo” (Pitarch:135). Como señala Cora Govers en el caso de los totonacos de la Sierra Norte de Puebla, la res está “asociada con lo mestizo y las potencias nefastas” (Cora Govers en Trejo et al.). Por último, es importante resaltar que la transformación en un animal de carácter ‘otro’ sucede en casos de incesto, tabú que se relaciona con ser humano entre los totonacos, al igual que entre los nahuas de la Sierra Negra referidos por Laura Romero, en donde “el incesto es concebido como una marca innegable de no-humanidad” (2011:49).

La relación implícita en los *lab*, descrita por Pitarch, entre la persona y un ‘otro’ que es uno mismo, nos ayuda a pensar la relación entre el susto (y en consecuencia el *takuxta*) y la diabetes— enfermedad caracterizada en parte por relaciones de alteridad. Entre los tzeltales, la persona se imagina compuesta por varios seres (134). Es múltiple.²¹³ “A diferencia de la concepción europea (moderna) en que alguien en un momento dado sólo debe poseer *una* identidad, es decir, se halla individuado (o de lo contrario está loco, enfermo), en las concepciones tzeltales que venimos examinando una persona, por definición, tiene *simultáneamente* varias identidades, es varios seres. Lo otro está contenido en el sí mismo” (1996:134). En esta descripción nos topamos nuevamente con la idea de simultaneidad, noción que como hemos mencionado, el prefijo *ta-* también puede implicar. A su vez, la idea de que la multiplicidad, y por lo tanto la relacionalidad, sean característicos del espíritu totonaco, pudiera dar cuenta del hecho de que es éste el que queda permanentemente transformado a partir de la cohabitación corporal con un ser del mundo otro o dueño, como mencionamos antes.

A su vez, nos es útil la caracterización que hace Pitarch de los *lab* “fuertes” y “débiles”. En sus palabras, “unas personas están más afectadas de alteridad que otras, o lo están de modo diferente” (1996:133). Esta idea transforma la manera de entender el hecho descrito en el subcapítulo anterior, de que las personas de sangre o espíritu débil estén más predispuestas a la diabetes que las personas de sangre o espíritu fuerte. Sumado con la explicación que brinda Doña Esperanza que relaciona la sangre débil con

²¹³ Resulta evidente que la multiplicidad descrita aquí no es equivalente a la multiplicidad de “prácticas” o *enactments sensu* Mol de un cuerpo.

el cuerpo blanco, nos encontramos con otra potencial relación entre el espíritu totonaco y la alteridad; es decir, entre la etiología individual y la etiología colectiva.²¹⁴

Por último, según Pitarch los cancuqueros “trazan su identidad *personal y colectiva*” a través de este contraste interno entre lo indígena y lo castellano (134, mi énfasis), idea que sugiere más similitudes con el caso de los totonacos de Ixtepec. En primer lugar, porque abarca tanto lo individual como lo colectivo, aunque en este caso lo identitario se extiende al cuerpo en forma de la diabetes. Si utilizáramos la distinción que hace López Austin, podríamos decir que el *takuxta* y el espíritu totonacos son *tanto* individualizantes, *como* colectivizantes. En segundo lugar, esta idea hace eco de la “apertura al otro” amerindia identificada por antropólogos de la Amazonía desde Lévi-Strauss (1992), y descrita por Gow como una “tendencia de localizar certeza con el otro, no con el mismo, por lo que la vida social se ha desenvuelto como un proceso de volviéndose-otro, en vez de una reproducción de un siendo-mismo ya existente” (Gow 2006, 236). Aunque no necesariamente nos encontramos con una relación análoga con la alteridad entre los totonacos de Ixtepec, podemos considerar una relación en términos similares si consideramos la posibilidad de nacer con cuerpo blanco, la tristeza del hombre que no podrá conocer lo que es la enfermedad, y la constitución misma del *takuxta* como algo que está “volviéndose-otro”.

Esto a su vez nos lleva a reconsiderar las relaciones de alteridad exploradas arriba, en tanto que pensar la relación de alteridad en términos de un devenir y de simultaneidad explica la postura ambigua que tienen los habitantes de Ixtepec ante la relación con el “afuera”. Explica también que no se hable en términos simples de un “ellos” y de un

²¹⁴ A pesar de que la envidia es causa de muchas enfermedades entre los totonacos en Ixtepec (en un nivel individual), es interesante notar que las personas decían que no tenía nada que ver con la diabetes. Anath Ariel de Vidas realiza la etnografía de la envidia entre los *teenek* veracruzanos (2003; 2007), abordando el tema en términos de identidad. En ésta, “muestra el rol que juega [la envidia] en la conformación de la idea de Sí mismo y del Otro (ya mestizo, ya nahua)” (Ariel de Vidas en Trejo et al. 2013). Considerando esto, así como el análisis realizado hasta este momento de la etiología de la diabetes, pudiéramos pensar que la envidia no puede causar la diabetes en tanto que tiene que ver con las relaciones intraculturales (en oposición a otras culturas) y no interculturales. En relación a esta cuestión, resulta interesante reconsiderar los estudios del susto realizados entre los años setenta y ochenta, que explicaban la enfermedad como efectos psicológicos de causas sociales (Romero 2003:224). A pesar de que aquí nos alejamos por completo de un abordaje psicológico, es interesante notar que varios de estos estudios concluyeron que el susto estaba vinculado con “relaciones interétnicas” y “pérdida de identidad” (véase Carl O’Neill 1975 y Michael Logan 1979).

“nosotros”, sino de un “afuera”, de un “natural” y de un “no-natural”. Pareciera que más que un ellos/nosotros, la relación de alteridad está constituida como un movimiento de uno a otro en forma de botella de Klein, donde las relaciones de alteridad afectan a la persona y al cuerpo.

CAPÍTULO 6

DIABETES INCORPORADA: PRACTICANDO LA ENFERMEDAD

6.1 Diabetes incorporada: diagnóstico, tratamiento e itinerarios terapéuticos

Recordemos que la diabetes inicia en el hospital. Todo diagnóstico se lleva a cabo ahí, y es hasta ese momento que existe la enfermedad. Los habitantes de Ixtepec, al hablar de la llegada o del incremento de la diabetes, además de mencionar la alimentación, mencionan que antes no habían doctores que pudieran decirte que tenías diabetes. Una vez diagnosticada, sin embargo, la vida del paciente se transforma: debe controlarse, debe cuidarse, debe hacer dieta, debe hacer ejercicio, debe tomar medicamento todos los días, para siempre. En este capítulo buscamos contextualizar lo que implican para los pacientes con diabetes tanto el diagnóstico como las prácticas terapéuticas, así como la relación con el hospital y los médicos. A su vez, argumentaremos que la relación con el hospital está *incluida* en la enfermedad de la diabetes, hecho relacionado con el planteamiento de la enfermedad por parte de los médicos como una condición del cuerpo. Para ello, compararemos un bosquejo general de los itinerarios terapéuticos de los totonacos en Ixtepec con los itinerarios terapéuticos relativos a la diabetes, analizando las relaciones implícitas en cada elección. Finalmente, exploraremos las prácticas cotidianas que conlleva tener diabetes y que implican una transformación del cuerpo, así como la noción de “control” en relación a los conceptos totonacos de cuerpo y espíritu.

Itinerarios terapéuticos

En Ixtepec las opciones para diagnosticarse y tratarse son muchas. Únicamente en el breve recorrido que hicimos del hospital al pueblo al inicio de este capítulo nos topamos con tres posibilidades: el hospital, la casa de Doña Esperanza y el consultorio de medicina tradicional coordinado por Gabriel Sainos, en donde trabaja una partera, una mujer que

reza, un hierbero y un huesero.²¹⁵ Aquellos que asisten al consultorio pueden recibir hierbas, pomadas, masajes, limpias y sobadas, así como ceremonias más complejas o rituales (denominados de esta manera por Gabriel Sainos) cuando la enfermedad es más grave. Existen otras posibilidades para atenderse en la cabecera municipal, las cuales también reflejan una variedad de categorías de personas-que-curan y que denominaremos curanderos en términos generales y de forma globalizante (siguiendo el ejemplo de algunos habitantes de Ixtepec al traducir al español).

Alain Ichon, entre los totonacos del norte, identifica una distinción entre curanderos que chupan y curanderos que ocupan otros métodos (todo curandero es también adivino y potencialmente brujo), así como parteras, hueseros y rezanderos (1973:283-284). Cita a su vez a H. P. Aschmann, quien en la zona totonaca del sur identifica las siguientes categorías: “el curandero por succión; el brujo (magia negra); el especialista de la contra-magia negra; el sabio, conocedor de los mitos y del ritual, conservador de la tradición, que sería además adivino, especialista de la búsqueda de objetos perdidos; y el rezandero” (Ichon 1973:284). Según esta clasificación, las parteras y los hueseros quedan excluidos del rubro de “curandero” por tener una función técnica y no religiosa (ibídem). Entre los totonacos de Ixtepec, encontramos personas que curan niños y personas que curan adultos²¹⁶; parteras —encargadas de los cuidados y sobadas de la mujer encinta y del bebé desde el inicio del embarazo hasta el parto y en ocasiones hasta cuarenta días después del mismo— y “acomodadores de huesos”, encargados de arreglar dislocaciones y fracturas. También encontramos curanderos que “hacen ceremonia...con barridas con hierbas o limpias”, hierberos, así como curanderos que hacen oraciones: el ceremonista, la rezandera o el rezandero (Gabriel Sainos, Ixtepec 2013). A diferencia de lo que narra Ichon, los totonacos en Ixtepec distinguen entre curanderos y brujos por un lado, y adivinos por el otro. Estos últimos se denominan

²¹⁵ Según Gabriel Sainos, médico tradicional, el propósito del consultorio es dar lugar al conocimiento y a las prácticas tradicionales totonacas. Sin embargo, también han decidido incluir “otros conocimientos tradicionales de China, la digitopresión, los masajes, la oruroterapia, la reflexología”. Estos tipos de curaciones los han aprendido en cursos y encuentros de medicina tradicional en México y en el mundo, así como en diferentes libros.

²¹⁶ Esta división entre personas que curan niños y personas que curan adultos es una de las principales distinciones que hacen los totonacos en Ixtepec en relación a las personas que curan, más allá de la diferenciación entre tipos de enfermedad o de curación. La curación de niños no es peligrosa para el curandero, mientras que el tratamiento de los adultos es potencialmente riesgosa.

espiritistas, mentalistas u ocultistas, y se identifican como aquellos que cobran grandes cantidades de dinero (más que cualquier otro).

Además de estas opciones de tratamiento terapéutico con las diferentes clases de curanderos, en Ixtepec hay un templo evangélico donde curan a las personas (hay ocho templos diferentes en Ixtepec). También se puede acudir con el Dr. Juan, médico alópata particular que tiene un consultorio pequeño cerca del centro y que cobra por consulta. Por último, se puede visitar a personas que se sabe curan bien pero que viven fuera de Ixtepec. Si la enfermedad no es muy grave, también se pueden llevar a cabo prácticas curativas en casa, que son conocidas a mayor o menor grado por todos.

El itinerario terapéutico que sigue cada persona ante la presencia de la enfermedad (definido por ahora en el sentido más amplio, como un mal), considerando todas estas opciones de tratamiento, es altamente variable. Depende, entre otras cosas, de la afección en cuestión y de la gravedad de la misma. Depende también de la experiencia previa de cada quién y de las relaciones que ha establecido con tal o cual médico, sea en el hospital o en el pueblo. Aún así, es posible observar tendencias generales en relación al orden en el que se acude a los diferentes especialistas médicos.

En el caso de malestares comunes considerados poco graves, como la tos y la fiebre, los totonacos tienden a tratarse en casa. La fiebre, por ejemplo, se trata untándose aguardiente en el pecho y la frente, y a veces tomando medicamentos como paracetamol. Los remedios conocidos en casa pueden ser “medicinas de patente”. En Ixtepec varias tienditas venden medicamentos (desde paracetamol hasta antibióticos e insulina), de modo que muchas personas al enfermar, compran el medicamento que recuerdan les ayudó en el pasado con la fiebre o el dolor. En otros casos, se le confía al dueño de la tienda que elija el medicamento indicado. Asimismo, muchas personas al acudir al IMSS solicitan medicamentos específicos, los nombres de los cuales conocen bien.

Cuando el malestar es de un niño se le trata con diferentes hierbas y curaciones dependiendo de lo que padece. En el caso de fiebre o diarrea por lo general se les baña con hierbas y se les unta refino. Si el bebé no para de llorar a causa de un mal aire o un mal de ojo provocado por el deseo de otra persona al verlo —los niños bonitos son especialmente susceptibles, según me explicaron—entonces se le pasa un huevo con refino y sal por el cuerpo. En ocasiones se les lleva con un curandero para niños, quien

los tratará dependiendo de lo que les aflija —empacho, mal aire, mal de ojo o inclusive pérdida del alma, suceso que es relativamente común en los niños. A la par de estos tratamientos, muchas madres eligen llevar al niño a la sala de emergencias del hospital (los médicos les indican que si la criatura presenta síntomas de diarrea o fiebre deben ir a urgencias). Esto no se limita únicamente a las madres más jóvenes: aunque las diferencias generacionales llegan a influir en los itinerarios terapéuticos, la división no es clara ni parece ser generalizable en Ixtepec. Por ejemplo, muchas madres jóvenes se rehúsan a ir al hospital o dejar que las enfermeras vacunen a sus bebés, pues le hace mal a los niños.

En el caso de las afecciones más graves (síntomas que debilitan a la persona, dolores fuertes, pérdida de apetito), los itinerarios terapéuticos dependen en gran medida de que la causa del padecimiento sea desconocida, conocida o sospechada. Si no existe diagnóstico o suposición alguna acerca de la proveniencia del padecimiento, se observa la mayor variabilidad en términos de con quién se acude primero —no sólo con qué clase de especialista, sino con qué individuo que cura (la elección de la persona-que-cura específica la analizaremos más adelante)— con quién después, qué indicaciones se siguen, etc. Asimismo, lo más común es que las personas aprovechen varias opciones terapéuticas. Sin embargo, en muchos de los casos, el itinerario terapéutico se ve modificado a partir de un diagnóstico específico y previo a la visita al especialista: si la fiebre, la tos, o cualquier otro malestar es el último de una larga serie; si antes de enfermar se vino a revolcar un gato a la casa; o si algún familiar soñó algo que pudiera indicar que otra persona quiere hacer un mal a la familia o le tiene envidia, lo más probable es que el malestar sea el resultado de brujería.²¹⁷ Como dice Irene, enfermera totonaca, en relación a la enfermedad: “aquí creen mucho en la maldad” (Ixtepec 2014). En esos casos, antes o a la vez que visitan al médico alópata (particular o en el hospital), las personas acuden con un curandero que tenga la capacidad de realizar limpiezas, revertir el mal y protegerlos. Estos especialistas potencialmente también son brujos, pues para poder curar hay que poder, o saber, cómo causar el mismo mal. Como declara Ichon,

²¹⁷ Por lo general, en Ixtepec se habla poco sobre la brujería. Sin embargo, durante el tiempo de la política, surgía el tema en cada conversación. Aún así, es menester tener cuidado de involucrarse, de modo que no escribiré los nombres de las personas partícipes.

“[t]odo curandero es ambivalente y puede convertirse en brujo” (1973:283). La limpia en estos casos puede ser inmediata o gradual, en cuyo caso el mal se extrae poco a poco cada mes, encapsulándolo en un huevo utilizado en el proceso.²¹⁸

Además de ir con el brujo, las personas se tratan la afección específica producto de la brujería —heridas, fiebre, tos, hinchazón— pues en estos casos, la causa del malestar no es únicamente la brujería. Así como entre los Zande que describe Evans-Pritchard, entre los totonacos “la brujería explica por qué dos cadenas causales se cruzan en el tiempo y en el espacio” (1937:70). Es decir, la fiebre o la herida ambas tienen causas inmediatas, a la cuales subyace la maldad de otro. El tratamiento, entonces, responde a ambas líneas causales. Sin embargo, si no se lleva a cabo una curación para el mal subyacente, la herida no sana, la tos y la fiebre no disminuyen, la afección permanece.

Los sueños, además de ser vías a partir de las cuales es posible identificar (o sospechar) la existencia de una envidia o maldad, también son un instrumento útil para el obtener un diagnóstico del susto: cuando el espíritu se ha “quedado” en algún lugar tras un susto, la persona, estando ahí, sueña con esta localidad. Asimismo, cuando uno sueña con un muerto que está intentando entrar a la casa, la enfermedad de la persona en cuestión tiende a relacionarse a un “mal aire”, afección que los totonacos en Ixtepec describen ora como efecto inadvertido de la voluntad de una persona humana viva, ora como los espíritus de los muertos que aún no saben que han fallecido y que habitan el mismo espacio que los vivos.²¹⁹ Tanto en el caso del mal aire como en el del susto, la persona afectada acude con un curandero para que le haga una limpia o una ceremonia de devolución del “espíritu”, respectivamente.²²⁰

²¹⁸ En un caso se me describió cómo después de la limpia se rompía el huevo y salía completamente negro. Mes con mes el huevo se iba aclarando hasta que ya no fue posible ver rastro alguno del negro.

²¹⁹ Los sueños y los augurios pueden indicar la posibilidad de enfermedad, pero también de conflicto en términos generales. Durante una de mis estancias en Ixtepec, durante el tiempo de la política, vino a revolcarse un gato a la cocina, su grito dando sentido al término anglosajón *caterwauling*. Al día siguiente la familia me explicó: “es que va a haber pleito”. Sin embargo, lo que ocurrió fue que la fiebre de uno de los familiares empeoró, y varios de la familia cayeron presos de la misma enfermedad.

²²⁰ La persona espantada puede acudir tanto con un hierbista, quien le brindará hierbas para el susto como el matanzin, como con un rezandero, quien hablará con la tierra, el agua o la lumbre (“hacer ceremonia”), o con ambos.

Por último, si la enfermedad es muy grave, si tarda en disminuir o desaparecer a pesar de diversos intentos terapéuticos, las personas tienden a acudir al hospital IMSS Oportunidades. Irene, enfermera totonaca, y su madre Taide, médica tradicional que trabaja en el consultorio con Gabriel Sainos, me indicaron que los habitantes de Ixtepec van al hospital dependiendo de la gravedad (Ixtepec 2014). La Dra. de la O hace eco de esta declaración al explicar que las personas no van al hospital si no consideran que los síntomas sean graves, y que “no los consideran grave hasta que ya ven que no se pueden mover” (Ixtepec 2014).

Sin embargo, las tendencias en los itinerarios terapéuticos descritos hasta ahora no sólo se relacionan con la gravedad de la enfermedad, sino, como hemos visto, con el conocimiento o desconocimiento de la etiología de la misma. Esto sugiere cierta clasificación de las enfermedades o malestares que divide a los curanderos de los médicos alópatas en términos de quiénes están mejor equipados para tratarlas. El susto, por ejemplo, no lo saben tratar los doctores del IMSS: “te van a decir que no tienes nada”. De hecho, la gente espantada únicamente acude con ellos cuando no recuerdan haberse asustado. En este caso el diagnóstico del susto se confirma a partir de la pronunciación por parte del doctor de la plena salud del paciente, quien inmediatamente se dirige al curandero para recuperar su espíritu. Por otra parte, las personas llegan a acudir al hospital para tratar un malestar que saben fue provocado por un mal aire o por la envidia de alguien del pueblo, siempre y cuando se estén tratando con un curandero al mismo tiempo. De manera similar, cuando alguien tiene hipertensión o diabetes, (y en teoría cáncer, aunque no es común), acude tanto al hospital como al hierbero, aunque los motivos para acudir a ambos, como veremos más adelante, son diferentes. Aquí nos encontramos nuevamente con la aparente clasificación de estos tres padecimientos en una categoría, pero debemos recordar que esta categoría no es de “enfermedades mestizas u otras”, y que no se piensa al médico alópata como experto absoluto. La clasificación de enfermedades vislumbrada a partir de los itinerarios terapéuticos no es completamente generalizada ni unívoca, pues hay personas que no acuden con el curandero en ningún caso de enfermedad, y en la mayoría de los casos en los que no se sabe de dónde proviene el malestar, los pacientes acuden tanto con los médicos alópatas como con un hierbero, rezandero o curandero. Aún así, podemos decir que existen

campos diferenciados de conocimiento y tratamiento entre médicos tradicionales y médicos alópatas.

Por ahora es importante subrayar que a pesar de esta gran variabilidad, es posible observar que la opción de acudir al hospital tiende a dejarse hasta el final: las personas prefieren acudir con un médico particular (el Dr. Juan, en el caso de Ixtepec) o con un curandero, antes de acudir al IMSS. Irene y Taide ambas describieron de este modo la tendencia en Ixtepec: “La gente por lo general va primero con el curandero, y luego ya al hospital —a veces también con el particular” (Ixtepec 2014). Este es el caso inclusive con curanderos que se dice son charlatanes, que “no están capacitados” y que “cobran no sólo 100, 200 pesos, sino 1000.” En estos casos, según Taide, “la gente por no ir al hospital lo pagan” (Taide, Ixtepec 2014). Más allá de elegir acudir con un curandero, con un médico particular, o al hospital, las personas (por lo menos los más viejitos, según Irene) adjudican mayor eficacia al tratamiento que recibieron del curandero que en el hospital. Irene cita una frase que dice escuchar comúnmente: “sí me compuse, pero por mi doctor [curandero]” (Ixtepec 2014). Asimismo, la gente tiende a hacerle más caso al curandero, siguiendo sus indicaciones más precisamente y creyendo con más facilidad lo que les dice. Durante mi estancia, fue común observar que las interacciones con los médicos alópatas resultaban en discusiones posteriores entre familiares para decidir si “será cierto” lo que dijo.

Esta tendencia se refleja también en las observaciones y en las experiencias de los médicos del IMSS. La Dra. de la O, por ejemplo, indica que las personas “casi siempre se tratan con los dos [médico naturista y médico particular]” antes de visitar el hospital:

Cuando ven que es algo sencillo y creen que se los va a resolver algo de brujería o algo de medicina naturista, que más que brujería es eso, van primero se atienden ahí. Ya cuando no dio resultado van con médicos particulares, nos consta. Y el médico particular ya les da un tratamiento. Y después de que no les sirvió ese tratamiento, entonces ya se les ocurre venir aquí con nosotros.²²¹ Entonces ya

²²¹ Entre los trabajadores del hospital prevalece cierto escepticismo o desconfianza en relación a los médicos particulares, quienes opinan llevan mucho tiempo sin actualizar sus conocimientos y prescriben antibióticos para todo y de manera frecuente.

llegan tratados por lo naturista, por el otro médico y por...ahora sí que a ver qué nos dejaron, con qué nos enfrentamos (Ixtepec 2014).

El dejar el hospital como última opción no sólo se relaciona con la gravedad de la enfermedad —característica que no siempre es definitiva, pues en caso de un susto grave no se acude al hospital—, sino con una desconfianza del hospital mismo. Las personas en Ixtepec temen, por ejemplo, que “les encuentren algo malo” durante la cita y tengan que quedarse internados, o inclusive tengan que someterse a una operación.²²² Varias veces escuché a personas decir que no confían en los hospitales porque saben de gente a la que le cortaron una pierna o un brazo, lo cual no puede ser una forma de curar. También escuché relatos de casos en los que el hospital no supo curar a algún conocido. Asimismo, a muchos les disgusta el trato que reciben en el hospital, en donde “los regañan”: que si no está subiendo de peso el niño, que si se ponen el implante, que si se hacen el papanicolao, que si siguieron la dieta.²²³

Como hemos declarado ya, no todos siguen este esquema general de decisiones terapéuticas: muchos acuden primero al IMSS, o por lo menos no dejan pasar mucho tiempo antes de explorar la posibilidad. Según las narrativas de los pacientes con los que hablé en el hospital y de los habitantes de Ixtepec, aquellos que acuden primero al

²²² La operación es algo que le gente busca evitar a toda costa —Doña Esperanza declara que muchas se pueden evitar sobando el cuerpo—, pues implica que te corten, te abran y te cosan. Implica también la posibilidad de que te quiten una parte del cuerpo, en cuyo caso posiblemente no puedas volver a trabajar. En casos de amputación necesaria y urgente, narra Margarita, algunas personas eligen no operarse (Ixtepec 2013).

²²³ Es interesante notar que a pesar de esto, el hospital del IMSS Oportunidades en Ixtepec es preferido generalmente a otros hospitales de la región. Dependiendo de la localidad en la que reside, cada persona tiene asignado un hospital. Sin embargo, muchos viajan a Ixtepec desde partes relativamente lejanas del estado de Puebla, así como desde Veracruz, a pesar de que por jurisdicción no les corresponda esta institución. La Dra. de la O explica que a pesar de tener hospitales más grandes y mejor equipados en la cercanía de sus localidades, muchos eligen acudir al IMSS Oportunidades en Ixtepec porque “siguen insistiendo en que los tratan muy mal y que no les explican y que está más lejos que venirse para acá”. La elección, entonces, se relaciona con el trato personal (pudiéramos decir que con las relaciones establecidas) y con una noción de geografía que le parece contraintuitiva a la doctora, pues hacia Veracruz el camino es recto, mientras que el camino hacia Ixtepec está caracterizado por “la curva, la neblina, la lluvia” (Ixtepec 2014). En sus palabras: “No comprendo. Mientras más me aleje de aquí, sé que va a haber más cosas. Y ellos en vez de alejarse de la civilización, se meten a los recónditos del planeta. Entonces no les entendemos” (ibídem). A los pacientes que acuden al hospital en Ixtepec aunque no le corresponda se les atiende. Sin embargo, es complejo en relación a la posibilidad de brindarles medicamentos, y si no se trata de una urgencia, “se les regresa a sus unidades” (Dra. de la O, Ixtepec 2014).

hospital tienen diversas motivaciones. Algunos simplemente confían más en el IMSS y en los medicamentos de patente. En efecto, como hemos visto, en Ixtepec el hospital tiende a ser asociado positivamente con una disminución en la tasa de mortalidad, especialmente entre los niños. Otros acuden buscando alternativas, pues no están mejorando. Otros más llegan a pedir cita en la mañana porque les interesa pedir un medicamento específico que por experiencia saben que les ayuda. La elección del hospital también puede deberse al hecho de que las personas que reciben un apoyo monetario del programa gubernamental Oportunidades están obligados a presentarse rutinariamente a una revisión general si no quieren perder un porcentaje del dinero; “tienen que comprobar que están yendo” (Irene, Ixtepec 2014). Por lo mismo, muchos acuden a su cita cuando están enfermos. Por último, las personas pueden acudir al hospital en búsqueda de una persona en específico, con quien han establecido una relación y un trato específicos. Esta última motivación es poco común, pues los médicos tienden a cambiar de cada seis meses a dos años.

