



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA SOCIAL Y AMBIENTAL

**MUJERES ZOQUES Y SISTEMAS DE CURACIÓN. LAS IMPLICACIONES A LA
CONSTRUCCIÓN IDENTITARIA DE SUS RELACIONES CON DIFERENTES
FORMAS DE CURAR**

T E S I S

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
ABDIEL BUELNA CHONTAL**

**TUTORA PRINCIPAL
DRA. BERTHA ELVIA TARACENA RUÍZ**
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. OLIVA LÓPEZ SÁNCHEZ**
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
DR. JOSÉ ADRIÁN ALFREDO MEDINA LIBERTY
Facultad de Psicología

DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México.

Octubre, 2017



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

Necesitaría llenar otras 350 páginas solamente para agradecer a todas las personas, tutores, instituciones y demás, que contribuyeron con su granito de arena o playas enteras para que esta tesis haya podido ser terminada. Sin embargo, a falta de páginas y tinta me tendré que ver mezquino y escribir solamente un esbozo de todo lo que tengo que agradecer a las siguientes personas.

Quiero agradecer primero a las mujeres que amable, desinteresada y abiertamente me permitieron conocer sus historias y me dieron autorización para poder intentar analizarlas y comprenderlas. Sin ellas esta tesis no habría existido jamás. Las historias de esas cuatro mujeres han llenado cada una de estas páginas y le dan sentido a cada una de las palabras que aquí se contienen. Ellas son las piezas fundamentales de este rompecabezas. También agradezco a la familia Vázquez Calvo, quienes me adoptaron como un miembro más de la familia y quienes se encargaron de hacer mis estancias en Chiapas una aventura cómoda y divertida. Los llevo siempre en mi corazón.

Para poder armar este rompecabezas tuve la ayuda y guía paciente de mi directora de tesis, la Dra. Elvia Taracena. Ella ha tenido la función de ser mi farolito de luz en los momentos de completa oscuridad a lo largo del camino recorrido para hacer esta tesis. También se transformó en la brújula que me marcó el norte siempre que el camino no estuvo tan oscuro, pero sí enredado. Gracias, Elvia, por enseñarme a hacer investigación cualitativa, gracias por respetar mis ideas y mi proyecto, por enseñarme a usar todas las herramientas que empleé para desarrollar este trabajo. Gracias por darme espacio y acompañarme de cerca siempre que lo necesité.

Junto a ella, mi comité tutorial fue fundamental para este trabajo, especialmente la Dra. Oliva López, gracias a su dirección estricta, comprometida, seria y puntual es que pude

acercarme un poco a la antropología para que me ayudara a tener una visión más completa del fenómeno que estudié. También agradezco a la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz y a la Dra. Guadalupe Acele por sus revisiones y comentarios siempre constructivos de mi trabajo.

Quiero dedicar unas líneas para agradecer a la Dra. Monique Landesmann, quien, a pesar de no formar parte de mi comité tutorial, con sus sugerencias, comentarios y correcciones marcaron indudablemente el rumbo de esta investigación. Gracias, Monique, por empujarme testarudamente a terminar este ciclo. Junto a ella, la Dra. Hortensia Hickman y el Mtro. Gustavo Parra me ayudaron a centrar ideas, acotar otras y descubrir unas nuevas para terminar de darle forma a la tesis. Gracias, además, por permitirme trabajar con ustedes; he aprendido mucho de ustedes y ese aprendizaje está reflejado en esta obra.

También quiero agradecer el apoyo incondicional de mi familia, mi mamá Arodis, mi papá Antonio, mis hermanos Abel y Mabel y mi sobrina Rebeca. Gracias por ser el combustible que me impulsó a esta aventura. Gracias por acompañarme en los momentos de angustia y por darme siempre ánimos para continuar. La compañía de ustedes, en la cercanía y en la distancia, fue lo que me ayudó a permanecer medianamente cuerdo.

Fernando, tú también aportaste gran parte de ese combustible que me ayudó a andar en este camino pedregoso llamado doctorado. Gracias por escuchar repetidamente mis miedos, mis problemas, mis logros, mis quejas y, también, escuchar mil y una veces las reflexiones hechas y deshechas en este trabajo. Tú conoces esta tesis tan bien como yo y le aportaste mucho con tus sugerencias y correcciones.

Tatiana, en todo momento me serviste de espejo. Gracias por empujarme también en el doctorado y por permitirme acompañarte en tu propia aventura. El doctorado no habría sido lo mismo sin nuestras sesiones de trabajo, sin nuestras confesiones sobre la procrastinación, sin nuestras bromas inventadas y sin nuestros regaños mutuos. Tú también

estás en esta tesis. Aprovecho para agradecer a mis compañeras de seminarios durante el doctorado, quienes han pasado a formar parte de mis amistades: Isabel, Karla, Karen y Verónica.

Termino agradeciendo a la Universidad Nacional Autónoma de México, específicamente al Programa Único de Posgrado en Psicología, a la FES Iztacala, y a Conacyt, por brindarme el soporte institucional necesario y el financiamiento sin el que habría sido imposible hacer esto.

Índice

Introducción.....	9
1. Una mirada socio-clínica al sujeto.....	27
1.1 Socio-clínica: Sujeto y contextos sociales.....	27
1.2 El sujeto desde la mirada construccionista.....	37
1.2.1 La subjetividad como concepto.....	45
1.2.2 La noción de sentido de González Rey.....	48
1.2.3 La subjetividad entendida en su dimensión social.....	53
1.3 Sobre la Construcción Identitaria.....	58
2. La formación del sistema alópata de curación mexicano.....	64
2.1 La institucionalización de la medicina alópata en México.....	65
2.2 Creación de los sistemas de seguridad social mexicanos.....	74
3. Los sistemas locales de curación.....	80
3.1 Medicina tradicional, popular y folk como definiciones de los sistemas de curación locales.....	80
3.2 Diferentes definiciones de cuerpo, salud y enfermedad.....	85
3.3 Los encargados de la curación.....	99
3.4 Entendiendo a los sistemas de curación locales.....	101
4. Coexistencia de diferentes sistemas de curación.....	106
4.1 Legislación e inclusión de procedimientos locales.....	107
4.2 Diferentes definiciones, diferentes tratamientos.....	111
4.3 Coexistencia de la medicina alópata y local en zona rurales.....	117
4.4 Aportaciones de la Antropología Médica.....	121

5. “Los verdaderos del género humano”. Los zozques que viven en las montañas.....	129
5.1 Población.....	135
5.2 Actividades económicas.....	140
5.3 Educación.....	141
5.4 Marginación.....	142
5.5 Contexto religioso.....	143
5.6 Salud.....	144
6. La comunidad zoque a través de mis ojos.....	153
6.1 El camino a Tepeuakan.....	153
6.2 Un bidón de gasolina y una sierra.....	163
6.3 Dentro y fuera de las clínicas.....	167
6.4 Una cucharada de mi propia medicina.....	170
6.5 La fiesta de primavera.....	175
7. Método.....	184
7.1 Definición del problema y justificación.....	184
7.2 Pregunta de investigación.....	187
7.3 Objetivos.....	187
7.4 Estrategia metodológica.....	188
7.5 Técnicas de recolección de la información.....	198
7.6 Estrategia de análisis de la información.....	190
7.7 Etapas del trabajo de investigación.....	193

8. Cuatro mujeres de la zona zoque y sus relaciones con los sistemas de curación.....	195
8.1 Marta.....	195
8.2 María.....	220
8.3 Alba.....	246
8.4 Laura.....	276
8.5 Interpretaciones.....	291
8.5.1 Curación y construcción identitaria.....	292
8.5.2 La curación y el contrapoder.....	301
8.5.3 Relaciones de ambivalencia.....	305
8.5.4 Diferentes formas de relaciones y procesos.....	313
9. Conclusiones.....	318
9.1 Mujeres y curación.....	320
9.2 Diferentes formas de construcción.....	322
9.3 Los programas asistenciales.....	324
9.4 Dinámica entre clínicas locales.....	325
Referencias.....	328

Un hombre que quiere la verdad se hace científico; un hombre que quiere dar libre juego a su subjetividad se hace, posiblemente, escritor; pero, ¿qué debe hacer un hombre que quiera algo de intermedio entre los dos?

Robert Musil

Introducción

Como una gran parte de los habitantes de la Ciudad de México, mi familia proviene de provincia; la parte paterna del estado fronterizo de Sonora y la materna de uno de los estados más diversos del país: Veracruz. No sólo eso, la familia de mi madre viene de un pueblo bastante cercano a otro pueblo mítico y especial, sólo conjurar su nombre trae a la cabeza un imaginario muy específico sobre magia, brujería, rituales y ceremonias: Catemaco. Esto ha marcado a mi familia frente a los demás, cuando alguien se entera de lo cercano que provenimos de Catemaco, inmediatamente nos atribuyen -en broma o no- poderes sobrenaturales, prácticas de brujería y hasta adivinación del futuro. Incluso dentro de mi propia familia existen rumores, de esos que se transmiten entre susurros y cejas arqueadas, de que una u otra tía -siempre mujeres- ha sido sorprendida cometiendo actos de magia.

Sea o no cierto -yo mismo no podría descartarlos- esto me hace pensar en la importancia que los mexicanos le damos a la posesión de ciertos conocimientos y lo relevante que resulta tener habilidades o “poderes”. Más allá de eso; la realización de rituales, la preparación de brebajes, el empleo de plantas, en fin, todas aquellas prácticas ajenas a los tratamientos alópatas son asociados a la magia y brujería. Sin embargo, todas o casi todas las familias que viven en las grandes urbes del país poseen antecedentes similares al de la mía y todos conocemos al menos a alguien que ha acudido a tratamientos no alópatas: desde la preparación de un té para curar algún malestar, hasta visitar a un curandero para que practique una limpia.

Como casi todas las familias del país, la mía tiene raíces ricas y diversas; descendientes de afro-cubanos, franceses e indígenas, los miembros de mi familia son tan diversos y mestizos que las historias no encuentran fin. En esas historias dominan las mujeres: aquellas con fama de brujas, que solían convertirse en cerdos para hurgar en las

tumbas del cementerio en busca de huesos para roer; las mujeres que realizaban rituales y brebajes especiales para atrapar al hombre deseado; otras que buscaban hierbas y plantas para curar a sus hijos y unas más con capacidades para ver los eventos que aún no ocurren. Pero también aparecen las mujeres dominadas por sus maridos; aquellas que fueron dadas en matrimonio recién dejaron la niñez; las mujeres que sufrían de golpes y vejaciones; junto a ellas, y a veces ellas mismas, las que dominaban al marido a través del sexo; las mujeres que llevaban las riendas del hogar discreta y veladamente y que obligaron a su marido alcohólico a dejar la bebida con unos simples polvos mezclados en la comida.

Yo no soy testigo de esas mujeres más que a través de las historias que mi abuela solía contarnos a la hora del café o por los cotilleos de mis tías en las reuniones familiares, pero dejaron una huella firmemente impresa en mi psiquis.

Las mujeres en mi familia son fuertes, aún sujetas o no a sus esposos, son mujeres firmes, dominadoras, mandonas. Moviéndose en esa dualidad de subordinación-dominación que las caracteriza a ellas y a muchas otras mujeres en México. No lo sabía al principio, pero lo sé ahora: gracias a esas mujeres es que emprendí el viaje que culmina en la realización de este trabajo.

Evidentemente las mujeres que más profunda han dejado su huella en mí son mi abuela y mi madre. A través principalmente de ellas es que entré en contacto con el tema de estudio que me eligió, el que ocupa las siguientes páginas. Yo en carne propia, como casi todos los mexicanos y, me aventuro a decir latinoamericanos, he estado en contacto muy cercano con al menos dos medicinas diferentes.

Recuerdo a mi madre y mi abuela colocando algunos trapos sucios en el centro de la habitación y encendiéndolos con fuego para después tomar a mi hermano pequeño de las cuatro extremidades y balancearlo sobre el hilo de humo que se elevaba de las prendas como

una serpiente delgada y negra. El niño forcejeaba con fiereza, contrayendo piernas y brazos y emitiendo alaridos de terror, mientras las mujeres trataban de calmarlo con palabras suaves “todo es por tu bien”, le decían. Mi hermano acababa esas sesiones agotado, exhausto de contraerse en el aire y de berrear a gritos por varios minutos. No sé si el tratamiento habrá sido efectivo para curarlo de sus “berrinches” -diagnóstico emitido por mi abuela- pero estoy seguro que esas experiencias quedaron marcadas en su memoria.

Mi abuela solía tomar un trozo de hilo rojo, empaparlo en su saliva y pegarlo en nuestra frente para curar el hipo. Era común andar con la marca roja en la frente, símbolo de nuestro padecimiento, jugando en el patio. Cuando notábamos que el hilo seco había abandonado la frente, corríamos por una nueva dotación de hilo y baba.

En una ocasión una de mis primas cayó cabeza abajo por las escaleras de su casa, mientras la esperábamos para jugar. El sonido de su pequeño cuerpo contra el concreto fue horrible, emitió un grito desesperado y luego quedó tirada, maltrecha allí donde impactó. Mis hermanos y yo vimos todo, nos quedamos pasmados sin movernos y sin lograr apartar la mirada de la niña, los adultos llegaron rápido para auxiliarla. Mi madre y mi abuela nos tomaron y nos llevaron aparte; estábamos muy impresionados, sin comprender lo que había pasado, pero no llorábamos. Mi abuela lo consideró como un mal síntoma y buscó pan para darnos de comer, eso evitaría que nos enfermáramos de espanto. Tuvimos muy mala suerte: no había pan disponible así que la otra alternativa era calentar nuestra sangre haciéndonos llorar. Ambas mujeres juntaron los dedos de sus manos, extendieron las palmas y comenzaron a darnos sendas nalgadas. Más confundidos que antes explicábamos a gritos nuestra inocencia en lo ocurrido a lo que ellas respondían “Sí, ya sabemos que ustedes no fueron, pero se les tiene que calentar la sangre...” lo que sólo contribuía a confundirnos aún más.

Este tipo de episodios, que podrían ser juzgados de bizarros, chuscos o agresivos, eran el pan de cada día para mí y mis hermanos. De esta forma nos curaban de un abanico increíble de enfermedades: empacho, berrinches, paperas, hipo, terrores nocturnos, etc.

Se desarrolló una dinámica doble, un doble entendimiento de las enfermedades, un doble juego para curar los malestares. Mi abuela era la máxima autoridad dentro de la familia para curar ciertos malestares, esos que los médicos no pueden curar con fármacos ni diagnosticar dentro del consultorio. Ella emitía el diagnóstico y daba las instrucciones para llegar a la curación. En los viajes a Veracruz solía traer retoños de plantas que cuidaba con sumo cuidado hasta que la planta se templaba al nuevo clima y se aferraba con sus raíces a la vida en tierra extraña. Así consiguió llenar el patio con plantas para muchos propósitos, plantas para cocinar (epazote, chiles, acuyo o yerbasanta), plantas para adornar (flores de todos colores y tamaños) y plantas para curar (romero, ruda, siempreviva, etc.).

Como una de las consecuencias de la migración, la familia también tuvo que ajustarse a otras formas de curar. Para cuando llegaron a la Ciudad de México, a mediados de los años setenta, la medicina alópata no les era ajena, aunque sí distante. Ya antes, todavía estando en Veracruz, varios miembros de la familia, entre ellos mi madre y mi abuelo, habían tenido contacto directo con la alopátia asistiendo a consultas ellos mismos, pero para muchos otros el contacto era más bien indirecto; a través del empleo de fármacos o el “diagnóstico” por un pariente que tuvo “lo mismo”. La mayoría abrazó a la alopátia, con gusto o recelos, pero al final la abrazaron, el empleo de fármacos se intensificó y la disponibilidad de médicos particulares y clínicas del sistema sanitario mexicano favorecieron que las visitas a los médicos alópatas fueran más regulares. Contrario a mi abuela -que dio a luz a 8 bebés ayudada de parteras o sin ayuda alguna- mi madre asistió a todos sus partos en hospitales alópatas, lo mismo sus hermanas.

Así se desarrolló una manera binaria de entender a los malestares del cuerpo y del alma, algo construido no de manera explícita, algo que quedaba en lo no explicado pero que todos sabíamos, incluso aquellos que no nacimos en Veracruz. Para ciertas enfermedades era bueno ir al médico y para otras quien tenía la cura era mi abuela, a veces mi abuelo. Así se articularon al menos dos formas de concebir a las enfermedades, que lejos de entrar en conflicto o ponernos en contradicción, hicimos que se complementaran y las utilizamos para satisfacer nuestras particulares necesidades de salud.

En las generaciones más recientes el uso de prácticas traídas de la medicina veracruzana (si es que puede denominarse algo así, ya que Veracruz es un estado tan grande, diverso y lleno de muchas influencias indígenas, caribeñas y sudamericanas) ha ido disminuyendo en favor de la medicina alópata. Aunque no hemos abandonado ese entendimiento a las enfermedades que circula en dos carriles. Aún queda la tentación de mojar con saliva un trozo de hilo cuando todos los demás remedios no han servido para hacer parar el hipo que atormenta al bebé de la familia.

La excepción a la regla (por decirlo de alguna manera) fue mi abuelo. Mientras aún vivían en Veracruz él fue ganando fama en el pueblo y comenzaron a buscarlo para que curara de toda una diversidad de enfermedades, tanto locales como alópatas. Este es un fenómeno que aún se vive en algunas regiones del país, especialmente en las comunidades indígenas y en aquellas denominadas en alta marginación; un miembro de la comunidad, que se asume como curador o no, se dedica a atender las enfermedades del colectivo mezclando procedimientos y recetas locales con fármacos y productos propios de tratamientos alópatas. Estas comunidades desarrollaron estrategias para articular y apropiarse conocimientos de una medicina diferente e integrarla en sus propias estrategias de atención a las enfermedades.

Todo cambió cuando mi abuelo decidió que lo mejor era mudarse a la gran ciudad. Algo se movió, algo que aún no tengo claro. Yo pensaría que estando en la gran ciudad, estando en contacto con nuevas formas de entender a la enfermedad, teniendo mayor disponibilidad de consultorios, clínicas y hospitales alópatas, fármacos y demás, se adentraría aún más en el uso y adopción de la estructura alópata para entender y atender las enfermedades, tal como lo hizo el resto de la familia. Sin embargo, eso no ocurrió; abandonó todo uso de fármacos y se sumergió cada vez más en el uso de la herbolaria.

Se hizo de libros y manuales sobre plantas, diferentes maneras de hacer preparados y emplearlos de acuerdo a los diferentes síntomas, incluso coqueteó con la medicina homeópata. Recuerdo sus estantes llenos de bolsas de papel café que guardaban cortezas secas de diferentes árboles, hojas de plantas, raíces y flores secas; sus frascos marrones y blancos, pequeños goteros, botellitas con diminutas pastillas blancas. Recuerdo los olores amargos, dulzones y a alcohol. Lo recuerdo enseñándome la “magia” con que una planta de muchas ramas pequeñas, acomodadas en forma de sol, se abría al contacto con el agua y se cerraba al secarse. Los olores de la cocina, donde estaba su estante de pociones y hierbas, hacían juego con los olores del jardín, donde las plantas aún vivas esperaban a la sombra para ser utilizadas.

Mientras el resto de la familia abrazó a la medicina alópata, aún sin abandonar los remedios traídos o heredados de Veracruz, mi abuelo se fue haciendo más reacio a ir a consulta alópata o ingerir fármacos y se adentró cada vez más en la herbolaria. Otra cosa cambió también, dejó de atender las enfermedades de otras personas, tanto miembros de la familia como extraños, convirtiendo al uso de hierbas y medicinas homeópatas en algo personal, algo de él y para él. Quien se hizo famosa por aplicar inyecciones fue mi abuela,

que, junto a su oficio de costurera, recibía señoras y niños para aplicarles los tratamientos inyectados que previamente habían sido prescritos por un médico en algún consultorio.

Originalmente mi abuela atendía sólo a las enfermedades de los miembros de la familia, y en un sentido estricto así permaneció por el resto de su vida, sin embargo, aceptaba inyectar y a veces sobar a personas que llegaban a solicitarle ayuda. Así que la migración de una región rural del sur de México para la capital del país implicó cambios incluso en la manera de curar y en los roles que adoptaron respecto a la curación; mi abuelo transformó a la curación en algo personal, mi abuela siguió atendiendo las enfermedades de la familia y de algunos otros siguiendo más bien una lógica local, y el resto de la familia articuló a la medicina alópata con sus prácticas de curación.

Algo que jugó un papel importante para transformar mi concepción de los remedios de mi abuela fue la educación académica. Conforme fui creciendo y recibí una formación profesional, me alejé de muchas de las concepciones que aprendí de niño. Aunque conservé esta capacidad para comprender la naturaleza de las enfermedades y sus remedios que no pueden encontrarse dentro de los consultorios alópatas. De esta manera he identificado en mí mismo la capacidad de migrar de un sistema de definiciones sobre la enfermedad a otro.

¿Te preguntas qué hago yo cuando estoy enfermo? Vaya pregunta, se trata de la primera que formulé a todos mis entrevistados y cambia mucho la forma de pensarla como entrevistador o al tratar de responderla. En parte la he respondido, y este breve recorrido de mi itinerario biográfico y el de mi familia ayudan a comprender la respuesta, sin embargo, algo que ha marcado una diferencia en los últimos años ha sido la realización de este trabajo. Creo que me siento más inserto en la lógica de los tratamientos alópatas y ello es resultado tanto de mi formación académica, del contexto y el momento socio-histórico que me tocó vivir (en un contexto con significativamente mayor oferta de servicios alópatas), de las

relaciones que el entramado familiar ha construido con la medicina alópata y la medicina de Veracruz y, ahora, mis contactos con la sociedad zoque y mis estudios sobre sus maneras de curar. Durante mis estancias en Chiapas tuve varios episodios de enfermedad -por los cambios de clima, alimentación, actividad física, etc.-, pero siempre me mostré reacio a atenderme tanto por curadores como por médicos alópatas. Aunque esos episodios de enfermedad habrían sido la excusa perfecta para experimentar en primera fila los tratamientos locales, preferí no hacerlo, preferí observar a los curadores en acción con otros pacientes. Pero tampoco me decidí por atenderme en las clínicas alópatas, excepto una vez que la fiebre de 39 grados me ató a la cama y la señora de la casa en que me hospedaba literalmente me obligó a ir a una clínica, incluso en esa ocasión interrumpí el tratamiento (aunque en realidad nunca obtuve un diagnóstico) antes de haberlo terminado.

La antropología médica ha dedicado muchos esfuerzos por comprender cómo las personas atienden sus enfermedades ellas mismas, en un contexto doméstico, la llamada autoatención. Las personas optan en primer lugar por los remedios que ya saben eficaces antes de acudir con uno u otro profesional de la salud. En estas líneas estoy tratando de aludir a una dimensión particular de ese fenómeno; es como si mi estudio de las relaciones que los zoques construyen con las medicinas me haya obligado a reflexionar en cómo yo mismo establezco mis propias relaciones con la medicina alópata y con las medicinas no alópatas. Una de esas contradicciones en las que estoy sumergido es mi sensación de estar más en armonía con la lógica alópata, pero al mismo tiempo me rehúso a deslegitimar el uso de remedios no alópatas. Durante mis estancias con los zoques me enfrenté a muchas narraciones y experiencias que yo mismo viví que escapan a la lógica, al menos a la lógica alópata de entender el proceso de curación, experiencias que me narraban a las que me es

difícil encontrar explicación y a lo largo de todo este trabajo me he esforzado por no hacer juicios sobre la científicidad o eficacia real tanto de los remedios locales como los alópatas.

Quizá al no elegir atenderme con uno u otro profesional estaba evitando el conflicto de evidenciar en qué medicina realmente confío. Es una posición absurda, obviamente, pues a lo largo de mi historia muchas medicinas han estado articuladas sin suponer ello conflicto alguno, pareciera que el conflicto aparece cuando esa articulación se ha hecho consciente. Y cuando se mezclan aspectos que rebasan el uso de prácticas para curar, como la reivindicación de los saberes de los pueblos indígenas, la imposición del modo de vida “moderno” en comunidades tradicionales a través de políticas públicas de salud, las relaciones de hegemonía y subordinación entre la medicina alópata y la local y otros temas que subyacen.

Como ya dije, todo el proceso que implicó la realización de esta tesis me ha transformado en muchos ámbitos, especialmente en aquellos que conciernen a cómo pienso y veo tanto a la medicina zoque como a la alópata. Entré en contacto con los pueblos zoques en 2007, cuando me asignaron (junto a otros 11 compañeros de diferentes disciplinas) para elaborar un diagnóstico de la comunidad.

El choque cultural fue drástico, la vida en la sierra zoque es dura, carente de muchas comodidades que en la ciudad ya las tomamos por dadas, hasta que su ausencia nos hace apreciarlas. La vida transcurre a otro ritmo, todo son nuevos códigos que tuve que aprender para dejarme llevar por la corriente en lugar de nadar contra ella. En cierto modo aprender a hacer etnografía es como aprender a nadar: puedes leer decenas de manuales que explican la manera adecuada de respirar, flotar, bracear, pero realmente aprendes a hacerlo hasta que te arrojan al agua y tus ganas de no morir te mantienen a flote.

Vivir entre los zoques de la sierra es como viajar a otro siglo. Donde los espíritus andan a hurtadillas arropados por la niebla que baja de las puntas de los cerros apenas el sol se esconde, donde lo actual y lo antiguo se mezclan en una danza bizarra e irónica. Donde la modernidad llega a retazos. Donde la naturaleza sigue rigiendo el ritmo de vida de las personas. Donde hacen falta muchas cosas, pero donde abundan otras que quienes vivimos en el bullicio de la ciudad añoramos.

Vivir entre los zoques también es como viajar a otro mundo, donde idiomas milenarios se aferran a no desaparecer, aunque sólo se usen entre los más viejos y en ocasiones especiales. Donde las trenzas de las mujeres esconden mucho más que cabellos negros y canas. Donde los pies agrietados de los hombres cuentan las historias de trabajo duro y sacrificios. Donde las manos desnudas pueden leer el lenguaje de la sangre y donde un vaso de agua pura puede obrar milagros en cuerpos con enfermedades perniciosas.

No pretendo esconder el grado de implicación al que llegué con el pueblo zoque, *mi* pueblo zoque. La transparencia de su gente, la amabilidad que desbordan hacia los extraños, la manera en que pueden ofrecerte todo lo que tienen y al mismo tiempo, sí, la vulnerabilidad a la que están expuestos, que yo como extraño pude notar.

Ello me ha puesto en una posición comprometedora, conmigo mismo, no es que los pobladores zoques esperen que mi trabajo de investigación les pueda ser útil; a menudo me preguntaban si yo era médico o por qué me interesaba saber tanto de las enfermedades. Cuando explicaba que yo no era médico, no iba a curar, ni iba como enviado de la capital para darles una nueva ayuda gubernamental la expresión de interés se transformaba súbitamente en una de aburrimiento y desilusión. Comúnmente remataban pidiéndome que comunicara acá en la capital que necesitan médicos o dentistas, que mejor les mandaran de esos. Después les intrigaba mi interés por los remedios caseros, por la “medicina de los

pobres”, por hablar con curanderas, parteras y ensalmadoras. Les divertía explicarme la naturaleza de las enfermedades y sus remedios, tan naturalmente interiorizados y tan cotidianos para ellos que les asombraba que yo no supiera lo que es un mal aire o el calentamiento de cabeza.

Ello me ayudó en sobre manera para que me descartaran como un erudito en todas las artes o me vieran como una autoridad con poder de gestión en las altas esferas políticas de la capital. Esa postura -en parte auténtica- de ingenuo, fue la llave de entrada a mucha información y a muchos lugares a los que yo no podría tener acceso, pero se me exculpaba por no saber lo que hacía. Traté de no abusar de ese “poder mágico”, pero he de admitir que me fue muy útil.

En general fui bien recibido y acogido en la comunidad desde mi primer contacto con ella, hace 10 años, y llegué a sentirme como en mi segunda casa. Por eso mencioné la posición comprometedora en la que me siento; no es que ellos esperen algo de este trabajo de investigación, pero dentro de mis objetivos me planteé no deslegitimar a su medicina. No sé en qué medida lo logré, aun cuando he tratado de ser cuidadoso en la elección de mis palabras, cada una de ellas es un arma de doble filo, una pequeña tapadera que trata de cubrir un agujero más grande que ella. Pero espero que las siguientes páginas ofrezcan, entre otras cosas, una pequeña mirada a la riqueza cultural de los zoques que se ve reflejada en su manera de interpretar el mundo, el cuerpo, las enfermedades, las plantas y cómo emplearlas para llegar a la sanación.

Otro de los objetivos, que se antoja a tirar demasiado alto al grado que quizá debería utilizar la palabra “esperanza”, se centra en la necesidad de adecuar las estrategias de introducción de la alopátia a las características culturales de las diferentes zonas rurales del país. Estimular la sensibilidad de los profesionales alópatas a las diferencias culturales y

sociales de las comunidades donde llegan a trabajar. Ante lo ilusorio de esto, considerando el contexto actual y que los intereses políticos y económicos distan bastante de las preocupaciones por preservar la cultura y conocimientos de los grupos minoritarios, es que tengo la esperanza de que este trabajo contribuya a exponer la violencia con que ciertas prácticas modernas son impuestas a grupos que ya poseen un entramado de conocimientos y prácticas lo bastante complejo como para satisfacer la mayor parte de sus necesidades.

No quiero dejar la impresión de que me opongo al desarrollo de las comunidades rurales, especialmente cuando hablamos de las indígenas, pero me parece grave la violencia con que se imponen prácticas, políticas y se superponen conocimientos sin comprender a la cultura local para desarrollar estrategias de introducción de prácticas alópatas, en este caso, y que hagan sentido a las personas a las que están dedicados. No sólo para suavizar el posible impacto a la cultura local, sino para asegurar el éxito de las políticas de salud y facilitar la aprehensión de las nuevas prácticas de curación.

Fui testigo de cómo las amas de casa no logran apropiarse del uso de papillas, suplementos alimenticios o de ciertos fármacos y prefieren desecharlos o administrarlos a sus animales. Claramente su asistencia a las clínicas y a las pláticas que ofrecen las enfermeras, donde hablan de las bondades de emplear dichos productos, está grandemente motivada por la compensación económica que reciben. Así se pone de manifiesto la existencia de un cortocircuito en algún punto de la relación política pública-instituciones-profesionales de salud-usuarios y quizá este trabajo pueda arrojar un poco de luz a la cuestión.

Por otro lado, tampoco quiero colocarme en el extremo contrario, en el lugar de un enemigo de la alopática. He procurado moverme en un espacio “neutral” (aunque estoy consciente que tal cosa es algo efímero), y tratar de abordar las relaciones que las mujeres construyen con ambas medicinas y los beneficios y efectos perniciosos que cada una de las

medicinas representa para ellas, y más importante aún (en lo que concierne para este trabajo) las implicaciones que dichas relaciones representan para la construcción de la identidad.

Como ya he mencionado, me siento personalmente más cercano a las prácticas alópatas, pero he querido distanciarme de los discursos de superioridad-inferioridad, avanzado-retrógrada, científico-mágico para buscar dar su lugar justo a la medicina zoque como un sistema de curación complejo y bastante completo.

Llegar a este punto ha sido un viaje complicado, lleno de dunas desérticas y junglas enmarañadas, no sólo me refiero al largo trayecto que implica escribir una tesis, sino el trabajo de reconocermelo dentro de ella. De asumirme como un sujeto que trata de dar cuenta de una realidad cambiante, compleja, dinámica, multidimensional y que se ve obligado a tomar decisiones y en ciertos puntos adoptar posturas.

Una de las principales propuestas del enfoque socio-clínico consiste en aceptar al investigador como un sujeto que pone en juego sus propias subjetividades antes y durante el trabajo de investigación. El análisis de la implicación, entonces, resulta necesario para que el propio investigador comprenda la naturaleza de sus intereses y que ello no se convierta en un lastre para sus interpretaciones sobre el fenómeno. De este modo la subjetividad se convierte en una herramienta más, no en un estorbo en la búsqueda de ese espejismo escurridizo llamado “objetividad”.

Habiéndome formado dentro de un paradigma positivista, el asumirme como un sujeto (que está sujetado) al fenómeno que yo mismo estudio resultó en una experiencia nueva. Eso que pretendía estudiar, de pronto ya no era lejano o ajeno a mí. Aunque asumirlo como parte de mí mismo, como reflejo borroso de mis propias experiencias e historia no fue sencillo, ya que me reveló como un sujeto tratando de dar cuenta de una parte de la realidad, una realidad transformable y transformadora, que me estaba movilizando en el mismo acto.

El ejercicio del análisis de la implicación, evidentemente, no es asunto sencillo. A menudo me llegaban recuerdos e ideas como flashes en la oscuridad que alumbraban un pedacito extra de mi propio itinerario y el de mi familia y explicaban nuevas dimensiones de mi interés por estudiar esto.

Así que esta tesis es resultado de todo ese entramado que he intentado esbozar en esta introducción. Mis propias experiencias, la historia familiar de la que provengo, mis contactos con los zoques y mis conocimientos de las disciplinas que se han acercado a estudiar asuntos estrechamente relacionados con el tema de las medicinas y la construcción de identidades.

A lo largo de esta introducción he hecho mención de algunos aspectos que he procurado cuidar en el abordaje del tema, como el uso de “sistemas de curación” para referirme a las medicinas, evitando nombres peyorativos o alejarme lo más posible de una postura que deslegitime a las medicinas no alópatas.

He tomado otra precaución importante: no revelar la identidad de la comunidad zoque en la que trabajé. Para ello he modificado su nombre y algunos datos que podrían ayudar a identificarla. Ha sido una preocupación mía mantener el anonimato de la comunidad porque, al ser un pueblo tan pequeño, mis informantes serían extremadamente sencillas de identificar. Decidí apodar al pueblo “Tepuakan”, que en náhuatl quiere decir “lugar lleno de montañas”. Me pareció un nombre apropiado pues hace referencia a la geografía en que está incrustada la zona zoque de la sierra.

Los habitantes de esta comunidad poseen una herencia indígena zoque, aunque en general ya no visten las ropas típicas ni tienen al zoque como su lengua principal. Se trata de una comunidad que cuenta con los servicios básicos; escuela primaria, secundaria y telebachillerato. Además, existen dentro de la comunidad dos clínicas pertenecientes al programa IMSS-Oportunidades.

Como la mayoría de las sociedades rurales, la comunidad zoque de Tepeuakan posee un sistema local de curación. Hasta antes de la entrada de la clínica del IMSS en los años 80, era el único sistema que se encargaba de atender las necesidades de salud de los miembros de la comunidad. Dicho sistema de curación local posee un complejo sistema articulado de prácticas, creencias, conocimientos, participantes y simbolismos que daba cuenta, y en parte sigue dando en la actualidad, de las enfermedades sufridas y las maneras de curarlas.

Con la entrada de la clínica del IMSS la situación respecto a la atención de las enfermedades cambió, las opciones de atención se diversificaron y tuvieron acceso a diferentes maneras de curar a las enfermedades. Pero no entraron en contacto sólo con los procedimientos, también con las definiciones, explicaciones y significaciones que la medicina alópata trajo consigo.

Durante mis estancias en la comunidad, desde el servicio social en el 2007, pude darme cuenta de que la puesta en práctica de la medicina alópata ha llevado a nuevas formas de entender la enfermedad y tratarla. Los profesionales locales tienden a desaparecer en tanto que los miembros de la comunidad optan por los servicios de salud institucionalizados, aunque las prácticas locales de curación permanecen vivas en los ambientes domésticos. Así que en el presente trabajo pretendo dar cuenta de cómo las relaciones que 4 mujeres zoques construyen con las medicinas de su comunidad, contribuyen a su propia construcción identitaria.

Antes de entrar de lleno al tema, quisiera resaltar los principios desde los cuales se dirige el trabajo; me apoyo en las ideas de la interdisciplinabilidad para justificar un trabajo multidimensional que permita tratar este fenómeno como un todo complejo.

De acuerdo con Apostel, Berger, Briggs y Michaud (tomado de Taracena, 2007) la interdisciplinabilidad se refiere al abordaje de los fenómenos objeto de estudio desde

categorías conceptuales y metodológicas provenientes de diferentes disciplinas, con el objetivo de integrarlas y poder acercarse de manera multidimensional al objeto estudiado.

Dada la naturaleza del fenómeno que este texto trata de abordar, se hace necesario recurrir a los principios interdisciplinarios, puesto que busco dar cuenta de procesos que atraviesan los registros psíquicos, pero al mismo tiempo sociales, culturales e institucionales. Por lo tanto, retomar aportaciones de disciplinas como la historia, la antropología médica, la etnografía y la socio-clínica se convirtieron en una necesidad para alcanzar dicha visión integral.

Por lo tanto, se hicieron uso de conceptos, categorías y herramientas metodológicas provenientes de dichas aproximaciones sin perder de vista el interés psicológico del estudio, es decir, la ayuda que he obtenido de ideas que provienen de otras disciplinas contribuyen a comprender la experiencia psíquica desde un panorama más amplio. En ningún momento pretendo desdeñar los alcances de la psicología al respecto, sino ampliar la visión y fortalecer el estudio del fenómeno.

Las ideas teóricas que han sido seleccionadas para formar parte del trabajo van de acuerdo a esta visión compleja y buscan dar cuenta de la relación dialéctica entre el componente subjetivo individual y su entorno físico y social.

Metodológicamente se ha optado por un estudio de corte cualitativo haciendo uso de herramientas etnográficas que me ayudaron a acercarme a las experiencias singulares de los sujetos. Lo que a su vez permitió acceder a su dimensión social, logrando con ello un acercamiento multidimensional.

El trabajo inicia con las aportaciones epistemológicas de la socio-clínica y del construccionismo histórico-cultural que sirven de base para entender las relaciones entre el sujeto y su contexto social. Este capítulo reúne la mirada que mantendré sobre la psiquis

como fenómeno singular y su relación dialéctica con el contexto social e histórico en que se desarrolla el sujeto.

Después ofrezco una descripción del proceso por el que se da la institucionalización de la medicina alópata en México, el nacimiento de las instituciones de salud pública más importantes del país y la implementación de los programas asistenciales vigentes en la comunidad.

Luego hago un recuento de las características estudiadas de los sistemas locales de curación, apoyado en estudios etnográficos desarrollados por la antropología médica y la etnopsiquiatría, describo las diferencias identificadas entre las llamadas “medicinas tradicionales” y la medicina alópata. Abordo las clasificaciones de las enfermedades, procedimientos para curarlas y las diversas formas de entender los estados de enfermedad.

En un siguiente capítulo doy cuenta de los contactos entre las medicinas locales y la alópata, especialmente en el contexto mexicano. Incorporo datos sobre la inclusión de parteras y “médicos tradicionales” por parte del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS).

En el siguiente capítulo he incluido datos que ayuden a contextualizar las interpretaciones vertidas en este trabajo y provean al lector de una mirada concreta a las condiciones de la comunidad. Este capítulo incluye datos, históricos, demográficos y estadísticos sobre las condiciones sociales, económicas, de salud y educación en la comunidad.

Para complementar la descripción de la comunidad, he incluido una descripción narrativa de la comunidad, tal y como yo la viví. Narro algunas de las experiencias más relevantes durante mi trabajo de campo que ayudan a construir una descripción más detallada, y por supuesto más subjetiva, de la comunidad.

Después describo la estrategia metodológica llevada a cabo. Describiendo y justificando las herramientas metodológicas empleadas y la estrategia de análisis de la información. También se describe el procedimiento por el que se llevó a cabo el presente estudio.

La última parte del trabajo está dedicada al análisis de los casos de las 4 entrevistadas. Trato de llevar el análisis de los casos siguiendo la trayectoria narrada de las entrevistadas. También se expresan las interpretaciones sobre los casos y la discusión sobre los procesos que aparecen en la construcción de relaciones con los sistemas de curación.

1. Una Mirada Socio-Clínica al Sujeto

Nada está adentro, nada está afuera, lo que está adentro está afuera también.

Goethe

En las siguientes páginas abordo el sustento teórico en el que se fundamentan las interpretaciones vertidas en este trabajo. Se exploran las aportaciones del enfoque socio-clínico para entender las relaciones entre el sujeto y su contexto. Además, se retoman aspectos del construccionismo socio-cultural para complementar las ideas de la socio-clínica.

1.1 Socio-clínica: sujeto y contextos sociales

La presente investigación encuentra al enfoque socio-clínico como uno de sus fundamentos tanto a nivel metodológico como para la interpretación y los intentos de construcción teórica. La socio-clínica es el enfoque que trata de rescatar los postulados y construcciones de la sociología clínica para adaptarlos a su abordaje desde una postura psicológica.

En primer lugar, se destaca la renuencia de la socio-clínica a las dicotomías establecidas entre lo singular y lo social, tendencia que ha permanecido en las posturas tradicionales dentro de las ciencias sociales. Una de las principales apuestas a las que apunta la socio-clínica es comprender la naturaleza activa de la historia social, y entonces admite la necesidad de analizar la génesis social de los procesos psicológicos.

De este tipo de pensamiento se desprenden ciertas exigencias teórico-metodológicas que dan forma a la aproximación socio-clínica. Las cuales Taracena (2005) enuncia:

- La socio-clínica trata de una forma de abordar los problemas de investigación dando prioridad a la singularidad del fenómeno.
- Pone el acento en las maneras en que los sujetos o grupos son capaces de salir de sus determinaciones sociales y psíquicas.

- Se preocupa por los modos de articulación entre los diferentes niveles: individual, grupal y social.
- Procura ponerse al servicio de un ideal democrático de reconocimiento mutuo y afirmación de la libertad.
- Se interesa en la búsqueda y logro progresivo del sentido.
- Se interesa en desarrollar investigaciones multidisciplinarias y poner en acción conceptos trans-específicos.

Ante esta mirada, el enfoque socio-clínico busca siempre, como eje articulador, mantener la tensión entre los registros sociales e individuales. Para dar cuenta de los fenómenos en su complejidad y multidimensionalidad se propone una mirada que atraviese los tres registros, niveles que se ven articulados en la experiencia del sujeto: macro, meso y micro (Taracena, 2005). Además, indica que el registro macro se refiere a los problemas estructurales de la sociedad, tales como condiciones económicas, sociales, políticas públicas, etc. El registro meso o medio, se refiere a “(...) las instituciones que sostienen la sociedad en conjunto (...)” (p. 399), tales como la familia, organizaciones públicas, etc. Mientras que el registro micro se refiere a la experiencia singular, asociado a lo subjetivo.

Las ideas epistemológicas en las que se sostiene la socio-clínica están orientadas a abordar las relaciones dialécticas que se dan entre el sujeto y lo social, es decir, parte de una idea diferente a la dicotomía que clásicamente ha dominado tanto a la sociología como a la psicología entre lo singular y su contraparte social.

Es por ello que retoma el llamado “análisis clínico” para acceder a la dimensión social a través de las vivencias del sujeto que las narra. Esta cercanía a los sujetos se retoma tanto en la construcción de los objetos de estudio como en los métodos (Gaulejac, 2009).

Esta necesidad de rescatar al sujeto que narra como individuo activo no sólo en el acto de narrar la propia experiencia sino de re-construirla al mismo tiempo que la narra, lleva a hacer acotaciones epistemológicas que distinguen a la sociología clínica. Una de ellas es el papel que juegan los componentes subjetivos en la re-construcción de la experiencia por medio del habla. A este respecto el autor dice:

La singularidad de nuestra orientación radica principalmente en la introducción del procedimiento clínico, que lleva a ponerse a la escucha de la vivencia, a considerar que la exploración de la subjetividad, consciente e inconsciente, es necesaria para el conocimiento de los fenómenos sociales, que el investigador está involucrado en sus objetos de investigación y que la sociología tiene por objeto la exploración de la dimensión existencial de las relaciones sociales (Gaulejac, 2009, p. 12).

Así pues, de acuerdo con el autor, la escucha de las vivencias desde lo singular y la exploración de lo subjetivo que acompaña a la verbalización de las vivencias es una manera de acceder al conocimiento de fenómenos sociales y, me permito decir, psico-sociales.

Ahora bien, reconocer el papel de la subjetividad nos obliga a reflexionar sobre las dimensiones que cobra “lo subjetivo” para la comprensión de los fenómenos psico-sociales. En primer lugar, es necesario aceptar que lo subjetivo no es unidireccional, es decir, no sólo el sujeto que participa como informante es quien da cuenta de sus procesos de subjetivación, también la subjetividad del investigador se pone en juego, obligándonos a hablar del papel de las subjetividades, en lugar de nombrarla en singular.

Esto replantea el papel del investigador en el quehacer de la investigación. Cuando se menciona que las subjetividades se ponen en juego, tanto del que verbaliza la experiencia como del que la escucha, se coloca a la subjetividad como parte esencial en la construcción del conocimiento. Esto lleva a criticar, necesariamente, la posición de experto del

investigador; se parte de la idea de que escuchar las vivencias de los sujetos permite acceder al conocimiento que ellos tienen de su mundo social, conocimiento que no puede ser juzgado como una “verdad verdadera”. De hecho, la sociología clínica lleva a cuestionar un discurso de “verdad” permitiendo así el acercamiento al conocimiento de los fenómenos dentro de un marco de co-construcción, entre el investigador y sus informantes.

Esto tiene implicaciones metodológicas que he retomado en este trabajo, como el análisis de mi implicación, a nivel afectivo, ideológico, económico, institucional, moral, etc., a esta investigación en particular. Mientras que a nivel teórico nos encamina a la posibilidad de comprender los procesos psico-sociales que subyacen a la experiencia de los individuos, partiendo del material empírico dentro de su contexto. Resulta muy interesante abordar las relaciones entre lo singular y lo social desde la sociología clínica, pues es precisamente en este vértice donde se trata de inscribir este trabajo.

Se ha mencionado ya que existe una relación entre las vivencias personales, su verbalización, y lo social en que dichas vivencias están contextualizadas. La sociología clínica habla de una determinación de lo psíquico por lo social. Como lo social pre-existe a lo psíquico ayuda a estructurar la experiencia singular; lo “externo”, lo social, termina siendo interiorizado por el sujeto y puede dar cuenta de él al narrar sus vivencias. Esto borra las dicotomías clásicas entre el sujeto y lo social.

Lo real, de acuerdo a las ideas de Gaulejac, en parte está representado por el sistema simbólico de la vida social, el psiquismo ayudará a construir y reproducir al mismo tiempo a dicho sistema simbólico. Allí es donde radica la esencia de la idea del autor, mientras que ambas partes, lo psíquico (individual) y lo social (colectivo) están interrelacionados y uno ayuda a dar forma al otro, ninguno de los dos puede ser explicado al explicar al otro. Es decir, estudiar y analizar el nivel social de la actividad humana no nos explica lo que sucede de

manera individual en cada sujeto, al mismo tiempo que estudiar al sujeto no nos explicará por completo lo que acontece en lo colectivo. De Gaulejac dice:

Por consiguiente, lo que se llama realidad no puede ser aprehendido sin tener en cuenta lo “vivido”, es decir la experiencia concreta, singular, individual y colectiva de la historia. Lo vivido no puede ser aprehendido sino en la palabra de un sujeto que da acceso al prójimo. El pasaje por la subjetividad es necesario para acceder a la objetividad; ésta última no es, después de todo, sino un medio de delimitar lo irreductible psíquico, es decir, el lugar que queda al sujeto para constituirse como ser deseante (2002, p. 67).

De estas palabras del autor destacan dos aspectos relevantes; en primer lugar, para poder acercarse a la realidad social es necesario un acercamiento a la vivencia concreta individual y colectiva de los individuos del contexto, y cosa importante de señalar es que el acercamiento a lo vivido se dará por medio del lenguaje, de la narración que es el medio por el que es sujeto da acceso al otro para conocer su realidad vivida. En segundo lugar, se encuentra el señalamiento de que el camino a la objetividad encuentra su rumbo por medio de la subjetividad, aspecto que se encuentra íntimamente relacionado con el punto anterior, para poder llegar a lo construido socialmente es necesario acceder a la subjetividad individual, que es la que ayuda a dar forma y al mismo tiempo se encuentra formada por aquella realidad social. Estos son puntos importantes en los que nos apoyaremos para poder dar entrada al trabajo empírico dentro de la comunidad en la que trabajaremos.

Cabe destacar el papel que representa el acercamiento a la subjetividad por medio del lenguaje, en la narración es que pueden explorarse la historia social en la que el sujeto queda enmarcado, tal como de Gaulejac expresa: “La historia de un individuo no es de hecho sino una cierta especificación de la historia colectiva de su grupo o de su clase” (2002, p. 68).

Para entender el deseo, al que hace referencia de Gaulejac, se apoya en un marco psicoanalítico afirmando que el individuo deviene en sujeto gracias al deseo del otro, que es el que le da forma. Así pues, antes de nacer cada persona es sujeto al deseo de otros (empezando con los padres) y es dicho deseo el que pre-configura a los individuos, nosotros nos mantendremos distantes de la postura psicoanalítica que mantiene de Gaulejac para adherirnos a una visión construccionista socio-cultural, sin embargo, las nociones básicas que plantea el autor son relevantes y ayudan a reforzar la visión que sostenemos acerca de la relación del sujeto con el mundo.

Lo social antecede al sujeto, que nace ya sujeto a las condiciones contextuales en que le ha tocado desarrollarse y las interioriza. Pero el papel del sujeto no se limita a “absorber” lo social y reproducirlo, el sujeto es capaz de re-construir lo social y re-construirse como sujeto, manteniendo así una relación dialéctica.

Pensando de esta manera las relaciones del sujeto con lo social no podemos hablar de dimensiones separadas que deban ser abordadas de manera independiente. Como ya se dijo, las narraciones de las vivencias personales y el abordaje de las dimensiones subjetivas que se expresan ayudan a conocer la dimensión social en que dichas vivencias están inscritas, donde ambos espectros se encuentran articulados dialécticamente.

El sujeto, entonces, juega un doble papel en su relación con lo social por un lado se convierte en depositario de lo social, que se ve reflejado en los valores, opiniones, formas de comportamiento, etc., mientras que sus experiencias personales, su historia individual y familiar le proveen de maneras de autodeterminarse y asumirse como sujeto, en su singularidad, planteando nuevas formas de relacionarse con lo social, transformándolo.

De esta manera, la socio-clínica nos provee de terreno fértil para una comprensión diferente de las relaciones que se establecen entre dos esferas, no separadas entre sí: lo social

y lo psíquico. Nos presenta a un sujeto sujetado por su singularidad, por su propia historia y al mismo tiempo por la historia social que lo precede.

La Sociología Clínica o el Análisis Clínico en Ciencia Sociales se presenta como una orientación epistemológica, que nos habla al mismo tiempo del sujeto sujetado por su inconsciente y su historia, única, personal; y por la Historia colectiva, social, política que replantea su presente y su posible avenir. Historia e Historicidad, donde se articulan, dialogan, se confunden, se contradicen y complementan los universos psico-simbólicos y los universos socio-históricos.

Y sólo el sujeto, constructor de la Historia y de su historicidad es capaz de resignificar el hecho socio-psíquico que él va construyendo y que lo construye a su vez (Araujo, 2011).

Sobre este asunto de Gaulejac (2005) explora las relaciones que se establecen entre la historia social, familiar y personal de un individuo para que devenga en sujeto. El autor hace referencia a las relaciones entre los tres niveles de historia que se atraviesan en el sujeto para explicar lo que denomina “neurosis de clase”. Sin embargo, considero importante retomar esta discusión, aunque no haré eco del concepto de neurosis de clase, para comprender las interrelaciones entre el sujeto y el contexto social en que se encuentra inserto. Resulta especialmente relevante puesto que en las interacciones de los niveles de historia en el sujeto es que pueden comprenderse aspectos de la vida psíquica.

Para analizar los procesos que funcionan en esta transmisión, es necesario que comprendamos en qué medida la historia actúa en la producción de un individuo, cuáles son las mediaciones por las que se pasa de la historia social a la historia personal, cómo las contradicciones sociales pueden producir conflictos psicológicos (Gaulejac, 2005, p. 61).

De esta manera, los procesos psíquicos o subjetivos estarían sujetos a la comprensión de los eventos personales, familiares y sociales que se anudan en la experiencia inmediata y no tan inmediata del sujeto. De esta manera la historia juega un doble papel sobre el sujeto: por un lado, limita sus movimientos, pero al mismo tiempo, los lazos que el sujeto establece con los otros (lazos ideológicos, sociales, económicos, etc.) son los que le insertan en una red de relaciones que componen la historia familiar y social: “Como una matruska, la historia individual está insertada en una historia familiar y ésta en una historia social. Cada uno se inserta en esta red que sitúa su lugar, su identidad. En ese sentido el hombre es historia” (Gaulejac, 2005, p. 62).

El autor nos permite ver, entonces, a un sujeto que establece diferentes niveles de relación con la historia misma. Por un lado, el sujeto es producido por la historia: se deviene en sujeto en tanto que se construye desde las experiencias personales (singulares y únicas) que al mismo tiempo están insertas en una historia familiar, la cual se desarrolla dentro de una historia social.

Por otro lado, el sujeto se convierte en un actor de la historia; si bien es cierto que la historia familiar y social le anteceden determinan cierto rumbo de su devenir como sujeto, debemos comprender que el sujeto posee la capacidad de intervenir sobre su propia historia, de este modo es portador de historicidad. Esto lo coloca dentro de una relación dialéctica con la historia, cuando es al mismo tiempo producto y productor de historia.

Y finalmente, el sujeto es productor de historias: “(...) a través de su actividad fantasmática, su memoria, su palabra y sus escritos, el hombre opera una reconstrucción de su pasado, como si quisiera a falta de poder controlar su curso, al menos comprender el sentido” (Gaulejac, 2005, p. 63).

Para poder acercarse a una comprensión integral de la vida psíquica del sujeto, entonces, debe existir un acercamiento a las diferentes historias que le atraviesan:

Así, una situación social producida por la historia, compartida colectivamente por un grupo de individuos, va a estructurar su vivencia psicológica (...) En la medida que uno lleva en sí mismo la historia de su grupo de pertenencia, uno está atravesado por las contradicciones que caracterizan la historia de ese grupo. La génesis social de ciertos conflictos psicológicos requiere de una comprensión de los mecanismos sociales que estructuran la existencia individual no solamente del interior o <<en sí>>, sino también del exterior. No se puede comprender su situación propia más que haciendo referencia a la situación de aquellos con los cuáles de comparte la condición (Gaulejac, 2005, p. 66).

Vale la pena destacar la participación activa del individuo en su propio proceso de devenir en sujeto. Si bien es cierto que la historia social y familiar limita en cierta manera al propio sujeto y determina su trayectoria singular, y con ello naturaleza y expresión singular de procesos psicológicos, esta determinación de lo social no es total.

Es decir que, desde un punto de vista psíquico, nada está totalmente adquirido, porque en el desarrollo de la persona los elementos de una estructura pueden ser modificados y reorganizados en un estadio ulterior. A cada nivel de evolución del aparato psíquico, los elementos asociados en una estructura <<son reinterpretados, encontrando un nuevo sentido y sobre todo una nueva función en la estructura siguiente>>. Esta singularidad del funcionamiento psíquico es el fundamento de la capacidad del hombre para cambiar, no la historia pasada, sino su relación con esta historia; es decir, la manera en la que ésta actúa en él y por ese medio de desarrollar su función de historicidad (Gaulejac, 2005, p. 81).

De esta manera es que el sujeto tiene una participación activa sobre la historia, reinterpretarla le permite desarrollar su capacidad como creador de historia, modificando su propia dinámica psíquica.

Debe destacarse el papel que juega la memoria, pues en este sentido se convierte en una herramienta de la historicidad:

Constituye la expresión del trabajo, individual o colectivo, que puede llevar a cabo un sujeto sobre su historia en un intento por conferirle libertad, autonomía creatividad, ante las múltiples determinaciones de las que es producto. Aunque nadie pueda cambiar la historia, en la medida en que lo que aconteció ya aconteció, cada quien puede cambiar la manera en que la historia actúa en él (Gaulejac, 2002, p. 31).

De este modo, la determinación a la que se hace referencia no descansa sobre una concepción mecanicista de la influencia del medio socio-histórico sobre el sujeto, se refiere más bien a las relaciones de causalidad que existen entre los diferentes niveles de historia que se atraviesan en el sujeto y al mismo tiempo no excluye la concepción de un sujeto activo, creador de historia y de historias.

Decir que el individuo es producido por su historia, es también tomar en cuenta la singularidad en tanto que cada historia es diferente, aunque se inscribe en una historia común. Si la historia hace del hombre un individuo programado, éste conserva la capacidad de modificar dicha programación, de operar una reescritura (Gaulejac, 2005, p. 81-82).

Es aquí donde destaca el sufijo “clínica”, pues es por medio de la posibilidad del discurso, de contar su propia historia, que el sujeto logra reinterpretarla, de operar una auto constitución en sujeto, esa es la función de la historicidad. De ello se deduce, que por medio

del discurso es posible acceder a los procesos psicológicos que se producen y sostienen en el sujeto, y al mismo tiempo acceder a la historia familiar y social que abonará en terreno para comprender la génesis y naturaleza de los procesos psicológicos (Grasseli y Solomone, 2012).

Por medio de la escucha al sujeto es que se puede acceder a este registro socio-psíquico y comprenderlo como un fenómeno complejo y multidimensional. La escucha es lo que pone de manifiesta la “verdad” del sujeto, también llamada realidad subjetiva, por medio del discurso es que el sujeto puede resignificar su realidad (Madrazo, 2004). Es el registro socio-psíquico lo que permite ir más allá de las subjetividades individuales y acceder a la dimensión social de las expresiones del psiquismo (Gaulejac, 1999). Eugène Enriquez (2002) lo expresa de la siguiente manera: “Por eso partiremos del relato mismo, de lo que lleva consigo para luego, y sólo en ese momento, volver a las condiciones sociológicas de su producción y poner de manifiesto sus efectos y sus aportaciones” (p. 36).

En este sentido de Gaulejac elabora una crítica a las posturas psicologizantes, que procuran ofrecer un entendimiento del sujeto partiendo únicamente desde la singularidad, sin tener en consideración el aspecto social que acompaña al sujeto mismo. Por ello trata de establecer una articulación entre las ideas del psicoanálisis y otras construcciones teóricas, principalmente desde la sociología, para dar cuenta de un sujeto multidimensional y complejo. En este caso he decidido mantenerme al margen de los postulados psicoanalíticos y hacer uso de las propuestas desde el construccionismo histórico-cultural para complementar la visión de sujeto.

1.2 El sujeto desde la mirada socio-cultural

La participación de la cultura en la vida psíquica del individuo es un campo que cada vez está más presente dentro de la teoría psicológica y es tomada en cuenta en la práctica

investigativa. Desde hace tiempo Vigotsky (1979) puso acento a la importancia del entorno cultural en la conformación de la subjetividad del individuo, y la falta de estudio al respecto por parte de la psicología de su época:

Cuando el modelo botánico estaba de moda, los psicólogos hacían hincapié en el carácter único de las funciones psicológicas superiores y en la dificultad que suponía el estudio de las mismas mediante la experimentación. Sin embargo, esta aproximación zoológica a los procesos intelectuales superiores -aquellos procesos que son específicamente humanos- han llevado a los psicólogos a interpretar las funciones intelectuales superiores como una continuación directa de los procesos animales correspondientes (p. 41).

En “El desarrollo de los procesos psicológicos superiores” (1979), Vigotsky afirma que en el desarrollo ontogenético es crucial:

(...) el momento más significativo en el curso del desarrollo intelectual, que da a luz a las formas más puramente humanas de la inteligencia práctica y abstracta, es cuando el lenguaje y la actividad práctica, dos líneas de desarrollo antes completamente independientes, convergen” (p. 47-48).

De esta manera Vigotsky considera esencial el desarrollo social del sujeto, menciona que en las primeras etapas del individuo el uso que hace de los instrumentos puede ser comparado al de los monos, cosa que cambia en cuanto aparece el lenguaje y el empleo de signos.

Así durante todo el desarrollo del sujeto, éste se ve relacionado a su entorno social: “En el plano interpsicológico se producen una serie de cambios y que cada uno de éstos queda reflejado en un cambio en el funcionamiento intrapsicológico” (Wertsch, 1988, p. 169). Al hablar de cambios en el plano interpsicológico se hace referencia a los cambios que se

producen en la vida social, en las relaciones entre los individuos; dichos cambios, entonces, se ven reflejados en el plano intrapsicológico, es decir, subjetivo del propio individuo, y de esta manera es que ambos planos se ven relacionados entre sí y frecuentemente se encuentran ajustándose el uno al otro.