Sin embargo, más allá de estas motivaciones y casos, por lo general las personas prefieren evitar una visita al IMSS, por lo menos cuando no se ven obligados a ir para recibir el apoyo de Oportunidades. Para poder analizar esta tendencia, haremos un repaso breve de las diferencias más generales entre acudir con un curandero o hierbero, con un particular o con un médico del hospital del IMSS. A partir de esta comparación nos será posible dar cuenta de la posición que ocupa la diabetes en términos de diagnóstico y tratamiento en relación con los sistemas médicos y las opciones curativas para los totonacos de Ixtepec, Puebla.

Hospital, médico particular o curandero: una “lógica de la elección” otra

Los itinerarios terapéuticos implican una posibilidad de elección. Lo que subyace a esta elección y la manera en que se lleva a cabo, sin embargo, difiere fundamentalmente de la lógica de la elección descrita en el tercer capítulo a partir de las propuestas de Annemarie Mol. En esa lógica, como vimos, opera una noción de persona como ciudadano: individuo autónomo, provisto de razón, que debe controlar su cuerpo y elegir un estilo de vida saludable. En el presente caso, más allá de tratarse más que de elegir con quién y de qué modo tratar la enfermedad, no encontramos la misma expresión del

individuo autónomo e independiente. No todos tienen las mismas posibilidades de elegir. Por ejemplo, es muy común que mujeres con diabetes no acudan a su cita mensual, o que mujeres se rehúsen a someterse al examen del papanicolao a pesar de que implique recibir menos dinero de Oportunidades, porque su marido no lo permite. Esto se relaciona con una serie de lineamientos en torno a la relación entre marido y mujer que hace que sea complicado para una mujer elegir cierto tratamiento sobre otro, si es lo que quiere.²²⁴ Se relaciona también con la noción de persona que apuntalábamos en la sección anterior, definida en gran medida por el trabajo y las relaciones familiares.

La segunda diferencia que encontramos en esta lógica de la elección es que no se trata de elegir una opción de entre muchas equivalentes que ofrecen un servicio o producto —un estilo de vida que ofrece salud, por ejemplo—, sino de elegir *con quién relacionarse*. Las decisiones que toma cada quien en relación a la terapéutica, como hemos visto, dependen de la enfermedad en cuestión, de la experiencia personal con tipos de tratamiento, del origen sospechado, conocido o desconocido del mal, y de la gravedad del mal. Sin embargo, también se ven influenciadas, y de manera fundamental, por las relaciones específicas establecidas entre los habitantes de Ixtepec y las diferentes personas que curan. La experiencia personal en este sentido va más allá de la eficacia que haya tenido tal o cual tratamiento, el cual quizá pudiera obtenerse con otra persona. Tanto en el caso de la medicina totonaca, como en el caso del médico particular de Ixtepec, cada quien elige con quién establecer una relación, la cual va más allá de un servicio que puede ser brindado por cualquiera que ocupe la posición de médico tradicional o alópata. Para entender esta característica de la constitución de los itinerarios terapéuticos en Ixtepec, haremos una breve excursión a la manera en que se establecen, y más que eso, la manera en que se eligen relaciones entre personas en el pueblo en términos generales, así como en ámbitos no-médicos, como lo son la religión y la política.

En Ixtepec la vida de la comunidad está en continuo movimiento. Las relaciones, amistades o enemistades, deben mantenerse constantemente a través de formas de

²²⁴ Algunas de las discusiones más arduas de las que fui testigo en el hospital giraban en torno a esta problemática: las trabajadoras de trabajo social hacían un gran esfuerzo por explicarle a las pacientes que “es su cuerpo” y que ellas son las que pueden y deben elegir. No estamos haciendo ningún juicio en este sentido, sino apuntalando que la lógica de la elección pasa por otras vías en Ixtepec; vías que implican las relaciones sociales y el cuerpo.

reciprocidad —desde visitarse unos a otros ofreciendo refino o Coca-Cola²²⁵ hasta convertirse en comadres o compadres— o transformarse a partir del conflicto. Cada visita que yo hacía al pueblo requería un nuevo mapeo, una adaptación, pues los que en otra ocasión eran amigos ahora eran enemigos, y aquellos que pensaba que nunca serían admitidos en el hogar de nuevo, habían vuelto. De igual modo, la pertenencia de las personas a distintos templos religiosos se había transformado. En Ixtepec solamente el 60% de la población es católica (Yanez, 2006:124), y hay ocho diferentes templos. Como describe Sofía Medellín en su tesis, el cambio de religión es común entre la población de Ixtepec.²²⁶ La elección entre uno y otro no se debe, como pudiéramos pensar desde un contexto euro-americano, a que unos profesan opiniones más o menos afines a lo que uno “cree” (por lo menos no bajo una comprensión “occidental” del término “creer”). La elección generalmente tiene que ver con las relaciones que se establecen entre las personas. Por ejemplo, durante una de mis visitas a Ixtepec, una pareja dejó un templo y se unió a otro porque una persona que trabajaba en el primero se vio en la necesidad de rechazar su petición de ser padrino de su hijo.

Durante los tiempos de elecciones o de “política”²²⁷, —¿qué mejor situación para comprender la manera en que se relacionan las personas que cuando existe un fenómeno que busca dividir?— las personas que se involucran activamente con un partido generalmente lo hacen porque uno de los integrantes, o el candidato mismo, les ha ayudado en el pasado o ha apoyado a sus familias. En ningún momento se habla de “creer” en las propuestas del candidato (nos encontramos aquí de nuevo, al igual que en relación a la religión, con una noción propia de creencia que no encuentra su equivalente o sinónimo en Ixtepec). Aunque el apoyo pueda tomar la forma de un préstamo u obsequio monetario, no se trata de un caso de conveniencia, sino de procesos de reciprocidad que establecen relaciones, las cuales a su vez implican normas de

²²⁵ Como mencionamos en el capítulo anterior, ofrecer estas bebidas en lugar de agua es fundamental, pues no hacerlo implica que la persona “no tiene, no trabaja, no quiere dar” (Antonio Lorenzo, Ixtepec 2013).

²²⁶ Según la autora, “[l]a conversión responde a múltiples motivos, personales y familiares, algunos asociados a la propia difusión de otras religiones en combinación con el abandono y ausencia de religiosos católicos. En algunos casos se puede observar cierta tendencia al cambio hacia una religión determinada por “barrios”, los cuales también coinciden con la existencia de lazos familiares” (2010:41-42).

²²⁷ Los habitantes de Ixtepec denominan “la política” a todo lo que ocurre durante las semanas e inclusive meses antes de las elecciones locales.

comportamiento específicas y forman parte de cada persona. Esto se vuelve evidente si consideramos las campañas negativas que buscan desacreditar a los candidatos: no se ataca la campaña y sus propuestas, sino que se describen las maneras en que el candidato está mal relacionado —que le es infiel a su esposa, que tiene varias mujeres, que no visita a su familia ni quiere a su madre, que tiene un pacto con el diablo. Asimismo, una campaña no se gana a partir de las palabras declamadas ante un público, sino que se gana a partir de las palabras que comparten las personas que van de casa en casa, y el tipo de relaciones que tiene cada quién ellas.²²⁸ Los mítines en este sentido son fundamentales, pues aquellas personas que no están involucradas ya con un partido (sea directamente o a través de un familiar), más que ir a escuchar, van a observar quién apoya a quién, para poder situarse mejor. Hilda Lorenzo, amiga y maestra de primaria, en una de estas reuniones insistió en que llegáramos a tiempo para alcanzar los “mejores lugares”, los cuales resultaron ser los asientos más alejados del podio y del declamador, brindando una vista de todos los presentes. La política es un proceso colectivo, cada noche un partido diferente ofrece comida, y cada noche acude la mayor parte del pueblo a recibirla. No se trata de convencer “comprando”, se trata de inducir a las personas a una relación, marcada por la reciprocidad (aunque en un inicio sí se trata de lo que el político puede *dar*). Las personas, entonces, eligen a un candidato a partir de aquello que ha acontecido entre ellos, o entre ellos y los que los apoyan.

Hicimos esta pequeña excursión fuera del mundo de la salud y la enfermedad para mostrar como estas versiones de itinerarios, de elecciones, de formas de relacionarse, nos brindan la pauta para comprender la variabilidad de los itinerarios terapéuticos en Ixtepec: la elección de un médico sobre otro —más allá y posterior a las consideraciones en relación al tipo y la gravedad de la enfermedad— tiene que ver con las relaciones que se han establecido previamente entre la persona enferma (o su familia) y la persona que cura. Cuando una persona acude con un curandero con quien no se había relacionado anteriormente, esto se debe a la recomendación de alguien con quien sí es cercana, y/o

²²⁸ Trabajar apoyando a un partido y visitando casas implica una inversión fuerte. En primer lugar, implica que la persona no puede trabajar por semanas, sea en el campo o realizando cualquier otro oficio. Asimismo, cada visita implica hacer promesas —de triunfo, de devolución, de reciprocidad— las cuales si no es posible cumplir (si pierde el candidato), causan una gran vergüenza. Después de las elecciones de las que fui testigo varias familias no salieron de casa por días enteros, debido a esta vergüenza.

por un conflicto con el antiguo curandero. Esto explica la enorme variedad de opiniones con respecto a los curanderos del pueblo: la recomendación de uno era la crítica más dura de otro.²²⁹ A su vez, como veremos, en el caso de los curanderos esto está íntimamente ligado con la eficacia, la cual se le adjudica a la persona que cura más que al tratamiento mismo, inclusive cuando se trata de un hierbero.

Sin embargo, esta manera de elegir y de establecer relaciones que implican una continuidad temporal, no es posible en el hospital del IMSS. En primer lugar, dependiendo de la comunidad en la que vive la persona, le es asignado un consultorio familiar específico. Su médico será aquel que de consulta en el espacio asignado. En segundo lugar, como mencionamos ya, los internistas que atienden en el hospital no permanecen en Ixtepec más de dos años, y el promedio de permanencia es de seis meses. Ahondemos, pues, en este establecimiento de relaciones en el ámbito de la terapéutica —base de los itinerarios terapéuticos—, comparando en términos de diagnóstico y tratamiento la relación entre el paciente y el médico particular, el curandero, y el hospital (como sus médicos y como institución), respectivamente.

A pesar de que todos los adultos en Ixtepec saben curar en casa a mayor o menor medida, sólo los curanderos tienen el “don” o, en palabras de Don Antonio, “curan con fe” (Ixtepec 2013). Esto significa, en términos generales, el saber curar en relación con Dios o algún poder divino que trabaja a través de, o junto con el curandero, así como el saber hablar y relacionarse con diferentes tipos de entidades —humanas y no-humanas— involucradas en cada caso de enfermedad. La procedencia del don del curandero entre los totonacos de Ixtepec, así como la manera en que alguien se convierte en persona-que-cura, presenta algunas variaciones con respecto a otros grupos indígenas (incluyendo totonacos) de la región.

²²⁹ En Huehuetla, Puebla, municipio que colinda con Ixtepec, se ubica un Hospital Integral fundado por la Secretaría de Salud de Puebla. En el módulo tradicional cada día hay seis curanderos atendiendo, de modo que cada curandero trabaja en el hospital (como voluntario) un día cada dos semanas. A diferencia del hospital IMSS Oportunidades, en el caso del Hospital de Huehuetla existe mayor posibilidad de elegir al médico, a pesar de que estos vayan rotando y que está organizado como un hospital con consultas. Como explica Don Julio, curandero al que acuden personas de Huehuetla e Ixtepec y que trabaja en el Hospital Integral: “los enfermos que vienen, a veces los que te conocen son los que solicitan que los cures, como conocen cómo curas y saben que curas lo dan a conocer, por eso llegan a ti y te buscan” (Ixtepec 2013).

Trejo et al. describen cómo en la Huasteca meridional la “revelación del carisma [de los chamanes²³⁰] se realiza a través de dos sucesos biográficos detonantes: primero, bajo forma onírica las potencias se muestran ante el futuro chamán; posteriormente se precipita sobre el sujeto alguna enfermedad inexplicable (iniciática) que, al ser diagnosticada, anunciará el “trabajo” que le ha sido asignado al futuro especialista ritual” (2013). En las conversaciones que tuve con diferentes médicos tradicionales en Ixtepec, nadie mencionó haber padecido una enfermedad, y sólo María Cano hizo referencia a un sueño en relación a su iniciación en el oficio. Ella recuerda que un día su hijo entró en un pozo para sacar agua, tras lo cual le salieron grietas en las piernas y no podía caminar. Ella lo curó untándole agua y lodo del pozo cuatro veces. Entonces le hizo soñar la Tonantsin, “nuestra venerada madre”; soñó que le dijo: “ya completaste cuatro, perfecto, lo único que te pido es que debes conseguir hojas de naranja agria. Con eso hierves y ya lo lavas y ya va a quedar listo” (María Cano, Ixtepec 2013). Además de esta narrativa, nadie hizo mención de un sueño o una enfermedad en relación a su entrada al oficio. En su lugar, frecuentemente se hablaba de haberse vuelto curandero por la “necesidad” de curar a alguien cercano, generalmente a los propios hijos. La misma María Cano me explicó que el curar “le nació por la necesidad”, pues no tenía dinero y empezó a sanar a sus hijos y a otras personas.

A pesar de que en Ixtepec no se ponga mucho énfasis en un momento de revelación, resulta claro que todos los curanderos deben de tener el don para poder ser personas que curan. En relación a la procedencia de este don, algunos lo describen como un regalo brindado por Dios, mientras que según otros parece tener que ver con algún familiar —por lo general una tía abuela o una abuela— que lo tenía. Al preguntar acerca de la naturaleza de este “tener que ver”, las respuestas que recibía eran vagas, quizá porque no era de mayor importancia para los curanderos, o quizá porque era algo obviado y difícil de explicar, de modo que por ahora me es desconocido cuáles son o cuál es la vía hereditaria en este caso: si se trata del mismo don (desdoblado en el tiempo y en

²³⁰ Para Trejo et al. el término chamán se refiere al especialista que más que por curar, se caracteriza por la confección de cuerpos o fetiches (2013). Aunque en Ixtepec no encontramos práctica alguna de recorte de papel o de atados, el análisis del chamanismo realizado por Trejo et al. nos brinda algunas claves para pensar y comprender las relaciones de reciprocidad o intercambio en las que se ven inmersas los especialistas rituales y curanderos en Ixtepec, Puebla.

diferentes cuerpos o regalado a través del tiempo), si se transmite por la sangre o alguna otra parte del cuerpo como el espíritu, o si se hereda cierta propensión a la curación. Sea cual sea la naturaleza de esta relación, la idea de que tener el don pueda tener que ver con el hecho de que un familiar lo tuvo anteriormente contrasta con el caso de los totonacos del norte entre los cuales trabajó Ichon, y en donde “[n]ada permite pensar que el don de curandero sea hereditario” (Ichon 1973:287). Ahí el don “[n]o puede transmitirse por la sangre, ni por la enseñanza: los curanderos no hacen discípulos. El conocimiento de plegarias y gestos rituales no se adquiere, como tampoco puede transmitirse: es entregado de un solo golpe, por revelación divina” (Ichon 1973:288). Esto último también brinda un contraste con lo que encontramos entre los totonacos de Ixtepec, pues justamente el elemento más importante en la conversión de una persona en curandero es el proceso de aprendizaje: uno no puede ser curandero si no ha aprendido, de otro curandero, cómo sanar.

Al igual que entre los grupos indígenas de la Huasteca sur (incluyendo totonacos), en Ixtepec la revelación o el nacer con el don no son suficientes para poder ser chamán: “aunque nadie puede convertirse en chamán por gusto, aquéllos ungidos por el ‘don’ tampoco alcanzarán el estatus a menos que aprendan el oficio” (Trejo et al. 2013). Aunque, según explican Trejo et al., “en el sueño se reciben gran parte de las indicaciones y herramientas para cumplir con su destino, en la práctica directamente observable en el trabajo de campo, cada neófito aprenderá de otro especialista las particulares maneras de hacer y llevar a cabo los protocolos rituales propios de las distintas tradiciones” (ibídem). Lo mismo sucede en Ixtepec. Doña Esperanza, por ejemplo, cura gracias a Dios (en cierto sentido Él cura a través de ella) y tiene el don de su tía abuela, pero aprendió a curar de un curandero que vino de Cuetzalan y que Dios puso en su camino. Guadalupe, curandera que trabaja en el Hospital Integral de Huehuetla, habla de que Dios le dio un don para trabajar así, pero que aprendió por su abuela, a quien seguía durante el día y observaba curando (ella era partera y trataba a los niños). Sin embargo, al igual que en el caso de la Huasteca sur, este proceso de enseñanza y aprendizaje no

quita que exista una “celosa negativa a transmitir a otros los secretos de un arte en el que podrían rivalizar con ventaja” (Trejo et al. 2013).²³¹

El proceso de aprendizaje entre los curanderos totonacos en Ixtepec también, y comúnmente, se lleva a cabo a través de cursos organizados por diferentes instituciones. Don Julio, por ejemplo, aprendió con un sacerdote de la Teología de la Liberación, aunque antes de esto ya curaba con las hierbas que conocía. Practicó seis años con el sacerdote y luego “ya pidió material” (Ixtepec 2013). En el curso él anotaba cómo se llama cada cosa, para qué sirve, en dónde se puede aplicar, o qué medicamento es (ibídem). Gabriel Sainos, de manera similar, habla de que aprendió a curar observando en casa, así como en talleres regionales organizados por la iglesia sobre la herbolaria, medicina tradicional y otras formas de curar en la cultura.²³² Asimismo, participó en varios cursos fuera de México; en Alemania, explica, los “capacitaron sobre la salud integral” (Ixtepec 2013).²³³ Él también habla de una época en la que aún era “un principiante” (ibídem).

La transición entre ser principiante —periodo que usualmente dura años— y ser curandero, se caracteriza por la posibilidad recién adquirida de recibir un pago a cambio de la curación.²³⁴ Según cuenta Don Julio, el curso en el que aprendió a curar lo recibieron aproximadamente veinte personas, pero no a todos les gustó y lo abandonaron, pues no ganaban dinero (Ixtepec 2013). Agrega que fue difícil para él

²³¹ En Ixtepec es común que las y los curanderos no impartan sus conocimientos hasta muy tarde en sus vidas, si es que lo hacen. Sin embargo, y justamente porque frecuentemente no comparten lo que saben inclusive en el lecho de la muerte, no resulta claro si entre los totonacos de Ixtepec este recelo se debe a la potencial “ventaja” del rival referida por Trejo et al.

²³² La relación entre el gobierno y los curanderos en la Sierra Norte de Puebla es compleja y pasa a través de una serie de proyectos de organización y/o integración, así como proyectos organizados localmente, cada uno de los cuales implica la inyección de dinero y las estipulaciones de su uso. Don Julio, por ejemplo, narra cómo se dio a conocer en Metepec, donde cada quien cobraba lo que quería. Él ganaba mil pesos diario, hasta que el gobierno les dijo que les tenían que pagar cincuenta pesos cada consulta de cada curandero, uno por uno (Ixtepec 2013).

²³³ Es interesante notar que en algunas ocasiones se me habló del conocimiento proveniente de “afuera” —ya sea de otros países u otros estados— no sólo como válido, sino como efectivo o legitimado justamente por provenir de otro lugar. De igual forma, los cursos que se imparten a curanderos en el Hospital Integral de Huehuetla en los que se les enseña a preparar diferentes pomadas con una lista específica de ingredientes y un método específico, son aceptados y bienvenidos como conocimiento nuevo, legítimo y válido.

²³⁴ Aunque durante esta transición el principiante o aprendiz se convierte en curandero, el aprendizaje en sí nunca termina. Doña Esperanza y Don Julio, por ejemplo, continúan aprendiendo de otros curanderos, así como de libros, nuevas hierbas para tratar padecimientos, así como tratamientos para enfermedades que son más nuevas, incluyendo la diabetes.

porque mientras practicas no ganas nada. Vemos que el pago es el que determina no sólo el estatus del oficiante, sino la relación entre paciente y curandero (la cual, recordemos, es la que buscamos elucidar para poder comparar con aquella establecida entre paciente y médico alópata). En Ixtepec el pago —que es monetario y que varía entre diez y doscientos pesos— no implica la compra de un servicio realizado a diferentes grados de competencia por especialistas en la misma materia. Implica, en su lugar, una interacción inmiscuida en una red de relaciones de intercambio en la que participa una serie de actores específicos a cada enfermedad y cada situación, y la cual repercute sobre los cuerpos involucrados.

Estas relaciones, los actores o agentes, y aquello que se intercambia, varía de caso en caso. Sin embargo, podemos decir que en términos generales las relaciones se establecen entre el especialista ritual, Dios quien cura, el ser que está causando el daño directa- o indirectamente (sea humano o no-humano), la persona enferma y, a veces, la enfermedad como entidad agencial. Si se trata de un susto, por ejemplo, el curandero debe saber hablar y negociar con el Dueño del Monte, de la Tierra, de la Lumbre o del Agua para recuperar el espíritu del enfermo y devolverlo al cuerpo del enfermo.²³⁵ En ciertos contextos la enfermedad emerge como algo que se está manipulando e intercambiando, y en otros como una entidad capaz de intercambiar. En el marco de esta investigación no nos será posible adentrarnos en un análisis de estas modalidades, mas lo que es importante recalcar es que ser curandero implica saber intercambiar con entidades no-humanas; intercambio que repercute y pasa a través del cuerpo. Como describen Trejo et al. para el caso de la Huasteca sur, en términos generales los saberes del chamán giran en torno “a la capacidad de construir las condiciones de posibilidad para el intercambio y el trato con todas aquellas agencias humanas y no humanas, mediante el manejo y administración de la condición corpórea” (2013).

²³⁵ Los amos, dueños o patronos son, según Ichon, sub-deidades protectoras y propietarias, “estrechamente vinculadas a la casa; al poblado o a la zona que lo contorna” (1973:153). Según este antropólogo, existen dueños locales y dueños secundarios, pero la frontera entre éstos es imprecisa: puede tratarse de la fragmentación de una deidad principal en muchas especializadas (como en el caso del dueño del fuego y los dueños del brasero, del horno y del temazcal), o puede tratarse de guardianes o ayudantes que representan a las deidades superiores “en cada elemento de su dominio: cielo, agua, tierra cultivada, monte...; o cerca de cada ser animado o inanimado” (ibídem). “[L]os dueños son los dioses colocados al alcance de los hombres” (ibídem).

El análisis del chamanismo en la Huasteca sur en relación al intercambio y la reciprocidad realizado por Trejo et al. se enfoca en la obligación del especialista de devolver. Ahí, ser chamán “significa privilegio y deuda, privilegio por contar con un carisma que reditúa en respeto pero también en ostensibles y envidiables ganancias monetarias; deuda porque hay que pagar por los frutos del “don” a riesgo de morir” (2013).²³⁶ Por estas razones, el especialista debe gastar anualmente “el favor que los hace diferentes” (Trejo et al. 2013:31) y por el cual reciben más dinero que el campesino en general. A su vez, debe pagar por el don concedido bajo la forma de un ritual de *costumbre* ofrendado a las deidades tras el diagnóstico de la enfermedad iniciática (ibídem). Este ritual instauro “un perpetuo ciclo de intercambios entre mundos que sólo terminará con la muerte del chamán” (ibídem). Este pago debe realizarse de manera gradual, tanto entre totonacos como entre tepehuas y nahuas. Estos últimos hablan de un proceso de hacer promesa por cuatro años consecutivos: “cuatro años de ofrenda y aprendizaje que consuman la iniciación” (Trejo et al. 2013).

Para el caso de Ixtepec, pudiéramos comparar este proceso gradual de iniciación con el periodo de aprendizaje de los curanderos totonacos, el cual obligatoriamente dura un cierto número de años y antes del término del cual no está permitido recibir pago alguno.²³⁷ Sin embargo, en Ixtepec el “riesgo de morir” o de enfermar no tiende a relacionarse con una ofrenda a los dioses o con el pago que deben hacer los curanderos, sino con el pago que deben recibir del paciente. Como escribe Gabriel Sainos en su libro acerca de la medicina tradicional en Ixtepec, “[s]i no cobras o no te pagan por hacer el servicio de curación, puede ser que te toque la enfermedad o lo que está sufriendo la persona que está mal” (2012:45).²³⁸

²³⁶ En Ixtepec, como en los grupos de la Huasteca sur descritos en Trejo et al., volverse curandero no tiene que ver con el gusto, sino que implica cierta obligación. Mientras Trejo et al. lo describen en relación a la obligación ante el mundo Otro a partir de la recepción del don, en Ixtepec tiende a plantearse en términos de necesidad: así como en el caso de María Cano referido ya, Doña Eustolia Manzano Romero describe que se vio obligada a enseñarse a curar, para poder curar a sus hijos que se “ponían malos en la noche”. Aprendió de una señora y de su tía.

²³⁷ En Ixtepec la idea de cuatro ofrendas para establecer o completar un intercambio la encontramos más claramente marcada en el proceso de petición de la mujer para el matrimonio, en el cual el pretendiente debe ir a pedir a la mujer cuatro veces, llevando cada vez regalos más grandes para la familia de ella.

²³⁸ El mal que aflige a la persona y que puede retener el curandero puede ser tanto una enfermedad, como pensamientos y dolores.

En este sentido, el trabajo del curandero implica peligro. Como describen claramente Trejo et al., implica “estar constantemente en contacto con malos aires, difuntos, potencias encolerizadas, en fin, al lidiar con malos aires y agencias fastas, los chamanes están expuestos a mayores y más peligrosas enfermedades” (2013). Sin embargo, en la Huasteca sur el principal mecanismo de protección del chamán proviene del pago que hace del carisma, que trabaja como deuda (2013), mientras que entre los totonacos de Ixtepec la protección proviene no de dar sino de recibir. En el primer caso, llevar a cabo la promesa anual protege a los chamanes de “la cólera de los altos númenes que exigen ofrenda (como en el caso de la ira del “mundo” o de los difuntos), como [de] la envidia de sus colegas que en la competencia mandan brujería” (2013). En Ixtepec, el peligro parece provenir más bien de la interacción específica al momento de curar, en tanto que al estar inmersos en una relación de reciprocidad, es fundamental recibir algo de lo que se está intercambiando —ya sea un pago o el mal mismo (sea una enfermedad, mala fortuna, o maldad).²³⁹ Como vimos en el capítulo anterior, ciertos tipos de relación con estas entidades —por ejemplo de cohabitación o de alianza matrimonial— pueden ocasionar la pérdida del sentido o el alejamiento de aquello que constituye a la persona como totonaca. El que el curandero que aún está en el periodo de aprendizaje no reciba dinero, pudiera implicar entonces que aún no está “capacitado” por completo para establecer relaciones con el mundo otro, poblado de entidades no-humanas. Además de aceptar un pago como protección, el rezandero y el brujo deben rezar o pedir por sí mismos a la vez que rezan por la persona que acudió con ellos.²⁴⁰ Como explica Doña Piedad, a la persona que hace rezos “le llevas tu veladora... porque ni modo que tú le reces a ella. Se le puede pasar tus problemas. Ella tiene que rezar por ti y por ella” (Ixtepec 2014). Por lo mismo, es común y comprensible que haya curanderos y brujos

²³⁹ Recordemos aquí la obligación de dar, recibir y devolver sobre la cual nos llamó la atención Marcel Mauss en su ensayo sobre el don (1990 [1950]).

²⁴⁰ Esto no implica que el curandero no sea víctima de la envidia de otros. En Ixtepec, así como entre los totonacos del norte, la sola posición de curandero invita a la envidia: “Las relaciones entre curanderos están marcadas siempre por los celos, la desconfianza y el temor; si uno de ellos cae enfermo, atribuirá, sin titubear, un golpe artero a los celos de un colega” (1973:288). Sin embargo, al hablar de la curación de enfermedades —y no de la maldad relacionada con la brujería— los curanderos que conocí en Ixtepec tendían a enfatizar más el peligro que venía de manejar la enfermedad de otros, especialmente si no recibían nada a cambio.

que tienen muchos problemas, ya sea de salud o de riñas familiares sobre territorio y propiedad —“las cosas de los otros se te quedan” (Doña Piedad, Ixtepec 2014).

El pago, en tanto método de protección y no de sustento, debe ser poco. Como explica Sainos, “[n]o hay que pedir mucho, pero hay que pedir y aceptar lo que le den a uno” (2012:45). En efecto, un curandero que cobra mucho es mal visto y con frecuencia criticado. Esto se asemeja quizá a la obligación al gasto anual referida por Trejo et al., pero va más allá, en tanto que en Ixtepec cobrar mucho deviene en un cuestionamiento de las capacidades del especialista; como mencionamos ya, aquellos que cobran mil pesos inclusive son considerados charlatanes. Esto contrasta con los casos descritos en Trejo et al., en donde con el cobro cada vez mayor “el curandero afirma ... su competencia” (2013).²⁴¹

La etnografía de la Huasteca sur que hemos estado citando aquí, enfocada en el pago que hace el chamán a las deidades a través del ritual de costumbre, discute el pago monetario al curandero en una nota a pie de página, en donde se plantea la pregunta de si este “gesto de gratitud... en que los especialistas rituales reciben parte de la ofrenda, les fue dado en función de su trabajo personal o del saber divino que actuó a través de ellos” (2013). Esta interrogante es igualmente pertinente para el contexto que nos compete, en tanto que Dios está involucrado en el proceso y es importante agradecerle a Él, así como al curandero. Sin embargo, son justamente los casos de recomendaciones terapéuticas realizadas por conocidos o amigos que no son curanderos los que nos brindan una pista para contestar esta pregunta. Don Eberardo, por ejemplo, siguió las indicaciones de un conocido para controlar su diabetes. Este conocido, sin embargo, no es curandero, y fue cuidadoso al aclarar que “Yo no curo, yo nada más te voy a dar. Y si te curas, da gracias a Dios. No me la vengas a dar a mi, ni me traigas ningún regalo ni nada” (Ixtepec 2013). Esta clase de comentarios se escuchan comúnmente, y en vista del análisis que hemos hecho del papel del curandero, podemos pensar que en caso de

²⁴¹ Los curanderos que cobran menos son aquellos con mayor renombre. La gente cuenta de una mujer que sabía curar y era conocida en toda la región, que sólo cobraba cincuenta centavos. A su vez, aquellos que hoy en día cobran entre cien y doscientos pesos son criticados como careros. Cabe decir, sin embargo, que las personas aún así acuden con ellos. La duda en relación a sus poderes de curación parecen emerger únicamente cuando el precio sube radicalmente (arriba de mil pesos). Los adivinos pueden cobrar mucho, por lo cual poca gente puede acudir con ellos. Sin embargo, al pertenecer a otra categoría sus precios altos no causan sospecha en relación a sus capacidades.

no verse involucrado un especialista, la curación va directamente de Dios a la persona. Asimismo, podemos considerar que la instrucción de no dar un regalo a cambio de la recomendación, más que ser un gesto de humildad, implique una protección, pues recibirlo implicaría peligro al estar involucrado en la red de reciprocidad que, como hemos visto, caracteriza el proceso de curación de la enfermedad. El pago, entonces, funge como protección y es brindado al curandero por su labor como intermediario entre Dios y el enfermo (y cualquier otra entidad involucrada), es decir, por su don.

El que la curación tenga que ver con la capacidad de una persona de mediar y de establecer relaciones con una serie de seres de diferentes estatus ontológicos —con su don— está ligado a su vez con la eficacia del tratamiento, en tanto que ésta se le adjudica a la persona que cura más que al tratamiento mismo, el cual no se puede pensar de manera independiente del curandero.²⁴² Si nos detuvimos un tiempo en analizar la lógica del intercambio que caracteriza el hacer médico de los curanderos y que repercute directamente en el cuerpo y su manipulación, es porque nos permite comprender que el paciente que elige a su médico elige inherentemente con quién y a través de quién relacionarse con diferentes seres, y que el intercambio de dinero es fundamental para esta relación.

El otro elemento fundamental o característico de la relación entre paciente y médico tradicional tiene que ver con la manera en que se realiza el diagnóstico y con el tratamiento consecuente: es la escucha. En palabras de Gabriel Sainos, “la medicina tradicional es dejarse escuchar todo lo que pasa en los pacientes” (Ixtepec 2013). Esto se relaciona con una concepción específica de la enfermedad, la cual no divide a un cuerpo-objeto de un cuerpo-sujeto como observábamos en el caso de la consulta en el hospital. Aquí, el diagnóstico necesariamente requiere de la narrativa de los pacientes, en tanto que son ellos los que pueden describir en gran medida las cadenas causales que resultaron en el malestar. Como explica Gabriel, “la gente llega, se sienta, te empieza a exponer su caso, empecé cuando cantó el búho, al otro día amanecí mal, me duele

²⁴² Esto se refiere únicamente a los casos en los que se acude con un curandero por tratamiento, pues en los casos de las curaciones realizadas en casa y en relación a ciertas hierbas, la eficacia se le adjudica al tratamiento en sí. Sin embargo, en el caso del hierbero el pago sigue siendo fundamental, pues entra en contacto con la enfermedad y escucha los problemas del paciente que pueden “quedarse” con él. Las hierbas manipulan el cuerpo y el espíritu tanto como el curandero.

eso, así cuando me regañó mi marido se asentó” (Gabriel Sainos, Ixtepec 2013). Agrega que aunque en la medicina alópata los sueños no tengan que ver con la enfermedad, en la medicina tradicional sí, y aclara: “que si cantó el gallo, desde que se cayó el niño, cómo se enfermó, todo tiene que ver con muchas cosas” (ibídem). La enfermedad, entonces, no es sólo un proceso fisiológico que se puede diagnosticar a partir de pruebas realizadas sobre un cuerpo, sino que es necesario escuchar al paciente —y en este caso no para traducir sus palabras en síntomas, sino para poder realizar el diagnóstico y llevar a cabo la curación correspondiente.²⁴³

La escucha no sólo es fundamental como herramienta para el diagnóstico del mal que aflige a cada paciente, sino que ésta ayuda a sanar a la persona. Como declara Gabriel Sainos, “el médico que no escucha pues no está bien. No se desahoga la persona... Si no le escuchas la persona ¿qué crees que sentirá? Feo, mal, ¿no? No se mejora, a lo mejor *empeora más su pensamiento*, no?... No se libera todo lo que está sintiendo su corazón, su sentimiento” (Ixtepec 2013, mi énfasis). Entre los totonacos de Ixtepec, el pensamiento está directamente relacionado con el bien- o malestar de la persona. En efecto, como veremos más adelante, las personas con diabetes deben hacer un gran esfuerzo por controlar sus pensamientos, y los sentimientos que se relacionan con estos, para poder controlar su enfermedad. Algo similar ocurre entre los nahuas de Tlacotepec, Puebla, en donde el corazón —centro anímico dentro del cual reside la entidad anímica del *toanima* o “nuestra alma”— “rige los pensamientos y los sentimientos, que a pesar de generarse en los “sesos”... están determinados por el corazón” (2003:116). En relación a esto, Romero cita a Don Inocencio, quien explica que “[c]uando se siente algo o piensas algo malo es que tienes mal tu corazón, tus sentimientos. Si pensamos mucho nos podemos volver locos, con tanto pensamiento el corazón no aguanta y ahí aparece la enfermedad. El corazón de tanto que piensa se siente mal, ¡no aguanta! A veces estamos débiles, la sangre no está buena, no aguanta lo que está pensando, por eso le agarra dolor de cabeza, ¡de ahí viene la enfermedad!” (ibídem). Más

²⁴³ El curandero liga la narrativa del paciente con otros métodos de diagnóstico, incluyendo los propios sueños y, por lo general, el uso del huevo. Don Julio, por ejemplo, siempre realiza una limpia tras la cual parte el huevo utilizado y puede ver dentro de éste qué mal es el que aflige a su paciente. No nos adentraremos más en los métodos de diagnóstico y curación, pues por ahora lo que nos interesa es poder comparar la relación que establece el paciente con los diferentes tipos de médicos.

adelante retomaremos el tema de la sangre y los pensamientos en relación a la noción de “control”, pero por ahora subrayaremos la relación íntima entre pensamiento y salud que opera en entre los totonacos de Ixtepec, y por la cual es fundamental que el curandero escuche a la persona que está enferma: la escucha permite el desahogo, permite lidiar con los malos pensamientos, permite la mejoría.

Comprender la escucha del curandero en este sentido también permite comprender por qué en la relación de intercambio delineada en esta sección el curandero no sólo puede retener la enfermedad del paciente, sino los problemas en general —la curación no manipula únicamente un cuerpo o una enfermedad pensada como proceso fisiológico, sino que trata con el mal en varios niveles o aspectos, todos los cuales puede ser intercambiados. Esto también puede ayudarnos a comprender por qué, como mencionamos anteriormente, curar a los niños implica menos peligro que curar a los adultos. En varias ocasiones recibí la aclaración de que “yo” o “ella” sólo cura niños. Como mencionamos en el capítulo anterior, entre los totonacos de Ixtepec encontramos una situación similar a la de los nahuas de la Sierra Negra, según la cual “[l]os niños, en general, son vistos como seres incompletos” cuya “humanización se alcanzará una vez que su cuerpo madure, sean bautizados, reconozcan a sus parientes y, sobre todo, se alimenten de maíz” (Romero 2011:48-49). A su vez, los niños tienen la sangre débil porque aún no han madurado, y su espíritu —entre los nahuas el tonal— se desprende y sale fácilmente (Romero 139-164). Como explica Romero para el caso nahua, “[p]or las cualidades del tonal de los niños, éstos son más propensos a enfermarse” (ibídem:234). Sin asumir que sucede exactamente lo mismo en Ixtepec, sí podemos decir que, si consideramos que los cuerpos de los niños son diferentes a los de los adultos y que existe una relación estrecha entre cuerpo y enfermedad, podemos pensar que las enfermedades también son diferentes, o por lo menos que afectan a adultos y niños de manera diferente.²⁴⁴

Doña Eustolia, quien declara especializarse “nada más en curar a los niños”, enlista los padecimientos que trata, los cuales no tienden a relacionarse con los adultos:

²⁴⁴ Esto a su vez pudiera brindarnos la pista para explicar por qué a los niños no les da diabetes a pesar de que sean particularmente propensos a perder el espíritu y a asustarse. Sin embargo, esta es una cuestión que deberá dejarse para una investigación futura.

empacho, techito, cuajo y susto.²⁴⁵ Esto también implica que el peligro ante el cual se encuentra el curandero de retener los problemas o la enfermedad de la persona a la que trata no puede funcionar del mismo modo con los niños, cuyos cuerpos y enfermedades se comportan de maneras diferentes, y quienes aún no están inmiscuidos en las mismas relaciones de reciprocidad que los adultos (empezando por el hecho de que no caen víctimas a la envidia y de que sufren bajo la brujería únicamente cuando ésta se dirige a sus padres). En este sentido, pudiéramos decir que el curandero está tratando con cuerpos que aún no son personas completas, y por lo mismo, la escucha no es tan fundamental para su diagnóstico y tratamiento como lo es con los adultos.

La escucha, entonces, es definitoria para la relación entre paciente y médico tradicional, y marca un punto de contraste claro con la consulta con el médico alópata. Gabriel Sainos declara que “el médico tradicional tiene que estar escuchando, pero un médico alópata no. Esa es la gran diferencia”. “Un médico alópata nada más quiere saber las causas y terminó.” Mientras que un “médico tradicional tiene que escuchar... el médico alópata no lo hace”. El médico alópata no quiere perder el tiempo —“atendió, ya tiene otra persona a quién atender. Igual con médicos particulares, no quieren escuchar eso” (Ixtepec 2013). En efecto, los médicos alópatas no escuchan las historias de los pacientes, y éstos no las cuentan: se sabe que el método es diferente y que los campos de conocimiento son diferentes. Y como hemos visto hasta ahora, la manera de relacionarse también es distinta: mientras que con el curandero la relación se establece a partir de la escucha, inmiscuida en una red de intercambio y reciprocidad develada en gran medida por la importancia del pago, en el hospital no se cuentan las mismas historias, y en lugar de pagar, el paciente —por lo menos el paciente con Oportunidades— recibe dinero.

Acudir al hospital del IMSS Oportunidades, en primera instancia implica perder un día de trabajo. Como describimos al inicio de la tercera parte de esta tesis, los pacientes necesitan llegar temprano para ser atendidos, y la mayoría pierde la mañana esperando y la tarde volviendo a casa. Además, existe la posibilidad de ser enviado a otro hospital, lo cual implica una pérdida mayor de tiempo y dinero. Si se necesita un ultrasonido o un

²⁴⁵ Aunque los adultos también padecen de susto, hay diferencias fundamentales en el motivo de los sustos correspondientes, así como en sus consecuencias.

análisis que no se puede hacer en Ixtepec, por ejemplo, envían a los pacientes a Zacapoaxtla. Si es una emergencia y el especialista en turno en el IMSS no es el indicado, se envía al paciente a uno de los hospitales grandes que tenga la especialidad requerida para la situación. Sin embargo, este hospital no puede ser cualquiera. En primer lugar debe ser uno que se encuentre en el estado en el que habita el paciente —en este caso es Puebla— aunque posiblemente haya uno más cercano en Veracruz. La segunda consideración es respecto a la institución que maneja el hospital: si es Secretaría de Salud, y el paciente está registrado con el IMSS, es más complicado. A los habitantes de Ixtepec podrían enviarlos a Puebla Norte, General del Sur, Teziutlán, al hospital universitario en Puebla, a Zacapoaxtla o a Chinahuapan, por ejemplo. Como vimos en el capítulo anterior, el trabajo es transversalmente práctico y físico; es fundamental para la subsistencia y para la constitución de la persona totonaca —elementos ligados entre sí. María José Hernández, de trabajo social, habla de las dificultades de índole práctica al explicar por qué las personas suelen faltar a sus citas: “Le dan mucha prioridad a obviamente a trabajar, para ellos es más importante y yo creo que para cualquier persona, ir a... Sobre todo porque ellos si no trabajan, pues no ganan. Y su salario es mínimo. De cincuenta a ochenta pesos diarios, entonces ellos prefieren irse a campo, que venir acá, porque sienten que es perder el tiempo” (Ixtepec 2014). Tanto con el médico particular, como con el curandero, la persona tiene la posibilidad de establecer su propio horario.

En segundo lugar, acudir al hospital implica estar en relación con el sistema, es decir, con el mundo cuasi-kafkiano de la burocracia. “¿Tiene su carnet?” “Lo tiene que traer para que lo firme, si no, no va a recibir Oportunidades.” “¿Trajo las copias?” “¿Trajo la receta que le dieron allá?” La mayoría de las interacciones que se escuchan en la sala de espera del hospital tienen que ver con los procesos burocráticos que hay que llevar a cabo. Por ejemplo, para sacar un nuevo carnet hay que ir por una constancia, sacarle una copia a la hoja, entregarla a una persona en específico para que ésta pueda dársela a la enfermera y que ésta última pueda anotar en el registro que el o la paciente se dio de baja. Un proceso como éste puede durar toda la mañana o inclusive requerir que vuelvan al siguiente día, con todo lo que eso implica. La situación organizativa es complicada tanto para médicos como pacientes. Ante la denominada “renuencia” analizada en los capítulos anteriores, los médicos acuden a los hogares para entregar

citatorios personalizados con fecha. En ocasiones, sin embargo, los pacientes arriban el día indicado para descubrir que trabajo social tuvo que salir y no hay nadie para atenderlos. De manera inversa, los trabajadores del IMSS organizan grupos para mujeres embarazadas y para pacientes con diabetes, sobrepeso, etc., sólo para descubrir que llegó una única persona, o que no llegó nadie. Esto tiende a ocurrir en los meses en que se siembra o se recoge el café. Como explica Doña Piedad, “[h]ay que salir todo el día, ni modo”. Asimismo, según María José Hernández muchas mujeres no vienen a los grupos porque tienen que cuidar a sus hijos o porque tienen que hacerle de comer a los mozos. Volvemos aquí a la cuestión del trabajo como constitutiva a la persona, práctica y física a la vez. Vemos también una relación de poder, radicalmente diferente a la que analizamos en el caso de los médicos tradicionales, en tanto que gran parte de las personas que lleva a cabo estos procesos burocráticos y que asiste al hospital, lo hace en el entendido de que recibirá dinero.

La pregunta que emerge es ¿de qué forma se transforma la relación entre médico y paciente cuando el que recibe dinero es el segundo y no el primero? Como hemos dicho, el pago al curandero es fundamental porque las relaciones que establece con entidades de otros mundos y con la enfermedad son peligrosas, mientras que éste no es el caso con el médico alópata. Sin embargo, también hemos visto que el pago se inserta e implica una red de relaciones de intercambio, de modo que nuestra pregunta es relevante. Sabemos que las personas no acuden al hospital por “interés” o “conveniencia”. Ya analizamos que el hospital forma parte de una serie de opciones de tratamiento para las personas en Ixtepec y que es la primera elección de algunos. Sin embargo, al invertirse las relaciones de intercambio, el proceso de curación debe de ser otro también. A su vez, a modo de apuntalamiento más que de comprobación, cabe recalcar que esta relación se caracteriza por recibir dinero, elemento fundamental en las relaciones delineadas en el capítulo anterior con la serpiente y el diablo, es decir, con ‘otros’. En efecto, de las personas que trabajan en el hospital sólo dos son totonacos o tienen familia totonaca — un doctor y una enfermera— de modo que podemos hablar de que al acudir al hospital se está estableciendo una relación con un ‘otro’. La pregunta que se nos plantea en primer lugar, sería ¿a cambio de qué están recibiendo dinero? Pues tanto en el caso de la serpiente como del diablo existe un intercambio definido por el tipo de alianza que se

establece.²⁴⁶ La pregunta planteada en el capítulo anterior permanece abierta, o quizá la respuesta tan ambigua como lo es la figura de la serpiente. En segundo lugar, es importante resaltar nuevamente que tanto las enfermedades como los tratamientos relacionados con el no-indígena, pueden afectar y curar a los totonacos. Volvemos aquí a la cuestión analizada en el capítulo anterior, de que el cuerpo humano parece ser universal en tanto que puede padecer las mismas enfermedades y es susceptible a los mismos tratamientos. La diferenciación, como vimos, emerge en relación a las maneras en que se padecen las enfermedades.

Más allá del papel que juega el dinero en la relación entre médicos-hospital y pacientes con Oportunidades, en general existe una relación de poder entre ellos que se refleja en el hecho, mencionado ya, de que los habitantes de Ixtepec prefieran no ir por miedo a que no los dejen salir, a que los regañen, a que los operen, a que le obliguen a las mujeres a ponerse un dispositivo anticonceptivo o a realizarse la prueba del papanicolao.²⁴⁷ Esta situación marca un contraste profundo con el médico tradicional, así como con el médico particular, en tanto que el paciente en ningún momento se verá atrapado u obligado a hacer algo.

En términos de la relación específica entre paciente y médico alópata —más allá de la relación con el hospital como institución— ésta también presenta claras diferencias con la que se establece con el curandero. En primer lugar, como mencionamos anteriormente, el paciente no puede elegir qué médico será el que lo atienda, sino que es asignado un consultorio y el médico cambia de cada seis meses a dos años. En este sentido, los habitantes de Ixtepec pueden elegir ir al hospital, mas no con quién

²⁴⁶ En términos de la relación comercial con el “afuera” podemos decir que se pagó con la enfermedad, aunque no de manera directa o sencilla, pues como vimos, la llegada de la diabetes forma parte de un entramado de relaciones. La pregunta sería si esto también se ve reflejado al nivel de la relación con el hospital, como una parte del “afuera”.

²⁴⁷ Durante mi tiempo en campo no observé que se le obligara a los pacientes a hacer algo que no querían, aunque sí pude observar intentos de presionar, nacidos quizá de la frustración que analizamos en el tercer capítulo. Sin embargo, estos miedos son claros y compartidos por muchos en el pueblo. Guadalupe Luna Zotero, curandera, me explicó que “dicen que así dice el gobierno, que ya no quiere mucho familia” (Huehuetla 2013). A su vez, sí pude observar varias situaciones en las cuales un paciente acudía a la consulta por una cosa, y era diagnosticada con otra, resultando en citas posteriores y en algunos casos la posibilidad de operación.

relacionarse específicamente.²⁴⁸ En segundo lugar, en el consultorio hay poco lugar para la escucha; por lo menos la clase de escucha referida por Gabriel Sainos. En el capítulo anterior ya nos referimos al método de diagnóstico alópata en términos de “prácticas” (*enactments*), argumentando que en algunos casos se “practicaba” un cuerpo-objeto — al que únicamente tienen acceso las pruebas de los médicos— y en otros un cuerpo-sujeto —cuyas palabras deben ser traducidas a síntomas y así, al cuerpo biológico. Radicalmente diferente de la noción de cuerpo que se entrevé en el proceso de diagnóstico de los curanderos, esto también devela una noción de enfermedad distinta, en tanto tiende a *separar* en lugar de *unir*. Mientras que con el curandero “todo tiene que ver” y por lo general se intersectan diferentes cadenas causales, en el consultorio es común el diagnóstico de varios males a partir del estudio o la observación del cuerpo-objeto. Por ejemplo, tras una consulta en donde se hizo una revisión general del paciente y se habló brevemente de sus molestias físicas, el Dr. Torres explicó que la paciente tenía dos cosas diferentes, pues el problema del corazón “no tiene nada que ver con el dolor en el hombro” (Ixtepec 2013).

A su vez, no se les admite conocimiento de sí mismos a los pacientes más allá de ser portadores de información sobre síntomas potenciales, lo cual también contrasta con la relación entre paciente y curandero, según la cual el diagnóstico puede depender por completo del contexto *específico* de la vida *individual* del paciente. En el consultorio esto se traduce en situaciones en las que los pacientes piden medicamentos específicos sabiendo que les han ayudado en el pasado, y los médicos por lo general se los niegan en tanto que eran medicamentos que trataban los síntomas y no las causas subyacentes. Como describen Kelly y Carrera en un caso similar entre los yanomami, “[e]sta situación a veces choca con la visión del médico, para quien el diagnóstico es de competencia exclusiva suya y no del paciente” (2007:350). Cuando esto ocurre, los pacientes totonacos por lo general piden *un* medicamento para *una* enfermedad específica —ya sea tos, fiebre, gastritis, etc.— lo cual se relaciona con una noción específica de la

²⁴⁸ Considerando que con el curandero el establecimiento de las relaciones tiene que ver con la eficacia del tratamiento, aquí surge la pregunta de cómo piensan los totonacos la eficacia de la medicina alópata — pregunta que permanece abierta para futuras investigaciones.

enfermedad y de su tratamiento. Como veremos más adelante, esta misma noción hace que el tener que tomar varias pastillas para una misma enfermedad sea contraintuitivo.

Por último, la relación que establecen los habitantes de Ixtepec con el médico particular se asemeja a la relación con los médicos del hospital, excepto por algunas grandes diferencias. En primer lugar, las personas pueden elegir en qué horario acudir con el Dr. Juan, y si no se encuentra en el consultorio, a veces él va a visitarlas a sus casas después. A su vez, al médico particular se le paga (más que a un curandero), hecho que como hemos visto, es de gran importancia en las prácticas terapéuticas totonacas. En general, las personas confían más o prefieren ir con el Dr. Juan antes que acudir al hospital.

A partir de esta comparación general de los tipos de relaciones que pueden establecerse entre personas-enfermas y personas-que-curan, podemos observar que las posibilidades de *elección* no son entre servicios simétricos o equivalentes, sino que implican el establecimiento de diferentes tipos de relaciones con diferentes entidades. Vemos que, entre los totonacos, someterse a diferentes tratamientos implica una lógica de la elección profundamente diferente de aquella descrita por Mol en un contexto euro-americano. Asimismo, podemos apreciar a grandes rasgos por qué los itinerarios terapéuticos presentan la jerarquía que describimos: Las elecciones terapéuticas dependen de la enfermedad en cuestión y la gravedad de la misma, características relacionadas a su vez con el *tipo de relaciones que es posible establecer* con los curanderos, médicos del IMSS y médicos particulares, así como con las relaciones establecidas previamente entre estos y los habitantes de Ixtepec. Siendo así, en términos muy generales y dentro de lo posible, los habitantes de Ixtepec prefieren acudir primero con un curandero, en segundo lugar con el médico particular, y en último lugar al IMSS.

A continuación analizaremos la manera en que los itinerarios terapéuticos arriba mencionados y esta lógica de la elección se transforman en el caso de la diabetes, buscando demostrar que tener diabetes implica o incluye ir al hospital, y relacionado con esto, que al tener diabetes las elecciones de tratamiento no solo no son equivalentes como “servicios”, sino que la posibilidad misma de “elección” no es la misma.