Decir que el plano interpsicológico se llega a interiorizar hasta alcanzar el plano intrapsicológico es bastante sencillo, el problema surge en entender cómo es que se da este proceso.

Wertsch (1988), al estudiar la teoría de Vigotsky, concluye en que para que se llegue a manifestar lo interpsicológico en el plano intrapsicológico se hace necesaria la socialización, considerando a la socialización como la participación creciente e independiente del individuo dentro del entorno cultural, así, la participación implica el uso de los símbolos y significados, las herramientas, la práctica de comportamientos, etc., lo que asegura que con el tiempo lleguen a ser apropiados por el sujeto mientras al mismo tiempo se configuran sus actitudes, juicios y personalidad.

Leontiev (1983), siguiendo el pensamiento de Vigotsky, afirma: “La tesis de partida es que la sociedad forma la naturaleza humana, es decir, que <<la sociedad es, pues, el principio de explicación del individuo>>” (p. 118). Con esto Leontiev reafirma la visión de Vigotsky acerca de la importancia de la cultura en la formación subjetiva del individuo. Desde su punto de vista ya otros teóricos habían puesto de manifiesto la importancia de la vida social del individuo en su desarrollo cognitivo; Durkheim y Halbwachs (Leontiev, 1983) hablaban de que la conciencia social se da gracias a la comunicación intelectual y verbal.

Por su parte Piaget (1995) afirmaba que el desarrollo cognitivo del sujeto se da por medio de tres principales procesos (organización, asimilación y acomodación), estos procesos se dan gracias a la interacción del sujeto con el exterior, con el mundo social, y es

por medio de la relación entre los individuos que se llega dar la interiorización del conocimiento, que Vigotsky (Wertsch, 1988) nombra apropiación y que puede quedar definida como el resultado de la reproducción de las aptitudes y funciones humanas históricamente formadas. Además:

Puede decirse que es el proceso mediante el cual el hombre alcanza en su desarrollo ontogenético aquello que en el animal es alcanzado por herencia, es decir, la encarnación en las propiedades del individuo de las adquisiciones del desarrollo de la especie (Leontiev, 1983, p. 134).

Apoiando la perspectiva de Vigotsky y basada en las ideas de la complejidad, Najmanovich (2005) hace referencia a un bucle euclidiano que representaría la manera en que el sujeto interactúa con su medio natural y social. En primer lugar, cabe destacar una división teórica entre el sujeto y el objeto, ambos inmersos en el mismo universo están separados y son diferentes, aunque íntimamente relacionados entre sí.

De manera similar a como lo proponen Vigotsky y Leontiev, Najmanovich propone una relación dialéctica entre el sujeto y su entorno; el mundo emergería construido gracias a la interacción multidimensional con el ambiente, mientras que el sujeto al mismo tiempo es construido por medio de esta interacción.

Al hablar de la construcción del mundo por medio de la interacción con él se hace referencia a la construcción social del entorno, lo que la autora denomina “imaginario social”, haciendo referencia a las significaciones que se crean socialmente de entorno concreto para poder interactuar con el imaginario social en primer lugar. Esta idea recuerda mucho al doblaje del que habla Vigotsky y que ya ha sido descrito, los sujetos crean símbolos y significados para poder tratar con el mundo, de esta manera lo crean y modifican mientras interactúan con él.

Aquí es importante destacar la importancia del “juego social”, que no es más que la interacción entre los sujetos del mismo entorno socio-cultural, es en la interacción entre ellos como se generan, mantienen y modifican los signos y significados que representan al mundo concreto. De igual modo la interacción entre los individuos es lo que provoca que devengamos en sujetos.

Así pues, de acuerdo a Najmanovich, el humano interactúa con dos tipos de mundo, el mundo de los objetos, que nosotros denominamos “mundo concreto” y por otro lado está el imaginario social o “mundo social” en nuestras palabras. La actividad subjetiva humana entonces nace y se transforma a través de la interacción del mundo social, que implica necesariamente la interacción con el resto de los miembros del contexto para poder tomar forma.

Desde la Sociología clínica, cuyos postulados básicos han resultado una influencia innegable para el desarrollo de este trabajo, Vincent de Gaulejac (2002b) habla de la irreductibilidad que existe entre lo social y lo psíquico, que viene a reforzar la visión que hemos estado manejando sobre la relación entre el sujeto con su entorno.

Para este autor es la realidad social la que precede a la existencia del psiquismo. Esto vendría a apoyar la idea de Vigotsky sobre la pre-existencia de lo cultural que antecede al sujeto. Tratando de conciliar a ambos autores lo diremos de la siguiente manera: cada sujeto nace inmerso en una realidad social y cultural ya construida, esa realidad existe antes de que el sujeto sea gestado y por ende podríamos entender que los sujetos que nacen dentro de cierta sociedad estarían de alguna manera “pre-programados”, lo escribimos dentro de las comillas puesto que en absoluto pretendemos decir que la realidad social se encarga de dar forma a los sujetos y los determina, no, sin embargo las características personales de cada sujeto estarán matizadas por el tipo de sociedad en el que se desarrolla.

Resumiendo, pues, este proceso se lleva a cabo de la siguiente manera: el individuo nace dentro de una sociedad determinada, que a lo largo de su propia historia ha generado símbolos y significados que resultan útiles y tienen sentido siempre en el contexto de la sociedad en que se generaron. El individuo, entonces, no tiene que lidiar por conocer un mundo concreto en “crudo”, para poder conocer el mundo concreto debe relacionarse al mundo social, ese mundo secundario lleno de símbolos y significados que ahora sustituye al mundo concreto en la vida cotidiana dentro de la sociedad. Y la manera en que puede relacionarse con los símbolos y significados es interactuando con ellos mismos, aunque las significaciones son asimiladas por medio del contacto social con el resto de los miembros de la sociedad. Piaget lo describe como un proceso gradual que se ve alimentado por el uso, y práctica de los símbolos y los significados que inundan al mundo social.

Leontiev (1983) afirma:

El mundo real, inmediato del hombre, que más que cualquier otra cosa transforma su vida, es un mundo transformado y creado por la actividad humana. No obstante, no le es entregado inmediatamente al individuo como mundo de objetos sociales, de objetos que encarnan aptitudes humanas formadas en el curso del desarrollo de la práctica socio-histórica; se le presenta a cada individuo como un problema que hay que resolver (p. 132).

Además:

El hombre encuentra en la sociedad y en el mundo transformado por el proceso socio-histórico, los medios, aptitudes y habilidades necesarias para realizar la actividad que mediatiza su asociación con la naturaleza. Para hacer de ella sus medios, sus aptitudes, su habilidad, el hombre tiene que entrar en relación con otros

hombres y con la realidad humana material. En el curso del desarrollo de estas relaciones es cuando se realiza el proceso de ontogénesis humana (p. 137).

Es bastante justo decir que el humano ha dejado de relacionarse con el mundo concreto para relacionarse con los significados y significantes que sirven de puente entre el mundo concreto y la subjetividad del individuo, y ellos los encontramos de muy diversas maneras; en primer lugar podemos nombrar al lenguaje, que resulta un sistema de símbolos que ha servido para “doblar” o “duplicar” la realidad, y que podamos hacer referencia a determinado objeto del mundo concreto sin la necesidad de tenerlo presente. Incluso los objetos concretos se han hecho sujetos a los símbolos y significados, prueba de ello son las herramientas, que implican en sí ya una transformación social y en ello se diferencian a los instrumentos usados por los animales. Tal es la importancia de los símbolos en la vida social de los humanos que “Los símbolos son más reales que aquello que simbolizan” (Levy-Strauss en Mauss, 1979, p. 20).

Una vez que el individuo domina el uso de los símbolos y significados propios de su sociedad y cultura, toma un papel de “mediador” para ayudar a que los nuevos miembros de la sociedad se familiaricen con el mundo social. Leontiev (1983) afirma que las relaciones del niño con el mundo están mediatizadas por el adulto, entonces el niño actuará al objeto y al adulto: “Para el hombre, el medio social inmediato es el grupo social al que pertenece y que constituye el campo de su comunicación directa” (p. 136).

De este modo: “Los caracteres adquiridos por el desarrollo de las facultades y propiedades humanas se han ido acumulando y transmitiendo de generación en generación. Por consiguiente, dichos caracteres adquiridos tenían que fijarse necesariamente” (Leontiev, 1983, p. 130). Este proceso de fijación se trata de la objetivación, es decir, que los símbolos que iniciaron perteneciendo a un mundo abstracto se convierten en una forma concreta,

objetiva. Esto es precisamente lo que ocurre con las herramientas usadas por el humano, y de ello trata la transformación social de los objetos.

De ninguna manera puede decirse que el uso de herramientas en los animales sea igual al de los humanos, la transformación social es la diferencia; cuando un mono hace uso de una piedra para abrir una nuez, la piedra adquiere su capacidad como herramienta o instrumento mientras está siendo utilizada, sin embargo, pierde esta esencia en cuanto es desechada, y de este modo pudo haber servido la piedra, un tronco pesado o cualquier otro objeto.

En el hombre el uso de herramientas se lleva a otro nivel, los animales utilizan los objetos tal cual aparecen en la naturaleza, mientras el humano se destaca por llevar a cabo una transformación del objeto con el fin de potenciar aún más sus capacidades. Esta transformación se lleva a cabo gracias a los conocimientos que se han acumulado culturalmente acerca de los materiales y principios físicos de los objetos, una vez lograda la transformación, el objeto no es el mismo, sus nuevas propiedades hacen necesario que el individuo se apropie de ellas, tal cual ocurre con los símbolos abstractos, y ésta apropiación puede incluso generar o exigir nuevas capacidades motrices. En palabras de Vigotsky (1979):

La creación y utilización de signos como método auxiliar para resolver un problema psicológico determinado (recordar, comparar algo, relatar cosas, elegir, etc.) es un proceso análogo a la creación y utilización de instrumentos en lo que al aspecto psicológico se refiere. El signo actúa como un instrumento de actividad psicológica, al igual que una herramienta lo hace en el trabajo (p. 88).

En cuanto el objeto es transformado en herramienta ya no se despega del significado que le ha sido impuesto, esta es otra gran diferencia con respecto a los animales, que hacen uso de los objetos sin otorgarles una significación a su uso o sus características.

Así puede verse que se lleva a cabo un proceso circular, en el que el humano genera símbolos en un plano abstracto como medio para comprender el mundo concreto y dominarlo, y por medio de su actividad es que esos símbolos del mundo abstracto llegan a objetivarse y se cristalizan en el mundo concreto.

De ahí que el desarrollo espiritual, psíquico de los individuos sea el producto de un proceso muy particular, el proceso de apropiación del que carecen los animales, así como también del proceso inverso de objetivación de sus facultades en los productos objetivos de su actividad (Leontiev, 1983, p. 133).

Este autor pone de manifiesto, entonces, que:

(...) el pensamiento lógico no puede en absoluto ser deducido de los procesos innatos del cerebro humano ni de las leyes internas que los rigen. La aptitud para el pensamiento lógico no puede ser más que el resultado de la apropiación de la lógica, producto objetivo de la práctica social de la humanidad” (p. 134).

1.2.1 La subjetividad como concepto. Ya se ha mencionado que definir a la subjetividad representa un esfuerzo muy complejo y se corren muchos peligros al hablar de ella, como cosificarla, reificarla o incluso desdeñarla como objeto de estudio o como componente innegable en el proceso de investigación.

Existen diversos teóricos latinoamericanos que se han acercado a la reflexión y la definición de la actividad subjetiva humana, principalmente partiendo de ideas constructivistas, fenomenológicas y de la complejidad es que ciertos autores latinos han intentado dar cuenta de la importancia de la subjetividad como parte constituyente del sujeto.

Uno de ellos es Enzo del Búfalo (1991) que al pensar sobre las implicaciones de la subjetividad en la experiencia psíquica de los individuos hace una inicial distinción; la subjetividad se origina en la inteligencia, pero después se aparta de ella.

Desde este momento del análisis que Enzo del Búfalo realiza es puntual al hacer una distinción, la sensibilidad corporal y la subjetividad no son la misma cosa, incluso se encuentran en niveles diferentes.

Desde su razonamiento, la sensibilidad corporal implica la entrada de estímulos por medio del sistema nervioso que requieren de una respuesta, dicha respuesta puede estar pre programada, como es el caso de algunos comportamientos básicos en los animales, y la cuestión importante en estas respuestas es que carecen de conocimiento.

Por supuesto los animales aprenden, no sólo responden de manera automatizada ante los estímulos del entorno, el aprendizaje de los animales es algo que no se pone en tela de juicio, sin embargo, para este autor la diferencia entre la inteligencia animal y humana se expresaría en la capacidad de “saber” de los humanos. Mientras los animales hacen uso de la inteligencia para seleccionar la respuesta adecuada de todas las aprendidas para cada estímulo recibido, la inteligencia humana serviría para aprender conocimiento, no sólo respuestas.

Hasta este respecto Enzo del Búfalo hace referencia a una parte o característica cognitiva de la subjetividad, aunque no se olvida del todo de la parte social que ayuda a configurarla. A este respecto afirma:

La subjetividad strictu sensu nace como algo diferenciado de la simple sensibilidad corporal; es, en principio externa al cuerpo, y se impone en contra de su programación biológica a la cual desplaza parcialmente. Emerge como orden social de la producción inconsciente que los cuerpos realizan bajo el empuje pulsional. El orden social es un sistema de codificación que se yuxtapone a la programación genética de los cuerpos y termina modificándola (1991, p. 27).

De acuerdo al autor, la subjetividad es en principio externa al sujeto, es decir, precede al sujeto debido a su naturaleza social, para después formar parte constitutiva del sujeto, ya de manera interna.

Se entiende entonces que el orden social al que se refiere el autor se trata del contexto socio-cultural, como es denominado en otros casos. Mientras que la parte individual de la subjetividad se refiere a ese componente cognitivo.

Es de esta manera que el orden social, que Enzo del Búfalo define como un sistema de codificación, se yuxtapone a la programación genética y se impone ante ella, en este punto el autor estaría de acuerdo con muchos otros autores de corte socio-cultural, el contexto social y cultural desplazan a la programación genética en parte y define con ello la constitución del sujeto.

Por otro lado, encontramos la visión de Najmanovich (2005) quien, con ideas basadas en la teoría de la Complejidad, habla de la intrincada relación en bucle que existe entre el sujeto y el mundo que le rodea. En afinidad con el corte de ideas que hemos estado presentando, la autora destaca la importancia del mundo social en el que el sujeto se desarrolla como individuo. El sujeto y el medio se encuentran con constante ajuste uno del otro, tanto las modificaciones en el medio social como en el componente subjetivo de los sujetos son configuradas e integradas por ambos. Un aspecto relevante a mencionar del trabajo de Najmanovich sobre las subjetividades es el poner sobre la mesa las nuevas formas de subjetividad que se desarrollan desde que los avances tecnológicos marcan nuevas maneras de socialización, nuevos escenarios como las redes sociales demarcan nuevas formas de ajustarse subjetivamente a los diferentes sentidos y significaciones que son compartidos por estos medios, cosa por demás interesante y que comienza a estudiarse profusamente.

Una de las propuestas teóricas latinoamericanas sobre la subjetividad es la que propone el psicólogo cubano González Rey (2002, 2007). Fundamentado principalmente en ideas provenientes de la psicología rusa, ofrece una visión particular para pensar sobre la actividad subjetiva enmarcada en su contexto socio-cultural. La propuesta de González Rey resulta muy interesante para los objetivos de este trabajo, puesto que ayuda a comprender al sujeto tanto en su dimensión social como individual y su relación con los otros y el mundo que es lo que ayudará a configurar sus características subjetivas. Además, introduce la comprensión de la subjetividad en una dimensión social, resulta ser un concepto interesante puesto que pretendemos estudiar los componentes subjetivos, no sólo individuales sino los compartidos también, que acompañan el hecho de la coexistencia de diferentes sistemas de curación en una misma comunidad.

1.2.2 La noción de sentido de González Rey. Dentro del estudio de la subjetividad mucho se habla de lo que la compone, de dónde se expresa, de lo que implica y, también, lo que no es, pero son realmente pocas las definiciones que se hacen de ella, refiriéndonos a enunciados que traten de encerrar la esencia total de lo que se pretende definir. Una de esas raras definiciones de subjetividad es la que ofrece González Rey, que en este caso nos ayudaremos de ella para poder entender a la subjetividad y hablar de ella de modo que nos permita entender la manera de acercarnos a estudiar las implicaciones que trae consigo la coexistencia de diferentes sistemas de sanación en una misma comunidad.

De acuerdo a González Rey la subjetividad se refiere al sistema que ayuda a integrar los sentidos que se originan en las diferentes áreas de la actividad humana. Aunque nos ayudaremos mucho de los pensamientos de este autor no nos adheriremos de manera puntual a sus definiciones y concepciones.

De la definición que ofrece González Rey se entiende a la actividad subjetiva como un componente integrador del sujeto, es la que ayuda a integrar y dar coherencia a los sentidos que los individuos forman de su entorno y de sus actividades.

Así pues, González Rey da a entender que la subjetividad es de naturaleza social y cultural. No se está afirmando que se interioriza un tipo o estilo de subjetividad de acuerdo al tipo de entorno socio-cultural en que se desarrollan los sujetos, hablar de ello daría mayor importancia al entorno que al propio individuo, los sujetos son sujetos en tanto que se relacionan con el entorno y el entorno con ellos.

Por tanto, nos adherimos a la idea de que la subjetividad nace de la relación entre el sujeto con los sujetos y con el entorno físico y social. Y es de esta relación que se alimenta y toma forma y donde se transforma al mismo tiempo que modifica al propio mundo social.

Ahora bien, para poder entender la definición de González Rey es necesario comprender a lo que se refiere con sentido. En un artículo reciente (2009) hace un recorrido de cómo llega a concebir la definición de lo que llama “sentido subjetivo”, inspirado en las nociones de “sentido” propuesta por Vigotsky y “sentido personal” de Leontiev.

Vigotsky se apoya del lenguaje para poder explicar al sentido, de acuerdo a él el sentido que adquiere una palabra se trata de los agregados psicológicos que aparecen en la conciencia como resultado de la palabra. Se entiende entonces un carácter “personal” del sentido, escribimos personal puesto que no es individual del todo, ya que las significaciones y los “agregados psicológicos” de los que habla Vigotsky se verán matizados por el entorno socio-cultural ya que no se encuentran ajenos a él.

Por otro lado, el significado no puede igualarse al sentido, en tanto que los significados son sociales, es decir, son compartidos por los miembros del mismo sistema social. Según Vigotsky el significado formaría sólo una parte del sentido.

De acuerdo a González Rey, en los momentos finales de la obra de Vigotsky es que éste intentaría dar cuenta de la psique como un “sistema dinámico de significados”, como se le llamaría inicialmente aunque luego Leontiev corregiría el término a “sistema dinámico de sentidos”, que trataría de la unidad de los procesos afectivos y cognitivos.

Aunque Vigotsky no abundó en sus concepciones e ideas sobre el sentido Leontiev intentó reinterpretar sus ideas (González, 2009). De acuerdo a Leontiev el sistema dinámico de sentidos se refiere a la relación dinámica del pensamiento, el comportamiento y la personalidad. De esta manera conserva la visión cognitivo-afectiva del sentido. Sin embargo, al proponer lo que denominó “sentido personal” indica que entiende al sentido como un momento dentro de la actividad psicológica y no como parte de ella. Para Leontiev el sentido habla de la relación entre los motivos hegemónicos y los subordinados.

Al igual que Vigotsky, para Leontiev existirían diferencias claras entre el sentido y la significación, mientras el sentido representa una unidad cognitivo-afectiva, los significados son representaciones de los sentidos. Entendiéndolo de este modo, la generación de sentidos personales estaría ligada a la génesis de la personalidad, a la confirmación de uno mismo. Integrando dentro del sujeto lo externo a él (el mundo social) articulado con lo individual.

Basado en dichas premisas González Rey añade una nueva interpretación para, lo que él llama, sentido subjetivo; “... la unidad inseparable de los procesos simbólicos y las emociones en un mismo sistema, en el cual la presencia de uno de esos elementos evoca al otro, sin que sea absorbido por el otro” (González, 2003 tomado de González, 2007, p. 14).

El sentido subjetivo, de acuerdo a González Rey, al separarse de la palabra o lenguaje, se delimita en espacios simbólicamente producidos por la cultura. Entonces se trata de un sistema que está relacionado íntimamente con el entorno socio-cultural del sujeto. Ahora bien, esta actividad subjetiva, de emociones y símbolos no es algo estandarizado, es decir,

no se presenta de manera idéntica en todos los individuos que se desarrollan en el mismo entorno socio-cultural. De igual manera, la producción de métodos universales para explorar las subjetividades no da lugar debido a la naturaleza dinámica, personal y dependiente de la interacción de la actividad subjetiva.

En lo que respecta a las emociones, González describe la existencia de una autonomía de lo emocional en el sentido subjetivo, que acompaña a la mediación simbólica. Esto quiere decir que la experiencia emocional que se manifiesta en el sentido subjetivo será personal y diferente para cada individuo, mientras que la mediación simbólica no deja de ser socio-culturalmente “determinada”.

Es a esta compleja unidad, dentro de la que circulan tipos diferentes de emociones que se asocian de múltiples formas con diversos procesos simbólicos, a la que llamo sentido subjetivo. El sentido subjetivo es una síntesis de otro orden de la multiplicidad de aspectos que caracterizan la vida social, y que caracterizaron la historia de cada sujeto y espacio social concreto (González, 2007, p. 14 – 15).

Así pues, el sentido subjetivo da cuenta de lo que ha sido interiorizado en el sujeto de su entorno socio-cultural y al mismo tiempo nos da cuenta de la experiencia personal que el sujeto a construido de dicha aprehensión. Entonces, la experiencia del sentido subjetivo, que a su vez interactúa con el sentido subjetivo del resto de miembros de su contexto, es lo que modifica a la realidad social en la que se desenvuelven, y mientras dicha realidad social se modifica, influye en la construcción de nuevos sentidos subjetivos en sus miembros.

González Rey utiliza el concepto de sentido subjetivo como la base para explicar toda una teoría sobre la subjetividad, en el sentido subjetivo se integrarían el conjunto de emociones hacia los diferentes procesos y momentos de la experiencia del sujeto. Este concepto trata de encerrar la experiencia subjetiva de los individuos queriendo abarcar tanto

los aspectos individuales como socio-culturales que le acompañan en su desarrollo, el sujeto integra sus emociones e ideas sobre determinado aspecto de su vida diaria, que sin embargo están siempre enmarcados dentro de determinados parámetros de su contexto social que le ayudan a significarlos.

Lo importante de la definición de sentido del autor es que trata de integrar en un mismo componente subjetivo dos niveles, el personal y el socio-cultural. El sentido subjetivo como una producción subjetiva articula lo simbólico y lo emocional, por tanto, se convierte en una integración subjetiva, dentro y fuera del sujeto, de las expresiones de la cultura.

Entonces, regresando a la definición que el autor ofrece para subjetividad, la integración de los diferentes sentidos subjetivos es lo que se entendería por subjetividad. En este caso la subjetividad podría entenderse como una síntesis de lo socio-cultural en la historia de cada individuo.

Siguiendo la teoría de González Rey, la subjetividad estaría integrada por el conjunto de sentidos subjetivos desarrollados por el sujeto, al relacionarse los sentidos subjetivos dentro de determinada actividad del individuo se dan origen configuraciones subjetivas, que se refieren a la relación cognitivo-afectiva dada a determinado acontecimiento.

La subjetividad es pues una dimensión que se hace presente en todos los fenómenos de la cultura, de la sociedad y del hombre, por tanto, debemos pensar en ella como algo presente en todo proceso y actividad humanos.

Generalmente cuando se hace referencia a la subjetividad o a la actividad subjetiva se le entiende como algo personal, algo dentro de cada individuo que tiene que ver con la manera de significar al mundo exterior. No se le entiende como un algo compartido socialmente, en este aspecto las ideas de González Rey nos ayudan a comprender a la actividad subjetiva dentro de un marco social, al introducir la definición de la “subjetividad social”.

1.2.3 La subjetividad entendida en una dimensión social. Siguiendo las ideas que González Rey (2002) expresa, el sujeto y la sociedad se relacionan de manera dialéctica de tal forma que, al interactuar se influyen mutuamente y, así como los aspectos sociales intervienen en la formación de la subjetividad humana, dicha subjetividad repercute dinámicamente en lo social, la formación individual de la subjetividad no puede separarse del aspecto social que implica; esto quiere decir que existe una relación innegable entre dicha subjetividad y lo que González Rey denomina subjetividad social, por lo que menciona:

De lo que se trata es de comprender que la subjetividad no es algo que aparece sólo en el plano individual, sino que la propia cultura en la cual se constituye el sujeto individual, y de la cual es también constituyente, representa un sistema subjetivo generador de subjetividad (2002, p. 69).

Lo social y lo individual son parte de una misma realidad dialéctica, son ambos, procesos en constante contradicción que se complementan y por ello, no pueden analizarse separadamente, puesto que no son excluyentes uno del otro, sino por el contrario, son partes integrales de la realidad tanto individual como sociocultural del individuo y la sociedad. Al respecto nos dice Martín Baró:

La identidad personal es al mismo tiempo producto de la sociedad y producto de la acción del propio individuo. A esta consecuencia se llega como resultado de comprender a la persona humana como un ser de historia: la identidad personal se forma en la confluencia de una serie de fuerzas sociales que operan sobre el individuo y frente a las cuales el individuo actúa y se hace a sí mismo. Al actuar el individuo genera una realidad y la conoce como tal, pero a su vez la acción misma es hecha posible por las fuerzas sociales que se actualizan en el individuo (citado en González, 2002, p. 177).

El concepto de subjetividad social acuñado por González surgió con la intención de romper con la arraigada idea de que la subjetividad es un fenómeno exclusivamente individual; desde este punto de vista, los procesos sociales dejan de ser lo "objetivo" y externo frente a lo subjetivo individual, y se convierten en procesos del sistema complejo que es la subjetividad social, de la cual el individuo forma parte. Acerca de esta relación entre lo subjetivo individual y la subjetividad social, González (2002) menciona lo siguiente:

La constitución del individuo en la subjetividad social no es un proceso que siga rutas críticas universales, definidas de forma unilateral por las características de los espacios sociales en los cuales los individuos viven. Por el contrario, es un proceso diferenciado en el que las consecuencias para las instancias sociales y para los individuos que las forman dependen de los modos que adopten las relaciones entre lo individual y lo social en las cuales ambos aspectos tienen un carácter activo, es decir, cada uno se configura de formas muy diversas ante la acción del otro, proceso que acompaña el desarrollo social como el desarrollo individual (p.179).

Además de que:

Tenemos que tener presente en todo momento que la condición de sujeto individual es definible sólo dentro del tejido social en que el hombre vive, en el que los procesos de subjetividad individual son un momento de la subjetividad social, momentos que se constituyen de forma recíproca sin que uno se diluya en el otro y que tienen que ser comprendidos en su dimensión procesual permanente (p.182).

Es gracias a ese desarrollo de la psicología social y a las aportaciones posteriores para el abordaje de distintos aspectos sociales, que hoy se puede hablar de que, además de la formación de una subjetividad individual, también tiene lugar la formación de una subjetividad social a la cual podemos acercarnos estudiando las subjetividades individuales

de los integrantes de una cultura en particular. Para ello es necesario proporcionar una definición de subjetividad social:

La subjetividad social es el resultado de procesos de significación y sentido que caracterizan todos los escenarios de constitución de la vida social y que delimitan y sostienen los espacios sociales en que viven los individuos, a través de la propia perpetuación de los significados y sentidos que los caracterizan dentro de los sistemas de relaciones en que actúan y se desenvuelven (González, 2002, p.181).

Esta subjetividad, resultado de procesos de significación y sentido, no es una entidad estática portadora de características universales, es decir, no es algo dado de una vez y que no sea posible modificar, sino que por el contrario esta subjetividad social es transformada constantemente como resultado de los cambios generados en la subjetividad individual de los sujetos que integran un escenario social. Así tenemos que:

(...) la acción del sujeto individual es siempre una acción socialmente producida en tanto que se expresa en un contexto de subjetividad social; por tanto, la acción del sujeto repercute en los sentidos y significaciones de la configuración subjetivo social constitutiva del espacio en que se produjo la acción, así como en las configuraciones de la subjetividad individual comprometidas con el sentido de la acción (González, 2002, p.194).

Puesto que la subjetividad social es resultado de procesos de significación y sentido, los símbolos y significados manejados dentro de un espacio social adquieren especial relevancia; podemos decir que los símbolos han reemplazado al mundo concreto en la vida cotidiana del sujeto, al doblar la realidad nos proveen de un sustituto de los objetos concretos con los cuales es más sencillo lidiar.

Es decir, los símbolos, al ser propuestas arbitrarias para representar al mundo concreto, carecen de valor mientras no exista consenso en los miembros de la sociedad para utilizarlos, es hasta entonces que adquiere valor de uso social.

Los miembros de determinada sociedad utilizan símbolos cuyo significado es conocido y aceptado al resto de los integrantes de la sociedad. Esta “legitimidad” de los símbolos y sus significados se da gracias a la interacción entre los sujetos, es mediante su uso entre los sujetos como los símbolos son adoptados y usados por la sociedad.

De esta manera los símbolos existen, sólo cuando los sujetos que interactúan entre sí comparten las interpretaciones de los símbolos, de poseer interpretaciones diferentes (como puede ocurrir cuando interactúan miembros de sociedades diferentes) los símbolos carecen de significado y utilidad. De esta manera los significados son resultado de la interacción social, nacen por medio de la interacción entre los sujetos y se transforman del mismo modo. Es por ello que los símbolos y significados varían de cultura en cultura y con el paso del tiempo.