Itinerario diabético: Del diagnóstico y el tratamiento

Cada quien tiene una historia de cómo supo que tenía diabetes, y todas incluyen al hospital. Varios narran cómo comenzaron a sentirse mal y después de un tiempo acudieron al hospital. Don Eberardo relata cómo empezó a sentir “como que cuando se te bajan las pilas, así con mucho sueño, con muchas ganas de orinar.” En una ocasión, mientras manejaba, comenzó a sudar y sentía que lo vencía el sueño. Tuvo que detener el auto y dormir una hora antes de seguir, plagado de sed. Al siguiente día fue al hospital a revisarse —aún recuerda que tenía entre “350 y 400 de azúcar” (Ixtepec 2013). Doña Filomena fue al hospital porque no lograba dormir, pero agrega que ella no se daba cuenta, “tienes diabético, me decían” (Ixtepec 2013). Doña Josefa relata que tuvo dolor de cabeza tres años, pero que se tomaba pastillas para calmar el dolor. Después de otro año con dolor de cabeza, sin embargo, “cayó en cama” y sus hijos la llevaron al IMSS Oportunidades. Ahí la diagnosticaron con diabetes: “Pues yo no sabía cómo es diabetes, no me daba yo cuenta” (Ixtepec 2014). Don Tiburcio fue al hospital para que le curaran una herida en el pie que estaba tardando en sanar y le diagnosticaron una diabetes que ya había resultado en complicaciones. Únicamente con estos pocos ejemplos podemos ver que las expresiones —¿o debíamos decir *enactments*?— de la diabetes son extremadamente variadas.

Otros relatan que el médico les informó que tenían diabetes durante una cita de revisión general en el hospital, a la cual habían acudido para recibir el apoyo de Oportunidades: “yo no sabía”. En estos casos no se habían sentido mal en absoluto antes de que el médico les diera la noticia. María Vázquez me explica que ella nunca tuvo los síntomas “que dicen que son de la diabetes” —no tenía que tomar agua ni ir al baño— ella supo porque se le subió la presión y le hicieron estudios de sangre; por los análisis. Recuerda que después tuvo mareo, dolor de cabeza y ojos rojos.

La incredulidad por parte de los pacientes del diagnóstico del médico no sólo ocurre cuando no hay síntomas, aunque sí es una de las principales motivaciones para las personas que buscan segundas opiniones. Este cuestionamiento puede darse inclusive años después del diagnóstico. Durante varias conversaciones con personas que llevaban años tomado medicamento para la diabetes, al hablar del hecho de que no presentaban algunos de los síntomas principales, agregaban que quizá no tenían diabetes: “Yo no tengo sed, no se me seca la boca, no tomo agua. No sé si sea diabética”

(Doña Amparo, Ixtepec 2014). A su vez, el diagnóstico no es lo único que puede ser dudado, sino también los síntomas que refiere el médico. Por ejemplo, a Don Miguel le informaron que el dolor que tenía en la pierna era debido a la diabetes, pero él sabe que esto no puede ser atinado, pues la diabetes está en todo el cuerpo, en la sangre, y no sólo en la pierna. Por último, el que la diabetes se herede o venga de la familia, como dicen los médicos, entre los pobladores de Ixtepec se sabe que no es cierto o por lo menos se duda fuertemente. Esto se relaciona con el hecho de que la sangre —su fuerza o su debilidad —no se hereda de la familia, sino que se relaciona con el destino de cada quién.

Considerando las tendencias generales de los itinerarios terapéuticos de los totonacos en Ixtepec, es común que un médico particular sea el primero en sugerir a la persona que tiene diabetes. Inclusive puede ser un curandero, aunque es menos común. Sin embargo, el diagnóstico siempre ocurre en el hospital, con los análisis de sangre. Tras el diagnóstico, algunas personas acuden con el médico particular y otras comienzan a acudir al hospital mensualmente. A la vez, buscan opciones de tratamiento de la diabetes con un curandero. Todas estas se relacionan con la noción de que la diabetes es “para siempre” y con su constitución como *condición* del cuerpo, como veremos a continuación.

Asistir con un médico particular para revisarse la diabetes tiende a ser común entre los habitantes de Ixtepec por un tiempo. Sin embargo, en general (si no es que en todos los casos), las personas eventualmente deciden acudir al IMSS.²⁴⁹ Esto se debe a que, como me explicaron las personas que procedieron de este modo, esperaban poder curarse o aún poder evitar la enfermedad. Después de ver que no se les iba la enfermedad, cambiaron al IMSS porque el medicamento es caro, y no podían seguir pagando un médico particular. La noción de prevención después del diagnóstico se

²⁴⁹ En la descripción que hace María Vázquez del proceso que vivió, se vuelve aparente tanto la preferencia por acudir con un médico particular, como el hecho de que cambiar de doctor implica una ruptura, es decir, una relación previa. En este caso, el médico que la atendió primero era su primo: “como son caras las medicinas le digo, ‘mira yo estoy sobrellevando a mis hijas en el estudio, *no puedo comprar el medicamento. ¿Me disculpas primo? Ora me voy a la clínica.*’ Todavía era clínica, todavía no estaba el hospital. Empecé a ir a la clínica, me empezaron a tratar, empezaron a darme captopril [para hipertensión] y el metformina, y las otras pastillas más... Y así fue como empecé a controlarme. *Yo sí que me gustaría estar con un médico particular, porque me imagino que me va a bajar el medicamento*” (Ixtepec 2013).

asemeja a la posibilidad de prevenir el susto después de haberse espantado, y nos habla de una manera particular de pensar la enfermedad y sus posibles causalidades. La idea de poder curarse de diabetes, común entre casi todos los pacientes, también de una manera de entender la enfermedad como algo que *entra* al cuerpo o algo que surge a partir de que parte del cuerpo esté atrapado/detenido. La idea de que la diabetes sea una *condición* del cuerpo mismo, y que no puede curarse, no parece encontrar un análogo dentro de las lógicas de salud-enfermedad totonacas. Al preguntar si hay alguna otra enfermedad que no se puede curar, algunas personas citaron el cáncer,²⁵⁰ mientras que otras hablaban de situaciones que llevaban directamente a la muerte. Gabriel Sainos, por ejemplo, describió la situación en que un brujo atrapa tus doce *takuxta*— “eso ya no se cura, te mueres” (Ixtepec 2013).

Considerando esto, resulta comprensible el hecho de que las personas se asusten mucho al escuchar que tienen diabetes, enfermedad que, si recordamos la primera parte de la tesis, es “practicada” (*enacted*) en el IMSS Oportunidades como algo que *no se cura*, y a su vez como *controlable*. María Vázquez describe la dificultad de tener una enfermedad incurable: “Es el problema, como yo digo, cómo quisiera tener alguna enfermedad que fuera pues una operación. Digo, ¡pues me la quitan y ya! Pero esta enfermedad que yo tengo... yo me da tristeza” (Ixtepec 2013). Entendemos también el que la diabetes sea igualada a la muerte, como comentan los médicos del IMSS. Como declara María José Hernández, de trabajo social, los pacientes sí saben que es para siempre:

Sí lo saben, se los explicamos. Sí lo saben, pero como que a veces se les dificulta creerlo. ‘Es una enfermedad que va a pasar toda la vida, y usted va a tener, no se le va a quitar, en ese momento se le diagnosticó y se va a quedar con usted. Hay que tener nada más mucho cuidado, vamos a hacer esto, vamos a hacer el otro. No quiere decir que se va a morir’, porque ellos piensan: muerte. Diabetes es igual a muerte” (Ixtepec 2013).

²⁵⁰ Miguel Márquez respondió “Cáncer. Cáncer y otras enfermedades” (Ixtepec 2013). Esta referencia a las “otras enfermedades” pudiera pensarse en relación a la categoría identificada en el capítulo quinto, que relaciona a la diabetes, al cáncer y a la presión alta o hipertensión. En efecto, varias conversaciones en las que discutíamos la diabetes me parecían resultar en malentendidos que, pensándolo ahora, posiblemente se expliquen por un uso diferente de la palabra “enfermedad”.

Al mismo tiempo, el que no exista un equivalente totonaco a las enfermedades crónicas, explica el que la interrogante en relación a la posibilidad de curarse de la diabetes esté tan presente en el discurso totonaco, y que esté plagada de ambigüedades.²⁵¹

Como mencionamos anteriormente, en ocasiones las personas que no tienen síntomas consideran la posibilidad de ya no estar enfermos. A su vez, fue común durante mi estancia que personas declararan que *la diabetes es incurable*, y más adelante me preguntaran si yo creía las historias de diabéticos que se habían curado (“¿Será cierto?”). Estas dudas abarcaban tanto la eficacia de los médicos alópatas como la de curanderos. “Dicen que hay curanderos que pueden curar la diabetes” —la mayoría de las personas que me lo comentó, lo hizo con un aire de pregunta, mientras que algunos inclusive declaraban charlatanes a estos curanderos. Gabriel Sainos, por ejemplo, me habló de un curandero que prometió curarle la diabetes a un paciente y le recetó un tiempo en el temazcal. Este paciente, sin embargo, padecía presión alta, y falleció. Aunque la mayoría de las personas con diabetes toma hierbas (recomendadas por amigos o curanderos) para *controlar su azúcar* y no para curarse, cuando se “escucha” de alguien que se curó, o de alguna hierba o remedio que no se ha probado aún, inclusive personas que han padecido diabetes por años prueban el nuevo remedio, buscando una cura. Guadalupe Zotero, curandera, opina que hay hierbas para todo, “nada más que no conocemos todas” (Huehuetla 2013).

A pesar de estas prácticas terapéuticas y estas búsquedas constantes producto de una postura ambigua ante la constitución de la diabetes como condición del cuerpo, las personas que sufren esta enfermedad acuden pocas veces al curandero, y algunas nunca van. Doña Esperanza me dice que tiene una planta amarga para la diabetes, pero que no la buscan mucho por eso. Como explica Gabriel Sainos, “la gente cuando le da azúcar sabe que no se le va, y no busca rezos ni limpia. Tal vez hierbas pero ya” (Ixtepec 2013). A su vez, algunos curanderos refieren a las personas al hospital si sospechan que el paciente tiene diabetes. Gabriel Sainos, por ejemplo, los envía con un médico alópata para que les hagan estudios, y si se confirma el diagnóstico, les da hierbas que ayudan

²⁵¹ Miguel Márquez, por ejemplo, brindó una respuesta en relación a la posibilidad de curar la diabetes que, en tanto confusa y contradictoria, me parece representativa de las conversaciones que tuve al respecto con diferentes personas en Ixtepec: “Es controlar, bueno, más bien es algo curable. No es definitivamente, sí usualmente sí, definitivamente cura, solamente cuidar mucho, ¿verdad? Es lo que yo tengo opinión” (2013).

a controlar el azúcar y que ayudan a proteger al cuerpo contra el daño que ocasionan los medicamentos para la diabetes. Tener diabetes, en efecto, implica ir al hospital. Los itinerarios terapéuticos de las personas con diabetes se caracterizan por ello. Aunque algunos eviten acudir a sus citas (lo que los médicos denominarían renuencia), todas las personas han ido por lo menos algunas veces, empezando por la ocasión del diagnóstico. Inclusive si van pocas veces, sin embargo, la relación con el hospital está establecida, en tanto que se les informa constantemente que *deberían* ir. Sin embargo, acudir al hospital por diabetes no es lo mismo que acudir por una fiebre o por una revisión anual para recibir Oportunidades: implica en su lugar asistir cada mes, no para curarse, sino para controlarse; y no para que revisen su estado de salud, sino para que revisen el nivel de glucosa en su sangre y puedan saber si se están controlando o no.

Como hemos mencionado, las personas con diabetes deben —en el caso de los pacientes con Oportunidades— y se les recomienda —en el caso de los pacientes que no reciben este apoyo— asistir a una serie de capacitaciones, a grupos de ejercicio, a una cita mensual o semestral de revisión, y en ocasiones a recibir medicamentos los viernes. Aunque las personas sin Oportunidades tienden a evitar las sesiones de ejercicio y algunas las de capacitación, hablé con una sola persona con diabetes que no ha vuelto al hospital desde el diagnóstico. Ir al hospital no depende de la gravedad del padecimiento, ni se deja como última opción. De hecho, en tanto avanza el padecimiento, el hospital se vuelve la única opción, y la elección se reduce a ir o no ir. Vemos que lo que era una tendencia a evitar el hospital en los itinerarios terapéuticos de los totonacos en Ixtepec ante enfermedades en general, en el caso de la diabetes se invierte.

Sin embargo, asistir al hospital en este caso no conlleva una opción para curarse: las personas saben que en el hospital no se cura la diabetes, y la mayoría de las citas no incluye prácticas de tratamiento. En efecto, los pacientes reciben los medicamentos de la diabetes sólo en algunas de sus citas. En este sentido podemos decir que en los itinerarios terapéuticos de los pacientes con diabetes, ir al hospital no constituye una *elección* entre diferentes opciones de tratamiento y curación: la lógica de la elección cambia. Aunque ir al hospital se relaciona en parte con el hecho de que médicos alópatas y curanderos se relacionen con campos de conocimiento diferenciados, no sólo se debe a ello, pues como hemos visto, los pacientes totonacos dudan del conocimiento de los

médicos —por un lado el médico alópata es el único que puede diagnosticar la diabetes definitivamente en tanto que tiene acceso a la sangre y al cuerpo, y por el otro lado las personas dudan inicialmente del diagnóstico, así como de la idea de que la diabetes se hereda y de que en efecto es para siempre. Asimismo, aquellos que asisten a sus citas van al hospital a pesar de que saben que no los van a curar, y a pesar de saber que los medicamentos hacen daño, como veremos más adelante.

La lógica de la elección expuesta en la sección anterior se mantiene en este caso únicamente cuando las personas con diabetes deciden *no* ir al hospital, acontecimiento del cual conocí un solo caso. En cambio, *ir* al hospital no constituye una alternativa de curación. Los pacientes no eligen con quién relacionarse y de qué modo curarse, sino que van al hospital porque es *parte de tener diabetes*. El hecho de que la diabetes implique itinerarios terapéuticos radicalmente diferentes a aquellos descritos arriba, así como el hecho de que no implique la misma lógica de elección (en tanto que no se trata de elegir con quién *curarse*), nos llevan a proponer que la diabetes *incluye* al hospital, es decir, que *incluye* una relación eterna con el hospital, acudan o no los pacientes.²⁵² Pensado en este sentido, el relato de Miguel Márquez sobre su diagnóstico por parte de un médico particular es revelador: “‘Te quiere agarrar diabetes’, me dice. ‘Hijo, mano’, le digo, ‘¿y ahora cómo le hago?’ ‘Pues así, tienes que ir al hospital cada mes, te voy a dar la papel para que sí te vas a ir controlando’, dice. Pues sí me espanté...” (Ixtepec 2013).

¿Pero qué implica que ir al hospital esté *incluido*, que sea *parte de*, tener diabetes? Como analizamos en la sección anterior, ir al hospital implica insertarse en relaciones de poder y de reciprocidad (particular- o explícitamente en el caso de aquellos que reciben dinero de Oportunidades). Implica establecer una relación constante, y no intermitente, con la institución y con los médicos. Esta relación, sin embargo, es diferente a aquella descrita en el caso de las prácticas terapéuticas con los curanderos, pues la reciprocidad no tiene que ver sólo con el pago, sino con la manipulación de la enfermedad y la curación misma. Asimismo, esta relación arranca a las personas temporal- pero repetidamente de su rutina de trabajo y de la circulación de valores implícito en éste (analizado en el capítulo cuarto), implicando la pérdida de dinero; y los inserta en una relación de otra

²⁵² Es irrelevante si acuden o no, pues si tienen Oportunidades los buscan, y porque al tener diabetes, saben que están invocados a ir al hospital.

naturaleza, en donde se les brinda dinero no por trabajar, sino por presentarse y seguir las normas y requerimientos impuestos por la otra parte.

Es decir, tener diabetes incluye una relación obligada y eterna con una institución “mestiza” u “otra”, y un alejamiento de las relaciones que constituyen a la persona como totonaca: el trabajo, la familia, la alimentación, etc. Implica que el paciente totonaco cambie. El hecho de que ir al hospital implique una suerte de alejamiento de lo totonaco y acercamiento a lo mestizo nos devuelve a la discusión del capítulo anterior, pero de manera invertida: en relación a la etiología colectiva la diabetes emerge como algo que llega por la transformación del pueblo a partir de la relación con el afuera y el otro; en relación a las implicaciones para el individuo, la diabetes es algo *por lo cual* la persona se tiene que relacionar más con el otro.

A todo esto se le suma la relación jerárquica en el hospital analizada anteriormente, caracterizada por regaños y por un miedo por parte del paciente de tener que hacer algo que no quiera. Irene, enfermera totonaca, hace referencia a esta relación de poder y a los problemas prácticos de perder el tiempo que enfrentan las personas con diabetes y por las cuales prefieren no acudir a sus citas: “el paciente crónico le tiene miedo al hospital. Si tienen azúcar, presión alta, *temen quedarse internados*. Dicen ‘yo voy y *me tarde* un montón; ‘tantos laboratorios al mes, me van a sacar más sangre, ¿si ya tengo poquita!’ Además, si tienen una falta en Oportunidades no les dan dinero: ‘menos voy’” (Ixtepec 2013).

Aquí nos encontramos frente a otra situación que pudiera considerarse un mecanismo de silenciamiento de diferencias. En tanto que la diabetes *implica e incluye* tener que ir al hospital (aunque en algunos casos se quede en un “deber” no actualizado o llevado a cabo), y en tanto que la relación con el médico está caracterizada por la jerarquía, la experimentación y el aprendizaje respecto a la enfermedad y su tratamiento se llevan a cabo fuera del espacio biomédico (considerando que, como vimos, el espacio de la capacitación es un espacio totonaco dentro del hospital). Probar nuevos remedios, dudar, preguntarse por las causas —el médico no ve ni escucha nada de esto, y si llega a suceder que un paciente comente algo de ello con el doctor, éste lo filtrará como “creencia”, como analizamos en la primera parte de la tesis en relación a los mecanismos de silenciamiento en el hospital.

En este apartado hablamos de que el paciente con diabetes cambia, en tanto que las relaciones en las que se ve inmerso en el día a día (año con año), se transforman parcialmente. Podemos decir que, en tanto estas relaciones lo constituyen como *persona*, es éste el aspecto que cambia. Pero esto no es lo único que se transforma: relacionado con los itinerarios terapéuticos y con la (no-)elección de ir al hospital, los pacientes deben cambiar sus hábitos, modificar su alimentación, tomar medicamento, y en general, controlar su azúcar. A continuación, y para dar cierre a esta exploración de la diabetes entre los totonacos de Ixtepec, nos adentraremos en la descripción de las implicaciones prácticas de tener diabetes para la persona totonaca.

6.2 Control y tratamiento: de medicina, pensamientos y la relación con las prácticas de la diabetes

Hemos visto que tener diabetes en Ixtepec implica un cambio en las relaciones que establece la persona en términos generales: ahora está atado a un 'otro'. Vimos también que relacionarse con el hospital implica perder días de trabajo, o dejar de cocinar para la familia o cuidar a los hijos regularmente. Pero en el día a día, tener diabetes también implica una transformación, en tanto que los hábitos de las personas con diabetes cambian. Piensan constantemente en la necesidad de controlar su azúcar; están al pendiente de tomarse hasta ocho pastillas en un día, o por lo menos están conscientes de haber dejado de tomarlas; cambia la manera en que piensan en las actividades que realizan y la manera en que se mueven, pues les dicen constantemente que deben hacer ejercicio; y por último, alteran su alimentación, buscando sin embargo no dejar de compartir su comida con la familia. En este caso podemos apreciar que la transformación de la persona con diabetes es *corporal*. En primer lugar, las personas ingieren medicamentos y cambian una *alimentación* que, como hemos analizado, constituye al cuerpo totonaco. En segundo lugar, cambian *hábitos* que caracterizan al cuerpo totonaco en contraste a cuerpos 'otros', característica similar a la del "cuerpo-presencia" propuesto

por Pitarch (2010:177) para el caso tzeltal, definido por aquello que las personas hacen (hablar, pasear, trabajar, etc.).²⁵³

Podemos decir que la transformación que sufren los totonacos tras el diagnóstico de diabetes es transversal: afecta sus prácticas, sus cuerpos y las relaciones que establecen y que los constituyen como personas. Como declara Don Eberardo, “mi vida ya no era lo mismo” (Ixtepec 2013). Miguel Márquez, a su vez, describe cómo después del diagnóstico uno se preocupa constantemente: “es espantoso, porque se lo lleva uno y se muere uno, no se muere uno luego, pero de todos modos, no anda uno tranquilo, no anda uno contento” (Ixtepec 2013). A continuación analizaremos en más detalladamente las prácticas de los totonacos en relación al tratamiento y control de la diabetes, empezando con un análisis de la medicación y la dieta, siguiendo con una breve exploración de la manera en que las personas con diabetes piensan su propio cuerpo en relación al médico alópata, y finalizando con la examinación de un último equívoco: la noción de “control”. Debido a que nos enfocaremos en prácticas cotidianas y en la relación con los médicos en torno al tratamiento, a lo largo de este subcapítulo identificaremos algunas de las relaciones que se establecen entre pacientes totonacos y las diferentes “prácticas” (*enactments*) de la diabetes en el hospital (en efecto, ya pudimos observar uno en relación a la diabetes como condición). Recordemos que los totonacos, y por lo tanto la diabetes totonaca, no se relacionan con un ente biológico externo, sino con la multiplicidad de prácticas de las que emergen diabetes diferentes. Al hablar de estas relaciones, en cierto sentido estamos hablando de una co-invencción *sensu* Wagner, de los puntos de encuentro en los cuales la diabetes es creada a partir de la “creatividad” cultural tanto de médicos como de pacientes totonacos. A su vez, debido a que las prácticas en torno al tratamiento se sitúan en el centro de la constitución de la persona y del cuerpo totonacos no es apropiado hablar de “prácticas” (*enactments*): aquí no es que emerja un cuerpo “practicado” (*enacted*) como sistema metabólico, sino que las personas están teniendo que cambiar; cambiar hábitos alimenticios, afectar la circulación de fuerza

²⁵³ Esta noción de cuerpo como hábitos la analizamos anteriormente comparándola también con el caso de los nahuas de la Sierra Negra, quienes identifican la otredad esencial a partir de cuatro categorías —“los hábitos alimenticios, la prohibición del incesto, la apariencia humana y el náhuatl como lengua verdadera” (Romero 2003:43).

entre alimentación y trabajo por ir al hospital constantemente, y cambiar la manera en que piensan su propio cuerpo.

De lo que se transforma en el cuerpo: medicina, dieta y números

Como analizamos en el capítulo cuarto (la Fuga), los pacientes totonacos debaten la viabilidad y el potencial peligro de la dieta que indican los médicos. Sin embargo, cada persona con diabetes me habló de ciertos cuidados que toma en relación con la comida: algunos comen de todo pero poco, toman leche o comen pan dulce cada segundo día; otros cocinan con menos grasa, comen menos carne o toman café sin azúcar. Frecuentemente cambian las medidas que toma cada persona, pero lo que permanece constante es su preocupación por la comida: buscan constantemente reducir el número que les indicará el médico al final del mes, a la vez que intentan mantenerse fuertes y sanos comiendo bien (es decir, alimentándose con maíz y comiendo hasta saciarse). El que sigan cierta dieta y modifiquen su manera de comer, se relaciona con tomar medicamentos, en tanto que el tratamiento de la diabetes impuesto por el hospital incluye ambas medidas. Como explica Irene, las personas en Ixtepec “no quieren acudir al hospital. Sienten que *al tomar medicamento no pueden comer nada*. No quieren tener dieta” (Ixtepec 2013, mi énfasis). Agrega que “la medicina tradicional no lleva dieta” (ibídem).

La inconformidad con el tratamiento impuesto por el IMSS Oportunidades por parte de los pacientes totonacos también se extiende a la medicina, pero de manera diferente de aquella relacionada con la dieta. Mientras que las personas con diabetes cuestionan abiertamente la dieta, pues contradice su comprensión de lo que es *sano*, nadie argumenta en contra de los medicamentos recetados por los médicos, a pesar de que es un hecho que las medicinas dañan el cuerpo.²⁵⁴ Como explica Gabriel Sainos, los medicamentos son “tóxicos” y “dañinos” porque “*contienen más químicos*, te afectan el riñón, el hígado, la bilis, la vesícula biliar, el corazón y los pulmones. En lugar de que te

²⁵⁴ Además de Gabriel, sólo María Vázquez me pudo explicar por qué los medicamentos son dañinos. Por lo mismo podemos asumir que este hecho se relaciona con el campo de lo dado de los totonacos, pues al preguntar por qué esto es así, las personas se sorprendían: era algo obvio, que no sabían cómo describir. La explicación de María también hacía referencia al hecho de que las medicinas causan otra enfermedad: “cada pastilla siempre *sí producen algo, alguna enfermedad...*” (Ixtepec 2013, mi énfasis).

lleve a mejorar, esas medicinas pues está destruyendo otros... *te está causando otra enfermedad*" (Ixtepec 2013, mi énfasis).²⁵⁵ María Vázquez también declara que toda la medicina causa daños, y añade que ella "cómo quisiera algo natural por la Metformina, por la Glibenclamida... Yo tomaba un vaso de cualquier cosa pero con tal de que no fuera la pastilla" (Ixtepec 2013). En este comentario nos encontramos nuevamente con la distinción que hacen los totonacos de Ixtepec entre lo natural y lo no-natural. A su vez, puede observarse claramente la importancia de comer natural, en tanto que la persona *incorpora* lo que come; tomar medicina no implica únicamente envenenar al cuerpo, sino hacerlo veneno.

El que los pacientes totonacos no argumenten en contra de tomar medicamentos a pesar de esto, se debe a que son aceptadas como vías principales para el control del azúcar en la sangre. Posiblemente se admitan como *parte* de tener diabetes, al igual que ir al hospital, pues se sabe que las pastillas no curan y que dañan, y aún así se consideran como parte de la vida del diabético.²⁵⁶ Siguiendo esta misma línea argumentativa, aunque adentrándonos en un área mucho más especulativa, pudiéramos considerar la posibilidad de que la aceptación de la medicina a pesar de su carácter de veneno se deba a una lógica de tratamiento en que la enfermedad se trata con su misma esencia. Un remedio para el coraje, por ejemplo, es el ajeno, cuyo sabor amargo neutraliza el sabor amargo de la boca que es síntoma del coraje. Hay varios ejemplos como éste, de lógicas de tratamiento en donde la cura está constituida por un elemento que también tiene la enfermedad. Siguiendo esta lógica, pudiéramos sugerir una relación tenue entre la causa de la diabetes —la medicina no-natural traída de "afuera" en los alimentos— y su cura— la medicina no-natural ofrecida por el mismo 'otro' relacionado con el "afuera". Esto a su vez pudiera relacionarse con el hecho de que se asume que las medicinas causan otra enfermedad. Lo que problematiza esta hipótesis, sin embargo, es que la causa sea colectiva y la cura individual. Lo que nos importa resaltar, sin embargo, es que los totonacos en Ixtepec que sufren diabetes, a pesar de saber que la medicina causa daños,

²⁵⁵ Es por esto que muchas madres prefieren no administrarle vacunas a sus hijos, como mencionamos anteriormente.

²⁵⁶ En este sentido resulta sugerente la relación que establece María Vázquez entre el hospital y el medicamento cuando declara que preferiría ir con un médico particular porque se imagina que le van a "bajar el medicamento" (Ixtepec 2013). No va, sin embargo, porque cuesta.

la toman. Como declara María Vázquez, “si yo no estuviera con esos medicamentos, yo creo yo no estaría ni hablando ya. Yo lo que le digo a mi hija: ‘con una semana que deje de tomar mi hijita, ¿qué va a pasar conmigo?’ Yo ya na más estoy con pura medicina” (Ixtepec 2013).

A pesar de que en todos los casos se tome medicina para la diabetes, por razones diferentes hay personas que toman el medicamento recetado por los médicos, personas que lo tomaron por un tiempo pero lo han dejado de hacer, y personas que no lo toman. La primera razón por la cual algunas personas dejan de tomar la medicina tiene que ver con las implicaciones prácticas de conseguirla y tomarla. La persona con diabetes es recetada Metformina y Glibenclamida, o en su defecto, inyecciones de insulina. Los pacientes que necesitan insulina deben asistir diario al hospital para recibir la o las inyecciones necesarias, pesadilla práctica. Según Margarita, internista, se busca capacitar a la persona y a la familia para que puedan administrar la inyección, pero agrega que “son contados realmente los que se ponen la insulina ellos mismos” (Ixtepec 2013).²⁵⁷ Durante mi estancia en campo, conocí a algunas personas que se administraban la inyección. En el caso de las pastillas, el horario para tomarlas es altamente específico (dos o tres veces al día, después de almorzar y después de cenar).

Para las personas que toman medicamentos para otros padecimientos esto puede llegar a ser muy complicado. María Vázquez, quien tiene hipertensión además de diabetes, recuenta las pastillas que tiene que tomar cada día:

En la mañana mi Captopril, antes de almorzar mi Metformina, terminando de almorzar mi Glibenclamida. A medio día otra cosa...Captopril, otro Captopril a medio día. A la hora de comida, a la hora de la cena, otra pastilla de Metformina. Terminando la cena, otra pastilla de Glibenclamida. En la noche ya otra vez mi Captopril, y luego mi ácido acetilcálcico, media pastilla. ¡Ocho! (Ixtepec 2013).

Esta descripción nos brinda la pista para comprender una de las razones por las cuales las personas con diabetes en Ixtepec no siempre toman los medicamentos, (o por lo menos no de la manera indicada): lo olvidan. En casos en los que no recuerdan si se

²⁵⁷ Aquí nuestra analogía se vuelve aún más estrecha, en tanto que a los animales se les inyectan químicos/medicina, y la persona con diabetes también se inyecta químicos/medicina.

tomaron o no una de las múltiples pastillas, me explicaron varias personas que es mejor no tomarla, pues es más peligroso haber tomado dos que no tomar ninguna.

Otra razón por la cual las personas dejan de, o deciden no tomar los medicamentos tiene que ver con la noción de tratamiento terapéutico antes mencionada, según la cual *cada* padecimiento o dolencia se trata con *una* hierba o medicina. Miguel Márquez explica que él dejó de tomar sus medicamentos porque le da miedo combinar medicamentos que no deberían combinarse y porque no sabe para qué es cada medicamento: “no más me lo apuntan, dos veces al día, una vez al día o tres veces al día, pero no sé de qué enfermedad, de qué se trata” (Ixtepec 2013). Agrega que lo que a él le gustaría sería que el doctor le explicara qué pastillas tomarse juntas y cuáles por separado, y que le dijera: “mira, este es para el azúcar, este es para enfermedad, este es para el dolor” (ibídem). No le quiere preguntar al médico, sin embargo, porque “a veces se molesta, ¿no?” (ibídem).

Más allá de la relación de poder que hace que Miguel sienta que no puede preguntarle al médico para qué es cada medicamento, la pregunta misma podemos entenderla a partir de dos hechos: El primero ya lo mencionamos, y tiene que ver con la idea de que una pastilla funcione para una dolencia. Por lo mismo, resulta contraintuitivo para muchos pacientes el hecho de tener que tomar dos diferentes pastillas para un mismo padecimiento. Esto es especialmente relevante considerando que la diabetes, como sabemos, está en todo el cuerpo, de modo que una explicación que la sitúe en dos órganos o que la divida en dos procesos también resulta contraintuitivo. El segundo hecho que da cuenta de la interrogante de Miguel, repetida en conversaciones con varias otras personas, es que cada paciente en Ixtepec es recetado una serie de medicamentos cada consulta. Durante mi trabajo de observación en el hospital no fui testigo de ninguna receta médica con menos de cinco medicamentos diferentes, ya fueran vitaminas, antiácidos o desparasitantes. La cantidad de medicamentos y de nombres es abrumadora, y los habitantes de Ixtepec, quienes desconfían de los medicamentos, prefieren no tomar algo que no sepan o recuerden para qué es. Esto resultó en tres diferentes escenas en las que las personas con las que hablaba se ausentaron unos segundos y volvieron con una bolsa de supermercado llena de cajas de medicamentos sin abrir. Una persona me

preguntó si sabía para qué era cada medicamento, mientras las otras dos me preguntaron si necesitaba o quería algunas de las medicinas.

Otras razones por las cuales las personas llegan a dejar de tomar el medicamento, por lo menos de manera regular, ya las mencionamos anteriormente: Primero, cuando desaparecen los síntomas y han pasado años, empieza a dudarse la vigencia de la enfermedad. Esto se relaciona con la constitución de la diabetes como condición del cuerpo y con el hecho de que en los procesos de salud-enfermedad de los totonacos no existen enfermedades que son “para siempre” que no lleven a una muerte pronta. Segundo, relacionado con esto, algunas personas hablan de dejar de medicarse porque saben que no se van a curar. Esto se relaciona, a su vez, con la predisposición de la sangre y del espíritu. Doña Filomena, por ejemplo, al discutir si el medicamento funciona o no, comentó que:

sí a unos le conviene [ayuda], pero uno que no, *porque la sangre le que uno le conviene, otros ahí se recuperan, unos el sangre necio*, ps ahí va la medicamento, pero ya me cansé también de medicamento, ps ya me cansé también de medicamento, ya ni quiero tomar, ¿pero qué le hago? A fuerza me toma. Ya tiene tiempo que estoy tomando, pues ya a veces ya, me mejor ya ni tomo. *Pero me subo el azúcar* (Ixtepec 2013).

Vemos que, según Doña Filomena, el efecto del medicamento depende de la sangre fuerte o débil que discutimos en el capítulo anterior. Vemos también, en su último comentario, que la idea de curarse y la idea de controlar el azúcar están separadas. Finalmente, nos encontramos frente a otra manera en que los totonacos se relacionan con las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes delineadas en la primera parte; en este caso la diabetes como azúcar en la sangre *sin síntomas (silenciosa)*, y como *uno o varios síntomas*.

Por último, los medicamentos para la diabetes pueden dejar de tomarse cuando desaparecen los síntomas poco después del diagnóstico, porque se cree que fue posible evitar la enfermedad. Doña Josefa, por ejemplo, relata cómo ella ya no fue a traer sus pastillas de la clínica: “porque yo pensé que ya no me iba a agarrar la enfermedad. ¡Ya sentía yo mejor, ahí andaba yo! Ya no sentía yo nada. Dije, ya no voy a entrar” (Ixtepec 2013).

En resumen, podemos observar que la relación que tienen los pacientes totonacos con la medicina como tratamiento para la diabetes tiene que ver con nociones específicas

de enfermedad y curación. Vemos también que aunque la medicina se considere un químico dañino y venenoso, esto no es razón para la denominada “renuencia”²⁵⁸, pues se admite como un mal necesario en caso de padecer diabetes. Si las personas no toman el medicamento es porque no saben qué es ni para qué es, o porque ya se sienten mejor, no hay síntomas, y posiblemente no haya. Por último, el que se admita como parte de tener diabetes, nos habla de nuevo de la transformación que sufre automática y necesariamente la persona con diabetes, en tanto que consume químicos que dañan, y en tanto que el cuerpo totonaco está constituido de aquello de lo que se alimenta.

Hasta este momento nos hemos enfocado en el análisis de la postura de los pacientes totonacos ante los medicamentos alópatas, pero como mencionamos en relación al itinerario terapéutico del paciente diabético, el tratamiento de la diabetes entre los totonacos de Ixtepec no está circunscrito únicamente al ámbito de la medicina alópata. Las personas que padecen esta enfermedad asisten con curanderos, aunque en ningún caso se realizan rituales o curaciones que impliquen a seres no-humanos de otros mundos —como sabemos ya, la diabetes tiene que ver un ‘otro’ humano, que habita el espacio de “afuera”. Lo que sí hacen los pacientes diabéticos, es tomar hierbas para intentar curarse o para controlarse la enfermedad —recetadas por un curandero o recomendadas por un conocido—, las cuales prefieren a las medicinas. Estas hierbas, que no coinciden con aquellas utilizadas para el susto, el coraje y la tristeza,²⁵⁹ incluyen el Caldo de Santo²⁶⁰, una flor roja que crece en Ixtepec (aunque no demasiadas porque pueden causar daños), semillas de zopilote, huereque y hormiguillo (el blanco, no el rojo). Generalmente se utilizan hierbas amargas, pues se dice que deshacen el azúcar. Sin embargo, la planta más utilizada —el hormiguillo— no es amarga.

El hormiguillo o guarumbo (*okgowa* en totonaco) es un bejuco de cinco pétalos. Según el “Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana”, entre los tepehuas el hormiguillo se usa para el mal de corazón. Este lo describen como un

²⁵⁸ Si hablo de renuencia aquí, es para sugerir conexiones entre las diferentes partes de esta tesis, pero ninguno de los habitantes o pacientes me habló de “renuencia”.

²⁵⁹ Don Eberardo es el único que menciona el uso del sauco como opción para curar tanto el susto como la diabetes, aunque preparado de manera distinta.

²⁶⁰ Esta hierba la recomienda Don Julio tras haber leído en un libro en inglés que un viajero le regaló que es útil para la diabetes.

“padecimiento cuya manifestación típica es dolor en el epigastrio” y es común en localidades indígenas de los estados de Chiapas, México, Puebla y Veracruz. En estos lugares “se señala como causa frecuente el haber experimentado un susto, circunstancia que en la sierra Norte de Puebla describen como un ‘susto retenido en el estómago’ (Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana 2009). En Ixtepec, efectivamente llega a relacionarse el susto con el estómago; como mencionamos en el capítulo anterior, Gabriel Sainos describe cómo “cuando te espantas, se queda un cuajarón de sangre en el estómago”. Asimismo, como sabemos, el susto se relaciona con el corazón. Sin embargo, resulta interesante que el hormiguillo se utilice en Ixtepec para curar la diabetes y no para tratar el susto.

Por último, es importante subrayar el hecho de que los habitantes de Ixtepec que padecen de diabetes no eligen entre tomar hierbas o tomar medicamentos, sino que toman ambos. En este sentido también se evita el conflicto (y se silencia o neutraliza la diferencia), en tanto que a los médicos alópatas no les interesa si toman remedios siempre y cuando tomen el medicamento, como mencionamos en la primera parte de la tesis. A su vez, a los pacientes no les interesa argumentar a favor de uno u otro método, por las razones expuestas en estas páginas. Como dijimos, la experimentación de diferentes tratamientos y métodos de control y curación de la diabetes se excluyen del espacio del hospital y del consultorio.

En el día a día de las personas totonacas con diabetes, tanto la dieta como el medicamento tienen que ver con la siguiente cita en el hospital, y con la manera de pensar el propio cuerpo a partir del número del índice de glucosa en la sangre. Viviendo con Doña Piedad, se volvió aparente que cuanto más cercana estuviera la fecha, más consciente estaba de lo que comía, y más pensaba en los análisis que le iban a hacer: “La vez pasada tuve 155. Me dijeron que había subido. Antes tuve 130 y antes 126, ¡a ver qué este mes! (Ixtepec 2013). En efecto, uno de los temas más recurrentes durante las conversaciones que tuve con habitantes de Ixtepec que padecen diabetes, giraba en torno a los números, y las personas recordaban con precisión qué cifra tenían cuando los diagnosticaron, alguna vez que fue muy baja y muy alta, y específicamente cuánto había salido durante la cita anterior. A su vez, este enfoque en los números está ligado a la relación con el médico, pues se asevera la relación jerárquica en tanto que sólo ellos

pueden decirle a los pacientes cuánto tienen de azúcar, y los pacientes saben que si está alta los van a regañar. En cierto sentido, existe la idea de que los hábitos de las personas están impresos en el cuerpo y en la sangre, de modo que los médicos pueden leer lo que ha hecho el paciente desde la última vez que se vieron, o por lo menos durante los últimos días. Como relata Filomena Sainos:

me estaban diciendo, el fue un martes, el hospital, 'ahora ya estás subiendo otra vez tu azúcar', me dijeron. 'Ahora van 240 o 245', me dijeron. Quién sabe, por ahí. Pues no sé qué le hago. '*¿Qué comistes tanto?*' '*Pues a veces como lo que quiero, pero, ¿yo qué le voy a hacer?* A veces me como un... bueno, quería probar algo, pues a fuerza me como, aunque me dijera, '*¿Y qué tu dieta?*', me dijeron, pero no pudo, casi no pudo, no aguanta uno (Ixtepec 2013, mi énfasis).

En este comentario podemos observar también la imposibilidad de seguir la dieta, pues no es posible aguantarla, pero principalmente nos encontramos frente a un intercambio en el que el médico tras ver el análisis de sangre puede preguntar y sugerir que la persona no ha seguido la dieta (que en este caso es atinado). En este sentido, resulta más factible aún considerar que para los totonacos ir al hospital está *incluido* en tener diabetes, pues aunque no se le confíe al médico del IMSS pleno conocimiento sobre la enfermedad, sólo éste puede acceder a la sangre y a los números.

No buscamos sugerir que el cuerpo se transforma en algo que se puede medir en números, o en los números mismos, pero sí se transforma la manera en que la persona con diabetes piensa su cuerpo y su alimentación, pues está enfocada no sólo en cómo comer para estar sana, sino en cómo comer y qué medicamento tomar para que el número sea bajo, y el médico no la regañe; recuerda constantemente sus números anteriores y memoriza cada nueva cifra. Esto se relaciona, a su vez, con la "práctica" (*enactment*) de la diabetes como un número en relación a otros y como algo acerca de lo que sabe el médico, así como con la "práctica" (*enactment*) del cuerpo como algo a lo que tiene acceso el médico. Sin embargo, mientras que en el hospital implicaban a un cuerpo-objeto y a una serie de otros números determinados por la NOM, en el pueblo estas "prácticas" (*enactments*) tienen que ver más con la relación de poder entre los pacientes totonacos y el médico, así como con la manera en que cada persona piensa en su cuerpo, en su dieta y en su medicamento, es decir, en el tratamiento de la diabetes.

Como podemos apreciar, la persona totonaca que es diagnosticada con diabetes inicia un proceso en el que se transforma tanto al nivel del cuerpo —cambiando hábitos que caracterizan el cuerpo totonaco en contraste al cuerpo no-tononaco, cambiando lo que comen e ingiriendo medicamentos— como de la persona —afectando la circulación de fuerza implícito en el trabajo y la alimentación por las visitas constantes al hospital, y transformando necesariamente las relaciones en las que están inmersos y que los constituyen como personas totonacas.

De lo que permanece del cuerpo: la predisposición a las emociones y el equívoco en el “control”

Las personas en Ixtepec que sufren de diabetes hablan constantemente acerca de la necesidad de controlarse. Para ello, como vimos, pueden tomar hierbas, cambiar lo que comen y tomar medicamentos, ya sean pastillas o inyecciones de insulina. Sin embargo, a lo largo de mi estancia en Ixtepec comencé a notar que al hablar de “controlarse”, los habitantes de Ixtepec frecuentemente se referían a sus emociones.

Una mujer que entró un día al consultorio de Gabriel Sainos para charlar con nosotros, nos describió cómo su marido está bien de salud aunque “come chile picoso”, mientras que ella no está bien aunque se cuida. Ella lo explica a partir del hecho de que ella siempre está regañando a los niños y él no: “él camina y *no se preocupa*, por eso está sano” (Ixtepec 2013, mi énfasis). De manera similar, María Vázquez se pregunta por qué su marido, que lleva quince años con diabetes, a pesar de que no se cuida y falta constantemente a sus citas, está más fuerte que ella. En primera instancia refiere el hecho de que él es más joven que ella, pero eso no explica por qué está más sano si “come de todo”, mientras que ella ya no toma café con azúcar. Considera entonces que tiene que ver con el *miedo* que ella siente por tener azúcar. Estas conversaciones nos remite a la recomendación que las *nanas* y *tatas* hicieron a Hermelindo de que debía cuidarse de corajes y de alegrías. Nos remite también a las palabras de Miguel Márquez en torno al diagnóstico: después de este “no anda uno tranquilo, no anda uno contento” (Ixtepec 2013).

Como analizamos en el capítulo anterior, la persona con diabetes es alguien con corazón y sangre propensos a esta enfermedad, así como al susto. Son personas de

“espíritu débil”, y por lo tanto sensibles. Padecer diabetes se relaciona con el destino imbuido en este espíritu al nacer, en tanto que uno puede ser más susceptible a la enfermedad. A su vez, es con esta misma relación entre corazón y diabetes se vincula el control del azúcar: además de tomar medicamento y cambiar la dieta, hay que controlar las emociones. Doña Amparo, por ejemplo, al hablar de que la diabetes se le está controlando, cuenta que sus hijos le dicen que no tome en cuenta lo que le dicen, “no hagas coraje”. Continúa: “me dicen, ‘no pongas empeño en todo lo que te dicen, nunca vas a arreglar nada, te sigues enfermando más, debes controlarte’. Eso me dicen, pero Dios nos manda cada quién como somos. Tengo mucho sentimiento, los sentimientos me hacen daño” (Ixtepec 2013). Por último, agrega que los dolores no se pueden evitar: “Se quedan las amarguras en el corazón. Así vivimos. Pueden venir a contarte chisme y si es de tu familia, ¿cómo no te va a doler el corazón?” (ibídem).

En las palabras de Doña Amparo vemos cómo se relacionan las emociones, la predisposición del espíritu de la persona —es decir, su destino— y el control de la diabetes. En cierto sentido, podemos vislumbrar una relación entre la etiología individual —relacionada con padecimientos del corazón, con enfermedades caracterizadas por emociones, y con el concepto de vida totonaco— y el control del azúcar —relacionado con buscar controlar las mismas emociones que hicieron a la persona vulnerable ante la diabetes en primer lugar. Vemos también que, en tanto se trata de evitar pensar y sentir el dolor de las malas palabras pronunciadas acerca de la propia familia, al igual que la causa de la diabetes, el control parece relacionarse con la materialización de relaciones de conflicto, o en términos generales, de la mala relación. En este sentido podemos ver que la persona con diabetes no sólo debe controlar lo que siente, sino lo que *piensa*: debe intentar no hacer caso de lo que se dice sobre ella. A su vez, otros deben tener cuidado de no hablarle de problemas, para no preocuparlo, para no causarle dolor.

La noción totonaca de pensamiento fue analizada anteriormente en relación a la relación con los curanderos, quienes deben escuchar a la persona enferma para que no “empeore su pensamiento” (Gabriel Sainos, Ixtepec 2013).²⁶¹ Sabemos, entonces, que el corazón, el bienestar de la persona y la noción totonaca de enfermedad están

²⁶¹ Es por lo mismo que Gabriel Sainos declara que los médicos alópatas no te curan la tristeza, pues la cura implica en gran medida escuchar los problemas del paciente.

íntimamente ligados con los pensamientos. En efecto, Doña Esperanza declara que en el cuerpo

tiene uno sentido y tiene uno espíritu, que nos hace pensar muchas cosas, de diferentes pensamientos nos viene en la mente. No nos viene de todo el cuerpo, sino porque la mente, y del corazón. Cuando uno tiene una varias enfermedades, pierde uno todo la memoria, *pierde uno pensar en la familia o pensar en el trabajo, o pensar en vivir*. Uno quisiera uno mejor la vida perdida ya. Entonces eso no hay que pensarlo, mejor que pensar vivir más tiempo (Ixtepec 2013).

Relacionada con esta noción de enfermedad como el dejar de pensar en aquello que constituye a la persona y al cuerpo totonacos (la familia, el trabajo, la vida), está la noción de curación. Doña Esperanza explica que para curarse uno tienen que tener fe y pensar en curarse. En lo personal está en contra de que las personas intenten curarse con diferentes medicinas al mismo tiempo—alópata y natural—porque “es como si nada más estuviera jugando. No le está ayudando a su cuerpo. No está curarse con fe, ¿o no fue a curarse? Pues que diga, ps sí yo sí me quiero curar... *Que piense. Que ponga también un pensamiento tantito en su cuerpo de ella. De la persona*” (Ixtepec 2013). Don Eberardo explica esto utilizando otros términos: “Es parte de la psicología de nosotros que si te preocupas, y eso, te ataca más. Y si no te preocupas, no le das importancia y no sabes qué es, psicológicamente tú mismo te estás curando” (Ixtepec 2013).

En el caso de la diabetes, sin embargo, este cuidado no es sencillo. El diagnóstico implica preocupaciones constantes, que hacen difícil la tarea de controlarse, especialmente si uno es de espíritu sensible.²⁶² El hijo de Miguel Márquez en una ocasión me contó acerca de alguien a quien le dijeron que tenía diabetes y semanas después le dijeron que no, que había sido un error. Aún así, “sí se asustó, *cambió la manera de pensar*” (Ixtepec 2013, mi énfasis). En esta situación vemos un último caso de una relación evidente entre los pacientes totonacos, la diabetes totonaca, y las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes en el hospital del IMSS Oportunidades. La “práctica” (*enactment*) que se pone en juego aquí es el de la diabetes como controlable, pero en lugar de que la persona deba controlar a su cuerpo pensado como una “bestia voraz [y]

²⁶² Lo mismo sucede en el caso de la presión alta, que en varias ocasiones se me describió como siendo “pura preocupación”.

codiciosa” que hay que domar utilizando las “facultades racionales del Hombre” (Mol 2010:121), la persona debe intentar controlar las emociones y los pensamientos que son producto inevitable de la vida, y cuyo efecto en el cuerpo está atado a la persona que es cada quien, a su fuerza, a su destino. En este sentido, podemos decir que la noción de control constituye un equívoco entre médicos y pacientes, en tanto que apunta a premisas radicalmente diferentes. A su vez, es un equívoco con afinidad *sensu* Kelly, pues los proyectos de ambos grupos coinciden —controlar la diabetes— de modo que no deviene en ninguna suerte de conflicto.

A través del análisis de lo que implica tener diabetes para la persona totonaca que habita en Ixtepec en términos de las prácticas cotidianas de tratamiento y control, emerge la imagen de una diabetes que *incluye* una relación con el hospital y el médico más constante, que pasa por el poder, el dinero, y el cambio al cuerpo y a la persona totonacos. Emerge también como una enfermedad caracterizada por la duda sobre si es posible curarla, y como un padecimiento que debe controlarse a través de la ingesta de químicos dañinos y de hierbas, así como modificando la alimentación y cuidándose de emociones y pensamientos fuertes. Con esta imagen, terminamos el dibujo sobre la diabetes en Ixtepec que iniciamos en el hospital y que seguimos hacia el pueblo, delineando sus múltiples “prácticas” (*enactments*) en el hospital, y asumiendo su pluralidad al trazar la etiología y las implicaciones prácticas de la diabetes totonaca en contraste a la diabetes biomédica. A su vez, dibujamos los aspectos de co-invencción entre médicos y totonacos de esta diabetes, y a través de todo esto exploramos los conceptos de cuerpo, persona y enfermedad totonacos que emergían en relación a cada uno de estos ámbitos, en cada paso, en cada nuevo trazo del dibujo.

PARTE IV
EPÍLOGO

DE REVERSIBILIDAD Y COSMOPOLÍTICA: PENSANDO EL CAMPO INTERCULTURAL DE LA DIABETES EN IXTEPEC

Esta tesis se planteó desde un inicio como el primer paso hacia una teoría totonaca de la diabetes. Este posicionamiento se basó en dos decisiones teórico-metodológicas, políticas y éticas fundamentales: Primero, la de buscar “configurar a las personas como agentes teóricos en vez de ‘sujetos’ pasivos” (Viveiros de Castro 2004:2). Segundo, la de no proyectar o imponer *a priori* la división “occidental” entre la naturaleza y la cultura a la realidad totonaca. Esta división, central a la ontología naturalista que asume “la coexistencia entre una naturaleza única y una multiplicidad de culturas” (Descola 2011:73), conlleva la conceptualización de las diferentes culturas como maneras de representar esta naturaleza única. Como explica Roy Wagner, la visión multiculturalista inventa las realidades de los otros como análogas a nuestra cultura, como “otras maneras” de lidiar *con nuestra propia realidad* (1981 [1975]:142). Por lo mismo, tiende a concedérsele a la ciencia un acceso epistemológico privilegiado ante esta naturaleza, a la vez que se le niega a culturas “no-científicas”.

Para poder acercarse a una teoría nativa, entonces, es fundamental dejar de asumir la universalidad de la ontología naturalista *sensu* Descola. Sin embargo, esto no significa “convertir toda pregunta epistemológica en una ontológica”, como explica Salmond, “sino mantenerse abierto a la *posibilidad* de que la realidad misma (no sólo la multiplicidad de maneras en que es representada) pueda descubrirse como... operando según principios distintos a aquellos que nos son familiares” (2014:178-179). Para mantener esta apertura, esta tesis se basó en la propuesta de Wagner de pensar a cada

cultura como un proceso dialéctico de invención y contra-invención de un campo de lo dado/innato y un campo de lo construido/artificial (1981 [1975]). En este sentido, nuestro campo de lo dado —la naturaleza— no necesariamente constituye lo dado para otras culturas: se abre la posibilidad a la existencia de *naturalezas y cuerpos múltiples*, de realidades diferentes. Las diferencias culturales no son, pues, superficiales, sino profundas o radicales, y se sitúan en un nivel ontológico.²⁶³

Al *partir* desde esta comprensión Wagneriana del concepto de cultura, se alejó de la idea de que la diabetes es una enfermedad biológica interpretada de cierto modo por los totonacos; consecuentemente, la diabetes misma se diluyó como *punto de partida*. La posibilidad de que la diferencia entre el campo de lo dado totonaco y aquel implícito en el hacer biomédico implicara cuerpos y diabetes diferentes, sin embargo, no podía constituir una premisa en esta investigación. Como dice Salmond:

el punto no es establecer una regla general de que diferentes grupos conciben sus mundo(s) de manera diferente, ni comprobar que hay mundos “allá afuera” que operan acorde con diferentes parámetros ontológicos. Más bien, el propósito es avanzar una metodología que esté genuinamente abierta a la existencia de otras formas de otredad, una que precisamente se rehúse a apostar por cualquier partido cuando se trata de la pregunta de *¿qué es?* (2014:170).