Es cierto que la cultura posee un papel muy importante en el proceso de formación subjetiva del individuo, pero del mismo modo es importante no olvidar el papel activo del sujeto en dicho proceso, puesto que "el sujeto es un individuo consciente, intencional, actual e interactivo, condiciones permanentes de su expresión vital y social" (González, 2002, p. 210). En una visión dialéctica e integradora, es que podemos retomar la idea de la posibilidad de estudiar la subjetividad social a través de la subjetividad individual de los individuos que conforman una cultura, así como también es posible vislumbrar conocimientos acerca de otros escenarios sociales debido a las interacciones entre éstos; esto es factible en la medida en que, según González (2002):

Los espacios sociales se entrecruzan en la constitución subjetiva de cualquier comportamiento social e individual, lo que aumenta las "zonas de lectura" de las ciencias sociales sobre las formas de organización más complejas de la sociedad a las que tenemos acceso a través de su expresión indirecta como elementos constitutivos de microfenómenos sociales, como el sentido común, la escuela, la institución laboral. Las relaciones de género, las representaciones sobre salud y enfermedad, etc., así como por la expresión de éstos y muchos otros fenómenos sociales en el plano individual (p. 183).

Por otro lado, tenemos que:

En este sentido, la configuración de un espacio de subjetividad social confiere una visibilidad sobre otros, lo que posibilita un plano de construcción teórica sobre la sociedad que ha estado ausente en la psicología y en el cual aparecen construidas no sólo manifestaciones sociales específicas (...) sino también elementos de sentido y significación que pueden ser tomados como indicadores para penetrar en otras zonas del tejido social aparentemente distantes o sin relación con la estudiada (González, 2002, p.184).

Es así que resulta factible acercarse a la subjetividad social de un marco socio-cultural específico estudiando las subjetividades individuales de los sujetos integrantes de una sociedad particular y con ello entender y comprender las relaciones sociales que existen en un lugar y el manejo de símbolos y significados que poseen de manera compartida y que guían la manera de pensar y de desenvolverse de las personas dentro de una sociedad determinada. Son estos símbolos los que nos permiten conocer esas subjetividades individuales y finalmente acercarnos de manera acertada a la subjetividad social parte de la misma realidad dialéctica en la que se desarrolla el sujeto.

Considerar ambos niveles de expresión de la subjetividad nos ayudará a obtener un marco de acercamiento a la comprensión de la actividad subjetiva individual que al mismo tiempo interactúa con los sentidos del resto de los miembros de la comunidad y en dicha relación se modifican tanto los sentidos sociales como los personales.

Tomar ello en cuenta para la presente investigación es de vital importancia puesto que, por medio de un trabajo etnográfico, intentaremos explorar el registro socio-psíquico resultado de las interacciones de los miembros de la comunidad con los sistemas de curación presentes, así como con las diferentes categorías y definiciones que les acompañan para poder explicar al proceso salud-enfermedad.

1.3 Sobre la construcción identitaria

Dentro de la complejidad de la experiencia subjetiva de los sujetos, la construcción de la identidad es en la que el abordaje de este trabajo se ha centrado. Así como sucede con la subjetividad, hablar de identidad o construcción identitaria plantea problemas complejos no fáciles de sortear.

En principio debo aclarar que, en correspondencia con el discurso anterior sobre la experiencia subjetiva, me decanto hacia una concepción de construcción de la identidad. En este trabajo no he considerado a la identidad como un fenómeno estático ni la pienso como un fenómeno esencialista.

Dentro de esta manera de pensar a la construcción identitaria, como un fenómeno recursivo, se pueden encontrar diferentes definiciones que abonan al terreno: Giddens (1997) entiende a la identidad como una narrativa personal que se construye reflexivamente para comprenderse a sí mismo; por otro lado Castells (2003) la define como la autodefinición del propio sujeto a través de la construcción de sentido priorizando algunos aspectos culturales encima del resto; Colhoun (en Vera y Valenzuela, 2012) entiende a la identidad como el

establecimiento de la distinción entre el yo y el otro; Jenkins (2004) se refiere a ella como la comprensión de uno mismo en distinción con quienes son los demás, y al mismo tiempo la comprensión que los otros tienen de sí y de los demás, remata afirmando que la identidad es algo negociado y siempre cambiante.

Dentro de estas definiciones hay aspectos que quiero destacar: primero, se piensa a la identidad como un fenómeno activo, recursivo y de construcción. La identidad no es pensada como una huella indeleble que permanece a lo largo del itinerario personal como algo inmutable. A través de la experiencia y los intercambios con los pares, los sujetos construyen un sentido, una narrativa o una comprensión de sí mismos. Segundo, la construcción de la identidad echa raíces en la experiencia intersocial, las interacciones con los pares en los diferentes campos en los que el sujeto se desarrolla contribuyen a la construcción de diferencias e igualdades con respecto a los otros. Esto evidencia de la importancia de la vida social en la construcción de la identidad. El tercer aspecto al que quiero hacer referencia implica a la contribución de la cultura en la construcción identitaria, no sólo como escenario en el que el sujeto se desarrolla sino como sistema definitorio de estilos de vida, pensamiento, etc.

Para abordar mejor el asunto de la cultura me remitiré a los trabajos de Giménez (1994, 2004) sobre la identidad y la relación que mantiene con la cultura. Giménez afirma que: “(...) las identidades sólo pueden formarse a partir de las diferentes culturas y subculturas a las que pertenece o en las que participa” (2004, p. 18). En este sentido la participación de la cultura adquiere un papel protagonista.

Para comprender mejor a lo que Giménez entiende por cultura es necesario remitirse a las ideas de Geertz (1987), que asume a la cultura como una “telaraña de significados” en la que los sujetos ayudan a tejer nuevas hebras y a complejizar el diseño. Según las ideas de

Geertz, no todos los “significados” de esta telaraña son culturales, lo serán aquellos cuya interpretación es compartida por cierto número de personas como resultado de tener vidas “similares”.

Así que, entendiendo el proceso de manera similar a lo que se propone desde el construccionismo, los significados culturales son asimilados, apropiados, interiorizados por los sujetos para construir estructuras mentales, entiéndanse representaciones sociales, formas interiorizadas de la cultura, sentidos (guardando las debidas distancias y diferencias entre estas nociones), que abonan en la construcción de la identidad de los sujetos cuando la entendemos como la representación que los sujetos tienen de sí mismos en relación con los demás.

En este sentido, la identidad se negocia en el juego entre lo similar y lo diferente. Lo similar, social y culturalmente interiorizado a través de la vida intersocial; mientras que lo diferente hace referencia a lo individualmente único. Ahora bien, aquello socialmente compartido, lo que define la similaridad, viene acompañado de la pertenencia: pertenezco a cierto grupo o colectivo en tanto soy similar al resto de sujetos que lo componen. No idéntico al resto, el sujeto se encuentra sumergido en la tensión entre ser similar para pertenecer, pero ser diferente y mantenerse siendo él mismo. Esto está relacionado con el hecho de que el sujeto pertenece a diferentes colectivos al mismo tiempo, se relaciona con diferentes círculos de distintas maneras y hay lazos físicos o simbólicos que lo ligan a distintos colectivos, tales como la nacionalidad, la religión, las afiliaciones académicas, las afiliaciones teóricas, la filiación familiar, practicar algún deporte, arte o pasatiempo, etc. Giménez (2004) señala 5 aspectos por los que las personas se identifican y distinguen de los demás: atributos “caracteriológicos”; por el estilo de vida reflejado en los hábitos de consumo; por su red

personal de relaciones íntimas; por el conjunto de objetos entrañables que poseen; y por su biografía única e incanjeable.

Esta idea de la identidad construida en lo social y cultural resulta especialmente interesante para comprender los procesos de las mujeres que me han servido de informantes en este trabajo. Mientras que resulta evidente para el resto de nosotros -no pertenecientes a la comunidad, ajenos, extranjeros- categorizarlas dentro del colectivo zoque de Chiapas, se vuelve necesario averiguar cómo ellas experimentan dicha pertenencia, si es que lo hacen y más aún: 1. Cómo ayuda la medicina local, como parte de la “telaraña de significados” zokes, para definir lo similar y lo diferente dentro de la comunidad; y 2. Qué papel ha desempeñado la medicina alópata para re-definir lo similar y lo diferente cuando mis informantes han comenzado a interactuar con ella.

Por supuesto que la construcción de la identidad es un fenómeno muchísimo más complejo y que plantearlo en términos de lo similar y lo diferente con los otros podría derivar en una concepción simplista de ella, peligro en el que no quiero caer. Sin embargo, atenerme a destacar el proceso de construcción identitaria a través de los juegos y las tensiones entre lo similar y lo diferente, entre la pertenencia y la no pertenencia, entre el ser y el no ser, pueda aportar algo de luz a la cuestión y pueda, quizá, simplificar un poco el trabajo con una noción tan compleja y coyuntural como lo es la identidad.

Incluso cuando planteo el peligro de adoptar una postura simplista debe reconocerse la complejidad que representa el trabajar a la identidad desde la diferenciación, ya que implica toda una serie de procesos complejos en sí mismos, como Giménez (2004) destaca, la negociación entre la autoafirmación y la asignación identitaria. Una cuestión que sobresale al trabajar a la identidad desde la diferenciación y la similitud está atravesada por la interacción con los otros y se manifiesta en el reconocimiento y la lucha por el

reconocimiento como un elemento de diferenciación, así que, de acuerdo con esto, la identidad estaría definida, al menos en parte, por los otros. Justo a esto se refiere la negociación que señala Giménez; la articulación que debe hacer el sujeto de la mirada sobre sí mismo y, al mismo tiempo, la mirada que los otros tienen de él.

En este sentido, es posible hablar de la identidad adoptando diferentes perspectivas; una de ellas, desde el sujeto, tendría que ver con la idea que el sujeto tiene de sí mismo y de quiénes son los otros. En esta perspectiva la identificación de similitudes y diferencias resulta esencial para poder comprender las relaciones con los otros dentro del mismo colectivo, dice Giménez (2004): “Cuando creemos encontrar semejanzas entre las personas, inferimos que comparten una misma identidad distinguible de la de otras personas que no nos parecen similares” (p. 22). Aquí cabe la segunda perspectiva desde la que es posible abordar al fenómeno de la identidad: lo concerniente a lo colectivo. Haciendo una anotación, que el mismo Giménez señala, “(...) la identidad se predica en sentido propio de los sujetos individuales dotados de conciencia y psicología propia (...)” (2004, p. 22). Es decir, la identidad se trata de un proceso subjetivo de autoafirmación y autoidentificación en el que el sujeto define sus diferencias respecto de otros sujetos. La autoidentificación se refiere, entonces, a la asignación propia de atributos culturales valorizados en su contexto social y temporal. Pero en este proceso cobran especial relevancia las relaciones interpersonales del sujeto con los otros, ya que la mencionada autoafirmación del sujeto debe ser reconocida por los demás sujetos con quienes interactúa.

Así que podemos considerar a la “identidad colectiva” como esa parte cualitativa en la que se sostienen las relaciones interpersonales de los miembros de cierto contexto. En la que son compartidas características que los ayudan a identificarse como seres con aspectos similares, aunque como sujetos con itinerarios diferenciados y singulares. A este respecto, la

“identidad colectiva” apuntaría a la pertenencia a ciertos grupos o categorías, algunos de los cuales ya he mencionado, mientras que esta pertenencia social implica compartir modelos culturales, aunque sea en parte.

Este punto resulta medular para tratar de entender cómo las relaciones de algunas mujeres zoques con modelos culturales ajenos, o recientemente incorporados (entiéndase a la medicina alópata), trastocan o contribuyen de alguna manera a la construcción identitaria no sólo desde la individualidad, sino como miembros del colectivo zoque en donde el entendimiento de los estados de salud y enfermedad funcionan como parte del entramado cultural que ayuda a la cohesión y a la conformación de un colectivo.

2. La formación del sistema de curación académico mexicano

El progreso de la medicina nos depara el fin de aquella época liberal en la que hombre aun podía morir de lo que quería.

Stanislaw Jerzy Lec

En el mundo natural los seres vivos desarrollan mecanismos que les ayudarán a asegurar su existencia en el planeta frente a posibles agentes extintores. Mientras los animales han perfeccionado dientes, garras, etc., el humano ha desarrollado habilidades cognitivas y sociales para adaptarse al medio.

Esta capacidad de adaptación no ha sido igualada por otro ser viviente del planeta, y la característica distintiva de la adaptación humana -a través del desarrollo de su propia civilización- es la capacidad de modificar al mundo que le rodea, adaptar, construir y eliminar elementos del entorno que le signifiquen una amenaza con el fin de seguir existiendo. Sigerist (1946) lo expresa de la siguiente forma:

La civilización empezó cuando el hombre descubrió el uso del fuego, aprendió a cortar algunos instrumentos de piedra y a usar las pieles de los animales para protegerse del frío. En la cueva, que ahora tenía alumbrada con el fuego, pintó con ocre algunas veces la silueta de los animales que fueron objeto de sus cacerías; el venado, el bisonte y hasta el mamut. ¿Era para aplacar los espíritus de los animales muertos, para encantarlos o sólo por juego? ¡Quién sabe! (p. 15).

La esencia social del humano le ha permitido valerse de las relaciones y constructos sociales para interactuar con el mundo concreto. Y es precisamente la articulación del conocimiento del mundo concreto con las habilidades sociales lo que le ha permitido desarrollar técnicas de cultivo de plantas, árboles y animales, ha desarrollado herramientas que le facilitaron la obtención de alimentos, la construcción de casas, ha puesto todo lo que

ha aprendido y descubierto del mundo y la manera de modificarlo primero en palabras habladas y luego en libros y manuales, y entre tantas cosas que el humano ha desarrollado para asegurar su existencia en el planeta está el control de las enfermedades. Hoy en día la medicina representa el fruto de uno de los mayores esfuerzos colectivos humanos por asegurar la mayor permanencia de la especie y los sujetos en el mundo y que dicha existencia sea lo más placentera posible.

Es común que en los entornos urbanos se piense a la medicina alópata como la única alternativa, o al menos la legítima, para atender las enfermedades. Aunque como todo producto humano, puede ser pensada como una construcción social particular para satisfacer determinadas necesidades del hombre.

De este modo, no es posible hablar de una sola medicina, las estrategias para atender las enfermedades son tan diversas y parten de entendimientos tan diferentes de las enfermedades, que se hace necesario comprender en qué contextos se han desarrollado los diferentes sistemas de curación.

En este capítulo intento dar un esbozo del proceso de formación del sistema alópata de curación mexicano. Exploro cómo tomó forma la llamada “medicina científica” en el México del siglo XIX, para finalizar con el proceso histórico de formación del sistema sanitario institucionalizado más importante del país.

2. 1 La institucionalización de la medicina alópata en México

Si nos remontáramos a la constitución del sistema hospitalario en la Nueva España encontraríamos que inicialmente se manejaba bajo las bases de la caridad y beneficio de los pobres y necesitados, tratando de acercarse a los ideales que La Utopía de Tomás Moro enseñaba. Sin embargo, para finales del siglo XVII y principios del siglo XVIII la idea de

caridad y beneficio se fue transformando por ideales de eficiencia y pago, más apegados a la “ciencia médica”, sobre todo basados en modelos europeos.

Un hecho que sentó las bases para la construcción de la medicina académica mexicana fue la construcción de escuelas de enseñanza de la medicina europea, la Escuela Anexa de Anatomía y Cirugía del Hospital Real de San José y la Real Escuela de Cirugía.

La influencia de la medicina española sobre la constitución de la medicina científica mexicana fue notable, durante el periodo Colonial, la Corona regulaba la entrada de textos científicos, productos y el comercio que entraba a la Nueva España, definiendo con ello el tipo de ciencia, los productos y la herbolaría al que se apegarían quienes practicaban la medicina.

López (2004) da una amplia y muy interesante visión de la constitución, durante el siglo XIX, de la llamada medicina científica en México o también conocida como la medicina académica mexicana, nos basaremos en el esbozo histórico que hace López aunque no ahondaremos en una descripción detallada y exhaustiva de la construcción de la medicina académica en México, dado el interés de nuestro trabajo nos limitaremos a mencionar los hechos relevantes que dieron lugar al nacimiento de este sistema de curación y, en la medida de lo posible, se describirá cómo se relacionó con los sistemas de curación diferentes a él, como es el caso de los sistemas de curación indígenas.

De acuerdo con la autora, el año de 1833 fue fundamental para el establecimiento de la medicina académica. Gómez Farias ocupaba entonces la silla presidencial y las reformas educativas de su gobierno dieron importancia a la estructuración del saber médico y su enseñanza. Se unieron la enseñanza de la medicina y la cirugía en el Establecimiento de Ciencias Médicas. Sin dudas esto marcó el inicio de la hegemonía del sistema de curación

académico gracias al cierto respaldo del Estado con el que contó. Aunque, en palabras de López:

La medicina no contaba con una aceptación de toda la sociedad, particularmente de la élite, ni con una capacidad de cobertura, para atender a toda la población. De tal suerte que ni la universidad, ni las agrupaciones médicas científicas pudieron establecer un monopolio médico frente al trabajo de los sanadores populares que atendían a la población rural que representaba la mayoría (2004, p. 39).

Si bien es cierto que dada la limitada cobertura del sistema de curación académico los sistemas locales de curación, entiéndase a la llamada “medicina tradicional indígena”, no disminuyó en popularidad, el hecho de contar con el respaldo del Estado para su enseñanza marcó de manera definitiva el carácter de medicina oficial y legítima al sistema de curación académico que comenzaba a gestarse.

Las intenciones de constituir una medicina hegemónica incluían las pretensiones de excluir cualquier tipo de saber diferente al del pensamiento científico médico, que, en este caso, dada la influencia de los modelos europeos, especialmente el francés, respondía a una ciencia positivista guiada por la razón.

Así pues, institucionalizar los saberes médicos científicos por medio de la academia respondía a los intereses de conseguir el privilegio y el control de la práctica de la curación.

Durante la segunda mitad del siglo XIX los científicos mexicanos estuvieron influenciados por las corrientes positivistas y pragmáticas de la ciencia, no sólo la ciencia médica, sino en todos los campos de conocimiento científico. Y por primera vez el gobierno mexicano empleó al conocimiento científico para dar forma a la estrategia de administración en las esferas políticas, económicas y sociales.

Los principios higienistas marcaron un nuevo ordenamiento del espacio urbano e implicó la reeducación de la población hacia nuevas pautas de comportamiento sobre la higiene personal y del espacio, que eran consideradas necesarias para preservar los estados de salud.

El estado encontró en los conocimientos científicos una manera de dar solución a los problemas que impedían el avance del país hacia un rumbo de progreso y desarrollo. Así, por ejemplo, en la segunda mitad del siglo XIX la Escuela de Medicina y la Academia Nacional de Medicina desarrollaron conocimientos para tratar de dar respuesta y solución a las altas tasas de mortalidad en el país.

Esta relación Estado-ciencia respondía y reforzaba a la percepción pragmática de la ciencia positivista, no se trataba de mejorar la salud de la población o alargar los años de vida para proveer a los individuos de bienestar y mejorar la calidad de vida, más bien se esperaba mejorar la mano de obra y contar con más número de individuos que aseguraran el camino del país al progreso.

Los principios de la Higiene fueron unos de los primeros en adoptarse por la administración pública para reorganizar los hábitos de las personas hacia su propio cuerpo y la reorganización de los espacios públicos como calles y edificios. Así pues, la higiene fue la encargada de imponer una nueva moral basada en tres principios clave: la moralidad, la limpieza y la represión de los instintos del cuerpo en nombre de la productividad.

Se dio, entonces, lo que López llama el cuerpo humano como metáfora del cuerpo social:

El cuerpo social debía homologarse con el cuerpo físico de los individuos. Por lo que el cuidado de la salud, la promoción de la higiene, las medidas profilácticas, como la vacunación y las reformas sanitarias, debían ser entendidas en un escenario

social más amplio, en el que se gestarían reformas sociales inspiradas en el proyecto modernizador en el que presumiblemente, México equipararía un desarrollo económico al de los países europeos (2004, p. 53).

Es entonces donde se fortalece la relación específicamente hablando del sistema médico académico con el Estado, pues el establecimiento de hospitales pretendía dar cobertura general a la población para que accediera a los servicios del sistema de curación académico y al mismo tiempo permitía la práctica y refinamiento de la habilidades de los estudiantes de medicina. Además, ello significó un hecho relevante, que López señala, la salud pasó de ser un problema individual a ser un problema federal.

Para 1841 se forma el Consejo Superior de Salubridad, quien se encargaba de dar impulso a las reformas higienistas en el país. Este mismo Consejo propuso la creación de médicos de distrito para distribuir los médicos y con ello alcanzar mayor número de cobertura médica. Sin embargo, hasta ese entonces seguía presente cierta dependencia de los sistemas de curación locales ya que el número de médicos titulados era bastante reducido.

De manera similar a como ocurría en la época de la Colonia, el sistema de curación académico se veía en la necesidad de apoyarse en los sistemas de curación locales para dar cobertura y poder solucionar los problemas de salud en toda la población, aunque de nuevo ello no implicaba un reconocimiento a los saberes locales de curación y mucho menos implicaba que se le diera un lugar legítimo dentro de los sistemas institucionales.

Para 1872 el Consejo Superior de Salubridad reorganiza sus actividades y se enfatiza más su relación con el estado y se restringe a supervisar los asuntos de la salud pública, dejando la enseñanza y la certificación de médicos a las diferentes escuelas existentes y que para entonces luchaban por ser reconocidas como “la medicina científica”.

Aunque hasta el momento se ha hablado del sistema de curación académico como si hubiese sido un sistema único y homogeneizado, ello dista de ser real. El reconocimiento del estado hacia alguna de las medicinas que se hacían llamar científicas no fue asunto sencillo puesto que no existía una única medicina científica durante el siglo XIX en México. Diversos grupos académicos se formaron y transformaron con matices diferentes sobre su entendimiento sobre el cuerpo humano, el proceso salud-enfermedad y diferentes estilos de procedimientos curativos.

La medicina higienista impulsó el desarrollo de la medicina científica y estrechó los lazos entre el Estado y la medicina académica, produjo maneras de convertir a la salud individual en materia del estado y centró al cuerpo como objeto de estudio. La enfermedad, por su parte, fue definida como consecuencia de prácticas no higiénicas o la transgresión de las reglas de la higiene.

Para expandir los principios higienistas a toda la población mexicana, durante el gobierno de Porfirio Díaz se crearon y difundieron las cartillas de higiene a manera de educar a la población y al mismo tiempo regular sus conductas higiénicas.

Para la medicina higienista existía una relación estrecha entre el cuerpo y el medio ambiente, en el que ambos se relacionaban y la pérdida de equilibrio en dicha relación desembocaba en estados de enfermedad. Es decir, se consideraba que los cambios atmosféricos, por ejemplo, incidían en los estados de salud del cuerpo originando determinadas enfermedades.

Habiéndose establecido la relación entre el Estado y la medicina higienista, expresada principalmente por medio de la creación de políticas de salud, algunos grupos buscaron que sus conocimientos, definiciones y procedimientos curativos fuesen reconocidos por el Estado

y con ello lograr la hegemonía de su medicina. Entre estos grupos se encuentran los Alópatas, los Dosimétricos y los Homeópatas.

No abundaremos en los orígenes y postulados de cada una de estas medicinas, nos limitaremos a describir las diferencias entre ellas y la manera en que dio origen al sistema curativo académico que actualmente conocemos. Sin embargo, se puede encontrar una explicación detallada de cada una de dichas medicinas en la obra de López (2004), en la cual nos hemos basado.

La medicina alópata, también llamada medicina racional, fue la rama más apegada a los ideales científicos predominantes durante el siglo XIX, haciendo uso primordialmente de la observación y la experimentación para producir y legitimar sus conocimientos. Basada en la fisiología, los médicos alópatas consideraban a la enfermedad como el producto de la alteración de la materia (órganos y elementos anatómicos), la enfermedad misma podía ser de dos tipos; dinámica y orgánica, dependiendo de la severidad del daño. Para poder entender el tipo de enfermedad y su avance los médicos alópatas hicieron uso del estudio de la Anatomía Normal y la Anatomía Patológica, para conocer tanto el estado normal de cuerpo humano como sus alteraciones.

Por su parte los médicos dosimétricos también encontraron en el cuerpo humano el centro de sus esfuerzos para entender a la enfermedad y desarrollar procedimientos curativos. Para los médicos practicantes de esta rama de la llamada medicina científica el organismo humano constaba de dos componentes: el cuerpo y la vida. La enfermedad era considerada como la disminución notable de la vitalidad y se presentaba en dos periodos, el periodo dinámico y el periodo orgánico. Para ellos la dosimetría veía sus límites de acción dentro del periodo dinámico de la enfermedad, donde aún sería posible controlarla. Los procedimientos de los médicos dosimétricos tenían como objetivo principal atacar los síntomas de la

enfermedad y para ello administraban los medicamentos en pequeñas dosis hasta encontrar la dosis adecuada para el cuerpo y la enfermedad de la persona que la padecía. En grandes rasgos el estilo de medicar era la principal diferencia entre los médicos dosimétricos y los alópatas.

Por otro lado, estaban los médicos homeópatas, que son considerados dentro de la medicina institucionalizada gracias a los esfuerzos del Dr. Julián González, que en 1868 logró fundar el Instituto Homeopático y siguiendo esta corriente otros médicos homeopáticos fundarían escuelas y revistas. Para los médicos homeópatas el cuerpo humano tenía tres componentes: materia, alma y vitalidad. La enfermedad era considerada una “aberración dinámica que experimenta la vida espiritual en su modo de sentir y obrar”. El caso de los médicos homeopáticos era especial, ya que eran fuertemente criticados tanto por los círculos alópatas como por los dosimétricos y eran calificados de mantenerse lejos de las prácticas y conocimientos científicos.

La relación entre estos tres tipos de medicina institucionalizados a menudo no era cordial, aunque si bien es cierto existían puntos comunes a los tres; por ejemplo todos ponían atención en los síntomas que presentaba la enfermedad y se planteaban como objetivo erradicarlos, siendo ello considerado como reestablecer el estado de salud en el paciente. Además de que las 3 centraron sus esfuerzos para conocer y entender las funciones fisiológicas y anatómicas del cuerpo humano y veían en la administración de medicamentos la vía para regresar al cuerpo a su estado de equilibrio.

Aun así, los médicos alópatas fueron inflexibles en encontrar puntos de encuentro con el resto de círculos médicos y buscaron apoyarse siempre en las concepciones de la ciencia positivista, criticando, y descartando muchas veces, las prácticas curativas de dosimétricos y homeópatas. Cada una de las medicinas académicas dirigió sus esfuerzos en imponer sus

conceptos sobre el cuerpo, la enfermedad, la salud y sus prácticas curativas como oficiales y hegemónicas. Hacían uso de sus publicaciones para desacreditar cualquier saber o práctica distinta y al mismo tiempo validar los propios.

Sin embargo, quienes encontraron respaldo en el Estado fueron los médicos alópatas, por encima del resto de las orientaciones, aunque ninguna de ellas se encontraba en condiciones de considerarse una medicina hegemónica. La Academia Nacional de Medicina de México fue la única institución reconocida por el estado como órgano consultivo en materia de salud.

Ahora bien, aunque la medicina alópata logró conseguir el apoyo del estado y ser reconocida como “la medicina oficial”, se vio con grandes dificultades para dar solución y atender los problemas de salud de todos los pobladores, tal como ocurrió durante el periodo de la colonia, los médicos académicos encontraban una enorme competencia por parte de los curadores de distintos cuños, entre ellos los curanderos, yerbateros y parteras.

Pese a ello la medicina académica, representada por los médicos alópatas en su mayoría, consiguió su institucionalización gracias a la creación del Consejo Superior de Salubridad, la reorganización de los hospitales de beneficencia y la creación del Instituto Médico Nacional en 1888.

Aunque es verdad que la relación entre los médicos académicos y los curadores de otros saberes no implica la cooperación; la medicina académica se interesó por aprehender los beneficios de la botánica mexicana, imitando con ello a la medicina española y, como bien señala López, consistió en uno de los esfuerzos por construir una medicina con identidad mexicana luego de la independencia. Por ejemplo, en 1867 la Ley orgánica de Instrucción Pública incluyó una serie de cátedras como obligatorias para las carreras de Medicina y Farmacia, entre dichas cátedras se encontraba Botánica Aplicada que incluía la Geografía de

las plantas medicinales mexicanas; también la Historia de las drogas que tenía una especialidad en las drogas indígenas.

A pesar de interesarse por las propiedades curativas de las plantas y promover su enseñanza en los programas académicos de Medicina y Farmacia, así como su uso terapéutico, al mismo tiempo atacaban su uso por curanderos o sanadores no académicos, que carecían de instrucción científica. Las altas tasas de muerte eran adjudicadas a la ignorancia de los curadores empíricos mientras que las muertes en manos de médicos eran consideradas como consecuencias inevitables de las limitaciones de la ciencia.

2.2 Creación de los Sistemas de Seguridad Social Mexicanos

Para finales del siglo XIX el estado mantenía mayor control sobre la salud de la población gracias a la aplicación de políticas públicas en el manejo y construcción de hospitales, sin embargo, no existía en el panorama ningún programa que contemplara la seguridad social de los trabajadores. Lo más cercano a ello fue el sostenimiento de la Escuela de Ciegos de la que el estado se hizo cargo durante el mandato del presidente Benito Juárez.

A inicios del siglo XX, se crearon leyes en el Estado de México (1904) y Nuevo León (1906) que reconocían la obligación de los patrones en la asistencia de salud de sus empleados, al menos en las enfermedades que se relacionaban al trabajo. Después de ello existieron otros esfuerzos por garantizar el acceso a la salud de los trabajadores y otros derechos de seguridad social, esfuerzos como los de Francisco I. Madero (1911) y las fuerzas revolucionarias por medio del Plan de Guadalupe (1913).

Fue hasta 1917 que la Constitución Pública reconoce la responsabilidad de los patrones en los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Además de que señalaba obligatoria la necesidad de observar preceptos legales sobre higiene y seguridad. En 1925 se crea la Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro, que extendía los beneficios de

la seguridad social a los trabajadores del Estado y con ello garantizar el acceso a esos servicios a mayor cantidad de población, sobre todo a las partes desprotegidas de ella. Este mismo año, nace la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, que años después se convertiría en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Aunque las leyes estaban ya caracterizadas y habían sido incluidas como parte de la Constitución de 1917, no fue sino hasta 1940 que comenzaron a considerarse como una realidad para la población que debía verse beneficiada. En su discurso de toma de posesión, el presidente Manuel Ávila Camacho habló de la necesidad de hacer efectivas las leyes de Seguridad Social de los trabajadores y prometió ejercerlas. Tres años después nace el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con un gobierno tripartita compuesto, a partes iguales, de trabajadores, patrones y representantes del Gobierno Federal.

Inicialmente los servicios de salud del IMSS eran proveídos solamente a los trabajadores asegurados, sin embargo, en 1949 los beneficios se hacen extensivos a los familiares del trabajador. Ello representó una decisión importante, puesto que, aunque en sus inicios la cobertura del IMSS no era muy amplia, pretendía con ello llegar a cubrir las necesidades de salud de gran parte de la población mexicana en un futuro.

Durante la década de los cincuenta y sesenta se dio una expansión en la construcción de hospitales y centros médicos y clínicas propios del IMSS, además se adoptó una visión integral de la salud, tratando no sólo de “curar a los enfermos sino tratar que no se enfermen”. Para ello el Instituto creó otros servicios como teatros, unidades deportivas y un centro deportivo acuático en Oaxtepec, Morelos.

Para entonces, siguiendo el ejemplo de países industrializados, México tenía la visión de que por medio de programas de Seguridad Social atendería de manera eficaz las

necesidades de salud de la mayor parte de la población y fue en ésta época cuando el IMSS tuvo su mayor ampliación en cobertura y el ISSSTE nació, en 1959, para complementar los servicios y hacerlos extensivos a los trabajadores del Estado.

Con una visión integral de la salud, el IMSS trató de prestar la mayor cantidad de servicios en beneficio de la población trabajadora, incluyendo a las mujeres trabajadoras, para ello en 1973 crea las guarderías de hijos de las trabajadoras.

Habiéndose conformado como un sistema de seguridad social fortalecido y reconocido en América Latina, el Instituto crea el programa IMSS-Coplamar, en 1979, que luego se convertiría en IMSS-Solidaridad y para el año 2002 sería conocido como IMSS-Oportunidades. Este programa nacería como una respuesta a la necesidad de atención en salud de las poblaciones más desprotegidas del territorio nacional. Comenzó a prestar servicios inicialmente en 17 estados, actualmente el programa tiene presencia en todos los estados de la república y atiende a más de 10 millones de personas en estado de marginación en zonas rurales.

A partir del nacimiento de este programa se trató de descentralizar los servicios de seguridad social, que hasta ese momento estaban replegados principalmente en la capital mexicana, y hacerlo extensivo a la población rural que se convirtió en la nueva prioridad del IMSS. Para ello, durante la década de 1970, se construyeron Centros Médicos modernos en diferentes regiones rurales del país.

Luego, en 1995, la Nueva Ley del Seguro Social, entre otras reformas, extendió el régimen obligatorio a jornaleros agrícolas y guarderías para las madres trabajadoras del campo. Esto implicó un suceso importante, sobre todo para los intereses del presente trabajo. Mientras eran desarrolladas políticas públicas sobre salud y seguridad social que pretendían dar solución a las necesidades sanitarias de la mayoría de la población, era la población

urbana quienes recibían dichos beneficios y muy poca de la población rural la que tenía acceso a los servicios de salud y de seguridad social, y debían echar mano de los recursos sanitarios a su alcance, entiéndase a los sistemas de curación locales. Con la expansión del programa IMSS-Coplamar es que se da inicio a la coexistencia de ambos sistemas de curación, el académico y el local, en algunas comunidades rurales del país.

Desde su creación, en 1944, el IMSS se ha convertido en la institución de seguridad social y el sistema institucionalizado más importante del país y su población atendida ha crecido exponencialmente desde entonces:

Tabla 1. Población rural y urbana afiliada al IMSS (Fuente: elaboración propia con datos de IMSS, 2010).

Año	Derechohabientes Urbanos	Derechohabientes Rurales
1944	355 527	0
1954	1 348 200	2 389
1964	6 347 149	272 671
1974	14 306 391	259 083
1984	29 388 434	432 272
1994	36 553 822	290 201
2004	43 006 225	No disponible
2010	52 310 086	No disponible

La gran cantidad de derechohabientes registrados en el IMSS da cuenta de la enorme penetración que tuvo en los servicios de salud proveídos por el estado a la población y con

ello se entiende la importancia del Instituto como responsable de la salud en México. Las cantidades presentadas en la Tabla 1 incluyen a los trabajadores asegurados, los familiares de los trabajadores, pensionados y familiares de los pensionados.

Por su parte el programa IMSS-Oportunidades, como es conocido actualmente, es responsable de la salud de una enorme cantidad de población en zonas rurales y de marginación:

Tabla 2. Beneficiarios del programa Oportunidades (elaboración propia con datos de IMSS, 2010).

Año	Beneficiarios
2000	10 924 512
2001	10 703 833
2002	10 609 505
2003	10 499 467
2004	10 198 955
2005	10 049 350
2006	10 143 570
2007	10 037 164
2008	9 784 175
2009	9 786 794
2010	10 499 095

Como puede observarse, la cantidad de población rural, trabajadora del campo, se ha mantenido estable, esto se debe a diversos factores, como la urbanización de comunidades rurales y migración de trabajadores del campo a la ciudad o a Estados Unidos.

La construcción de clínicas, hospitales y centros médicos en zonas rurales y consideradas en estado de marginación, debe entenderse como el esfuerzo de proveer acceso al sistema de curación oficial a toda la población mexicana. Aunque el IMSS se ha expandido grandemente y ha diversificado los servicios que ofrece no ha sido suficiente para llegar a

todas las comunidades rurales, algunas de difícil acceso siguen sin contar con una clínica u hospital cercano, y aún aquellas que cuentan con ellos no poseen los materiales médicos y medicinas suficientes o apropiados para atender las necesidades de salud de las poblaciones a las que deben asistir. Sumado a ello está el limitado número de trabajadores, que para el 2008 consistía en 370 mil, entre médicos, enfermeras y trabajadores administrativos del Instituto.

Ello limita importantemente la capacidad de atención y cobertura del instituto, y se ha visto en la necesidad de aprovechar los recursos de los sistemas de curación locales para satisfacer las necesidades de la población rural. Así pues, parteras y “médicos tradicionales” son considerados como parte del personal que labora en algunos hospitales y clínicas.

3. Los sistemas locales de curación

El arte de la medicina consiste en entretener al paciente mientras la naturaleza cura la enfermedad.

Voltaire

3. 1 Medicina tradicional, popular y folk como definiciones de los sistemas locales de curación

Son diversas las denominaciones que se han hecho de los sistemas de curación locales, aquellos que generalmente no corresponden a las características de la medicina moderna académica, aunque “medicina tradicional” parece ser el nombre más popular.

Se han propuesto muchas definiciones para la llamada “medicina tradicional”, una de ellas es la de Aparicio (2006) y parece dar un ejemplo de lo que ampliamente se entiende por este tipo de sistemas de curación:

Es cultura tradicional de salud, en general, el modo de entender en los distintos pueblos la influencia del viento, de la humedad, de los conflictos sociales, de la alimentación, de la montaña, del río, de las historias narradas, etc., en la vida humana en relación con una realidad en equilibrio vista como realidad amplia y compuesta por la persona, la sociedad, lo natural, lo sobrenatural (definido en el mundo de creencias), las tradiciones y las normas. Es cultura tradicional de salud el desarrollo de modos de curar como por ejemplo la toma de té de guayaba para combatir la diarrea. Es cultura tradicional de salud el conjunto de ideas y acciones tendentes a salvaguardar la integridad de la comunidad y del grupo (p. 1).

Lo esencial de esta definición es que los sistemas de curación “tradicionales” provienen de las significaciones y pautas conductuales locales, son modos de actuar provenientes de las “tradiciones” y por ello es que son sistemas entendidos, aceptados,

demandados y efectivos principalmente en sus contextos, que por ende son consideradas “sociedades tradicionales”.

Estas denominaciones hacia los sistemas de salud distintos a la medicina académica como “medicina tradicional”, “medicina popular” o “medicina alternativa” pueden incluir, implícitamente una estimación hacia estos procedimientos como inferiores, ilegítimos o falsos.

Sin embargo, no es sólo el adjetivo de “tradicional” el utilizado para nombrar a este tipo de medicina, términos como “medicina folclórica”, “medicina folk” o “medicina popular”, son usados a menudo en un sentido peyorativo (Granados, Martínez, Morales, Ortiz, Sandoval y Zuluaga, 2005).

Menéndez (1994) menciona que muy frecuentemente a la medicina “tradicional” se le define como tal de manera a priori, por proceder de los grupos sociales que de la misma forma son considerados tradicionales. O bien, puede llamarse “tradicional” a los procedimientos que tienen como objetivo curar y que son diferentes a los de la medicina académica, considerándolos, entonces, como antagónicos u opuestos a ella. Además, reflexiona Menéndez, se considera que la medicina tradicional como tal no es modificable o es poco susceptible a sufrir modificaciones, cosa que muchos se atreverían a objetar.

Sin embargo, para el estudio de los sistemas locales de curación, debería mantenerse una mirada carente de este tipo de calificaciones, no podemos llamar “ignorancia” al desconocimiento y desuso de las clasificaciones médicas académicas, debemos hablar de patrones y concepciones culturales diferentes.

Goody (1985) hace una reflexión interesante sobre cómo hemos pasado a considerar a nuestro cambio de concepciones populares a concepciones basadas en la ciencia como avance, progreso, modernidad. Adjudicándoles un valor superior a las segundas por encima

de las primeras, lo que lleva considerar a todo lo relacionado con conocimiento popular como ignorancia, atraso, subdesarrollo; y no sólo a los conocimientos populares, sino a todo conocimiento o práctica diferente a las legítimas, o hegemónicas como en el caso de la medicina:

¿Por qué ellos son primitivos y nosotros avanzados? Intentamos establecer la naturaleza de esas diferencias en términos muy generales – el paso del mito a la historia, de la magia a la ciencia, del estatus al contrato, frío a cálido, concreto a abstracto, colectivo a individual, ritual a racional. Tal movimiento tiende inevitablemente a ser explicado no sólo en términos de proceso, sino también de progreso; en otras palabras, adquiere un contenido valorativo, es un procedimiento que tiende a distorsionar la forma en que percibimos el tipo de desarrollo que ha ocurrido (Goody, 1985, p. 13).

Es cierto que la diferencia entre la medicina alópata y la local son notorias, y también es una realidad que gracias a determinados procesos sociales, económicos y políticos la medicina alópata predominó sobre las medicinas diferentes al grado de considerarla como la medicina “legítima” por el estado y los círculos científicos, y no sólo eso, si no que se subestima al resto de procedimientos de curación:

La medicina popular y la medicina tradicional son vistas como un mal necesario que supuestamente desaparecerá al llegar la modernidad; desde esta perspectiva parece que se extinguirá en la medida en que nos tecnifiquemos con ayuda externa y cuando la reivindicación de los grupos económicamente desprotegidos permita abandonar, con justicia social, esas prácticas médicas populares que son concebidas equivocadamente como atavismo vergonzante, producto de la ignorancia a que remite el subdesarrollo (Herrero, Rodríguez, Durand, Aguirre y Lozoya , 1989, p. 68).

Lo mismo ocurre cuando se hace referencia a los sujetos sociales que participan en la curación desde los sistemas locales, términos como “salvaje” (Goody, 1985) y “chamán” (Pérez, 2004).

Por otro lado, Menéndez (1994) critica también el título de “institucional” que se ha vinculado a la medicina académica, aludiendo que dicho adjetivo resulta ser también relativo:

Todos los curadores encargados de dar respuestas técnicas a los padecimientos, estén o no organizados corporativamente, generan actividades que inevitablemente se sociologizan y culturalizan, dado que se ejercen sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino sobre todo significados subjetivos y sociales. En consecuencia, la mayoría de las actividades técnicas llevadas a cabo por curadores constituyen no sólo hechos técnicos, sino también hechos sociales más allá de que los curadores y las instituciones médicas los interpreten o no como tales (p. 72).

Eso quiere decir que, aunque algunos sistemas locales de curación no están organizados de manera institucional, como usualmente lo vemos con otro tipo de sistemas, sus conocimientos y prácticas se sociologizan y culturalizan de tal manera que quienes están en relación con estos sistemas interpretan técnica y subjetivamente sus malestares y procedimientos curativos de acuerdo a ellos.

Además, apunta el hecho de que, aunque la medicina alópata y quienes la ejercen, buscan su validez en valores científicos positivistas de objetividad y universalidad, no están exentos de valores y representaciones culturales:

(...) también la medicina alopática aparece saturada de procesos sociales e ideológicos de tipo institucional y ocupacional, así como de valores culturales e

interpretaciones ideológicas estructuradas no sólo a partir del saber médico, sino generadas en las relaciones que se establecen con los sujetos enfermos y con la comunidad (Menéndez, 1994, p. 73).

Y añade:

Suponer que la concepción de lo frío/caliente, aplicada por un curador popular en América Latina, expresa y se carga de contenidos sociales y culturales durante el acto “curativo”, y que ello no ocurre con la aplicación de una concepción bacteriológica en la interpretación de la causalidad y solución de un padecimiento infectocontagioso, es ignorar lo que hemos querido subrayar hasta ahora: el hecho de que el proceso s/e/a (salud/enfermedad/asistencia) constituye, en primer lugar, un fenómeno de tipo social desde la perspectiva de los sujeto y conjuntos sociales (p. 73).

Mientras tanto Ackernecht (1985) menciona que la creencia en la magia, hechicería y su ejecución es común a la mayoría de la humanidad, y por lo tanto ello las coloca como prácticas de curación “oficiales”, al menos en la práctica y en ciertos contextos. Por su parte Nathan (1991) afirma que los sistemas tradicionales de curación no deben ser interpretados, como lo han tratado de hacer desde la etnopsiquiatría, por el contrario, estos sistemas, que están basados en el conocimiento empírico, deben enseñarse, practicarse o refinarse, afirma.

Por tanto, a lo largo de este trabajo se considerará tanto a la medicina académica como a la medicina local como sistemas de curación diferentes. Sistemas de curación haciendo referencia al objetivo práctico con el que fueron creados: curar precisamente a las enfermedades. Además, que llamarlos sistemas de curación los coloca a la par sin legitimar o deslegitimar uno u otro tipo de sistema. Eso resulta relevante de aclarar puesto que no se

pretende exaltar determinado sistema y despreciar al otro dejando en este plano una terminología adecuada para percibir las diferencias entre ambos sistemas.

Ahora, he elegido nombrar como “sistema local de curación” a lo que comúnmente se llama “medicina tradicional”, apoyándome en la discusión de Menéndez, sobre que dicho término está ya cargado de cierta significación que lejos de favorecer estigmatiza a los procedimientos desarrollados por cada localidad.

Mientras tanto se le llamará “sistema alópata de curación” a la medicina moderna, a la que se aprende en facultades y luego se practica en hospitales, se ha elegido “alópata” para diferenciar las prácticas de esta medicina a otras que aluden a criterios científicos de validez e igualmente se encuentran institucionalizadas, como la medicina homeopática, por ejemplo.

De esta manera se trata de establecer una referencia neutral a cada una de ellas, sin sobrestimarlas o subestimarlas. Resulta importante para las implicaciones de este trabajo puesto que no se pretende atacar al sistema alópata de curación, aunque sí señalar los efectos que tiene sobre las concepciones locales cuando sus prácticas y definiciones son insertadas dentro de una comunidad que posee su propio sistema de curación local.

3.2 Diferentes definiciones de cuerpo, salud y enfermedad

Los estados de salud y enfermedad son objeto importante de las significaciones dentro de las diferentes sociedades. Resultan ser conceptos tan cotidianos para el hombre y relevantes en lo que atañe a asegurar su existencia, que son fuente de explicaciones, concepciones, definiciones, significaciones, que tienen como objetivo poder comprender dichos estados y ofrecer explicaciones que los encuadren de manera armónica con el resto de conocimientos generados por la sociedad. Al mismo tiempo, dichas explicaciones guardan estrecha relación con los procedimientos que cada sistema local de curación ha diseñado para mantener o restaurar los estados de salud o erradicar a las enfermedades.

Del mismo modo, el sistema alópata de curación propone explicaciones y definiciones que van acorde al pensamiento científico del que pretende dar cuenta, por ejemplo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud se refiere a un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente a la ausencia de enfermedades o afecciones. Incluso una definición como ésta abre la puerta a la interpretación de lo que significan conceptos como “bienestar”, ese tipo de conceptos puede tener asignaciones diferentes en cada sociedad o en un periodo de tiempo determinado.

A pesar de la existencia de pensamientos que proponen una definición universal y tratan de imponer las concepciones del sistema alópata de salud en contextos que poseen sus propias significaciones, hablar de un único sentido de salud o de enfermedad está puesto en tela de juicio, puesto que las consideraciones sobre el bienestar, armonía, equilibrio, etc., indudablemente variarán de acuerdo a las diferencias culturales.

Ya que los sistemas locales de curación tienen origen en las significaciones culturales locales, las definiciones de salud y enfermedad pueden ser distintos, hasta incompatibles, con las definiciones del sistema académico. Dentro de los sistemas locales de curación muchas veces no existe especificidad acerca de la naturaleza del problema, el padecimiento es a la vez, físico, psíquico, familiar, social y religioso.

La organización conceptual es diferente (Berenzon, Hernández y Saavedra, 2001). Estos mismos autores, estudiando a curanderos mexicanos en la Ciudad de México, encontraron que para ellos el estado de salud está determinado por el equilibrio en tres esferas: física, mental y espiritual. Es decir, para estar sano uno debe tener una relación equilibrada con el entorno natural y social, con uno mismo y con las deidades.

Si bien las definiciones de los curanderos apuntan hacia una concepción integral de los estados de salud, enfermedad y del individuo mismo, puede hacerse una distinción de las

enfermedades. Aunque estas distinciones nada tienen que ver con las clasificaciones de la medicina académica.

En el caso de los curanderos mexicanos estudiados por Berenzon y sus colaboradores, distinguen entre las enfermedades de los nervios, que se refieren a padecimientos fisiológicos que inciden en el estado de ánimo; los problemas emocionales, sentimentales o morales que están provocados por la experiencia de una emoción intensa; las enfermedades espirituales que tratan a los problemas derivados del alma, que según las creencias derivadas de tradiciones mesoamericanas, puede salir del cuerpo o ser sacada a propósito; y por último se encuentran las enfermedades provocadas por otros gracias a la envidia, el odio o los celos de otro hacia la víctima.

Incluso dentro de esta clasificación de las enfermedades puede notarse la presencia de elementos físicos, sociales, emocionales y espirituales en la manera de expresar cada una de ellas, conservando con ello la visión integradora que poseen estos curanderos.

Ahora bien, esta manera de ver al individuo como un ser conectado al mundo natural, social y espiritual tiene origen en las significaciones generadas en el contexto social donde los curanderos se han desarrollado. Es decir, no se trata de significaciones inventadas por ellos y que luego el resto de los miembros de la sociedad adoptan como propios, más bien se trata de significaciones que tienen una historia ligada a la propia historia de la sociedad que las desarrolló y por lo tanto su utilización resulta natural para los miembros de la sociedad, y que en consecuencia van en armonía con el resto de significaciones que se han desarrollado para el mundo que les rodea.

Dichas concepciones y sus prácticas derivadas no resultan inmutables, conforme se dan cambios socio-culturales se modifican también. Incluso se ven modificados de acuerdo a la historia personal de los sujetos, por ejemplo, un cambio drástico de sociedad (migración

a una gran ciudad, entre otros) implicaría la modificación de la manera de pensar y vivir a la salud y la enfermedad, ajustando las concepciones ya arraigadas con las nuevas, cosa que no necesariamente implica la pérdida total de las significaciones anteriores.

La eficacia de las prácticas locales radica en esta relación con el mundo de símbolos y significaciones, ya que están forjadas desde la cultura, son reconocidas socialmente, se encuentran en armonía con los estilos de vida propios a la sociedad local, y se articulan perfectamente con los conceptos culturales sobre el cuerpo humano y la enfermedad.

Entonces, la relación del individuo con la salud y con la enfermedad, está mediada por el conjunto de creencias, valores y signos que se ha apropiado de la cultura de la que forma parte y en la que compromete el sentido personal de su vida eligiendo lo que le es comprensible y útil y lo que le comunica emociones gratificantes.

La disparidad de conceptos entre la medicina alópata y los sistemas locales de curación no se limita sólo al tipo de prácticas o métodos que se utilizan para sanar enfermedades. Mientras el médico utiliza un discurso científico, el sanador local utiliza un discurso diferente, a menudo calificado de mágico o religioso. Ello sin lugar a dudas dificulta el diálogo entre ambos sistemas, y el diálogo entre el médico y los miembros de la sociedad a la que es enfrentado.

La utilización de significaciones y clasificaciones de enfermedades universalistas en regiones con cultura e idiosincrasia diferente pueden no resultar de gran utilidad, ya que puede provocar que las diferencias entre lo normal y lo anormal, que a menudo varía entre cada cultura, se hagan cada vez más borrosas, además de que genera problemas en el diálogo entre el paciente y el médico (Pedrique, 2002).

Levy-Bruhl (1972) lo dice en las siguientes palabras:

Ninguno, por lo que parece, se pregunta si hay algún problema psicológico por resolver, y si el malentendido entre el médico blanco y su cliente provendrá de una mutua incompreensión. El médico tiene cierta idea de la enfermedad y de la terapéutica; esta idea le parece tan natural que la supone también presente entre los indígenas. Pero en realidad éstos tienen a su respecto una muy diferente. Si el médico blanco se tomase el trabajo de examinar de cerca de qué manera interpreta el indígena los cuidados de que es objeto, no se asombrarían tanto de verse tan mal comprendido, tan poco apreciado, y aún de oír reclamar una indemnización (p. 359-360).

Además, el componente subjetivo no se limita a la persona que padece la enfermedad, la enfermedad se encuentra sujeta a las representaciones mentales o conceptos que de ellas hace quien las padece, pero también quienes las interpretan. Es decir, tanto el paciente como quien lo trata (médico, sanador, curandero) miran a la enfermedad a través de ciertas significaciones y esas significaciones provienen de determinado contexto social.

Las enfermedades, al ser uno de los objetos de significaciones colectivas más importantes, sirven como ejes de construcción de significaciones, ya que se significa no sólo a la enfermedad sino también al proceso del cual es representante. La asistencia a determinado sistema de curación, ya sea el local o el académico, va a depender de las significaciones que se han desarrollado hacia la enfermedad y a su proceso.

Para poder entender el carácter relativo de las significaciones que se generan alrededor de la enfermedad y de la propia experiencia de la enfermedad es necesario remitirse a las explicaciones que se hacen de la enfermedad. Dependiendo de la sociedad, la enfermedad puede ser originada por el mal, la desgracia, la mala suerte o enviada como

castigo divino. Ello determina en gran manera cómo se piensa a la enfermedad, cómo se la experimenta y qué debe hacerse para poder contrarrestarla.

También debe considerarse la influencia de las significaciones de tiempos anteriores, cuyos remanentes tiñen las significaciones actuales de ciertas sociedades. La concepción del cuerpo de los mexicas, por ejemplo, replicaba al universo. Estaba dividido en mitad superior y mitad inferior (cielos y tierra), el ombligo (centro del universo) y tres centros anímicos (tonalli, teyolia e ihiyotl) que representaban al pensamiento, la comunicación con los muertos y las pasiones respectivamente (Vargas, 1993). La alteración de alguno de los centros anímicos derivaba en las enfermedades y por ende la salud correspondía al equilibrio que el sujeto mantenía de los tres centros anímicos:

El hombre era simplemente un reflejo ordenado, equilibrado y estable del universo, pero a merced de fuerzas externas naturales y divinas que lo llevaban a la enfermedad, la desgracia o la muerte. El mundo era peligroso porque en cada rincón podían asechar seres sobrenaturales envidiosos de la vida humana y capaces de causar daño. La única vía que se abría para el logro de la salud y de la felicidad consistía en llevar una vida moderada, ordenada, observante del cumplimiento de las obligaciones con la sociedad y los dioses, y en la que había que buscar el contacto con lo sobrenatural, para disfrutar de su buena voluntad y de sus favores (Vargas, 1993, p. 17).

La manera de explicar a las enfermedades en el contexto de los mexicas incluso guarda semejanza con las explicaciones que se mantienen en algunos contextos sociales actualmente. La enfermedad era provocada por dioses o por hombres dotados de poderes sobrenaturales, por la conducta humana fuera de las leyes sociales, aunque también eran reconocidas las causas naturales que incidían en los estados de salud de los individuos.

Así pues, en América Latina que resulta ser una zona de cultura tan variada, es posible encontrar localidades que han generado y mantienen sus propias significaciones hacia los estados de enfermedad y los estados de salud, y generalmente estas significaciones son distintas o incompatibles con las significaciones del sistema de curación académico. Las consideraciones de enfermedad cambian según las ideas que predominan en cada época y cultura, por ejemplo, en algunas sociedades existen formas de zoofilia que son toleradas y que no se consideran como patologías, o el uso de sustancias psicotrópicas está reservado para las enfermedades.

Otra categoría relevante para poder entender las explicaciones que los sistemas de curación locales han desarrollado alrededor de los estados de salud y de enfermedad es el cuerpo humano, entender cómo se le significa dentro de una cosmovisión determinada ayudará a comprender la articulación existente en las definiciones de enfermedad y salud con la significación que se tiene hacia el mundo, el universo y la propia existencia.

Portela (2002) dice al respecto que no existe una definición de cuerpo que sea universal, cada cultura ha generado una concepción sobre el cuerpo humano que varía históricamente.

Estas concepciones se desarrollan y modifican socialmente, siendo el lenguaje el vehículo por medio del cual se lleva a cabo la transformación. Vargas y Bañol (2008) lo expresan de la siguiente manera:

El cuerpo humano es el primer instrumento del hombre, es el intermediador frente a la naturaleza. Es un cuerpo humano socializado y culturalizado, y él mismo con una historia, inseparable de la historia de la técnica, de la historia de las formas del conocimiento humano. Por tal motivo el abordaje de todas las formas del conocimiento del cuerpo humano deben estar contextualizadas en la visión del

mundo que tenga cada grupo social lo cual se hace al aproximarse a la lengua y la cultura de dichos grupos (p. 8).

Son diversas las investigaciones que tratan de acercarse a entender la concepción que distintas sociedades hacen sobre el cuerpo humano, por ejemplo entre los tzotziles de los Altos de Chiapas, la concepción dominante es que el cuerpo posee 3 componentes, dos componentes materiales (carne y hueso) y un componente no material (el espíritu). Mientras los componentes inmateriales se relacionan con lo sobrenatural, los materiales forman parte de nuestro mundo natural, y ambos (material e inmaterial) tienen una gran interrelación pues de ellos dependen el estado de salud o enfermedad de la persona (Holland, 1963).

Villaseñor (2003-2004b), estudiando la visión de hombre que tienen los huicholes en México, pudo concluir que el pueblo Huichol posee una visión holística del hombre, en el que las enfermedades no están separadas, es decir, todas las enfermedades tienen un componente físico, mental y espiritual.

Las concepciones desarrolladas sobre la salud y la enfermedad estarán relacionadas, entonces, a las concepciones vigentes del cuerpo humano. Ello no quiere decir que los encuentros con concepciones extrañas o ajenas no suceda, sin embargo, la historia de las concepciones de determinada sociedad hacia la salud, enfermedad y cuerpo, y sus transformaciones, pueden dar muestras de la historia social del grupo y su contacto con grupos culturales distintos. Vale la pena señalar un aspecto importante que debe ser tomado en cuenta al estudiar a los sistemas locales de salud; el acercamiento se realiza por medio de la lengua, es decir, es en el discurso de quien narra su experiencia de enfermedad, que las significaciones al respecto pueden ser analizadas.

Es en la narrativa que construye la persona enferma donde se mezclan modelos culturales y personales, donde es posible percibir los elementos subjetivos que dan sentido a la experiencia de enfermedad que el sujeto está viviendo (Pérez, 2005).

Por lo tanto, para poder comprender la experiencia desde el punto de vista del que la vive, el investigador deberá entrar en relación con los sujetos procurando no alterar las condiciones naturales en las que se desenvuelven (O'Connell y Layder, 1994), es precisamente este ejercicio el que intenta realizar el etnógrafo.

Eroza (1996) al respecto de las concepciones del cuerpo, salud y enfermedad entre las etnias mexicanas, añade:

Entre los grupos étnicos de México los conceptos de salud-enfermedad participan dentro de un campo de mayor amplitud, referido, no sólo a procesos mórbidos, propiamente dichos, sino a toda manifestación de infortunio que tiene lugar dentro de las diversas áreas de la existencia humana, por lo que dicha clase de eventos puede expresar alguna relación con aspectos de la vida social y con diversos fenómenos naturales que, dentro del pensamiento indígena, dan forma a una visión particular del mundo y constituyen por lo tanto, un amplio código de interpretación concerniente a las causas que dan origen a los procesos mórbidos (p. 19).

Tratar de entender al proceso salud-enfermedad desde la visión particular de los miembros de una cierta sociedad, es acercarse a las explicaciones que ofrecen del mundo, de las relaciones sociales y del componente subjetivo que se asocia a dichas significaciones de los diferentes ámbitos de la existencia.

Además de significar a las enfermedades de manera distinta, y de clasificarlas diferente, las enfermedades son atribuidas a causas diferentes de las que propone el sistema de curación académico.

Pedrique (2002) que tiene experiencia en el tratamiento con pacientes del Hospital Universitario de los Andes en Venezuela, menciona que el sesenta por ciento de los pacientes atribuyen el origen de su enfermedad a la posesión de espíritus malignos. Clarac de Briseño (2004) menciona que los campesinos de los andes consideran que la salud depende del equilibrio entre la parte superior del cuerpo y la parte inferior, equilibrio que está relacionado con el equilibrio cósmico y se logra por medio de las ofrendas al dios sol, luna, arco iris, etc.

Estos ejemplos ponen de manifiesto una clara diferencia entre la etiología de la medicina académica y la etiología que proponen las explicaciones locales. El tratamiento de la enfermedad dependerá en gran manera de la explicación que se tiene del origen de la enfermedad.

Al estudiar los sistemas locales de sanación y sus concepciones respecto de la enfermedad y la salud, se han encontrado enfermedades propias de una comunidad, enfermedades que resulta difícil ubicar dentro de las clasificaciones académicas, ya sea porque la categoría no existe, o porque puede entrar en diversas categorías.