Por ello, esta tesis se enfocó en gran medida en la construcción y transformación de la pregunta de investigación a partir de y en relación con la etnografía. Con ello, buscó hacer explícitas las herramientas teóricas y metodológicas que permitieron establecer una diferencia profunda y radical entre la realidad totonaca y la biomédica, es decir, establecer el carácter *homónimo* de los conceptos de cuerpo, enfermedad y diabetes en Ixtepec, que permitieron un acercamiento a la teoría totonaca de la diabetes. A su vez, en tanto que esta tesis constituye un acercamiento, un primer paso, hacia la teoría totonaca de la diabetes, busqué hacerla abiertamente *reflexiva*, explicitando mis vías de razonamiento y de acercamiento al campo, mis líneas argumentativas, y mi constitución como antropóloga en relación a la literatura antropológica.

²⁶³ En palabras de Bruno Latour, “The difference between multinaturalism and multiculturalism is that truth and reality are engaged in the former and never in the latter” (2004:456, nota al pie de página 11).

La diabetes en Ixtepec

En el municipio de Ixtepec, Puebla, las prácticas en torno a la diabetes ocurren tanto en el pueblo como en el hospital del IMSS Oportunidades. Es decir, que el estudio de esta enfermedad nos sitúa en un contexto intercultural que pone en relación a la cultura totonaca y a la cultura biomédica actualizadas en los pacientes totonacos y en los médicos mayoritariamente mestizos respectivamente. Ahora, si la diabetes no se piensa como un objeto biológico, como una cosa-en-sí que existe en la naturaleza y que se representa y comprende desde la cultura totonaca, entonces no sólo es necesario preguntarse qué es la diabetes para los totonacos, sino qué es la diabetes en el hospital, para los médicos, con la cual se relacionan los pacientes totonacos. Es decir, que las decisiones teórico-metodológicas y políticas mencionadas arriba y sobre las cuales se construyó esta tesis, ante un campo intercultural, demandaron una suerte de *antropología simétrica* latouriana, que estudiara la propia cultura como si fuera ajena.

Como resultado, la parte etnográfica se dividió en dos partes: La primera parte se basó en el estudio de Annemarie Mol (2002) sobre las múltiples “prácticas” (*enactments*) de la aterosclerosis y su coordinación, para analizar las maneras en que emergen diferentes diabetes —“practicadas” o *enacted*— en la práctica en el hospital del IMSS Oportunidades. La segunda parte se enfocó en el entramado de relaciones que constituyen a la diabetes totonaca, tanto a partir de su etiología, como de las prácticas cotidianas que conlleva padecer la enfermedad en el pueblo de Ixtepec. Las múltiples “prácticas” (*enactments*) de la diabetes, a pesar de estar parcialmente configuradas como co-invenções entre médicos y pacientes²⁶⁴, en términos generales están dominadas por el discurso y los actos de los médicos. Por ello, para poder hablar de una “diabetes totonaca” diferente a la médica, y para poder pasar de la “desconstrucción” del ámbito científico a la “construcción” de la realidad totonaca, fue necesario primero *establecer la*

²⁶⁴ Esto es particularmente evidente en el caso de la “puesta en práctica” (*enactment*) de la diabetes como controlable, que depende de la configuración de la población de Ixtepec como renuente. Si recordamos, los médicos ven una renuencia al nivel de la población porque es común que los pacientes falten a las citas y que argumenten en contra del tratamiento prescrito, lo cual los lleva a diagnosticar a todo paciente que tenga la glucosa descontrolada como un paciente renuente, a pesar y a veces en contra de lo que declara el mismo. Esto permite mantener la ilusión de una diabetes completamente controlable, responsabilidad de la persona moral que habita en el pueblo; ilusión que a su vez se relaciona con la idea de una población (potencialmente) renuente: se cierra el círculo.

diferencia, no *a priori*, sino a partir de la etnografía misma. De modo que entre ambas partes discutidas aquí se analizó la “fuga” descubierta en la primera parte que sugería de manera evidente la diferencia radical entre médicos y pacientes totonacos: el equívoco *sensu* Viveiros de Castro en torno a la dieta y al ejercicio que se expresaba en forma de conflicto —de argumentación y “renuencia”— en el hospital.

Como se puede observar, la cronología de esta tesis se vio determinada por la decisión de dejar que la etnografía guiara su construcción y de permanecer abiertos a la posibilidad de realidades múltiples, así como de no partir del estudio de la diabetes como cosa-en-sí, “descrita” de manera “objetiva” por la ciencia y “representada” “culturalmente” por los pacientes totonacos. Sin embargo, como mencionamos en la primera parte, dedicada a la construcción de la pregunta etnográfica, las diferentes diabetes que se dibujan —una médica caracterizada por la coordinación de múltiples “prácticas” o *enactments* y una totonaca— no existen como entidades discretas e independientes entre sí. Por ello, propusimos un alejamiento de matemáticas euro-americanas o *perspectivalist* para poder pensar una “pluralidad” que admitiera la diferencia radical (en este caso entre cuerpos y diabetes), pero que no implicara la fragmentación de partes discretas que sumadas creen una totalidad. A su vez, siguiendo a Strathern, propusimos un alejamiento de nociones tradicionales de “escala”, puesto que la *pluralidad* de diabetes (la médica y la totonaca) no engloba a la *multiplicidad* de diabetes en el hospital ni vice-versa, y puesto a que la una no puede reducirse a la otra. En términos globales, propusimos que la multiplicidad y la pluralidad de la diabetes pueden pensarse como dos dimensiones “parcialmente conectadas” (Strathern 2004 [1991]) del objeto —tipo “*cyborg*”— que emerge de todas estas consideraciones y estos abordajes teórico-metodológicos: *la diabetes en Ixtepec*.

En este epílogo²⁶⁵, sin embargo, nos remitiremos al propósito inicial de esta tesis y buscaremos recapitular algunos de los aspectos principales del “objeto” (en tanto que esta tesis es el resultado plástico y transformable de una co-invencción con los habitantes de Ixtepec) de *la diabetes totonaca*. Para este momento ya hemos deconstruido el objeto

²⁶⁵ Un epílogo puede tener el efecto de concluir por completo, de cerrar vías que quedaron abiertas, o de abrir otras e invitar al lector al siguiente tomo. En esta tesis, funge como la segunda de estas posibilidades: busca abrir e invitar; potenciar.

“científico” de la “diabetes” y ya hemos establecido la diferencia, de modo que no estamos atados a la cronología del texto. A lo largo de la tesis fue posible observar que tanto las “prácticas” (*enactments*) de la diabetes, como la diabetes totonaca, están constituidas en parte como co-invencciones entre médicos y pacientes, aunque de *maneras diferentes desde cada polo*. Tomando en cuenta que el ejercicio de antropología simétrica implícito en estudiar lo que es la diabetes en el hospital surgió como *requisito* para abordar la diabetes entre los totonacos (propósito de esta tesis), el análisis de la multiplicidad de diabetes en el hospital, *más* que describir una de las dimensiones de la *diabetes en Ixtepec*, nos permitió develar que los totonacos, en lugar de relacionarse con síntomas y procesos fisiológicos universales, se relacionan con las diferentes maneras en que la diabetes es “practicada” (*enacted*) en el hospital del IMSS Oportunidades.

Por lo tanto, en este epílogo buscaremos apuntalar con pinceladas amplias algunos de los trazos más importantes de la imagen de *la diabetes totonaca* construida en esta tesis.²⁶⁶ Nos guiaremos, a su vez, por las preguntas planteadas en la construcción del problema etnográfico sobre la relación entre diabetes, cuerpos y enfermedades diferentes en un campo intercultural, buscando responderlas (aunque sea tentativamente) a partir del análisis y la etnografía expuesta en esta tesis. Consecuentemente, nos enfocaremos más en la relación entre médicos y pacientes que atraviesa el mundo de la diabetes, que en las implicaciones teóricas de diversos análisis a lo largo de la tesis, inmersos en diferentes diálogos con la literatura antropológica. Con ello buscamos abordar las posibilidades y limitaciones “cosmopolíticas” de admitir la posibilidad de una *diabetes totonaca* dentro de las políticas estatales del sector salud mexicano, considerando que, como argumenta Kelly, el estudio del ámbito médico debe rebasar sus propios límites (2011:9). En nuestro contexto, esto significa que es fundamental tomar en cuenta la manera en que se insertan las relaciones entre los totonacos y los médicos (y el sistema de salud biomédico) en las “categorías de otredad” *sensu* Vilaça, en tanto que esto eventualmente nos brindará la pauta para la proposición e implementación de proyectos de cambio. A pesar de que dentro de los límites de esta tesis no nos fue posible identificar estas categorías, sí nos fue posible delinear algunas

²⁶⁶ Recordemos que al hablar de *diabetes totonaca* nos estamos refiriendo implícitamente a los contextos y relaciones que la están constituyendo, y no a una cosa-en-sí.

de las formas de alteridad de los totonacos de Ixtepec, así como descubrir algunas de las maneras en que está constituida la relación entre médicos y pacientes en torno a la diabetes.

La diabetes totonaca

En la primera parte de la tesis, el adentramiento en el estudio de la diabetes en Ixtepec nos llevó a explicitar una pregunta que nos planteaba el campo: ¿por qué si el programa del IMSS Oportunidades para el tratamiento y el control de la diabetes se enfoca en los aspectos físicos, sociales y psicológicos de la enfermedad —es decir, toma en cuenta a la “persona” y al “cuerpo” de manera holística a través del tratamiento y la capacitación— la diabetes en Ixtepec se caracteriza por una tendencia a la no-adhesión al tratamiento? Esta problemática sugería la existencia de diferencias profundas entre los conceptos de cuerpo y persona totonacos y los biomédicos “occidentales”, y anunciaba la posibilidad de diabetes diferentes —diferencia que fue posible identificar y analizar en relación al equívoco de la dieta. Sin embargo, habiendo podido observar y determinar estas diferencias, situadas en un nivel ontológico, la pregunta de investigación se transformó (o por lo menos, se amplió). En la tercera parte de la tesis pasó a preguntarse ya no por el *conflicto* que caracterizaba las relaciones entre médicos y pacientes en torno a la diabetes, sino por el hecho de que a pesar de este conflicto, no se volvía *insostenible* la relación y el tratamiento de la diabetes. Considerando que el ámbito biomédico actúa en base a conceptos específicos de salud y enfermedad, ¿por qué la relación con pacientes cuyos conceptos son radicalmente diferentes no “explota”?²⁶⁷

A lo largo de la tesis, los distintos análisis en relación al ámbito de la diabetes en Ixtepec, Puebla, ofrecieron distintas respuestas a estas preguntas. En términos generales, sin embargo, podemos decir que *tanto las relaciones de conflicto en torno a la diabetes, como la coordinación o continuidad de la relación entre médicos y pacientes* a pesar de la diferencia radical expresada en esta(s) enfermedad(es), se deben a la *naturaleza de los equívocos sensu Viveiros de Castro* entre la cultura totonaca y la cultura

²⁶⁷ Esta pregunta se refiere a la co-existencia de diferentes diabetes —a la pluralidad— y no a la multiplicidad de “prácticas” (*enactments*) de la diabetes, las cuales, como vimos en el capítulo tercero, se ligan a partir de una serie de mecanismos de coordinación que emulan la singularidad.

biomédica.²⁶⁸ Con “naturaleza” nos referimos a la distinción que hace Kelly entre equivocaciones que se confunden con malentendidos —que en nuestro campo devienen en una relación de tensión— y equivocaciones que se confunden con acuerdos —que permiten la relación entre culturas sin resultar en situaciones de conflicto (2011:197). Si consideramos, como propone Viveiros de Castro y como analizamos en la Fuga, que la diferencia es la premisa de toda relación y que por lo tanto *toda relación es equívoca* en tanto que apunta a premisas diferentes,²⁶⁹ se aclara el hecho de que tanto los conflictos como la funcionalidad del mundo de la diabetes en Ixtepec se expliquen a partir de equívocos. A su vez, la relación entre médicos y pacientes en torno a la diabetes en Ixtepec se vuelve sostenible a partir de una serie de *mecanismos de silenciamiento o neutralización* de la diferencia —diferentes desde cada polo— e implícitos en la constitución misma de las diabetes totonaca y biomédica.²⁷⁰ A continuación ejemplificaremos algunos de los principales equívocos con y sin afinidad, así como algunos de los mecanismos de silenciamiento más característicos del mundo de la diabetes en Ixtepec.

Una de las principales fuentes de tensión en el hospital de Ixtepec se refiere a la no-adhesión a la dieta impuesta por parte de los médicos como parte del tratamiento de la diabetes, y se relaciona justamente con una equivocación que toma la forma explícita de un desacuerdo: el equívoco entre los conceptos de *cuerpo* en relación a la *alimentación* (así como las nociones relacionadas de hábito, alimento, gordura y moderación). Éste

²⁶⁸ Aclaremos una vez más que la cultura totonaca y la cultura biomédica existen y se actualizan a través de los agentes en cada relación (es decir, no como cosas-en-sí).

²⁶⁹ Eduardo Viveiros de Castro describe cómo “una equivocación no sólo supone la heterogeneidad de las premisas en cuestión, sino que las plantea como heterogéneas y las presupone como premisas. Una equivocación determina las premisas en lugar de ser determinada por éstas” (2004:12). Asimismo, en la teoría de la equivocación controlada propuesta por el antropólogo y basada en la relacionalidad amerindia, “la equivocación no es aquello que impide la relación, sino eso que la funda e impulsa: una diferencia de perspectiva” (Viveiros de Castro 2004:10).

²⁷⁰ Aunque podemos pensar los mecanismos de silenciamiento como equívocos que se confunden con acuerdos (que en parte hacemos), diferenciamos estas denominaciones en nuestra descripción porque más que conceptos homónimos, los mecanismos mencionados aquí son procesos de traducción y maneras de relacionarse que detienen o evitan que se vuelva aparente la naturaleza homónima de un concepto. Es decir, su efecto es el de *neutralizar la potencia del equívoco*. La relación de poder entre médicos y pacientes, por ejemplo, no es un equívoco en sí, aunque sí se relacione con maneras diferentes de pensar al ‘otro’.

crea situaciones de tensión explícitas entre médicos y pacientes vinculadas con la dieta impuesta por el hospital, en tanto que pone en relación dos conceptos de “salud” *contrarios*. Comer “menos tortilla”, como proponen los médicos, para los totonacos no es una medida que pueda combatir la enfermedad, pues debilita el cuerpo. El cuerpo metabólico que requiere una reducción de ingesta de calorías y carbohidratos o azúcares, se opone a un cuerpo que necesita comer tortilla para estar sano. Como declara González González, “sin maíz no hay cuerpo, no hay fuerza, no hay vida, no hay cosmos” (2009:174). De este equívoco surgen los argumentos de los pacientes en el consultorio y en los cursos de capacitación, así como su rechazo de la dieta (por lo menos tal como la prescriben los médicos); es decir, surge la denominada “renuencia”. Tanto médicos como pacientes totonacos buscan la “salud”, pero aquello a lo que apunta este término no sólo difiere en cada caso —es un homónimo— sino que se oponen entre sí. En este sentido, el equívoco posibilita la distinción clara entre diferentes invenciones de lo dado y lo construido, la diferencia entre culturas.

En términos de equívocos que se confunden con acuerdos, se develaron varios a través de la etnografía del pueblo y del hospital. El que la comida haga daño y ocasione la diabetes, por ejemplo, es algo sobre lo cual concuerdan médicos y totonacos, aunque en cada caso estas declaraciones apunten a premisas radicalmente diferentes. Mientras que para la concepción biomédica son la grasa y los carbohidratos los que hacen daño, entre los totonacos lo que hace daño son los químicos y medicamentos que se le inyecta a los alimentos que han llegado de afuera. Aquí también difieren los cuerpos que se alimentan y enferman, pues en un caso se pone en juego una noción de cuerpo como sistema metabólico y en el otro un cuerpo involucrado en la circulación de fuerza y trabajo. Sin embargo, los pacientes totonacos por lo general atribuyen a los médicos alópatas la información sobre los químicos dañinos que hay en la carne y su rol desencadenante con la diabetes. Esto implica en primer lugar que no nos encontramos frente a un simple malentendido o “interpretación” errónea de las palabras del médico, sino a una expresión de la relación entre médicos y pacientes basada en premisas diferentes. En segundo lugar, nos muestra un equívoco con “afinidad”, es decir, que no deviene en conflicto. Otro equívoco que se confunde con un acuerdo es aquel develado en el homónimo del “control”. En este caso tanto médicos como pacientes están “de acuerdo” en que las

personas con diabetes deben controlarse (en efecto, en el hospital la diabetes es “practicada” o *enacted* como controlable), pero el término apunta a diferentes conceptos de cuerpo y persona. En el primer caso invoca a una noción de persona “racional” que debe controlar su cuerpo “codicioso”, mientras que el segundo implica que la persona debe intentar controlar las emociones y los pensamientos que son producto inevitable de la vida, y cuyo efecto en el cuerpo está atado a la fuerza espiritual del individuo.

Como mencionamos ya, la “falta” de conflicto en todos los ámbitos relacionados con la diabetes en Ixtepec no se debe únicamente a la existencia de términos homónimos o equívocos con “afinidad”, sino a la de diferentes mecanismos de silenciamiento identificados a lo largo de la tesis. Estos —que son equívocos también en tanto que constituyen relaciones entre totonacos y no-tononacos o mestizos— neutralizan el potencial de conflicto o de que la diferencia profunda se torne explícita y evidente.²⁷¹ Nos permiten, como antropólogos, seguir o arribar *únicamente* a unas premisas (las biomédicas o las totonacas, por ejemplo) y no a las otras. Como mencionamos ya, estos mecanismos de silenciamiento²⁷² surgen a partir de la relación entre médicos y pacientes, así como de la constitución misma de las diabetes. En ambos casos, estos mecanismos son diferentes desde cada polo de la relación —en el hospital y en el pueblo.

En el hospital, la diferencia entre los conceptos biomédicos y totonacos de cuerpo, persona y enfermedad se silencian a partir de una labor constante por parte de los médicos de traducir números, estudios de laboratorio, características del cuerpo y narraciones del sujeto al “cuerpo biológico”, universal y dado. En la consulta el médico busca relacionar lo que narra el paciente acerca de su cuerpo y sus sensaciones con las características de una enfermedad definida por la biología (en este caso la diabetes) —

²⁷¹ Ningún mecanismo, por sí solo, silencia la diferencia “por completo” (como si ésta fuera algo total o una cosa-en-sí).

²⁷² Como mencionamos en la discusión acerca de los mecanismos de silenciamiento, elegimos este término debido a que en muchos casos la relación entre médico y paciente se expresa en la forma plástica del silencio, así como al hecho de que en gran medida implica relaciones de poder. Asimismo, elegimos hablar del silenciamiento de la diferencia y no de su neutralización porque la diferencia no es la que se ve neutralizada (hemos visto ya que ésta es la base de toda relación o equívoco, y que los mecanismos de silenciamiento *son* equívocos); lo que se ve neutralizado es la potencia de esta diferencia y, posiblemente, el poder de los cuerpos, su política y su auto-determinación.

traduciéndolas de este modo en “síntomas”.²⁷³ Inclusive cuando la diabetes es “practicada” (*enacted*) sin síntomas, el médico hace preguntas al paciente definidas por una concepción específica del cuerpo biológico universal (en tanto que puede ser afectado por toda enfermedad) para confirmar el diagnóstico. En este proceso de traducción, se filtran o ignoran los “síntomas” que no coincidan con la enfermedad específica, así como los elementos “subjetivos” que no se relacionen con la enfermedad o los procesos fisiológicos que implica. Esto es especialmente contrastante con el diagnóstico llevado a cabo por los curanderos en Ixtepec, que depende de la narrativa del paciente sobre los sucesos de los últimos días —aparentemente no vinculados al proceso físico o corporal. Por último, la manera en que los médicos guían la conversación en el consultorio filtra todas las narraciones que sean consideradas “creencias culturales”. Éstas se ignoran en ocasiones por no coincidir con un referente biológico conocido, y en otras porque se les piensa como representaciones débiles de la realidad, producto de una observación empírica, pero faltas de la rigurosidad y precisión que brinda el método científico.

El ejercicio de “filtrar” en todos estos casos, neutraliza la posibilidad de que las “exterioridades” diferentes a las cuales apuntan las narrativas de los pacientes causen tensión o conflicto en relación al diagnóstico y el control de la diabetes. Esto se relaciona, a su vez, con el hecho de que en el hospital se privilegia el cuerpo “practicado” (*enacted*) como objeto (que se traduce en un cuerpo biológico y universal) sobre el cuerpo-sujeto. Al momento del diagnóstico y en las citas de revisión sucesivas, el médico “habla” con la sangre e informa al paciente sobre el estado de su cuerpo: el médico puede acceder directamente al cuerpo-objeto.²⁷⁴ Esto niega en primera instancia la posibilidad de un diálogo y de una escucha, neutralizando así el discurso totonaco, pero más que eso, niega la *posibilidad* de cuerpos y enfermedades ontológicamente diferentes.

La división entre el cuerpo-sujeto y el cuerpo-objeto implícita en las prácticas biomédicas, así como la posibilidad del médico de “acceder” directamente al cuerpo biológico a través de estudios de laboratorio y exploraciones físicas, se vincula también

²⁷³ En este caso el cuerpo-sujeto y el cuerpo-objeto son comparados y hechos corresponder con el cuerpo biológico.

²⁷⁴ La división entre lo “subjetivo” y lo “objetivo” se posibilita justamente por la distinción entre lo natural y universal (el cuerpo), y lo construido o artificial (lo cultural o subjetivo).

con una relación de poder entre el médico y el paciente. Como declara Good, una de las principales tareas de la medicina clínica es la del “tratamiento racional dirigido a la intervención en los mecanismos de la enfermedad” (Good 2010:65). Esta intervención toma precedencia, de modo que es una obligación ética y moral del médico intervenir en el cuerpo, aunque esto requiera presión, regaño, o cualquier otro método de comunicación violento. Estas expresiones de jerarquía son especialmente comunes en torno a la diabetes en Ixtepec que, como sabemos, se caracteriza desde la perspectiva médica por un alto grado de “renuencia”. Esta misma tendencia de jerarquía y poder funge también como mecanismo de silenciamiento, en esta ocasión, en un sentido más literal: muchos pacientes prefieren no preguntar, discutir, o ser honestos con el médico para evitar un eventual regaño.

Como mencionamos, los mecanismos de silenciamiento no sólo emergen de las relaciones entre médicos y pacientes (y de los conceptos de cuerpo y enfermedad que surgen a partir de éstas), sino de la constitución de las diabetes mismas, tanto la médica como la totonaca. En primera instancia, tanto en el hospital como en el pueblo la causa última de la diabetes está parcialmente escindida del diagnóstico y tratamiento de la misma. Uno de los principales elementos de la etiología de la diabetes biomédica es la predisposición genética, hecho que al no influir sobre las prácticas relacionadas con la enfermedad, pocas veces se discute con el paciente. De manera similar, la causa de la diabetes totonaca en un nivel individual, ya sea un susto, un coraje o una tristeza, no afecta de manera directa el diagnóstico y tratamiento de la diabetes. Únicamente descubrimos una relación potencial entre el control de la enfermedad y su causa, en tanto que ambas se relacionan con el peligro de las emociones en el cuerpo de una persona de espíritu débil. Sin embargo, como mencionamos ya, el homónimo del control se confunde con un acuerdo y no con un malentendido. En ambos casos, no existe razón alguna para discutir la etiología en el consultorio, de modo que no existe la posibilidad de contradicción, y una de las diferencias más marcadas entre una diabetes y otra permanece oculta.²⁷⁵

²⁷⁵ Como mencionamos, en los casos (escasos) en los que se llega a mencionar al susto como causante de la enfermedad en el consultorio, los médicos admiten la teoría como un conocimiento adquirido empíricamente, pero aclaran que no es la causa, sino que es un factor determinante. Tras haber analizado la

En segundo lugar, encontramos un efecto de silenciamiento en la manera en que está constituida la diabetes entre los totonacos de Ixtepec, en tanto que ir al hospital y establecer una relación con este sistema terapéutico está *incluido* en el padecimiento; es *parte* de tener diabetes. El que la diabetes implique itinerarios terapéuticos evidentemente divergentes de aquellos relacionados con otras enfermedades, así como el hecho de que no implique la misma lógica de elección en relación al tratamiento (pues los pacientes no eligen con quién relacionarse y de qué modo curarse), nos llevaron a proponer que la diabetes *incluye* al hospital, es decir, que *incluye* una relación perpetua con el hospital, acudan o no los pacientes. Esto pudiera relacionarse con el hecho de que, a pesar de que no se le confíe al médico del IMSS pleno conocimiento sobre la diabetes, sólo éste puede acceder a la sangre y a los “números” que indican el nivel de azúcar de la persona. A su vez, esto está vinculado con la “práctica” (*enactment*) de la diabetes como un número en relación a otros y con la “práctica” (*enactment*) del cuerpo como algo a lo que tiene acceso el médico alópata. En el pueblo, sin embargo, esto no se relaciona con un cuerpo-objeto dividido de un cuerpo-sujeto, ni con un número en relación a otros determinados por la NOM; sino que tiene que ver con la relación de poder entre los pacientes totonacos y el médico (único con el poder de determinar cómo está la persona y de “leer” los hábitos de la persona en su sangre).

El que tener diabetes incluya una relación con el hospital (actualizada o no) y con el médico (que ocupa una posición jerárquica en relación al diagnóstico y a la caracterización de la enfermedad en cada caso), puede considerarse un mecanismo de silenciamiento en tanto que la experimentación y el aprendizaje respecto a la enfermedad y su tratamiento —probar diferentes curaciones, cuestionar las palabras del médico, preguntarse por las causas de la diabetes— se llevan a cabo fuera del consultorio. A su vez, el que la relación con el hospital sea constitutiva de la diabetes en Ixtepec implica para el paciente con diabetes insertarse en relaciones de poder y de reciprocidad con una institución “mestiza” u “otra” y alejarse de las relaciones que constituyen a la persona como totonaca: el trabajo, la familia, la alimentación, etc. Es decir, implica que el paciente totonaco se transforme.

etiología de la diabetes entre los totonacos, sin embargo, esperamos que resulte evidente que se trata de algo mucho más complejo que de un efecto fisiológico.