A este respecto Villaseñor (2003-2004a) da cuenta del término “síndromes ligados a la cultura” o “síndromes culturales” para designar a las distintas formas de expresar a la enfermedad, principalmente emocional, psíquica o mental, dentro de una cultura determinada. Villaseñor describe dos características de los síndromes culturales. En primer lugar, se encuentra el hecho de que estos síndromes, originados dentro de una cultura específica, no pueden ser situados con facilidad en las categorías internacionales. En segundo lugar, estos síndromes se expresan dentro de un área cultural delimitada y parece que son exclusivos de estas zonas: además menciona que estos síndromes ameritan mayor investigación acerca de su descripción clínica, pero dado que algunos son transitorios esto se hace complicado.

No es objeto de este trabajo juzgar si los “síndromes ligados a la cultura” en realidad son síndromes, o si debería existir una categoría tal para poder designar a las enfermedades que ciertas sociedades distinguen y otras no. Sin embargo, es una muestra del esfuerzo actual por comprender a la enfermedad en su dimensión cultural y además dar cuenta de aquellas enfermedades que las clasificaciones académicas no reconocen y, por ende, no pueden tratar.

En el caso de Latino América, Villaseñor (2003-2004a) describe ciertas enfermedades locales, que se encuentran muy ligadas a significaciones culturales determinadas:

En primer lugar, se encuentran los nervios, esta enfermedad no tiene su equivalente psiquiátrico. Se expresa en consistentes lapsos en que se experimenta extrema tristeza o ansiedad y es acompañada por síntomas físicos como dolor de cabeza, dolor muscular, náuseas, insomnio, etc. Para tratarla se hacen uso de recursos no administrados por médicos como té, descanso, aislamiento y apoyo familiar.

El ataque de nervios es manifestado por síntomas característicos de la depresión, los ataques de pánico y el estrés postraumático, es decir, pueden entrar en cualquiera de estas categorías académicas, aunque no al cien por ciento, esto gracias a que se manifiesta por medio de temblores, palpitaciones, sensación de calor del pecho hasta la cabeza, desmayos y episodios parecidos a la epilepsia. Se presenta como una respuesta a condiciones de estrés extremo, como un reclamo de atención a los seres cercanos.

Una de las enfermedades que se han heredado desde la época prehispánica es el susto, este padecimiento tiene su origen en la “pérdida del alma”, en las etnias mexicanas al alma se le denomina *Tonalli*, y esto se desencadena como reacción ante un miedo intenso, los síntomas son: vómito, náuseas, fiebre, cefaleas, confusión mental, etc. El tratamiento es variado de región en región, pero si el espanto o susto no es tratado, la persona puede fallecer.

El mal de ojo es originado por la mirada penetrante de una persona que tiene envidia o enojo en contra de quien padece este mal, se manifiesta por medio de llantos, vómito, diarrea o intranquilidad.

Otro de los padecimientos más frecuentes es la brujería, que se refiere al encantamiento por medio de actos verbales y rituales con el fin de provocar malestar en alguna persona, dentro de las manifestaciones más comunes se encuentran las de tipo psicótico.

Uno de los síndromes característicos en Guatemala es el *Molem*, que se produce a raíz de un fracaso (amoroso, laboral, económico, etc.), se manifiesta por medio de diarrea, fiebre, hipersomnia, tensión, irritabilidad, etc. El *bla*, es un síndrome característico de Nicaragua y Honduras, se trata de la sensación de náuseas que nunca va acompañada por vómito, en ocasiones el término es utilizado para designar a la locura en general, Villaseñor (2003-2004a) la describe en los siguientes términos:

A menudo, la crisis es precedida de cólera y se desencadena por la "aparición" de un gigante cabalgando en una montura negra que ofrece un vaso con sangre que la víctima debe beber para poder montar en el caballo. El inicio es brutal, el sujeto dice perder la conciencia y a partir de ese instante ya no sabe lo que hace. Se arma de un machete o de un bastón, corre persiguiendo a los demás o sin objetivo aparente, golpea con violencia el suelo, agita el machete, golpea las casas..., gasta una energía enorme (p. 14).

El derrame de la bilis es un padecimiento bastante difundido en muchas regiones de Latinoamérica, se desencadena por experiencias emocionales muy fuertes, principalmente ira, miedo, susto o coraje, la creencia popular dice que estas emociones fuertes producen un derrame de la bilis, como si ésta hirviera, y ello origina la enfermedad. Los principales

síntomas son: dolor de estómago, sabor amargo en la boca, vómito amarillo o verde y de sabor amargo, nerviosismo, angustia, etc.

Aparte de estas enfermedades características a algunas de las sociedades latinoamericanas, Villaseñor describe enfermedades características a otras regiones del planeta, por ejemplo, *Amok* que se presenta en Malasia, se trata de un episodio indiscriminado que termina en suicidio, o por amnesia o fatiga, existe un padecimiento similar en Puerto Rico llamado mal de pelea, y entre la población navaja con nombre *iich'aa*. En Tawian y la India se da el *Dhat* (o *dhatu*, *jiryán*, *shen kuei*) que se manifiesta por medio de fatiga, dolor muscular y ansiedad, este síndrome se origina por el miedo a perder el semen en hombres y mujeres (ya que algunas creen que lo pueden segregar). La *Latah* (en Malasia e Indonesia) se adquiere por respuestas exageradas ante el susto y el trauma que originan episodios de ecolalia, ecopraxia y estados de trance.

Hablando específicamente de los zoques de Chiapas, permanece una visión que aún guarda relación con las creencias ancestrales, por ejemplo, dentro de la visión zoque se encuentra la dualidad “frío-calor” (Báez-Jorge, Riviera y Arrieta, 1985), las plantas, los alimentos e incluso las enfermedades pueden ser divididas en “frías” o “calientes”:

Los zoques dividen sus alimentos en 'fríos' (*jenepakai*), 'frescos' (*manumba*) y 'calientes' (*jenenuspa*). En las comidas clasificadas como 'frías' se incluyen entre otras, el pescado, armadillo, caracol, camarón, chachalaca, faisán, guajolote. Las 'calientes' comprenden la carne de cerdo, res y gallina. La polaridad 'frío-caliente' es fundamental para distinguir entre los alimentos que hay que ingerir en casos de enfermedad o, en particular, cuando se trata de mujeres embarazadas (p. 38).

De igual manera aún se conservan prácticas con respecto a las enfermedades y a la medicina local, Báez-Jorge y colaboradores mencionan a las enfermedades como el “mal de

ojo” y “susto”, además de otros padecimientos más orgánicos como tos, diarrea, reumatismo. Las plantas que identifica son: guayaba, ruda, romero, waco, hoja de laurel, bonaja, icaco, flor de sauco, kobalonka, yerbabuena, naranjo limón, etc., y partes de animales como: cuernos de venado, pezuñas de danta o tapir (su.ki) y colmillos de lagarto.

Son pocos los estudios referentes a la medicina zoque, o la etnobotánica zoque, uno de ellos es el realizado por Isidro (1997), reportando la existencia de “enfermedades mágico-religiosas” (mal de ojo, mal de azar, mal de aire, mal de espanto y sereno) y la manera en que los zoques de Tuxtla las tratan, empleando principalmente 21 plantas, como hierba del perro, higo, árnica, sasafrás, epazote, albahaca, limón y ruda entre otras.

Aparte de estos padecimientos existen muchos otros y variaciones de estos mismos que obtienen un nombre diferente dependiendo la región.

Al observar estas concepciones de enfermedad tan distintas a las que maneja el sistema de curación académico, es posible constatar la influencia del aspecto socio-cultural sobre las significaciones que se hacen sobre la enfermedad y la salud, y el efecto que tienen los valores culturales (por ejemplo, la relación con los muertos).

De este modo, podemos percibir a la enfermedad como un agente de reproducción cultural, ya que en ella se ven expresados valores, creencias y prácticas que nacieron y al mismo tiempo mantienen a la cultura local (Chávez, Pol y Villaseñor, 2005). Esto debería ser tomado muy en cuenta cuando se diseñan programas sanitarios en regiones en las que la cultura moderna no es la dominante.

De esta manera la enfermedad se trata de una parte del proceso social, donde la subjetividad que se desarrolla relacionada a ella se forma de manera colectiva. Las enfermedades y las respuestas que se generan para contrarrestarlas son procesos que forman parte de toda la estructura social, y por lo tanto esos sistemas no sólo van a generar

representaciones y prácticas, sino que ayudan a configurar las maneras de enfrentar, convivir, solucionar y erradicar los padecimientos (Menéndez, 1994).

3.3 Los encargados de la curación

Cuando nos referimos al sistema alópata de curación, el médico es el principal personaje encargado de la salud de las personas, sin embargo, en los sistemas de salud locales podemos encontrar divisiones en relación a las personas encargadas de la curación, según el tipo de malestar hay distintas personas encargadas de proporcionar el remedio para el malestar; dentro de las variantes que hay al respecto:

Se pueden encontrar “Culebreros”, encargados de la prevención y atención de picaduras y mordeduras de animales ponzoñosos. “Sobadores”, que atienden problemas del sistema muscular (desgarres, efectos secundarios de golpes contusos, caídas, etc.). “Hueseros”, que buscan corregir problemas asociados con sistema óseo y tratar luxaciones. “Yerberos”, curanderos que tratan padecimientos de un amplio espectro (“espanto”, “caída de mollera”, “ojeadura”, “vergüenza social”, “diarreas”, “tristeza”, “pérdida de apetito”, etc.) básicamente con plantas medicinales administradas sea en pociones, ungüentos, emplastos u otros sistemas de aplicación (Reyes, 2002, p. 224).

Entre los huicholes, los códigos de conocimiento y sus significados representan atributos de un personaje particular el *mara'kate*, que es el nombre dado a los sabios de la etnia, quienes poseen el don de la visión (*nierika*) el cual les permite reconocer la naturaleza de las enfermedades (Eroza, 1996).

En muy diversos contextos las parteras poseen un papel muy importante en la salud de los individuos, ya que llegan a ser el primer agente de salud al que visitan las mujeres, y en algunos contextos la cooperación entre las parteras y los sistemas alópatas de curación se

han articulado y coexisten, aunque ello implica la modificación y reorganización subjetiva de las parteras y de los miembros de las sociedades a las que atienden:

Esta situación que tiene como intención la disminución de las muertes maternas y neonatales, ha sido difícil para las parteras ya que al embarazo y al parto los habían considerado como un evento natural y familiar. Sin embargo, ahora han modificado esta creencia y han aceptado que no pueden atender a las embarazadas con complicaciones, sino deben hacerlo los médicos, iniciándose en ellas un proceso de subordinación al modelo biomédico (Jiménez, Pelcastre y Figueroa, 2008, p. 163).

En un trabajo anterior (Buelna y Castro, 2008) se logró describir los roles sociales de los personajes considerados como responsables de restablecer la salud en una comunidad zoque de la sierra de Pantepec en Chiapas, México.

En el trabajo con la comunidad y el acercamiento con el sistema de curación local se logró distinguir la existencia de diversos curadores con roles diferenciados quienes se especializaban en los diferentes tipos de enfermedades que los miembros de la comunidad reconocen.

Sus diferencias radican no sólo en las enfermedades que les competen, sino también en el tipo de práctica que utilizan para curar, los elementos que requieren, como pociones, cosidos, yerbas, rezos, sueños, etc. Dichos curadores son: yerbateros, espiritistas, curanderos, parteros, hueseros, ensalmadores y hasta brujos.

(...) sin embargo no sólo las personas reconocidas como encargados de la salud pueden curar, también los miembros de la familia y los vecinos lo pueden hacer, además hay personas que se sabe que curan pero que no son reconocidas con algún nombre específico, si saben el remedio para las enfermedades eso basta para que sean consultados, por lo regular las personas que saben de remedios y hierbas son

personas de avanzada edad consideradas como gente de antes, cuando no había doctores” (Buelna y Castro, 2008, p. 51).

En general, el reconocimiento como curadores o miembros del sistema local de curación, depende de su fama como sanadores. En muchos casos no existe una enseñanza formal de los métodos de curación; en los reportes de los curadores locales se hace referencia a la inspiración divina en los remedios que producen y elaboran. En estos casos los remedios estarán profundamente impregnados de nociones religiosas que formarán parte esencial del proceso de curación.

A este respecto cabe destacar que las comunidades zoques en Chiapas experimentan un cambio muy significativo en el ambiente religioso. Mientras la religión católica poseía un estatus vigente y casi de religión oficial y activa con fiestas y celebraciones, se dio la apertura a la religión protestante en todas las comunidades de la sierra de Pantepec, a partir de la década de los 80, es entonces cuando las creencias protestantes comienzan a ejercer fuerte influencia en la manera de practicar la medicina local. Aunque aún se siente la influencia de las creencias católicas en los procedimientos curativos, los curadores protestantes adaptan los elementos usados para que vayan de acuerdo a las normas de vida que la religión protestante enseña, como evitar el uso de bebidas alcohólicas, evitar la adoración a santos y la no realización de ciertos ritos.

3.4 Entendiendo a los sistemas de curación locales

La medicina ha surgido como producto de las diversas respuestas y estrategias para contrarrestar y prevenir a las enfermedades. Sin embargo, son muchos los procedimientos desarrollados para curar o tratar a una misma enfermedad; dentro de las diferentes sociedades se analizan y buscan las causas de los malestares, y se organizan respuestas personales y comunitarias.

Las diferencias entre los sistemas de curación, local y académico, provocan la limitada asistencia, y a veces efectividad de sus servicios de curación cuando éstos se encuentran dentro de una sociedad con un sistema de curación diferente, desarrollado de acuerdo a las significaciones locales. Cuando hablamos de la acción del sistema de curación académico en zonas rurales o sociedades que poseen su propio sistema de curación, esto es un hecho que difícilmente puede ser negado. Los habitantes de estas zonas prefieren el uso del sistema de curación local y en ocasiones refieren a la ineffectividad de los procedimientos alópatas como una de las razones por las que asisten principalmente a los curadores no alópatas.

Nathan (1991) menciona que cerca del ochenta por ciento de la población mundial acude a las terapias “tradicionales”: chamanismo, posesión, videncias y curanderos sincréticos de distintos cuños entre otros. Ello genera una pregunta no sencilla de responder: ¿porqué los individuos de determinadas sociedades prefieren la asistencia del sistema local de curación al sistema alópata de curación?

Berenzon (et al, 2001), menciona que en los países en vías de desarrollo las enfermedades son tratadas principalmente en las comunidades y en los sistemas locales de atención de salud es donde se agrupa la sabiduría cultural, da soporte a las estructuras familiares y a los sistemas populares de atención a la salud.

Cada sociedad considera la incidencia de ciertas enfermedades y genera representaciones y prácticas para contrarrestar la presencia de ellas, cada sociedad genera sus propias representaciones y procedimientos, sin embargo, gracias a la presencia de determinados procesos económico-políticos y técnico-científicos se desarrollaron sistemas de explicación y acción académicos mejor reconocidos en la actualidad (Menéndez, 1994).

Este mismo autor añade:

Estos sistemas, que devinieron hegemónicos al interior de diferentes sistemas culturales (medicina mandarina, medicina ayurvérica, medicina alópata), no condujeron a la anulación o erradicación de todas las prácticas y representaciones existentes, que eran manejadas por los diferentes conjuntos sociales, aunque sí contribuyeron a su modificación y/o al establecimiento de las relaciones de hegemonía/subalternidad (p. 72).

Tratar de entender cómo funcionan los sistemas de curación locales dentro de la subjetividad de quienes la utilizan y cómo el sistema de signos y conceptos vigente en una sociedad permeará la manera en que las estrategias de atención a las enfermedades se generan resulta relevante cuando tratamos de entender el proceso salud-enfermedad desde dentro de un sistema cultural determinado.

Ese conocimiento médico local, incluso ejerce influencia en la manera de concebir y de expresar a la enfermedad, así como en las respuestas que amerita (Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleinman, 1997). Ello quiere decir que existe una articulación entre las significaciones de determinada sociedad y los patrones de conducta propios del grupo social, lo que modela a la propia enfermedad, sistematiza los síntomas, sus interpretaciones y la manera de curarla.

El hecho de que el sistema local de curación nazca y se sostenga en las significaciones y la cultura propia de la sociedad en que se desarrolla provee al individuo enfermo de un marco referencial para entender su malestar, que va en armonía con la visión del mundo que le rodea y de sí mismo.

Así, el sistema local de curación trata al individuo como un ser social que ha enfermado en un contexto particular, no se centra en la enfermedad, manteniendo así una visión holística del individuo (Vargas y Bañol, 2008).

Esto se expresa a través del uso de cosas y costumbres que se vuelven legítimos aunque no se comprendan. Lo importante es que se objetivan por asimilación en las prácticas cotidianas ya que son manifestadas en éstas. Sin embargo, su reproducción estará relacionada a su acceso en costo, tiempo y espacio, además de la eficacia con la que resuelven las necesidades de salud (Herrero, Rodríguez, Durand, Aguirre y Lozoya, 1989).

Es decir, las prácticas locales para curar a las enfermedades no se generan, repiten y mantienen de manera arbitraria dentro de una localidad, la adopción y apego a las prácticas dependerá del grado de coherencia que el individuo le encuentra con el sistema de significados y, también, con su facilidad de ponerlas en práctica.

Tratar de entender a los sistemas locales de curación, sus categorías, y las definiciones y explicaciones que le dan forma exige apelar al entendimiento de un sistema de símbolos y significaciones distinto, aunque vale la pena entender, de entrada, que ambos sistemas de curación poseen el mismo fin: curar al enfermo.

Nathan (1991) menciona que mientras las sociedades “tradicionales” consideran a lo desconocido como sobrenatural, las sociedades modernas lo consideran psicopatológico. Aunque también menciona que en términos puramente prácticos la diferencia entre el médico moderno y el “mago” o curandero no es tan grande: “(...) el médico no tiene otro remedio que hundirse nuevamente en la magia, forzado por su práctica que, como es natural, tiende a lo concreto, a lo terrenal, a la eficacia” (p. 12).

En este sentido, en el mero sentido práctico, es verdad que tanto el sanador local como el médico buscan curar a la persona enferma, su propósito último es práctico, tratando de lograr la efectividad. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los procedimientos utilizados para sanar al enfermo cuentan también con un componente subjetivo, el cual también está implicado en la curación del individuo.

Por su parte Pérez (2004) lo explica en las siguientes palabras:

La misión de un clínico no es “encontrar la verdad”, ni encontrar una “enfermedad”, sino ayudar a la persona que se acerca con una dolencia. En este sentido no precisa para su trabajo de diagnósticos como entidades y categorías a las que aspirar y que una vez correctamente definidas van a ser las que decidan los procedimientos terapéuticos. El clínico tiene suficiente con la realización de un diagnóstico sindrómico y con el diseño de las estrategias de intervención centradas en el foco (sea éste una determinada queja, un modo de funcionar, un conflicto o una crisis). Es decir, un enfoque centrado en el problema, no en la enfermedad (p. 103).

Aun así, es importante conocer la manera en que las diferencias de explicaciones sobre el proceso salud-enfermedad incide en la manera en que los individuos piensan y significan a la enfermedad y los estados de salud. Aunque ambos sistemas de curación tienen como fin último la cura de la enfermedad, y tienen su grado de eficacia, es importante conocer cómo es que se desarrolla el sistema de definiciones dentro de la subjetividad de los miembros que viven los diferentes sistemas de curación.

Así pues, debe entenderse a la cultura como un sistema que permite a quienes lo integran una movilidad dentro de un universo que les resulta familiar, es decir, la cultura ofrece una manera de codificar, de describir, de dar sentido y de armonizar los datos de la experiencia sensible, que provienen de distintas fuentes. Esto quiere decir que, para entender al individuo en relación con los procesos de salud-enfermedad, es importante el conocimiento de su entorno material, pero es especialmente importante la comprensión del funcionamiento de las herramientas psíquicas, del componen subjetivo que se ve inmiscuido en la experiencia de la enfermedad y la salud (Pedrique, 2002).

4. Coexistencia de Diferentes Sistemas de Curación

Aceptar y respetar la diferencia es una de esas virtudes sin las cuales la escucha no se puede dar.

Paulo Freire

Hasta el momento he hablado de la existencia de diversos procedimientos reunidos en sistemas que tienen como objetivo preservar o restablecer el estado de salud en los miembros de una sociedad. Se ha hablado del desarrollo de diferentes definiciones desarrolladas alrededor del cuerpo, la salud, la enfermedad, y las diferentes categorías y clasificaciones que pretenden comprender y explicar el proceso salud-enfermedad en los distintos sistemas de curación.

Los diferentes sistemas de curación se encuentran al tanto de la existencia de los otros sistemas y existe gran diversidad de estudios que describen y analizan las diferencias entre las llamadas “medicinas alternativas” y la “medicina científica”. Los estudios, generalmente, describen de manera profusa en qué difiere el sistema de curación local con respecto al sistema de curación académico y cuando hablan de las enfermedades que los sistemas de curación locales reconocen buscan su correspondiente en las clasificaciones académicas.

Podría pensarse que hacerlo de este modo ayuda a comprender mejor al sistema de curación local que se estudia por tener un referente inmediato para compararlo, sin embargo hacerlo así implica el establecimiento de un orden jerárquico, donde la verdad es adjudicada al sistema de curación académico y las categorías y definiciones de los sistemas locales sólo son válidas en la medida en que pueden ser “traducidas” al lenguaje predominantemente científico y asumido como válido por muchas sociedades.

Ahora bien, mientras se estudian muchos sistemas locales de curación, sobre todo estableciendo sus diferencias con el sistema de curación académico, es muy poco estudiada la interacción que existe entre ellos cuando coexisten en una sociedad determinada.

En el capítulo 2, donde se narra el origen del sistema alópata de curación, se hizo referencia a la penetración que ha tenido dentro del territorio mexicano, inicialmente en zonas urbanas para después extender sus servicios en las zonas rurales.

En este capítulo se tratará de dar una visión general a cómo se ha establecido la interacción entre el sistema de curación académico y los sistemas de curación locales en el territorio mexicano, especialmente en zonas rurales, además se hará referencia a unos pocos estudios que han tratado de analizar la coexistencia de éstos y otros sistemas de curación en diferentes regiones del mundo.

4. 1 Legislación e inclusión de procedimientos locales

En la época de la Nueva España, el sistema hospitalario se vio en la necesidad de incluir procedimientos desarrollados por la medicina indígena con el fin de satisfacer las necesidades de atención a los enfermos y proveer mayor cobertura. Inicialmente el oficio de curar estaba designado únicamente a los médicos que el protomedicato nombraba y que además vigilaba en sus actividades. Sin embargo, las altas tasas de enfermos obligaron a algunos hospitales acceder a las prácticas curativas indígenas y a algunos de los curadores, claro, luego de que ellos fueran convertidos al cristianismo.

Desde entonces la medicina indígena, como sistema de curación local, ha mantenido un estatus de subordinación frente al sistema de curación académico. Durante el siglo XIX e inicios del XX los sistemas locales de curación fueron considerados como los sistemas “rivales” de la medicina hegemónica, estos sistemas permitían que los habitantes de zonas rurales o de bajos recursos pudieran acceder a una forma de asistencia médica.

Tiempo después, cuando el IMSS contempló extender sus servicios a las zonas rurales se hizo evidente la cuestión de cómo tratar a los sistemas locales frente al académico que, aún con muchos esfuerzos y recursos gastados, no conseguía dar atención a toda la población

rural.

Así pues, se barajó la posibilidad de incorporar a los sistemas locales de curación dentro de los servicios que ofrecía el sistema de curación académico mexicano, principalmente representado por el IMSS, y entonces con la ayuda de las medicinas locales asegurar la atención de toda la población rural.

Desde 1978, la OMS planteó propuestas oficiales para la asistencia de zonas que carecían de la presencia del sistema de curación académica al alcance (Bejarano, 2004). En esta propuesta de ampliación de la cobertura con base en la Atención Primaria de la Salud, se propuso el uso de los servicios de los sistemas de curación locales por medio de tres puntos:

- La ampliación de la atención médica no institucional a todos los individuos de la comunidad mediante la participación y el costo que la comunidad y el país puedan soportar.
- La adiestración técnica y social de los curadores locales para atender enfermedades en la medida en que la comunidad lo necesita.
- La utilización de remedios y procedimientos curativos locales cuya eficacia está comprobada.

Sin embargo, este discurso traía consigo dos sentidos opuestos. Por un lado, se hacía expresa la preocupación por mantener vivas las prácticas y procedimientos curativos locales, y se afirma pretender aumentar su popularidad en las propias localidades, sin embargo, por otro lado, en la práctica, se les considera ilegítimas y se les califica de no ser “científicas” además de que expresamente se habla de una necesidad de adiestración técnica y social de los curadores para que puedan ofrecer atención.

Fue en los años noventa cuando el gobierno mexicano decidió echar mano de las prácticas curativas locales para satisfacer las necesidades de atención en salud de muchas de las comunidades rurales. Durante la época en que estas acciones fueron implementadas se vivió una crisis en los sistemas mexicanos de salud, especialmente en el programa IMSS-COPLAMAR, traducida en la incapacidad de expandir su cobertura, debido a la crisis económica, y llegar a las zonas rurales que quedaron marginadas de la presencia de clínicas y hospitales.

Al no poder crear infraestructura del propio sistema académico de curación, se trató de hacer uso de la herbolaria y de los conocimientos locales para cubrir las necesidades de salud de los habitantes de estas zonas rurales e indígenas.

El ahondamiento de la crisis y los cambios suscitados en la política económica a nivel mundial generaron, a su vez, mayor disminución del gasto en materia de salud, sobre todo el dirigido a grupos marginales, y el ajuste de las políticas de salud al nuevo orden económico, contemplándose, a mediano plazo, más recortes al gasto en salud de zonas marginales y el retiro parcial de las instituciones; depositando así, en la comunidad, la responsabilidad de la atención de los problemas de salud (Page, 1995, p. 204).

De esta manera se miró a los sistemas de curación locales como una alternativa para apoyarse con el fin de satisfacer las necesidades de salud de los miembros de las comunidades, reduciendo con ello el gasto en las instituciones de curación académicas ya que siendo las prácticas curativas locales la primera opción para los sujetos de las comunidades, sería menor el número de enfermos que acudirían a las instituciones de curación del sistema académico.

Para poder poner incluir profesionales y prácticas locales, el estado tenía que regular

las prácticas a las que consideraría apoyo para las instituciones alópatas, precisando para ello enseñar a ciertos curadores locales conocimientos básicos de prevención, sanidad y primeros auxilios.

Todo esto con el objetivo de enseñar las nociones médicas propias de la medicina alópata, sin embargo, este camino lleva inevitablemente a la descalificación de los saberes locales. Poniendo de nueva cuenta al sistema de curación local y a sus representantes en una relación de poder con relación al sistema alópata, donde el sistema local queda desprestigiado.

Es preciso notar que este esfuerzo por reconocer y crear leyes que regulen la práctica de la medicina local no proviene precisamente de una nueva visión que legitima la uso y la eficacia de los sistemas locales de curación.

El tercer punto propuesto por la OMS es claro en este sentido, se habla de la aprobación de aquellos procedimientos cuya efectividad es comprobada, con lo que se dan a entender varias cosas: primero, que no todas las prácticas curativas locales son efectivas, atribuyendo a algunas de ellas injerencia sólo en el plano “mágico-religioso” y por lo tanto no científico y; segundo, quien decide cuáles son las prácticas eficaces y cuáles no lo son es el propio sistema alópata de curación, el cual señala las prácticas válidas e inválidas para adoptarse.

Las organizaciones indígenas respondieron de manera no muy grata frente a los esfuerzos que realizó el gobierno mexicano en el estado de Chiapas durante los años noventa para legislar y “reconocer” por medio de leyes y congresos a los sistemas de curación locales, especialmente de las comunidades de los Altos de Chiapas. La formación de organizaciones que se proponían rescatar los saberes populares y colocarlos en un lugar legítimo como conjunto de prácticas curativas hicieron lo propio para tratar de separarse del estatus de

medicina ilegítima.

Page (1995) lo expresa en las siguientes palabras:

(...) cada vez suena más fuertemente, en México, la reivindicación de la autonomía por parte de los grupos indígenas, pero no como una alternativa aislacionista sino en un sentido interactivo con la sociedad global, en donde las medicinas, cómo proponen los mismos médicos tradicionales, se encuentran para actuar coordinadamente en beneficio de la comunidad, borrando los estigmas de descalificación y persecución. (p. 204).

Lo que salta a la vista es la imposibilidad de legislar la práctica de los curadores locales, puesto que existe un desconocimiento de las propias prácticas, así como de los componentes socio-culturales que las apoyan. Todo esfuerzo por legislar y tratar de legitimar a los sistemas de curación locales podría hacerse considerando los patrones sociales y culturales que sostienen sus prácticas curativas, con el objetivo de integrar los valores sociales culturales locales.

4. 2 Diferentes definiciones, diferentes tratamientos

Como se ha dicho, cada sociedad genera maneras y procedimientos para enfrentar a las enfermedades o mantener los estados de salud. Dichos procedimientos se encuentran sostenidos por significaciones, sentidos y definiciones que a su vez nacen y se apoyan en las condiciones socio-culturales de la comunidad.

Por otro lado, a pesar de que el sistema alópata no está exento de que sus definiciones y procedimientos provengan de un determinado contexto socio-histórico; ciertos procesos sociales, institucionales, políticos y económicos lo han reconocido como 'La Medicina' y se le ha asociado a adjetivos tales como “verdadera”, “científica”, “legítima” y “avanzada” entre otros. Esto la ha puesto en cierta posición de ventaja, sobre todo en países en desarrollo,

donde las políticas públicas concernientes a la salud apuntan hacia la construcción de sanatorios, hospitales y clínicas para que exista la presencia de expertos de la medicina alópata en las zonas donde sólo existe su propio sistema de curación local.

Esto tiene muchas implicaciones, ya se ha mencionado que al manejar definiciones y significaciones diferentes -y muchas veces contrarias- construidas alrededor de la salud y la enfermedad por el médico académico y los miembros de la comunidad, implican una ruptura entre el diálogo que se mantiene entre ellos.

Al no existir un punto de contacto entre el discurso del médico y el discurso de la comunidad se dificulta grandemente la adopción inmediata de las nuevas definiciones y conceptos de salud y enfermedad. Esto deriva, muchas veces, en la imposición del sistema de curación académico.

Y no sólo significa un coste para los miembros de la comunidad, también es un punto que origina contradicciones a los propios profesionales del sistema de curación académico, que no recibe formación en antropología médica o desconoce totalmente el entorno socio-cultural al que llegará a laborar. Tal como Pakman (1997) señala las dificultades a las que se enfrenta el profesional de la enfermedad mental, específicamente, sin embargo, puede extenderse su comentario a todos los profesionales del sistema de curación académico que se enfrentan a una realidad socio-cultural que desconocen:

En este contexto, los trabajadores de la salud mental se encuentran, demasiado a menudo, abrumados por historias de miseria y degradación humana que van mucho más allá de lo que pueden presenciar, sin caer en la desesperación, la impotencia, la falta de entusiasmo y de sentido. También se encuentran en una encrucijada defendida por múltiples sistemas involucrados en la vida familiar, los cuales, a la vez que promueven el acceso al sistema de salud mental, generan un contexto en el

cual el psicoterapeuta se convierte en ejecutor alienado de lo que esas instituciones, según sus propios roles, están requiriendo. Como los roles de estas instituciones son de educación y ayuda social, si no de control social, sus requerimientos se limitan al testeo psicológico, las evaluaciones de capacidad ordenadas por tribunales, los juicios clínicos acerca de la “adaptación” o la “disfuncionalidad” de una familia, etc. Procedimientos de alcance tan limitado que invitan a adoptar una postura tecnológica y no reflexiva por parte del terapeuta (p. 250).

Esto sugeriría que la tecnificación de la atención médica deslava el trato clínico, es decir la cercanía con el paciente, pareciera que los exámenes por medios técnicos tienden a sustituir el diálogo con la persona enferma, mientras que el diálogo con el paciente es una de las principales características de los procedimientos curativos locales.

Aun así, existen casos donde los miembros de la comunidad se ven obligados a hacer uso de la clínica o sanatorio construido dentro de su comunidad (en algunos casos la ayuda económica de programas sociales como es el de Oportunidades en México, está condicionada a la asistencia puntual para recibir la aplicación de vacunas) y como alternativa construyen articulaciones entre los dos sistemas de curación y acudirán a uno u otro dependiendo del origen que le atribuyan al padecimiento.

Chamorro y Tocornal (2011) por medio de una investigación etnográfica llevada a cabo en el norte de Chile, analizaron la manera en que se relacionan el sistema de curación andino y el sistema de curación académico.

Explican que el sistema de curación andino es un sistema ideacional fundamentado en concepciones mágico-religiosas, y que sin embargo tiene un sustento empírico que puede ser verificable de acuerdo a la efectividad que tienen sus prácticas. Dentro del sistema de curación andino estudiado por Chamorro y Tocornal, se destacan dos niveles.

Por un lado, el nivel doméstico, que se refiere a las prácticas curativas realizadas por los miembros de la comunidad en general y no necesariamente por especialistas de la curación. En este nivel es donde se observa el primer contacto entre el sistema local y el académico, ya que en el nivel casero se han añadido elementos del sistema de curación académico, como el uso de fármacos. Es decir, mientras los miembros de la comunidad caseramente utilizan hierbas y animales (elementos presentes en su ecosistema local), han adoptado también el uso de pastillas, vendajes y cremas (pomadas).

En el segundo nivel se encuentra el especialista de la curación, el *yerbatero*: “En el caso atacameño, el yerbatero cumple una doble función. Por un lado, es un amplio conocedor de las facultades mágicas y curativas de las plantas, así como es el mediador entre el espacio natural y sobrenatural” (Chamorro y Tocornal, 2011, p. 126).

El personaje del *yerbatero* se convierte en una síntesis de las creencias y prácticas de la comunidad. Las personas atacameñas lograron asociar al yerbatero con la cura de enfermedades emocionales, cuyas explicaciones, según palabras de las autoras, son más bien “mágico-religiosas”.

De acuerdo con las autoras esta asociación de algunas enfermedades a la competencia del yerbatero dio lugar desde la llegada del sistema de curación académico (que ellas denominan *biomédico*) cuyas explicaciones sobre la enfermedad están relacionada más bien al plano biológico del individuo, a la corporalidad.

Entonces, de acuerdo a la etiología que los miembros de la comunidad atribuyen a la enfermedad, será el tipo de atención que busquen. En esta investigación las autoras encontraron que incluso existen enfermedades cuyos tratamientos por ambos sistemas no son excluyentes en la explicación que los individuos atribuían a la enfermedad, volviéndose, entonces, tratamientos complementarios.

Así mismo existen padecimientos cuyas explicaciones de ambos sistemas son más que excluyentes, contradictorias. En este tipo de casos los sujetos se verán en la necesidad de elegir el tipo de sistema al que asistirán para curar la enfermedad, y a este respecto el sistema de curación local lleva la ventaja, pues la explicación que los sujetos y este sistema dan a la enfermedad entran en armonía. Estas enfermedades generalmente son las que tienen un componente “mágico-religioso” en su etiología.

Uno de los factores para que exista esta articulación entre el sistema de curación local y el sistema de curación académico es la carencia de infraestructura de este mismo en las comunidades rurales. Los países generan políticas de salud y construyen hospitales y clínicas avanzadas principalmente en zonas urbanas, donde un mayor número de pobladores se verán beneficiados con ellas. Mientras que para las zonas rurales la penetración de estos servicios es más lenta, construyendo pequeños sanatorios o clínicas donde la presencia del personal encargado no es siempre constante.

Además, estas pequeñas clínicas cuentan con recursos limitados, no grandes cantidades de medicamentos y sin la presencia de aparatos sofisticados para el diagnóstico, como radiografías, encefalogramas, laboratorios, etc. Esto obliga a los miembros de comunidades rurales a trasladarse, muchas veces distancias largas, para poder acceder a este tipo de servicios especializados, lo que representa un costo muy grande en tiempo, dinero y alimentos.

Por otro lado, los sistemas de curación locales hacen uso de los elementos presentes en el entorno, plantas, minerales, animales y objetos que ya existen en la comunidad, por lo tanto, su accesibilidad en costo y esfuerzo es mucho menor comparado con los del sistema de curación académico.

De esta manera, los miembros de comunidades rurales han desarrollado nuevas

habilidades subjetivas que les ayudan a re-significar a las enfermedades y los estados de salud, permitiéndoles acceder a uno u otro sistema de definiciones dependiendo de la enfermedad que padezcan.

Esta flexibilidad a nivel subjetivo les permite, también, probar primero los procedimientos de un sistema y ante su ineficacia probar los del otro sistema. Un fenómeno interesante es cuando el propio *yerbatero* reconoce los límites de su eficacia y sugiere, luego de haber realizado sus propios procedimientos curativos, la intervención del profesional del sistema de curación académico (Buelna y Castro, 2008; Chamorro y Tocornal, 2011).

Esto tendría implicaciones a nivel subjetivo dignas de estudiarse. Los nuevos conceptos y definiciones que trae consigo un sistema de curación distinto no sólo permean en la subjetividad de los miembros “corrientes” de la comunidad, transformando las concepciones sobre salud-enfermedad y cuerpo; también permean y matizan las de los propios profesionales locales de curación, quienes en cierto nivel aceptan y utilizan las definiciones del otro sistema.

Lo que parece suceder, en este caso, es que la enfermedad puede ser identificada y diagnosticada por medio del sistema de curación local, pero no tratada por ella, por lo tanto, el *yerbatero* propone el uso de procedimientos del sistema de curación académico. Encontrando así, una articulación y cooperación entre ambos sistemas, que no necesariamente implicaría un conflicto a nivel subjetivo de la persona que padece la enfermedad.

Ahora bien, mientras el *yerbatero* es capaz de aceptar la validez de las prácticas curativas académicas, no sucede lo mismo a la inversa, el profesional académico no enviará al enfermo a ver al *yerbatero* o a realizar un procedimiento curativo local, más bien buscará una instancia especializada dentro del propio sistema académico.

Bejarano (2004) dice:

A decir de la medicina académica estos saberes, dentro del Modelo Médico Hegemónico, constituirían una suerte de “prácticas ilegítimas”, siendo esta ilegitimidad en donde se encuadraría lo popular, por lo que pareciera ser entonces que ser popular es encontrarse ilegitimado, aislado, ser otro (p. 16).

De esta manera se genera un sistema de poder dentro de los sistemas de curación, mientras el sistema local reconoce la eficacia para ciertas enfermedades del sistema académico, el sistema local queda deslavado e invisible frente al sistema académico, que no lo reconoce como eficaz y no recomienda sus prácticas.

Esto contribuye a la pérdida cultural dentro de algunas comunidades, las indígenas, por ejemplo, donde las prácticas de procedimientos desarrollados localmente se asocian a etiquetas de “ignorancia”, “atraso” y “brutalidad”, mientras que las prácticas del sistema académico se asocian a la “modernidad”, “avance” y “progreso”.

4.3 Coexistencia de la medicina alópata y local en zonas rurales

Aunque hasta este momento se ha hablado de una rivalidad entre ambos sistemas de curación la situación no es tan drástica en ciertas zonas rurales; la relación entre los distintos sistemas de curación no es tan antagónica como puede pintarse, existen diferencias tácitas en lo relacionado a las definiciones, concepciones y procedimientos, claro, pero la relación entre los sistemas no resulta tan contrastante, al menos no dentro de las comunidades que suelen acudir a uno u otro dependiendo del padecimiento. La relación antagónica resalta en un discurso teórico, sobre todo cuando se busca legitimar una al deslegitimar a la medicina distinta.

A este respecto es necesario unirse al razonamiento de Bejarano (2004) en el sentido de que rescatar el saber local con respecto a las prácticas curativas no implica necesariamente

una oposición hacia el sistema curativo académico. No se trata de legitimar cierto sistema por medio de deslegitimar al otro. El mismo autor añade:

Es sin duda necesario que el saber científico pueda abrirse a la aplicación de algunos conocimientos que el saber popular encierra, sin que esto signifique supeditar uno al otro como una forma de expandir el modelo epidemiológico convencional hacia los aspectos culturales de la enfermedad (Bejarano, 2004, p. 20).

Si nos basamos en este pensamiento, el sistema de curación local podría servir como puente para apropiarse de las concepciones culturales locales y con ello mejorar la articulación entre los distintos sistemas de curación. Deben reconocerse los límites y alcances de cada sistema de curación y reconocer en el otro las posibilidades de ampliación de los alcances para mejorar la salud de los miembros de una comunidad.

Lamentablemente, como ya se ha dicho, la relación entre los diferentes sistemas de curación que coexisten dentro de algunas comunidades ha sido poco estudiada. Uno de los pocos estudios al respecto es el de Deeg (2010) quien trabajó de cerca con una organización que promueve el uso de la que llaman “medicina alternativa” en el estado de Oaxaca.

En su trabajo destaca las diferencias atribuidas a los sistemas de curación, como las diferencias conceptuales, las diferentes concepciones sobre el cuerpo, la falta de comunicación entre los sistemas y destaca que los programas de salud en zonas rurales no respetan el modelo ideológico de la gente y por ello resultan inapropiados.

Para Deeg (2010) es importante que las prácticas de los sistemas de curación locales sean promovidas, aún dentro de un medio institucionalizado, dicha promoción traería como resultado una mayor calidad para la salud de los miembros de las comunidades rurales. Entre otros beneficios que traería la promoción de las prácticas locales de curación menciona el logro de la complementariedad de ambos sistemas médicos, el uso diferenciado de ellos

dependiendo del padecimiento, la integración de elementos simbólicos en el proceso de curación (fe, por ejemplo) y la tendencia a utilizar elementos naturales en los procedimientos curativos que, en palabras de la autora, resultan ser menos perjudiciales que los químicos.

Lo que la autora concluye, luego de su trabajo etnográfico en Oaxaca, es que la medicina local podría funcionar como complemento a la académica, para cubrir los espacios que el sistema de curación académico deja abiertos, como la atención personalizada y cercana a los pacientes, la disponibilidad en lugares y horarios complicados y la atención en enfermedades que el sistema académico no reconoce. Lo que en el estudio no queda claro, al menos no de manera explícita es si se propone que esta complementariedad se lleve a cabo dentro de los hospitales y clínicas del sistema académico de curación. De ser así, Deeg (2010) no sería la primera en proponer que algunas prácticas locales sean incluidas dentro de los servicios de atención académicos, y ello lejos de desembocar en una relación complementaria entre ambos sistemas, deviene en la subordinación del sistema local al sistema académico.

Bajo esta perspectiva de inclusión de algunas de las prácticas locales el programa IMSS-COPLAMAR instruyó a parteras y curanderos en distintos estados de la república mexicana, especialmente en estados que poseen considerable cantidad de población indígena como Puebla, Chiapas y Oaxaca. En el caso de Chiapas, por ejemplo, las parteras reciben un adiestramiento en medidas higiénicas y procedimientos sobre el alumbramiento. En otros casos se ha adoptado el uso del temazcal como práctica curativa.

El IMSS, dentro de su informe estadístico del 2010, presenta al número de parteras y de “médicos tradicionales” (ver figura 1) que laboran dentro o en coordinación con alguna de las clínicas del Instituto en las zonas rurales y que han recibido algún tipo de adiestramiento básico en medicina académica.

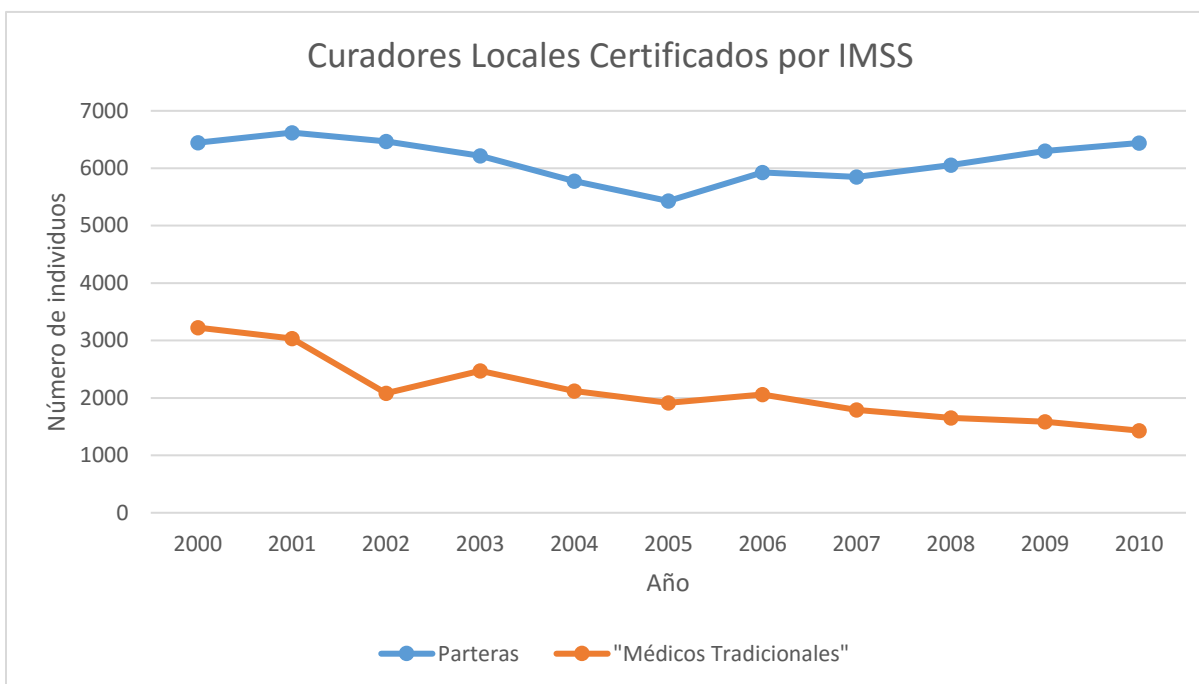


Figura 1. Muestra la población de curadores locales certificados por el IMSS del 2000 al 2010. Fuente: elaboración propia con información de IMSS, 2010.

Puede observarse que el número total de parteras ha tendido mantenerse estable desde el año 2000. Los estados con mayor número de parteras son Chiapas, Veracruz, Hidalgo y Puebla. Al menos en el estado de Chiapas la instrucción que reciben se limita a conocimientos básicos de higiene en los instrumentos que utilizan y del ambiente en el que recibirán a los niños, mientras que se respetan los brebajes, masajes, frotaciones y ungüentos que ellas producen y recetan a sus pacientes embarazadas, ello tiene mucho que ver con el alto nivel de efectividad que tienen con las mujeres que atienden y también a la alta demanda que implican los niveles de natalidad en estas comunidades.

Mientras que el número de curadores locales es bastante reducido en comparación con el de las parteras que el IMSS reconoce y adiestra, lo siguiente que salta a la vista es que cada año es menor el número de curadores locales que el IMSS reconoce. Esto, sin lugar a

dudas, tiene mucho que ver con la tendencia a hegemonizar el conocimiento sobre los estados de salud y enfermedad, mientras se oficializan y de adoptan las definiciones y clasificaciones académicas en entornos rurales la presencia de los curadores locales de vuelve innecesaria, o vetada. Mientras que los beneficios prácticos del oficio de las parteras pueden resultar obvio, no lo es tanto el trabajo que realizan los curadores, que se encargan de restablecer la salud de las personas que padecen alguna enfermedad que el sistema académico no reconoce.

Por lo tanto, la inclusión de curadores locales y parteras dentro del sistema académico de curación responde a la necesidad de atención que las comunidades rurales demandan sumada a la poca cobertura que el sistema académico tiene en algunas regiones. Mientras la cobertura de institutos como el IMSS se hace mayor, el uso de los curadores locales y sus prácticas tiende a desaparecer, o al menos eso parece.

4.4 Aportaciones de la antropología médica

Sobre las relaciones que se construyen en la interacción de los diferentes saberes médicos en un mismo contexto, la antropología médica ha dedicado grandes esfuerzos a comprender los procesos que intervienen en los puntos de contacto y articulaciones que se forman entre ellos. Destacan los trabajos de Eduardo Menéndez (1992) sobre las dinámicas entre lo que él denomina Modelos Médicos.

En primer lugar, reconoce la existencia de diferentes modelos médicos que coexisten en las sociedades mexicanas. La llamada medicina científica, alópata u occidental, no es el único modelo del que hace uso la población para satisfacer sus necesidades de atención de la salud, sin embargo, por diversos procesos económicos, sociales, científicos y políticos se ha convertido en la medicina oficial de las instituciones públicas de salud, por este motivo el autor la denomina como Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 2005). La existencia de modelos diferentes al alópata, llamados Modelos Alternativos Subordinados

(MAS) en relación con uno hegemónico supone la existencia de una relación desigual entre ellos.

De acuerdo con Menéndez (1992) la hegemonía de algunos de los modelos existentes dentro de una sociedad deviene de la exclusión ideológica y jurídica de él hacia los otros modelos. Dichos modelos integran, se apropian y transforman los conocimientos del modelo hegemónico, por medio de la práctica, y terminan siendo modelos complementarios o conflictivos con el hegemónico.

En el caso de la medicina desarrollada en México, se entiende que ha sido la medicina alópata la que se ha transformado en el MMH, en un principio no excluía solamente a la medicina indígena o desarrollada lejos de los cánones positivistas, como la medicina homeopática, también excluyó a otras medicinas consideradas científicas, entiéndase a la medicina dosimétrica.

Son estas tendencias las que operan en las relaciones de la biomedicina con los conjuntos sociales y con los otros saberes médicos; siendo especialmente la medicina alopática la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes (Menéndez, 2005, p. 47).

Así pues, una característica importante del modelo hegemónico es la imposición de sus definiciones de salud y enfermedad, así como de sus prácticas curativas a la mayor parte de la población posible. El respaldo del estado ayuda grandemente en esta expansión, convirtiendo en materia del estado la atención de salud de las personas y convirtiendo a la medicina alópata como la medicina oficial de la que hará uso en las instituciones públicas de salud.

Eso no quiere decir que los modelos distintos al hegemónico desaparezcan, es bien

sabido que a pesar de los esfuerzos por expandir a la medicina alópata a toda la población son muchas las comunidades que no tienen acceso a sus servicios, o que los servicios que ofrece en zonas rurales son limitados en material, eficiencia y eficacia. En dichas comunidades los modelos alternativos tienen fuerte presencia y se convierten en las medicinas mayormente utilizadas por muchas razones, entre ellas el bajo costo de atención, su fácil acceso y la relación establecida entre el curador y el paciente.

Sin embargo, como ya se mencionó, estos sistemas alternativos tienden a apropiarse de ideas y prácticas provenientes del modelo hegemónico, esto los establece como sistemas subordinados, dependientes en cierta manera del modelo médico que se ha impuesto sobre de ellos. Ahora bien, siguiendo el pensamiento de Menéndez (1992, 2005) puede entenderse la existencia de una complementariedad entre los modelos médicos cuando esto ocurre, sí se habla de un conflicto, más no de la generación de contradicciones. Menéndez (2005) expresa:

Esta expansión supone la subordinación y marginación, no sólo ideológica sino práctica, de los otros modelos, aun cuando en el caso mexicano algunas prácticas presenten una extraordinaria capacidad de permanencia (nos referimos a las parteras empíricas). Pero esta permanencia debe ser relacionada con los procesos transaccionales que operan entre los tres modelos; en ellos se da una transformación conjunta a partir de la incorporación dinámica, por los “modelos subordinados”, de cada vez mayores elementos prácticos e ideológicos del MMH (p. 109).

Esto puede entenderse claramente cuando recordamos lo ocurrido con el programa IMSS-Coplamar luego llamado IMSS-Oportunidades, donde los ciertos conocimientos empíricos permanecieron y fueron usados por el modelo hegemónico para ampliar su cobertura en zonas rurales o marginadas. Las parteras empíricas, e incluso otro tipo de curadores alternativos, recibieron adiestramiento en medicina alópata para funcionar como

auxiliares médicos lo que permitió la articulación de los saberes locales con los científicos y devino en el uso de prácticas curativas generadas localmente que incluían el uso de fármacos, por ejemplo.

Ello, sin embargo, no quiere decir que teóricamente y en la academia se acepte esta articulación empírica entre los distintos modelos médicos. El MMH rechazará siempre la existencia de articulaciones entre sus saberes y los saberes alternativos, aunque en la práctica los utilice y también se apropie de ellos.

El autor hace referencia a ciertos rasgos específicos del MMH (Menéndez, 1992), en el contexto mexicano, a continuación, rescato aquellos algunos relevantes.

El primero de dichos rasgos es el biologismo, tanto las enfermedades como la salud, y por lo tanto los procedimientos curativos orbitan al rededor del cuerpo biológico y tienen como propósito erradicar los síntomas o alteraciones fisiológicas que los estados de enfermedad provocan. El biologismo está íntimamente ligado a la noción de cientificidad sobre la que este modelo se apoya y con la que procura fundamentar su validez en contraste con los otros modelos.

Además, descarta los aspectos históricos, sociales y colectivos en la explicación y tratamiento de las enfermedades, no es que las ignore, sino que no las incorpora en sus modelos de atención, por tanto, se habla del individualismo en la atención de las enfermedades.

El proceso capitalista ha ayudado a la conformación de la medicina alópata como el modelo hegemónico en México, ello en gran parte ha impulsado una visión mercantilista sobre la salud, la atención privada y el mercado de fármacos serían productos de esta visión, donde la salud tiene costo y en ocasiones es tratada como producto. Por tanto, el paciente es visto como “consumidor” y se le asigna un papel pasivo frente al médico.

Siendo el paciente pasivo en el saber médico, la relación con el profesional de la salud es asimétrica, el profesional no necesita escuchar al paciente para comprender su padecimiento y tampoco para asignar el tratamiento que mejor le ajuste a sus características individuales.

Al considerar a la salud como un producto mercantil, el autor hace referencia a la tendencia de dar prioridad a la cantidad sobre la calidad de la atención, este aspecto se observa con mayor intensidad en el submodelo médico corporativo público (Menéndez, 1992) donde deberíamos englobar a las instituciones de seguridad social y hospitales públicos, donde la consulta individual de los pacientes es breve y se procura la atención a la mayor cantidad de pacientes posible, dejando de lado la calidad de los servicios prestados.

Además, destaco la tendencia a la tecnificación de la atención, expresada por medio del uso de aparatos en el diagnóstico y tratamiento, así como la creciente medicalización de la atención a las enfermedades. El uso de tecnología para el diagnóstico de enfermedades ha sustituido la relación cercana con el paciente, ya no es necesario escucharlo para comprender la enfermedad que padece, mientras que otros modelos alternativos aún hacen uso del diálogo o interacción con la persona enferma para realizar el diagnóstico y comprender la naturaleza de la enfermedad.

Al describir estas características no intento hacer referencia a que son las características que despegan al MMH de los MAS; la asimetría en la relación curador-paciente es una característica presente también en modelos alternativos, dicha asimetría es usada como componente dentro del tratamiento incluso.

Lo que intento dar a entender, basado en las reflexiones de Menéndez, es que el Modelo Médico Hegemónico recibe legitimidad para excluir y estigmatizar a los modelos alternativos, en parte, de las funciones de control social e ideológico que puede ejercer

respecto del conjunto de estratos sociales, dicho control social e ideológico se lleva a cabo por medio de la práctica profesional, donde los miembros de los diferentes estratos sociales ven en la práctica médica el paradigma científico que impone ciertos paradigmas ideológicos positivistas. Este modelo fundamenta la mencionada exclusión en su identificación con la racionalidad científica en la formación de sus saberes y prácticas, mientras que el estado legitima su proceso de profesionalización.

Debe mencionarse, además, que la propia expansión de la medicina hegemónica en regiones rurales genera la pérdida de eficacia simbólica de procedimientos alternativos, ello mismo da impulso a la generalización de los servicios de la medicina hegemónica, proceso que es percibido por los estratos sociales bajos como una conquista social.

De este modo, Menéndez ha profundizado en una discusión sobre las interacciones que se dan entre los diferentes saberes y prácticas para curar la enfermedad. Sin embargo, sus objetivos se han centrado en comprender cómo los usuarios de los diferentes modelos se apropian de las definiciones, procedimientos, etc., para integrarlos en las estrategias que emplean para combatir las enfermedades.

En este sentido destaca la existencia de un tercer modelo, el Modelos de Autoatención (MA) a las enfermedades. Este modelo se refiere a:

(...) las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar curar solucionar o prevenir los procesos de afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales (...) (Menéndez, 2005, p. 54).

Se refiere, entonces, a todos los intentos de los sujetos por atender a las enfermedades sin ayuda de profesionales alópatas o locales, incluyendo elementos o procedimientos que

provenzan de cualquiera de los modelos médicos presentes en su contexto. De esta manera, la articulación entre los diferentes modelos médicos se estaría dando en los sujetos, los usuarios de las diferentes medicinas son quienes establecerían las articulaciones entre las distintas maneras de concebir a las enfermedades y curarlas.

Ahora bien, sobre la apropiación de procedimientos, saberes y elementos para curar las enfermedades, Menéndez hace referencia a los procesos transaccionales o de transacción (1988, 1998 y 2005). Estos procesos hacen referencia a las dinámicas que los sujetos construyen para atender a las enfermedades, acudiendo a una o varias formas de atención alternadamente.

Esta autonomía del sujeto para elegir sus formas de atención es algo que la medicina alópata ha criticado severamente a lo largo de los años. Se advierte severamente sobre los peligros de hacer uso de fármacos sin consultar a los profesionales. La automedicación se encuentra incluida en la categoría, más amplia, por ende, de la autoatención. Y es aquí donde Menéndez (2005) destaca una participación contradictoria de la medicina alópata con respecto a las estrategias de autoatención:

Para nosotros la biomedicina ha desarrollado una relación contradictoria y escotomizante respecto al proceso de autoatención, dado que, por una parte, lo cuestiona en términos de automedicación, mientras que, por otra, impulsa constantemente actividades de autocuidado y de otras formas de autoatención (p. 57).

Además: “En suma, por un lado la biomedicina y el Sector Salud cuestionan la automedicación y, por otro, impulsan, favorecen, incorporan o aceptan formas de autoatención, incluidos ciertos tipos de automedicación” (p. 62).

De esta manera la autoatención toma forma a partir de los procesos transaccionales

que se dan entre los sujetos y los diferentes modelos médicos, es decir, a partir de la incorporación de saberes, prácticas y procedimientos, así como la alternancia a los diferentes modos de atención.

La discusión generada por Menéndez nos provee de un marco amplio y profundo para comprender las interacciones entre los diferentes saberes médicos y las relaciones que los conjuntos sociales construyen para con los modelos médicos presentes en su contexto. Sin embargo, este análisis se mantiene en el nivel de las prácticas de los sujetos, es decir, nos aporta de un marco para comprender de qué manera los sujetos en conjuntos sociales hacen uso de los saberes y procedimientos para curar las enfermedades desde la autoatención. No obstante, quedaría indagar sobre los procesos que se generan en un nivel psicológico a raíz de la incorporación de saber y procedimientos diversos para curar.

Es decir, la apropiación y articulación de estrategias diferentes para tratar las enfermedades debe generar un registro psíquico donde se expresen las diferentes relaciones con las diferentes medicinas. Me parece relevante indagar sobre las huellas que el uso y articulación de las diferentes medicinas dejan en el registro socio-psíquico de los sujetos en estos contextos.

5. “Los Verdaderos del Género Humano”. Los zoques que viven entre montañas

Cuando hicieron el mundo, cuando terminó su construcción, nombraron a cuatro personas para que lo cuidaran. Esas cuatro personas cargaban el mundo para que nada le pasara.

Como vieron que cuatro personas no eran suficientes porque se iban a cansar, nombraron a otras cuatro personas para que ayudaran a sostenerlo. Cuando los sostenedores del mundo se cansaban se turnaban con otras personas. El relevo se hacía cada año.

Cuando se realizaba el cambio era cuando se producían los temblores.

Anónimo (Mito zoque sobre el origen del mundo)

La región zoque de Chiapas se encuentra ubicada en la zona nor-oriental del estado, los municipios zoques se dividen en 3 regiones, de acuerdo a la situación geográfica en que se encuentran asentados: la zona de la depresión central, la zona de la vertiente del golfo y la zona de la Sierra Madre, ésta última está conformada por 5 municipios, en uno de ellos se asienta la comunidad que he decidido nombrar Tepeuakan.

A pesar de que se considera que los zoques conforman uno de los grupos indígenas más antiguos de México (Sulvarán, 2008; Terreros, 2010), es uno de los grupos menos estudiados en la zona chiapaneca (Aramoni, 1992), en parte porque se trata del único grupo indígena no mayense en el estado, ello implica una cierta distancia cultural con el resto de grupos étnicos de la entidad.