Por último, considerando esta tesis en su totalidad, podemos responder a las preguntas planteadas en la construcción del problema etnográfico a partir de los equívocos implícitos ya no en la relación entre médicos y pacientes, sino entre los conceptos de cuerpo y enfermedad totonacos y los míos. En un principio, esta tesis no era más que una inquietud —aún no se transformaba en idea— de alumno de antropología que ha leído, en las teorías amazónicas, sobre naturalezas múltiples y cuerpos diferentes: ¿Cómo admitir estas posibilidades? Es decir, que inicialmente esta tesis no era más que mi relación equívoca con la idea de realidades otras, de gentes con distintos campos de aquello que está dado y aquello que está construido. En mi búsqueda por comprender (o, a modo de resistencia, por problematizar), tracé los contornos de las implicaciones de estas realidades radicalmente diferentes y me situé en lo que pensé constituía el límite ético²⁷⁶ y ontológico entre conceptos diferentes de cuerpo: la enfermedad. Pensaba —desde mi posición naturalista— que considerando la relación íntima que existe entre cuerpo y enfermedad, el estudio de una situación intercultural de tratamiento y prevención de padecimientos tendría que develar conflictos profundos, o en su lugar, contradecir esta posibilidad de naturalezas y cuerpos ‘otros’ sugerida por las antropologías amazónicas.

La realidad, sin embargo, fue otra: el límite ontológico implícito en mi manera de comprender *la relación entre cuerpo y enfermedad* no resultó ser el mismo entre los totonacos. El equívoco —algo ingenuo quizá— fue pensar que el carácter homónimo estaba circunscrito a los elementos (el concepto de cuerpo y el concepto de enfermedad) y que no afectaba las relaciones entre estos. La etnografía sobre la diabetes entre los totonacos demostró que la enfermedad puede comprender un alto grado de individualización y diferenciación, así como estar definida no por el *cuerpo* al que habita (como es el caso desde una conceptualización biomédica), sino por las relaciones que atraviesan a la *persona* en dado momento —tanto en términos individuales como colectivos— y que ocasionan y constituyen a la enfermedad. En este sentido, en efecto, la noción de cuerpo y persona no pueden separarse de manera simple o unívoca, pero lo claro es que el “sujeto” no puede filtrarse del “objeto” en relación a la enfermedad.

²⁷⁶ Ético en tanto “llevar a serio” la realidad del otro podría implicar no actuar conforme a las nociones propias de cuidado a la salud, de interés para todos.

Como pudimos observar, la manera en que se relacionan el susto, el coraje y la tristeza con la diabetes en cada caso individual tiene menos que ver con sus efectos en el cuerpo y en el espíritu, que con la relación de conflicto que implica, aunque no los excluya. Las personas con diabetes no referían haberse enfermado a causa de un “susto”, sino que narraban la situación de espanto, y solamente tras mis preguntas declaraban que el susto causa la diabetes. En este sentido sugerimos la posibilidad de pensar a la diabetes y a sus causas como la materialización o incorporaciones —en cuerpos de espíritu débil— de situaciones dolorosas y conflictivas que forman parte de la vida.

La etnografía de la diabetes en Ixtepec también demostró claramente que la concepción de la enfermedad en relación al cuerpo no sólo implica un contexto individual, sino colectivo, en tanto que la etiología de la diabetes tiene una faceta al nivel del pueblo y una al nivel de cada persona que padece esta enfermedad, y *ambas afectan al cuerpo* —posiblemente a través del espíritu. A nivel del grupo también encontramos que la diabetes no se debe únicamente a una transformación fisiológica (y ontológica) colectiva a partir del alimento, sino a una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas a nivel población, en relación a la apertura de Ixtepec a un mundo exterior a partir de la llegada de la carretera y de la luz. Estas transformaciones, a su vez, han resultado en una percibida reducción de las relaciones entre los totonacos que habitan en este lugar y los seres del mundo otro y entre sí, así como en el incremento del establecimiento de relaciones con personas no-indígenas y foráneas —para bien y para mal. Es decir, que de manera análoga al caso de la etiología individual en donde se *incorpora* el conflicto, aquí se *incorpora* la relación con el ‘otro’. En este sentido, el consumo de los químicos y medicamentos no-naturales ocasiona la diabetes, no porque estos sean dañinos únicamente, sino porque el consumo constante de los alimentos del otro implica una suerte de transformación del pueblo en general, en este ‘otro’. Consideramos que el estudio de la relación entre la persona/cuerpo individual y el colectivo entre los totonacos merece más atención, en tanto que pudiera brindar una vía para la comprensión de su teoría sobre la enfermedad, la alteridad y el cuerpo.

Por último, la etnografía expuesta en esta tesis nos sugirió que la conceptualización de la relación entre cuerpo y enfermedad entre los totonacos de Ixtepec admita la posibilidad de cuerpos *diferentes* (a diferencia de la teoría biomédica),

en tanto que se habló por momentos de que todo cuerpo (aparentemente universal) puede padecer las mismas enfermedades, pero que la expresión de éstas no necesariamente es la misma: el susto de unos puede ser el cáncer de otros. Aquí podemos vislumbrar la posibilidad de que la teoría totonaca sobre la enfermedad incluya cuerpos diferentes —definidos generalmente en términos de diferencias étnicas y caracterizados por tener piel blanca y sangre poco espesa, así como por ser débiles—, pero que a la vez no excluye la posibilidad de ser totonaco y nacer con este cuerpo.

A partir de estas consideraciones etnográficas, resulta evidente que una última razón por la cual la relación entre cuerpos y enfermedades diferentes en un campo intercultural es sostenible se debe al hecho de que *las maneras en que se piensa la relación entre estos elementos también son diferentes*. La primera pregunta que establecí al inicio de la tesis —sobre el conflicto y la no-adhesión al tratamiento de la diabetes— nos sugirió una diferencia profunda entre los conceptos de cuerpo y persona de la cultura totonaca y la cultura biomédica. Al establecer la segunda pregunta de investigación (o más bien, la transformación de la primera) en relación a la sustentabilidad de un campo médico intercultural a pesar de los conflictos, yo partía del “hecho” de que la constitución del cuerpo *determina* la enfermedad, del mismo modo en todos los casos. Es decir, asumía como premisa la universalidad de la relación íntima e inmediata entre la constitución del cuerpo y la de la enfermedad (aunque los conceptos fuesen diferentes en cada cultura). Por lo mismo, asumí que en un contexto en el que co-existen diferentes cuerpos (y diferentes campos de lo dado y lo construido), las enfermedades debían ser diferentes. La consecuencia directa de ello debía ser el conflicto, en teoría extremo e insostenible, pues ¿cómo podían relacionarse de manera relativamente “exitosa” —en tanto que no se abandonaba el proyecto— *en un ámbito médico*, personas con conceptos de cuerpo y enfermedad diferentes? ¿Cómo podían curarse cuerpos totonacos con tratamientos resultantes de un concepto de cuerpo ‘otro’? etc.

En esta tesis vimos que las relaciones entre médicos y pacientes en relación al diagnóstico y al tratamiento de la diabetes se sostienen por equívocos afines y por mecanismo de silenciamiento implícitos en las mismas relaciones y en la constitución de las diabetes. Sin embargo, en términos de la relación entre mi visión naturalista (buscando practicar la relacionalidad) y los conceptos totonacos de cuerpo y enfermedad,

la segunda pregunta de investigación devela un equívoco: para los totonacos de Ixtepec la diferencia entre cuerpos no encuentra su límite ontológico en relación a la enfermedad, en el ámbito médico. Para ellos, acudir al hospital del IMSS no implica asumir una igualdad de cuerpos, pero tampoco deviene “automáticamente” en una serie de conflictos profundos e insostenibles. En efecto, la enfermedad entre los totonacos de Ixtepec llega a estar definida por relaciones altamente contextuales e individualizadas, de modo que su causa puede diferir en cada caso y en cada cuerpo, a partir de las relaciones en las que está inmersa. A su vez, la enfermedad tiene el potencial de expresarse de manera diferente en cuerpos diferentes, aunque todos los cuerpos se enferman de lo mismo. Es decir, que aunque para los totonacos la co-existencia de cuerpos diferentes también parezca implicar diferencias en las enfermedades, esto no necesariamente implica la disolución de toda posibilidad de relacionar los diferentes sistemas médicos.

Estas consideraciones implican una última transformación de la pregunta etnográfica, y un apuntalamiento para futuras investigaciones: ¿cuál sería un segundo paso hacia —o desde— la teoría totonaca? En nuestra opinión, un proyecto que partiera de éste tendría que explorar las posibilidades de *reversibilidad*, es decir, pensar en las consecuencias de utilizar la teoría totonaca de la diabetes, así como de la relación entre cuerpo y enfermedad, para el caso de la diabetes “occidental”. Desde ahora podemos intuir que sería de gran importancia para pensar los múltiples contextos interculturales, pues admite la posibilidad de cuerpos diferentes. A su vez, sería especialmente interesante considerar la relación entre la etiología colectiva y la etiología individual en relación a una enfermedad constituida como producto de la globalización y el capitalismo. En términos específicos, a su vez, la teoría de la diabetes totonaca pudiera sugerirnos una manera diferente de conceptualizar una enfermedad en la cual, a pesar de estar relacionada con transformaciones profundas a nivel población (de relaciones y de alimentación), es decir, de ser un fenómeno evidentemente social, se coloca toda la responsabilidad del tratamiento sobre el individuo que debe controlar lo que come y el ejercicio que realiza.

Esto se relaciona, a su vez, con el hecho de que la diabetes entre los totonacos se piense como constituida por un campo amplio de relaciones, idea que pudiera resultar potenciadora si consideramos que los científicos sociales y naturales han descrito cómo

la diabetes tiene que ver con un contexto de transformaciones y relaciones amplias, pero que esto no se ha llevado hasta las políticas de prevención, control y tratamiento de la diabetes (pues éstas se relacionan con el cuerpo biológico y el campo de lo dado). No podemos decir de qué modo se pudieran llevar estas consideraciones al diseño del programa de prevención y control de la diabetes, pero seguramente implicaría una transformación en las condiciones en las que se desarrolla la enfermedad, más que en la capacitación o concientización de cada individuo considerado enteramente “responsable” por su salud. La teoría totonaca, en este sentido, nos permitiría alejarnos del determinismo biológico que, a fin de cuentas, hace que la enfermedad sea del individuo y no del grupo o la sociedad.

¿Pero qué hay del caso de la diabetes en Ixtepec? Más allá de la potencial reversibilidad de la teoría totonaca, ¿qué implicaciones o consecuencias pudiera tener esta etnografía para la manera en que se vive y piensa la diabetes en el hospital del IMSS Oportunidades? Esta tesis buscó posicionarse desde un inicio dentro de un proyecto cosmopolítico. Es decir, que asumía que la teoría totonaca implica una no-división entre lo social y lo cosmológico (Gow 2006:212), y que un acercamiento a ésta es inherentemente político.²⁷⁷ Por lo mismo, esta tesis *no* constituye un análisis de conocimientos totonacos potencialmente “atinados”, en tanto podrían haber surgido de observación empírica. Tampoco es una investigación acerca de las “creencias” de los totonacos que dificultan la implementación del programa de control y tratamiento de la diabetes (y cuyo estudio pudiera brindarnos la llave para “convencer” o “educar” a los pacientes de realizar actividades “para su propio bien”). A pesar de considerarse política, esta tesis tampoco es meramente una denuncia del Estado y del IMSS, en tanto que esto haría de estas instituciones chivos expiatorios de la problemática y los equívocos que implica un encuentro entre realidades.

No se trata, pues, de reducir los mundos de unos a las premisas de los otros, pero tampoco se trata de demandar que los médicos renuncien a su ontología (tarea, por definición, imposible). La propuesta de esta tesis, de la búsqueda por delinear las relaciones, equívocos, silenciamientos y traducciones que constituyen y se constituyen en el ámbito de la diabetes en Ixtepec, es la de abrir el ámbito biomédico a la *posibilidad*

²⁷⁷ En efecto, como mencionamos, la decisión retórica de hablar de “dos” diabetes partió de esta postura.

de la existencia de otras culturas en tanto invenciones de otros campos de lo dado y lo construido. En este sentido, los equívocos no constituyen obstáculos que debemos, o en efecto que es posible, superar o reducir. En efecto, como explica Kelly en relación a los conceptos homónimos, “el que ninguno de los partidos involucrados reconozca un significado alternativo puede funcionar a favor o en contra del avance del proyecto de cada uno” (2011:197). Los equívocos no son malentendidos que debemos corregir, sino que constituyen las relaciones que debemos considerar al abordar la creación de un proyecto social en un campo intercultural de la salud. Es decir, la propuesta es *potenciar* a partir de la identificación de equívocos. Como declara Viveiros de Castro, “el contrario del equívoco no es la verdad, sino lo unívoco, ...la afirmación de la existencia de un significado único y trascendente” (Viveiros de Castro 2004:12). De modo que a pesar de constituir la base misma de la relación entre culturas diferentes, los equívocos tampoco son determinantes: las relaciones se pueden transformar, o por lo menos, puede cambiar la manera en que las pensamos.

Específicamente, la co-invencción de una teoría etnográfica no es la única finalidad de esta tesis; la idea es que esta teoría totonaca ayude eventualmente a construir herramientas que, como sugiere Berg, ayuden “a *mejorar la práctica* sin obviar la complejidad de manera fantasiosa” (Berg en Mol 2002:166, mi énfasis). Entonces, en términos de “mejorar la práctica” en relación al tratamiento y control de la diabetes en Ixtepec, a continuación enlistamos ciertas propuestas en base a la etnografía presentada en esta tesis (las cuales pudieran parecer fantasiosas en sí, y quizá algo ingenuas, pero que creemos es necesario escribir). ¿Cómo mejorar el diálogo —y la traducción— entre los pacientes totonacos y los médicos del IMSS Oportunidades en relación al fenómeno de la diabetes en Ixtepec?

En primer lugar, y principalmente, el análisis de esta tesis nos lleva a plantear la necesidad de que el sector salud deje de imponer su realidad —su cuerpos, sus enfermedades y tratamientos— a otros. No proponemos que dejen de ofrecer servicios de salud, sino que pregunten a los habitantes de cada comunidad indígena qué servicio es el que quieren, y cómo lo quieren. Empezamos entonces, con la propuesta más idealizada quizá, pero también la más coherente con los planteamientos de esta tesis;

las siguientes propuestas son más conservadoras, y se dejan influenciar por la mirada a las relaciones de poder que caracterizan el ámbito médico:

Para poder abrir paso a la diferencia ontológica en el ámbito médico, el cambio necesario sería principalmente tarea de los médicos, puesto a que la teoría totonaca de la enfermedad ya incluye cierta apertura, y ya que los médicos que trabajan en el hospital ocupan una posición de poder en relación a los pacientes totonacos. Ellos tendrían que lograr una concientización tanto de esta relación de poder, como del hecho de que los pacientes *sí quieren cuidarse*, y no son “ignorantes”. En efecto, la “renuencia” que ellos identifican tiene que ver en gran medida con el conocimiento que sí tienen los pacientes y no con el que les falta.²⁷⁸ Es decir, sería necesario demostrar que los pacientes son, en efecto, racionales, y que la infantilización y el regaño que caracterizan las relaciones en el consultorio tiene efectos contraproducentes.

Relacionado con esto, el que los médicos brindaran auto-conocimiento a los pacientes más allá de una familiaridad inadvertida con síntomas biológicos que le son desconocidos, pudiera ayudar a mejorar las relaciones entre médicos y pacientes, y a transformar las relaciones de tensión. Esto es especialmente relevante si consideramos que con el curandero, las palabras del paciente son fundamentales. Asimismo, una concientización de que las creencias no son más que representaciones “erróneas”, y que apuntan a conceptos de cuerpo profundamente diferentes, pudiera transformar la escucha del médico. Aunque esto no afectaría su práctica médica, como sabemos, la escucha en sí puede ser terapéutica para los totonacos. Se argumentará, quizá, que los médicos no tienen tiempo de escuchar, y es válido. Sin embargo, consideramos que no se requiere *más* escucha, sino *otro tipo*, desde *otra posición*. Relacionado con brindar *auto-conocimiento* a los pacientes totonacos, está la idea de brindar *conocimiento*. Esto implicaría replantear la manera en que se brinda la “capacitación” sobre la diabetes, considerando que no se está llenando un “vacío de información”, sino que las personas totonacas tienen conocimiento previo sobre el tema, diferente pero similarmente complejo al biomédico.

²⁷⁸ Quizá sería bueno cambiar el término “renuencia”, aunque como sabemos, la transformación de una palabra no conlleva un cambio automático del fondo al que se refiere.

A su vez, en términos más específicos, proponemos que pudiera mejorar el diálogo entre médicos y pacientes, así como la adhesión al tratamiento (o la no-adhesión comprendida), si los médicos explicaran con más apertura e inclusión a sus pacientes para qué es cada medicamento. A su vez, fuera del contexto del hospital, debiera considerarse la posibilidad de realizar un estudio que adapte los números que determinan el diagnóstico de la diabetes para una cultura sin posibilidades de automonitoreo, de modo que se reduzca el riesgo generalizado de caer en un coma diabético.

Por último, tanto en el caso de Ixtepec como para los diferentes grupos indígenas de México afectados de igual modo por la diabetes, sería fundamental un estudio biológico y de antropología física con el propósito de crear una dieta adecuada a los hábitos de los indígenas —los cuales, como sabemos, atraviesan al cuerpo y a la persona— así como a sus conceptos de alimentación. Debiera ser posible la ideación de una dieta que permita el consumo de la tortilla, y de un programa de control que no invoque nociones de moderación, gordura y ejercicio completamente ajenas a los pacientes que deberán seguirlo.

Sabemos que la diabetes en México es una epidemia, y como tal, un problema que afecta a la población en general. Sin embargo, en un país caracterizado por una variedad de culturas —de campos diferentes de lo que está dado y lo que está construido— el diseño del programa de control y tratamiento de la diabetes no puede ser general y esperar ser exitoso. Si hay algo que hemos aprendido de la teoría totonaca de la diabetes, es que la diabetes no es una enfermedad biológica y universal (por lo menos no en todas las realidades ni en todos los contextos), sino un padecimiento social, con un sinfín de expresiones en el cuerpo, y vinculada con una serie de relaciones y transformaciones sociales, culturales y globales. Una política de salud que busque atacar el problema de la diabetes en México, necesita tomar en cuenta esta constitución característica de la enfermedad, así como las relaciones *específicas* de las que emerge en cada contexto — otra lección que nos brindó la etnografía de la teoría totonaca sobre la diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Beltrán, Gonzalo
1963 *Medicina y Magia. El Proceso de Aculturación en la Estructura Colonial*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- Álvarez Campillo, José Enrique
2011 *El mono obeso: La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: obesidad, diabetes, hipertensión, dislempia y aterosclerosis*, Drakontos Bolsillo, Barcelona.
- Alberti, K.G.M.M. y P.Z. Zimmet
1998 Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus Provisional Report of a WHO Consultation, *Diabetic Medicine*, 15:539-553.
- Almaguer González, José Alejandro, Vicente Vargas Vite, Hernán José García Ramírez y Alfonso Ruiz Belman
2011 *Fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional mexicana y su relación intercultural con la medicina institucional*. México: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.
- Ávila Soriano, Abraham
1990 Mitos sobre la serpiente en Tepango de Rodríguez (Sierra Norte de Puebla), Barbro Dahlgren (ed.), *Historia de la Religión en Mesoamérica y áreas afines, II Coloquio*, UNAM, México.
- Barger, Steven D., Matthew F. Muldoon, Janine D. Flory y Stephen B. Manuck
1998 What are quality of life measurements measuring?, *BMJ*, 316(14): 542-545.
- Barker, Martin
1982 *The New Racism*, Junction Books, Londres.
- Beaucage, Pierre
2009 *Corps, cosmos et environnement chez les Nahuas de la Sierra Norte de Puebla: Une aventure en anthropologie*, Lux Éditeur, Québec.
- Benyshek, Daniel C., John F. Martin y Carol S. Johnston
2001 A Reconsideration of the Origins of the Type 2 Diabetes Epidemic among Native Americans and the Implications for Intervention Policy, *Medical Anthropology*, [Overseas Publishers Association], 20:25-64.

- Berg, Marc
1997 *Rationalizing Medicine: Decision-Support Techniques and Medical Practice*, MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- Bindon, James R. y Paul T. Baker
1997 Bergmann's Rule and the Thrifty Genotype, *American Journal of Physical Anthropology*, 104: 201-210.
- Bruce, Sharon
2000 Prevalence and Determinants of Diabetes Mellitus Among the Métis of Western Canada, *American Journal of Human Biology* [Wiley-Liss], 12: 542-551.
- Brunton, Ron
1980 Misconstrued Order in Melanesian Religion, *Man*, New Series, 15(1): 112-128
- Campbell, Rona, Pandora Pounda, Catherine Popea, Nicky Brittenb, Roisin Pillc, Myfanwy Morgand y Jenny Donovan
2003 Evaluating Meta-Ethnography: A Synthesis of Qualitative Research on Lay Experiences of Diabetes and Diabetes Care, *Social Science & Medicine*, 56: 671-684.
- Chakraborty, Ranajit y Kenneth M. Weiss
1986 Frequency of Complex Diseases in Hybrid Populations, *American Journal of Physical Anthropology*, [Alan R. Liss, Inc.], 70: 489-503.
- Chowdhury, A. Mu'min, Cecil Helman y Trisha Greenhalgh
2000 Food Beliefs and practices among British Bangladeshis with diabetes: implications for health education, *Anthropology & Medicine*, 7(2): 209-226
- Cohen, Marlene Zichi, Toni Tripp-Reimer, Christopher Smith, Bernard Sorofman, y Sonja Lively
1994 Explanatory Models of Diabetes: Patient Practitioner Variation, *Social Science & Medicine*, 38(1): 59-66.
- Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (Conaculta),
1994 *Relatos totonacos*, Dirección General de Culturas Populares
- Consejo Nacional de Población (CONAPO)
2010 Índices de marginación 2010 por entidad federativa y municipio, <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_Marginacion_2010_por_entidad_federativa_y_municipio> [consultado el 13 de enero de 2015]
- Córdova Olivares, Francisco R.

- 1990 Apuntes sobre la cosmovisión de los totonacas de la región de Huehuetla, Puebla, *Tlacatl*, 22, Universidad Veracruzana, Facultad de Antropología, Xalapa.
- Crook, Tony y Justin Shaffner
2011 Preface, Roy Wagner's "Chess of kinship": An opening gambit, *HAU: Journal of Ethnographic Theory* 1(1): 159–164.
- Csordas, Thomas J.
2002 *Body/Meaning/Healing*, Palgrave Macmillan, Nueva York.
- Da Col, Giovanni y David Graeber
2011 Foreword: The Return of Ethnographic Theory, *HAU: Journal of Ethnographic Theory* 1(1):vi-xxxv.
- Daniulaityte, Raminta
2004 Making sense of diabetes: cultural models, gender and individual adjustment to Type 2 diabetes in a Mexican community, *Social Science & Medicine* 59: 1899-1912
- Descola, Philippe
2001 Construyendo naturalezas: Ecología simbólica y práctica social, Philippe Descola y Gísli Pálsson (eds.), *Naturaleza y Sociedad: perspectivas antropológicas*, Siglo XXI Editores, México: 101-123
- 2005 *Par-delà nature et culture*, Gallimard/NRF, Paris.
- 2011 Más allá de la naturaleza y de la cultura, Leonardo Montenegro Martínez (editor) *Cultura y Naturaleza: Aproximaciones a propósito del bicentenario de la independencia de Colombia*, Jardín Botánico de Bogotá José Celestino Mutis, Bogotá: 54-77.
- Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana
2009 *Hormiguillo y Dolor de corazón*,
<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/flora2.php?l=4&t=Hormiguillo&po=&id=5523&clave_region=26>;
<<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=dolor%20de%20coraz%C3%B3n>> [consultado el 15 de noviembre de 2015]
- Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM
2011 "Genoma indígena es clave de diabetes y obesidad", *El Universal*,
<<http://www.eluniversal.com.mx/articulos/65769.html>> [consultado el 11 de abril de 2013]
- Dirección General de Epidemiología

- 2012 Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus Tipo 2., Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México, 2012.
- 2013 Boletín epidemiológico diabetes mellitus tipo 2: primer trimestre-2013. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México.
- Eaton, Cynthia
1977 Diabetes, Culture Change, and Acculturation: A Biocultural Analysis, *Medical Anthropology* (1)1:41-59.
- Ellison, Nicolas
2004 *Entre l'ombre des caféiers et la chaleur du maïs: Reproduction sociale, usages et représentations de l'environnement en pays totonaque, Sierra de Puebla (Mexique)*, tesis de doctorado en Antropología Social y Etnología, Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.
- 2005 'Ici dans la forêt, nous vivons avec joie'. Typologie des espaces habités chez les Totonques (Mexique), *Journal de la Société des Américanistes*, 90(2): 1-24
- Evans-Pritchard, E. E.
1937 *Witchcraft, Oracles and Magic*, Clarendon Press, Oxford
- Everett, Margaret
2009 Diabetes Among Oaxaca's Transnational Indigenous Population: An Emerging Syndemic, *Congress of the Latin American Studies Association*, Rio de Janeiro.
- 2011 They say it runs in the family: Diabetes and inheritance in Oaxaca, Mexico, *Social Science & Medicine*, 72: 1776-1783.
- Federación Mexicana de Diabetes, A. C.
2010 Diabetes en Números, <http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php> [consultado el 21 de mayo de 2013].
- Foster, George M.
1976 Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems, *American Anthropologist*, 78: 773-782
- Foucault, Michel
1976 *The Birth of the Clinic: an Archaeology of Medical Perception*, Tavistock, Londres.
- García Rodríguez, M. J., A. C. Antolí Royo, C. González Maroño y A. García Mingo

- 2007 Complicaciones hiperglucémicas agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico, *Medicine*, [Hospital Universitario de Salamanca], 10(18): 1177-83.
- Garro, Linda C.
1995 Individual or Societal Responsibility? Explanations of Diabetes in an Anishinaabe (Ojibway) Community, *Social Science & Medicine*, [Elsevier Science Ltd.], Reino Unido, 40(1): 37-46.
- 1996 Intracultural Variation in Causal Accounts of Diabetes: A Comparison of Three Canadian Anishinaabe (Ojibway) Communities, *Culture, Medicine and Psychiatry*, [Kluwer Academic Publishers], Países Bajos, 20: 381-420.
- González González, Mauricio
2009 Cuerpos de maíz. Presencia de Chikomexochitl entre los nahuas de la Huasteca meridional, Carmen Morales Valderrama y Catarina Rodríguez Lazcano (eds.), *Desgranando una mazorca. Orígenes y etnografía de los maíces nativos*, INAH, México: 166-176.
- Good Eshelman, Catherine
2005 Ejes conceptuales entre los nahuas de Guerrero: expresión de un modelo fenomenológico mesoamericano, *Estudios de Cultura Náhuatl*, UNAM, 36: 87-113.
- 2011 Una teoría náhuatl del trabajo y la fuerza: sus implicaciones para el concepto de la persona y la noción de vida, Perig Pitrou, María del Carmen Valverde Valdés y Johannes Neurath (eds.), *La noción de vida en Mesoamérica*, Instituto de Investigaciones Filológicas, UNAM, Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos, México, D.F.: 181-203.
- Good, Byron J
2010 Medical Anthropology and the Problem of Belief, Byron J. Good, Michael M. J. Fischer, Sarah S. Willen y Mary-Jo Good DeVecchio (eds.), *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, Wiley-Blackwell, Malden.
- Good, Byron J., Michael M. J. Fischer, Sarah S. Willen y Mary-Jo Good DeVecchio
2010 *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, Wiley-Blackwell, Malden.
- Goody, Jack
1977 *The Domestication of the Savage Mind*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Gordon, Cesar
2006 *Economia Selvagem: Ritual e mercadoría entre os índios Xikrin-Mebêngôkre*, Editora UNESP

- Gow, Peter
2001 *An Amazonian Myth and its History* (Oxford Studies in Social and Cultural Anthropology), Oxford University Press, Oxford
- 2006 Forgetting Conversion. The Summer Institute of Linguistics Mission in the Piro Lived World, Fenella Cannell (editora), *The Anthropology of Christianity*, Duke University Press, Durham y Londres: 211-239.
- Greenhalg, Trisha, Cecil Helman y A. Mu'min Chowdhury
1998 Health Beliefs and Folk Models of Diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study, *BMJ*, 316: 978-983
- Haraway, Donna
1991 A Cyborg Manifesto: Science, Technology and Socialist Feminism in the Late Twentieth Century, Donna Haraway (editora), *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*, Free Association Books, Londres: 149-181.
- Hernández, Ángel Martínez
1998 "Tzintzuntzan". Treinta años después, entrevista con George Foster, *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 12: 107-115
- Hernández García, Milton Gabriel
2009a *Defendamos nuestra tierra, defendamos nuestro maíz. Los caminos de la resistencia indígena en la Sierra Norte de Puebla*. Tesis de licenciatura, ENAH (INAH, SEP), México
- 2009b *Kali akgwahu kin tiyatkan, kali akgwahu kin kuxi kan* La defensa colectiva del maíz nativo en la Sierra Norte de Puebla, *Diario de campo*, Suplemento, INAH, No. 52
- Hunt, Linda M., M. A. Valenzuela y J. A. Pugh
2000 Porqu me tocó a mi? Mexican American diabetes patients causal stories and their relationship to treatment behaviours, *Social Science & Medicine*, 46(8): 959-969
- Hunt, Linda M., Nedal Hamdi Arar y Laurie L. Akana
2000 Herbs, Prayer, and Insulin: Use of Medical and Alternative Treatments by a Group of Mexican American Diabetes Patients, *The Journal of Family Practice*, 49(3): 216-222
- Ichon, Alain
1973 *La religion de los totonacas de la sierra*, José Arenas (trad.), Consejo Nacional para la Cultura y las Artes / Instituto Nacional Indigenista, México

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

2005 Censo de Población y Vivienda
2011 Censo de población y vivienda, "Perspectiva estadística Puebla"
<<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-pue.pdf>> [consultado el 21 de mayo de 2013].

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI)

2008 Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales: Variantes Lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas, *Diario Oficial*, 31.

Joe, Jennie R. Y Robert S. Young (eds.)

1994 *Diabetes As a Disease of Civilization: The Impact of Culture Change on Indigenous Peoples*, Mouton de Gruyter, Nueva York

Kelleher, D.

1998 Coming to terms with diabetes: coping strategies and non-compliance, R. Anderson y M. Bury (eds.), *Living with chronic illness*, Unwin Hyman, Londres

Kelly, José Antonio

2011 *State Healthcare and Yanomami Transformations: A Symmetrical Ethnograph*, The University of Arizona Press, Tucson, Arizona.

Kelly, José Antonio y Javier Carrera

2007 Los yanomami (segunda parte), Germán Freire y Aimé Tillett (eds.), *Salud indígena en Venezuela, Volumen I*, Gobierno Bolivariano de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Caracas: 325-381

Kleinman, Arthur M.

2010 Medicine's Symbolic Reality: On a Central Problem in the Philosophy of Medicine, M. M. Fischer, S. S. Willen y M.-J. DelVecchio Good B. J. Good (eds.), *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, Wiley-Blackwell, Malden: 85-90.

Knowler, William C., Robert C. Williams, David J. Pettitt, y Arthur G. Steinberg

1988 Gm^{3;5,13,14} and Type 2 Diabetes Mellitus: An Association in American Indians with Genetic Admixture, *The American Journal of Human Genetics*, 43: 520-526.

Koestler, A.

1976 *The Call Girls*, Pan Books, Londres y Sydney.

Landy, David

1983 Medical Anthropology: A Critical Appraisal, Julio L. Ruffini (editor), *Advances in Medical Social Science Volumen 1*, Gordon and Breach, Nueva York: 185-314.

- Latour, Bruno
 2004 Whose Cosmos, Which Cosmopolitics: Comments on the Peace Terms of Ulrich Beck, *Common Knowledge*, 10(3): 450-462.
- 2007 *Nunca fuimos modernos*, Siglo XXI editores, Argentina, Buenos Aires.
- Law, John
 2004 *After Method: Mess in Social Science Research*, Routledge, Londres y Nueva York.
- Lévi-Strauss, Claude
 2011 *Antropología Estructural*, Siglo XXI, México D.F.
- 1965 *El totemismo en la actualidad*, FCE, México y Buenos Aires.
- 1992 *Historia de Lince*, Anagrama, España.
- Lorente, David
 2012 El "frío" y el "calor" en el sistema médico nahua de la Sierra de Texcoco. Una aproximación, *Revista Española de Antropología Americana*, 42: 243-266.
- López Austin, Alfredo
 2013 Cosmovisión, identidad y taxonomía alimentaria, *Identidad a través de la cultura alimentaria*, Conabio, Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad en México, México D.F.: 11-38.
- 2012 *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas*. UNAM/IIA, México.
- Lupo, Alessandro
 1991 Tatiochihualatzin, valores simbólicos del alcohol en la Sierra de Puebla, *Estudios de Cultura Náhuatl*, 21: 219-130.
- 1995 El maíz es más vivo que nosotros, Ideología y alimentación en la Sierra de Puebla, *Scripta Ethnologica*, 17: 73-85.
- 2001 Semejanzas que engañan y malentendidos que curan en el encuentro de medicina occidental y amerindia en México, Carmelo Lisón Tolosana (editor), *Antropología: horizontes comparativos*, Universidad de Granada: 139-174.
- Macín, Gastón
 2011 *La relación hombre-ritual-naturaleza en una comunidad totonaca de la Sierra Norte de Puebla: la fiesta del Arcángel San Miguel en Tepango de Rodríguez*, tesis de licenciatura en Antropología Física, SEP, Instituto

Nacional de Antropología e Historia, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México

Macleán, H. M.

1991 Patterns of diet related self-care in diabetes, *Social Science & Medicine*, 32(6): 689-696

Martínez González, Roberto

2011 *El nahualismo*, Universidad Nacional Autónoma de México / Instituto de Investigaciones Históricas / Instituto de Investigaciones Antropológicas, México D.F.

Masferrer Kan, Elio

2004 *Totonacos. Pueblos indígenas del México Contemporáneo*, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI)/PNUD, México D.F.

2009

Los dueños del tiempo: los tutunaku (totonacos) de la Sierra Norte de Puebla, Fundación Juan Rulfo, México D.F.

Mauss, Marcel

1990 [1950] *The Gift: The Form and Reason for Exchange in Archaic Societies*, W. W. Norton, Londres y Nueva York.

Medellín Urquiaga, Sofía Irene

2010 *Radio Chuchutsipi "La Voz del Pueblo": surgimiento y potencialidad de una radio comunitaria totonaca*, tesis de maestría en Desarrollo Rural, Universidad Autónoma Metropolitana

Menéndez, E.

1994 La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?, *Alteridades*, 4(4): 71-83.

Merleau-Ponty, Maurice

1962 *Phenomenology of Perception*, Routledge and Kegan Paul, Londres.

Mol, Annemarie

2002 *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham/Londres.

2009

Living with diabetes: care beyond choice and control, *The Lancet*, [Elsevier Ltd.], 373(9677): 1756-1757.

2010

Moderation or Satisfaction? Food ethics and food facts, Sofie Vandamme, Suzanne van de Vathorst y Inez de Beaufort (eds.) *Whose Weight is it Anyway? Essays on Ethics and Eating*, Acco Academic Publishers, Leuven: 121-132.

- 2011 One, Two, Three: Cutting, Counting and Eating, *Common Knowledge*, [Duke University Press], 17:1.
- Mol, Annemarie, y John Law
2004 Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia, *Body & Society*, 10(2-3): 43-62.
- Mooy, J. M., H. de Vried, P.A. Grootenhuys, L. M. Bouter y R.J. Heine
2000 María José Stressful Life Events in Relation to Prevalence of Undetected Type 2 Diabetes: The Hoorn Study, *Diabetes Care*, 23: 97-201.
- NOM-015-SSA2-2010
2010 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, *Diario Oficial*, 1, Secretaría de Salud.
- O'Connor, P. J., B. F. Crabtree y M. K. Yanoshik
1997 Differences Between Diabetic Patients Who Do And Do Not Respond to a Diabetes Care Intervention: A Qualitative Analysis, *Family Practice*, 29(6): 424-428
- Olmos, Fray Andrés de
1972 [1875] *Arte para aprender la lengua mexicana*, XV + 274 pp., Edmundo Aviña Levy, Guadalajara, 1972 (edición en facsímil de la de Rémi Siméon, publicada por él en 1875, con base en los mss. De la Bibliothèque Nationale (BN) y de M. Maisonneuve, ambos en París).
- Online Dictionary of Anthropology (Anthrobase)
Practice/Praxis, <<http://www.anthrobase.com/Dic/eng/def/practice.htm>>, [consultado el 11 de enero de 2015]
- Ortiz de Montellano, Bernard
2005 Medicina y Salud en Mesoamérica, *Arqueología Mexicana*, 74: 30-35
- Pitarch, Pedro
1996 *Ch'ulel: una etnografía de las almas tzeltales*, FCE, México
- 2007 El imaginario prehispánico, *Nexos*, 359, <<http://www.nexos.com.mx/?p=12376>>, [consultado el 15 de noviembre 2014]
- 2010 El problema de los dos cuerpos tzeltales, Manuel Gutiérrez Estévez y Pedro Pitarch (eds.), *Retóricas del cuerpo amerindio*, Iberoamericana y Vervuert: 177-212
- Pool, Robert

- 1994 On the Creation and Dissolution of Ethnomedical Systems in the Medical Anthropology of Africa, *Africa*, 64(1): 1-20
- Poss, J., y M. A. Jezewski
2002 The Role and Meaning of Susto in Mexican American's Explanatory Model of Type 2 Diabetes, *Medical Anthropology Quarterly*, 16(3): 360-377.
- Real Academia Española
2001 *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.), <<http://www.rae.es/rae.html>>, [consultado el 28 de mayo 2014]
- Reid, Aileen A. y Ruth G. Bishop
1974 *Diccionario Totonaco de Xicoteppec de Juárez, Puebla*, Instituto Lingüístico de Verano/SEP, México D.F.
- Rivers, W. H. R.
2010 Massage in Melanesia, Byron J. Good, Michael M. J. Fischer, Sarah S. Willen y Mary-Jo DeVecchio Good (eds.), *Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, Wiley-Blackwell, Malden: 15-17
- 2003 [1924] *Medicine, Magic and Religion*, Taylor & Francis LTD, Londres
- Rock, Melanie
2003 Sweet Blood and Social Suffering: Rethinking Cause-Effect Relationships in Diabetes, Distress, and Duress, *Medical Anthropology Quarterly*, [Taylor & Francis] 22: 131-174
- Romero López, Laura Elena
2003 *Cosmovisión, cuerpo y enfermedad: El espanto entre los nahuas de Tlacotepec de Díaz, Puebla*, tesis de licenciatura en Etnohistoria, SEP, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México
- 2011 *Ser humano y hacer el mundo: La terapéutica nahua en la Sierra Negra de Puebla*, tesis de doctorado, UNAM, México, D.F.
- Salk Institute for Biological Studies
2012 "Diabetes: Looking under the Hood", *InsideSalk*, <<http://www.salk.edu/insidesalk/article.php?id=332>> [consultado el 16 de septiembre 2014]
- Salmond, Amiria J.
2014 Transforming Translations (Part 2): Addressing Ontological Alterity, *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 4(1): 155–187
- Seeger, Anthony, Roberto Da Matta y Eduardo Viveiros de Castro

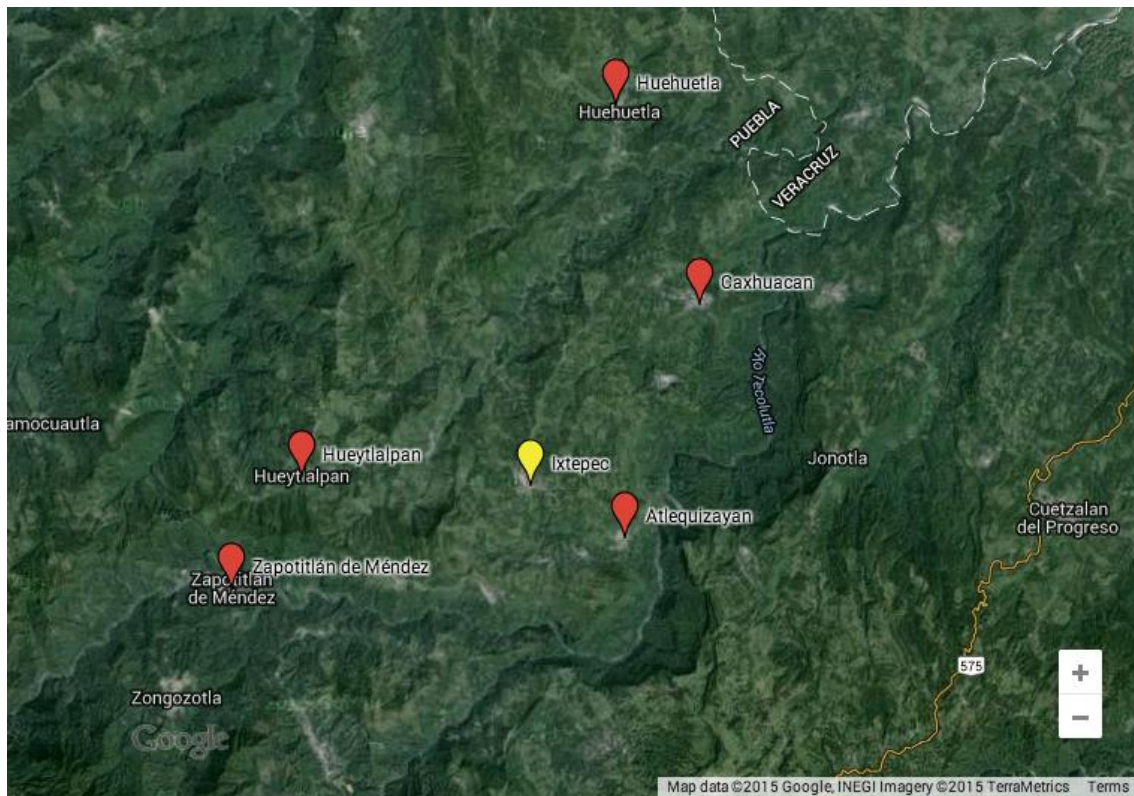
- 1979 A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras,
Boletim do Museu Nacional 32: 2-19
- Sheder, J. C.
1988 A Sickly-Sweet Harvest: Farmworkers Diabetes and Social Equality,
Medical Anthropology Quarterly, 2: 251-277.
- Signorini, Italo y Alessandro Lupo
1989 *Los tres ejes de la vida: almas, cuerpo, enfermedad entre los nahuas de la Sierra de Puebla*, Universidad Veracruzana, Xalapa.
- Simons, R.C. y C.C. Hughes
1985 *The Culture-bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*, D. Reidel/Kluwer Academic, Dordrecht.
- Singer, M. Y S. Clair
2003 Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-social Context, *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4): 423-441
- Stengers, Isabelle
1996 *Cosmopolitiques*, Les Empecheurs de penser en rond, Paris.
- Strathern, Marilyn
1990 *The Gender of the Gift*, University of California Press, Berkeley y Los Angeles.
- 1992 *Reproducing the Future: Anthropology, Kinship, and the New Reproductive Technologies*, Routledge, Nueva York.
- 2004 [1991] *Partial Connections*, AltaMira Press, California.
- 2011 Binary Licence, *Common Knowledge*, 17 [Duke University Press], 17:1.
- Szathmary, E. J. E. Y R. E. Ferrell
2009 Glucose Level, Acculturation, and Glycosylated Hemoglobin: An Example of Biocultural Interaction, *Medical Anthropology Quarterly*, 4(3): 315-341
- Trejo, Leopoldo
2014 Completitud y fracción. El triángulo culinario del tamal totonaco, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, <<http://nuevomundo.revues.org/66761?lang=en>> [consultado el 15 de noviembre de 2014].
- Trejo, Leopoldo (coord.), Mauricio González González, Carlos Guadalupe Heiras Rodríguez, Israel Lazcarro Salgado y Sylvia Maribel Sosa Fuentes
2013 *Especialistas del umbral. Don e intercambio en el chamanismo del sur de la Huasteca*, versión digital.

- Verran, Helen.
2001 *Science and an African Logic*, University of Chicago, Chicago.
- Vilaça, Aparecida
2005 Chronically Unstable Bodies: Reflections on Amazonian Corporalities, Introduction, *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 11(3): 445-464.
2006 *Quem somos nós: Os wari encontram os brancos*, Editora UFRJ Rio de Janeiro
2010 *Strange Enemies: Indigenous Agency and Scenes of Encounters in Amazonia*, Duke University Press, Durham y Londres.
- Viveiros de Castro, Eduardo
1998 Cosmological Deixis and Amerindian Perspectivism, *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 4(3): 469-488.
2002 O nativo relativo, *Mana: Estudos de Antropologia Social*, 8(1): 113-140.
2004 Perspectival Anthropology and the Method of Controlled Equivocation, *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, 2(1): 2-22.
2010a *Metafísicas caníbales: Líneas de antropología postestructural*, Katz Editores, Madrid.
2010b Posfácio: The Untimely, Again, Pierre Clastres, *Archaeology of Violence*, Semiotext(e).
- Wagner, Roy
1981 [1975] *The Invention of Culture*, The University of Chicago Press, Chicago y Londres.
- Wild, S., G. Roglic, A. Green, R. Sicree y H. King
2004 Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030, *Diabetes Care*, 27: 1047-1053.
- Woolgar, Steve y Bruno Latour
1986 *Laboratory Life: The Construction of scientific facts*, Princeton University Press, Nueva Jersey.
- Yanez Rizo, Emma (coord.)
2006 *Historia viva. Ixtepec*, INAH, Fundación para la Investigación Social y Ambiental de México y sus Regiones, México.
- Yoder, Stanley P. (ed).

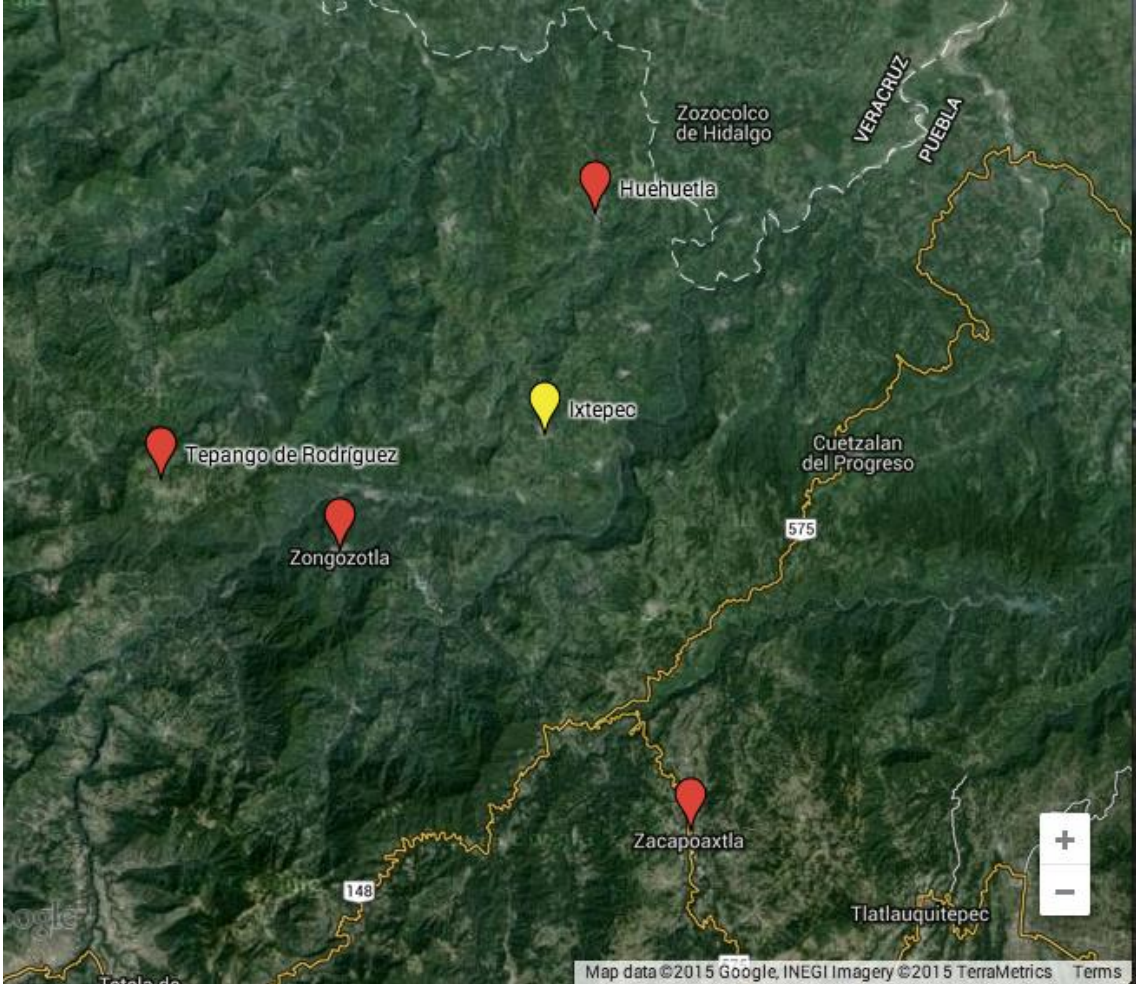
APÉNDICE

Capítulo I

1. Mapa de Ixtepec, Puebla, y municipios colindantes

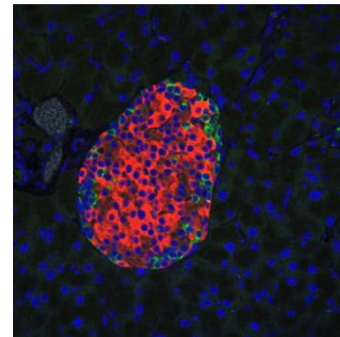
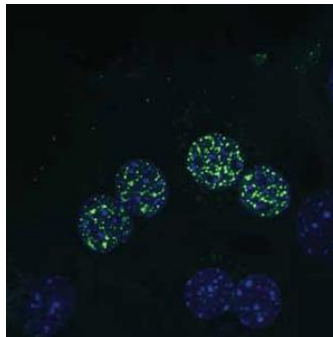
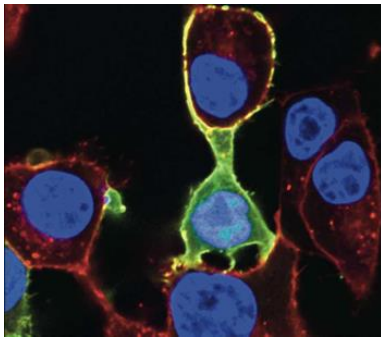


2. Comunidades cercanas a Ixtepec, Puebla, mencionadas en esta tesis



Capítulo III

1. Salk Institute for Biological Studies (2012). Imágenes de la “diabetes” bajo el microscopio.



<p>“Imagen de microscopia confocal de una célula productora de insulina. Los núcleos celulares están marcados con azul, la proteína AktPH con verde y la membrana de la célula con rojo. Tras la estimulación con insulina, la proteína AktPH se transloca a la membrana celular externa, que se ilustra como una superposición de color amarillo” (Salk 2012)</p>	<p>“En respuesta a glucagón, las HDAC se adentran rápidamente en el núcleo, donde ayudan a activar los genes necesarios para la producción de glucosa en el hígado” (Salk 2012).</p>	<p>“Imagen de microscopia confocal de un islote pancreático. Los núcleos celulares están marcados con azul, las células beta productoras de insulina con rojo y las células alfa productoras de glucagón con verde” (Salk 2012)</p>
<p>Esta imagen fue publicada en el artículo de Salk Institute for Biological Studies (2012) como cortesía de Sam Van de Velde, del laboratorio Montimy, y fue tomada en la Waitt Advances Biophotonics Center Core Facility.</p>	<p>Esta imagen fue publicada en el artículo de Salk Institute for Biological Studies (2012) como cortesía de Maria Mihaylova del mismo instituto.</p>	<p>Esta imagen fue publicada en el artículo de Salk Institute for Biological Studies (2012) como cortesía de Sam Van de Velde, del laboratorio Montimy, y fue tomada en la Waitt Advances</p>

		Biophotonics Center Core Facility.
--	--	---------------------------------------

2. “Diagnóstico de ingreso de los casos hospitalizados con *Diabetes Mellitus* Tipo 2, México: enero-marzo 2013” (Dirección General de Epidemiología 2013:13)

Causas registradas de diagnóstico
No relacionada con la DM
Necrobiosis
Estado hiperosmolar
Relacionada con la DM
Cetoacidosis
Hipoglicemia
Insuficiencia renal
Quirúrgica no relacionada con la DM
Crisis hipertensiva
Deshidratación
Procesos infecciosos no señalados
EVC
Cardiopatía Isquémica
Atención Obstétrica
Neumonía
Infección de Vías Urinarias
Neuropatía Diabética
IRC Diálisis
Quirúrgica relacionada con la DM
Tuberculosis
IRC Hemodiálisis
Retinopatía diabética
VIH/SIDA