Sobre su origen no sabemos absolutamente nada. No existe ninguna fuente indígena prehispánica que los mencione y los cronistas españoles se muestran parcos respecto a ellos. Fuera de saber que tributaban a los chiapanecos -grupo intrusivo dentro del área zoque- y que tenían continuas dificultades con ellos, su origen y relaciones antiguas nunca fue motivo de estudio (...) (Navarrete, 1970, p. 207).

Los zoques¹ como grupo social se hacen llamar a sí mismos *o'de pöt*, que en lengua nativa significa “los auténticos, los verdaderos, los legítimos”. *O'* hace referencia a lo auténtico, sinónimo de verdad o verdadero y *pöt* es un distintivo aplicado a la categoría de género humano, de grupo social; por lo tanto, *o' de pöt* se refiere a “los verdaderos del género humano”:

En ocasiones acuden a la memoria del soque, lejanos recuerdos infantiles de haber escuchado alguna vez al *kopac-jayyá* (hombre principal o cabeza del grupo), o tal vez a los *samu-jayyapá* (ancianos), el relato de lo sucedido anteriormente, cuando aún ni se suponía que llegarían los *popo-jayyapá* (hombres blancos) para hacerse dueños de su voluntad, su esfuerzo, sus tradiciones y costumbres, sus alimentos y animales; antiguamente los *ponsoquí* (gente o ancestros soquí) se fueron agrupando en la orilla del *quisimbac* (arroyo de los sabinos o sauces), porque todos los soquí fueron saliendo del agua limpia y cristalina, convirtiéndose en *jayyapá* (hombres) y *yommopá* (mujeres); otros pequeños salieron también del mismo sitio, que son los caracolitos de color pardo, vinieron del agua naciente desde el fondo del *cotsucoanog* (cueva del agua), pero los *chispoó-soquí* (caracoles más pequeños) fueron destinados a servirles de alimento y proporcionarles energía. Por eso, otros hombres como los chol del *otot-tul-lun* (Palenque, tierra grande), los de *soconochco* (soconusco, lugar de tuna agria, ácida), los *sots* y los *sinacan* (Tzotzil y Tzinacan, murciélagos de Zinacantán) y los *yoqui* (Chiapan, de piel muy oscura y manchada)

¹ Según Reyes (2002) la denominación castellanizada de “zoques” proviene de la raíz nahuatlaca *coquitl* (zoquitl), que se traduce como “lodo”, “barro” o “esclavo”. De la misma manera el castellano de la época asignó diversas denominaciones a la etnia, entre las que se mencionan dialectales como “tsoque”, “soque”, “zocos” y algunas veces como “joc”.

les decían soquí, hasta que llegaron los blancos y los nombraron Zoque o Tzoque (Pavía, 2002, p.25).

Entre los estudios sobre los zoques resalta el trabajo realizado por Báez-Jorge, Rivera y Arrieta (1985), quienes describen algunas consideraciones culturales atribuidas a los zoques prehispánicos: se sabe que sus principales actividades eran la agricultura de maíz, frijol y calabaza, recolección de frutos y la pesca, la cría de abejas en troncos ahuecados, el cultivo de textiles, plumas de quetzal y grana.

Su organización familiar era un sistema de tipo *Omaha*, es decir, el matrimonio entre primos cruzados, clanes exogámicos patrilineales y endogamia referida a los poblados. La organización social estaba organizada en cacicazgos con pueblos sujetos, las jerarquías sociales estaban basadas en la riqueza y la autoridad. Existían grupos tribales y consejos de ancianos, el sacerdote o hechicero poseía importancia social y los ancianos (hombres y mujeres) tenían relevancia en ceremonias y ritos.

La religión y cosmogonía zoque estaba centrada a los objetos naturales de su entorno; sol, luna, tierra, cerros, árboles, el jaguar y la serpiente eran objeto de culto, al igual que las osamentas de antepasados y de autoridades. Veneraban figuras de piedra y madera, practicaban el auto-sacrificio sacándose sangre de orejas y lengua, sacrificaban aves y practicaban banquetes rituales en los que ingerían carne de perro. Aún hoy en día los cerros, cuevas, ríos y árboles conservan su naturaleza mística en la cosmovisión zoque. Se considera que cada volcán, cerro o cueva tiene un dueño, denominado “ser de encanto”, que se encarga de proteger el lugar y puede, en caso de petición, responder a deseos y plegarias.

Las casas tradicionales se caracterizaron por estar construidas con varas y ramas y techos de paja. Hasta hace poco tiempo era común encontrar casas fabricadas de bajareque, una mezcla de lodo, paja, varas y techos de tejas.

El traje tradicional estaba compuesto por camisa sin mangas y maxtli² para los hombres, y huipil³ y enredo para las mujeres.

Los zoques, que antes de la llegada de los españoles se asentaban en los valles de la actual capital del estado, se vieron forzados a migrar a las zonas altas de la sierra madre en Chiapas, como estrategia para resistir la represión y dominación hispanas.

Sin embargo, la orden de frailes dominicos se encargó de la evangelización de gran parte de los actuales municipios zoques desde la fundación del convento de Tecpatán, en 1564. la administración de las iglesias de la región dependió de Tecpatán hasta el siglo XIX, cuando pierde importancia como centro de administración religiosa y entonces la región zoque pasa a depender de San Cristóbal de las Casas, hasta 1964 cuando se crea la diócesis de Tuxtla, de la que ahora depende la región zoque y parte de la tzotzil.

La evangelización de las zonas zoques tuvo un papel importante en la dominación de las zonas zoques y en la re-estructuración de su sistema social y de poder. El sistema de cargos zoques se transformó a través de la adopción del sistema de mayordomías:

1. Sacramento-mayordomo.
2. Los albaceas y priostes: custodios de las imágenes religiosas.
3. Los fiscales: encargados de rituales y cantos.
4. El jefe fiscal, que vigila el desarrollo del ritual.
5. El mayor, encargado de vigilar a los músicos.
6. El juez, responsable de la celebración del carnaval.
7. El alférez, que se trata de un puesto introductorio en la jerarquía de las mayordomías.

2 Calzoncillo.

3 Del náhuatl *uipili*, blusa.

La visión zoque del mundo que lo rodea y de su propio ser aún guarda relación con la manera ancestral de ver el mundo, por ejemplo, dentro de la visión zoque se encuentra la dualidad frío-calor (Báez-Jorge, et al, 1985). Las plantas, los alimentos e incluso las enfermedades pueden ser divididas en frías o calientes:

Los zoques dividen sus alimentos en 'fríos' (jenepakai), 'frescos' (manumba) y 'calientes' (jenuspa). En las comidas clasificadas como 'frías' se incluyen entre otras, el pescad, armadillo, caracol, camarón, chachalaca, faisán, guajolote. Las 'calientes' comprenden la carne de cerdo, res y gallina. La polaridad 'frío-caliente' es fundamental para distinguir entre los alimentos que hay que ingerir en casos de enfermedad o, en particular, cuando se trata de mujeres embarazadas (p. 38).

Kaplan (tomado de Pérez, 2006) hace referencia a cuatro etapas en las que sucedió la colonia de la zona zoque, la primera etapa, llamada exploratoria que va de 1492 a 1511; una segunda etapa o etapa crítica que va de 1511 a 1566, donde se levantaron muchas sublevaciones; la tercera etapa, de 1566 a 1680, conocida como etapa de consolidación, donde se reconocieron algunos derechos a los indígenas, quienes antes habían sido tratados como objetos, propiedad de los patrones; y la cuarta etapa, antes de la independencia, que comprende los años de 1700 a 1810.

En un primer momento los pueblos zoques estuvieron subyugados a los españoles por medio de la fuerza. Luego, bajo la intervención de los frailes dominicos, las zonas zoques fueron reorganizadas bajo la tutela de los frailes, en parte también como manera de defender la mano de obra de la colonia española. Con el reconocimiento de algunos de los derechos indígenas se da entrada a un sistema feudal en el que los indios renunciaron a sus tierras en favor de la protección del patrón.

Fue hasta 1914 que se decretaron beneficios a favor de los indígenas en general, no sólo los zoques. Se cancelaron las deudas sempiternas y se dio libertad a los mozos de las haciendas. Además del reparto de tierras entre las comunidades indígenas que se inició en 1916. Desde 1936 se dio impulso a varias de las zonas zoques, como la zona de la Depresión Central y la de la Vertiente del Golfo, con la construcción de carreteras y escuelas (Villa, Velasco, Báez-Jorge, Córdoba y Dwight, 1975). Sin embargo, la zona de la sierra, donde se ubica Tepeuakan, quedó postergada por su difícil acceso, es hasta la década de los 50 que se construye la carretera para comunicas estos poblados (Méndez, 2012).

Los cinco municipios que conforman la zona serrana zoque, comparten muchas similitudes en geografía, lengua, vestido, fiestas y costumbres. Por lo tanto, trataré de ofrecer una descripción pertinente sobre las características de la zona y de la localidad, teniendo el cuidado de no delatar la identidad de la comunidad.

La zona, cuya principal característica son las altas montañas atravesadas por profundos cañones, está comunicada por la carretera 195 que conecta las ciudades de Tuxtla Gutiérrez y Pichucalco, de la carretera se desprenden caminos asfaltados o de terracería cuya función es conectar con los diversos asentamientos zoques.

Tepeuakan pertenece a la subprovincia de la Sierra Norte de Chiapas, caracterizada por constituir el macizo montañoso que divide la región costera del golfo de la región central de Chiapas. En la región predominan las zonas accidentadas que ocupan del 85 al 90% del territorio.

El clima de la zona es semi-cálido húmedo con lluvias en verano. La flora es de tipo subtropical a templado. Los árboles característicos de la zona son: roble, pino, amate, guayabillo, cedro, guarumbo, etc. También existe gran diversidad de plantas consideradas

medicinales: diente de león, ruda, malva, cola de caballo, mora, reina de la noche o campana, orégano y hierbabuena.

Los animales nativos de la zona son: coyote, conejo, gato de monte, tepezcuintle, tlacuache, zorrillo, mapache, armadillo, ardilla, palomas, cotorras, zopilotes, garzas, chachalacas, torcazas, codornices, pea, gavilanes, sanate, tortolita, naucaya, coralillo, bejuquilla, alacranes, cascabel, casampulgas, etc.

5.1 Población

De acuerdo con datos del INEGI el total de la población ronda los 1,800 habitantes⁴.

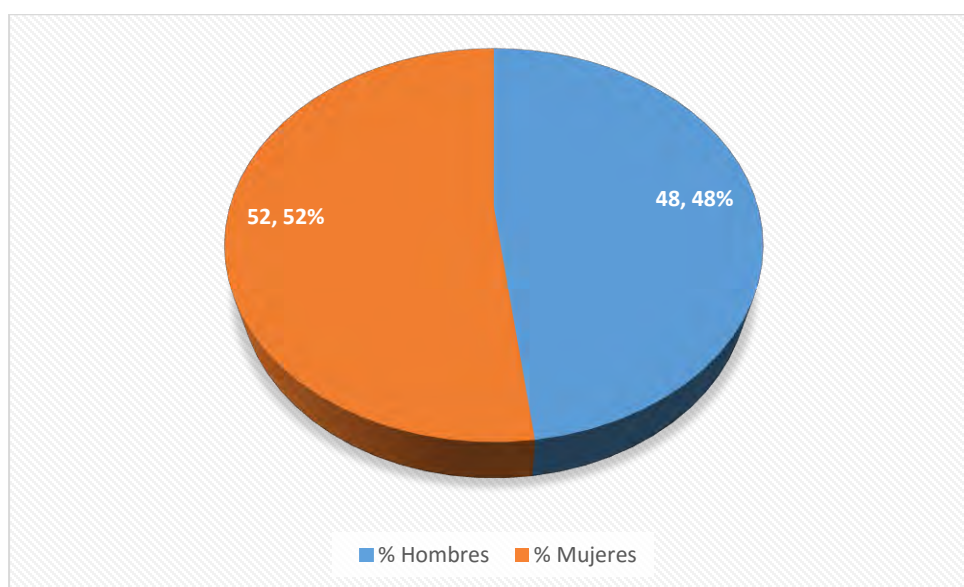


Figura 2. Distribución entre hombres y mujeres de la localidad (elaboración propia con datos de INEGI, 2010).

4 Se proporciona un número redondeado del total de población para proteger el anonimato de la comunidad; proporcionar el número exacto de pobladores serviría como indicador para identificar fácilmente el municipio y la localidad.

Como se muestra en la figura 2, el 48% de la población son varones y el 52% mujeres, al ser una población balanceada se deduce que los niveles de migración del municipio son bajos. Las ciudades receptoras de pobladores que salen de Tepeuakan son Villahermosa, Tabasco; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; y Cancún, Quintana Roo. Quienes migran lo hacen en busca de empleo o para acceder a educación de nivel superior.

En un estudio realizado en conjunto por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y la Dirección General de Orientación y Servicios Educativos (DGOSE) de la UNAM en 2007, se realizó un diagnóstico de varias localidades de la zona zoque de la sierra de Chiapas, incluyendo a Tepeuakan, ello arrojó datos interesantes sobre la composición de la población.

La población es primordialmente joven, en la figura 3 se muestra el porcentaje de población por rango de edades:

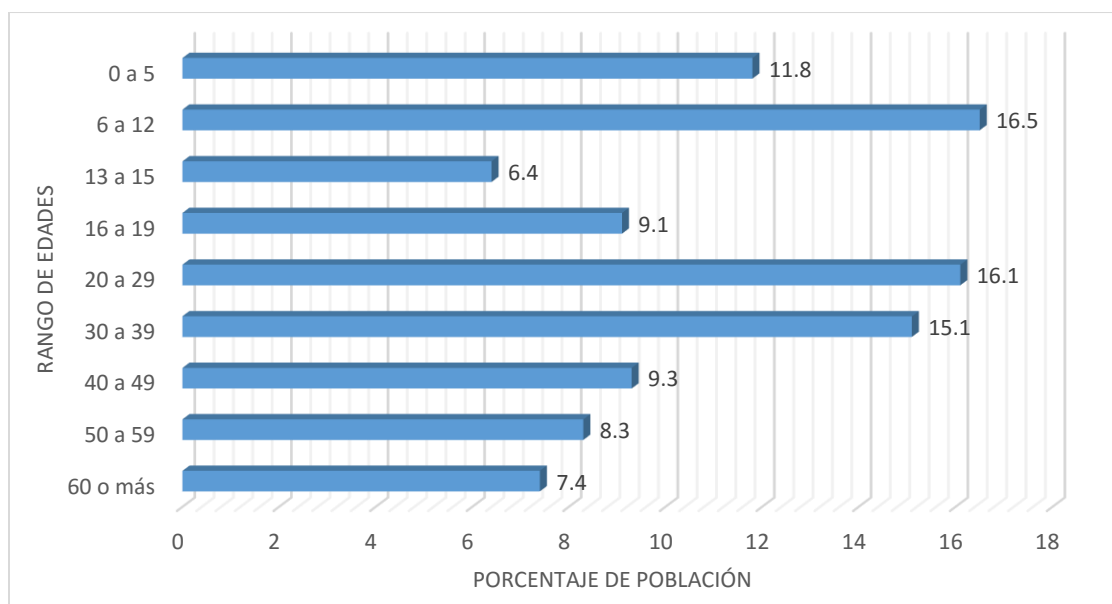


Figura 3. Muestra el porcentaje de población por rango de edades (SEDESOL y UNAM, 2007).

Puede notarse que se trata de una población predominantemente joven, siendo los rangos de edad con mayor porcentaje los que van de 6 a 12 años y de 20 a 29 años.

El número de personas hablantes de lengua indígena es bastante reducido (figura 4), aunque debemos recordar que se trata de una localidad semi-urbana.

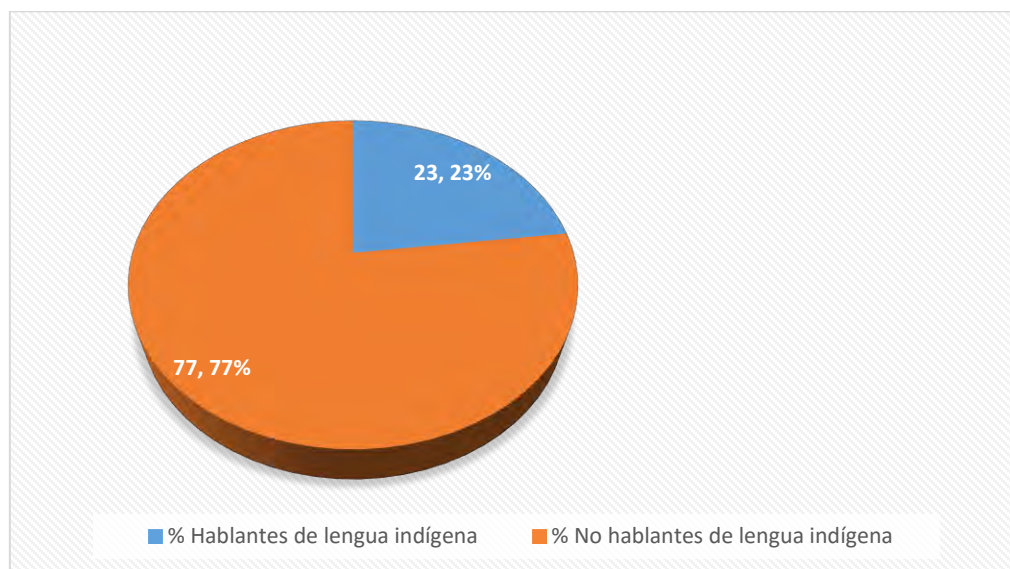


Figura 4. Porcentaje de población que habla lengua indígena (elaboración propia con datos de INEGI, 2010).

De las personas que hablan alguna lengua indígena, el 97% hablan zoque (figura 5) mientras que sólo un 3% reportaron hablar otra lengua. Las lenguas diferentes al zoque presentes en la comunidad son el tzotzil, principalmente, o el tzeltal, con menor presencia. Quienes lo hablan son personas migradas de otras comunidades.

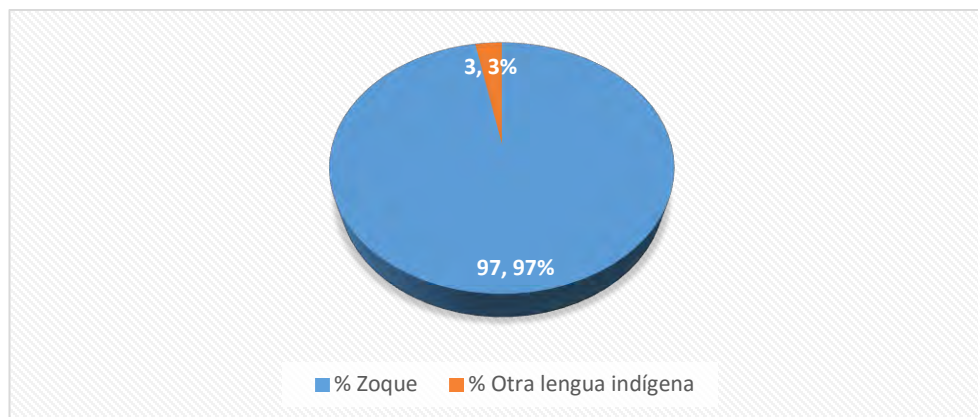


Figura 5. Muestra el porcentaje de hablantes zoque y el porcentaje de hablantes de otra lengua indígena (DGOSE, 2007).

Aunque estos datos deben ser tomados con ciertas reservas. En mi experiencia viviendo en la comunidad es habitual que las personas nieguen hablar zoque o identificarse como zoques ellos mismos. Sólo después, en el trato cotidiano, es que aceptan conocer la lengua, aunque se niegan a utilizarla de manera habitual. Esto debe ser interpretado desde diferentes ángulos que serán retomados más adelante en la discusión.

Como ya mencioné, los hogares se han construido con mejores materiales desde la construcción, en los años 50, de la carretera Tuxtla – Pichucalco. Ello se vio acompañado de un incremento en el acceso a servicios básicos, tanto que a la fecha los porcentajes de vivienda con servicios como agua potable, electricidad y drenaje se acercan al 100% (ver figura 6).

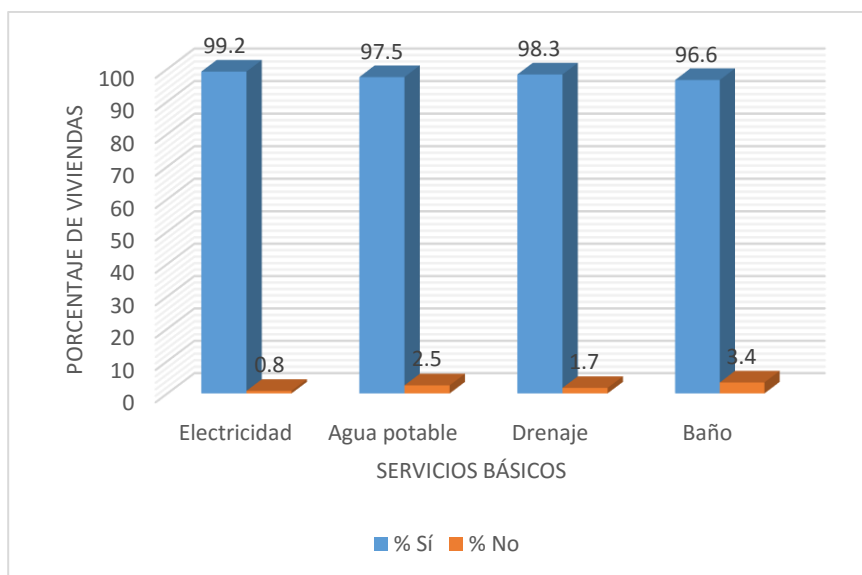


Figura 6. Muestra el % de población con acceso a servicios básicos (SEDESOL y UNAM, 2007).

Como cabecera municipal, las casas de la comunidad han recibido mejoras recientemente, gracias a programas impulsados por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), uno de ellos es el programa Piso Firme, iniciado en el año 2000.

Antes del impulso de este programa, las viviendas tradicionales se construían con paredes de bajareque, es decir una mezcla de tierra, agua y varas, techos de teja sostenidos en pilares de madera y pisos de tierra. El fomento de los pisos de cemento tuvo como propósito reducir la incidencia de enfermedades infecciosas, al mejorar las condiciones higiénicas dentro de los hogares.

Actualmente las viviendas con paredes de tablonos o bajareque han reducido su número, dando lugar a las casas construidas con bloques en las paredes y techos de lámina galvanizada en dos aguas. Algunas casas, las menos, cuentan con techo de cemento y más de una planta.

Estos datos son relevantes puesto que las campañas gubernamentales para que las viviendas tengan acceso a los servicios básicos, así como a mejores materiales para la construcción de las viviendas, como piso de cemento y blocks, tienen como uno de sus objetivos disminuir la presencia de enfermedades, principalmente las infecciosas.

5.2 Actividades Económicas

En la figura 7 se muestra la proporción de Población Económicamente Activa (PEA) y la población que no posee un empleo formal. La PEA es significativamente menor. Las principales actividades económicas en el municipio son la agricultura y la ganadería. Los cultivos principales son de café, maíz y frijol, para el 2005 el 75.75% realizaba actividades de este tipo; mientras que la crianza de animales bovinos, equinos y porcinos son los más importantes.

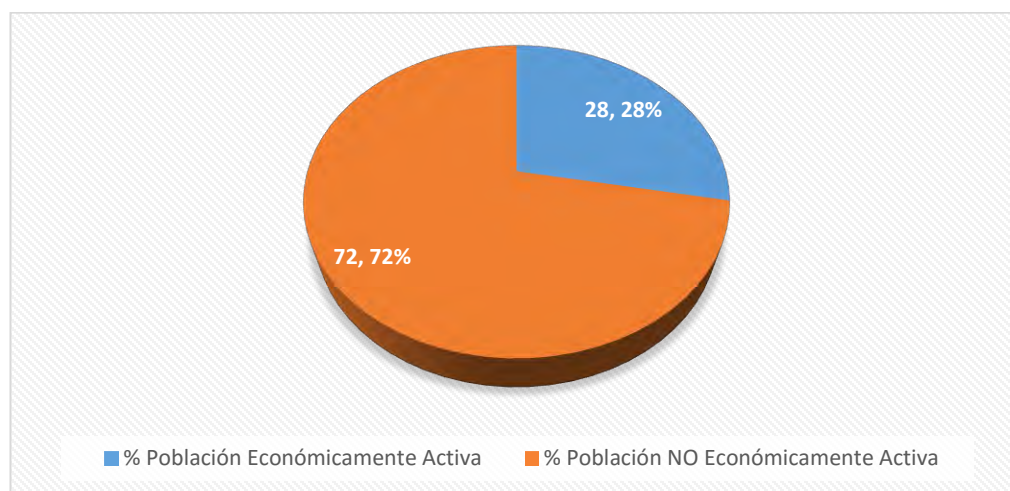


Figura 7. PEA en la localidad (elaboración propia con información de INEGI, 2010).

Debe aclararse que el relieve de la zona no es apta para la siembra de grandes parcelas o extensiones de tierra para que los animales pasten. Por ello la práctica de estas actividades ha supuesto un cambio en el relieve y la consecuente afectación de la flora y fauna nativas.

A continuación, se presenta la figura 8, con las actividades laborales presentes en la comunidad:

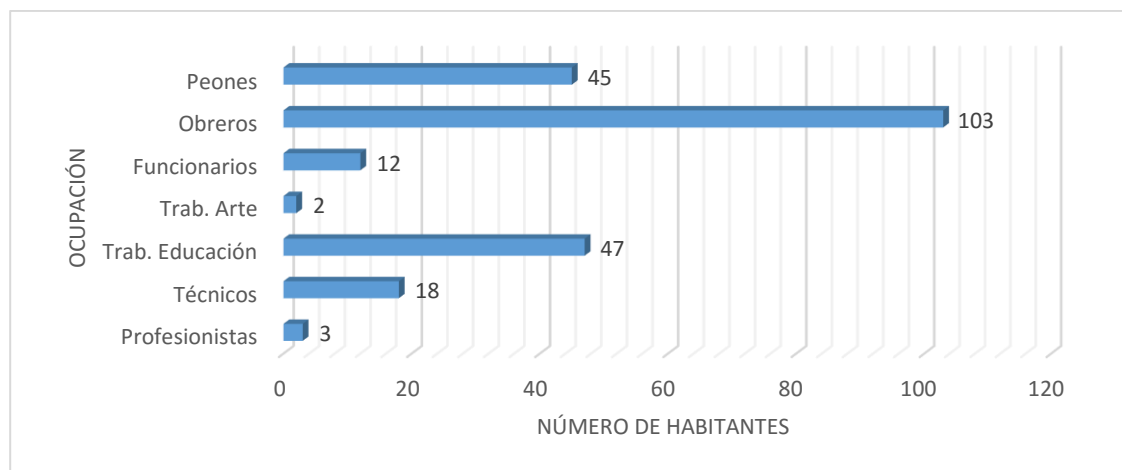


Figura 8. Muestra el total de habitantes por ocupación principal (DGOSE, 2007).

5.3 Educación

La localidad cuenta con dos preescolares, una escuela primaria, una escuela primaria bilingüe, una secundaria técnica, una telesecundaria, un telebachillerato y un albergue escolar que recibe a alumnos de diferentes comunidades dentro del municipio donde son hospedados de lunes a viernes e imparte cursos desde primaria hasta bachillerato.

La oferta escolar en conjunto con programas de alfabetización para adultos ha conseguido una reducción importante del analfabetismo en la zona. Según datos de INEGI para 1990 el 55.61% de la población no sabía leer ni escribir, diez años más tarde, en 2000 el porcentaje se redujo a 45.17.

En el 2007 (DGOSE) el nivel de escolaridad se encontraba en algún grado de primaria, seguido por secundaria. Es preciso recordar que para acceder al nivel medio y superior se hace necesario salir del municipio, los municipios vecinos cuentan con Colegio de Bachilleres (COBACH) o bachilleratos privados en la capital del estado.

5.4 Marginación

En el estado de Chiapas índice de marginación es de 2.318 (CONAPO, 2010), que en escala de 0 a 100 representa el 84.14, lo que indica un estado de alta marginación. Del total de municipios, 118 presentan algún nivel de marginación. En la figura 9 se muestra el número de municipios por nivel de marginación.

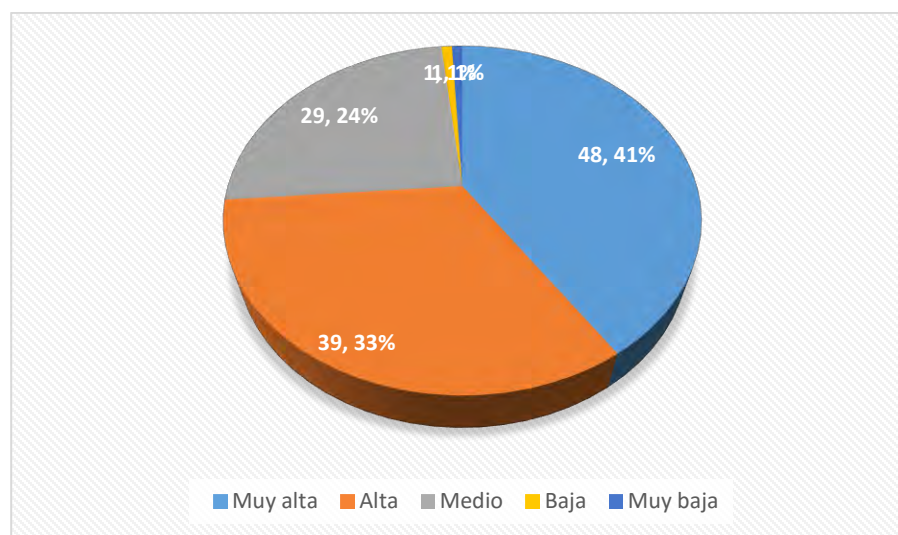


Figura 9. Muestra el total de municipios por nivel de marginación (elaboración propia con información de CONAPO, 2010).

El municipio al que pertenece la comunidad de Tepeuakan está considerado como de muy alta marginación, con un índice de 1.217, que en escala de 0 a 100 correspondería un

total de 41.424. Como muestra, basta mencionar que el 88.35% de la población percibe menos de dos salarios mínimos.

5.5 Contexto Religioso

Son dos las religiones que conviven en Tepeuakan, como en la mayoría de la zona zoque en las zonas altas; la católica y la adventista (ver figura 10).

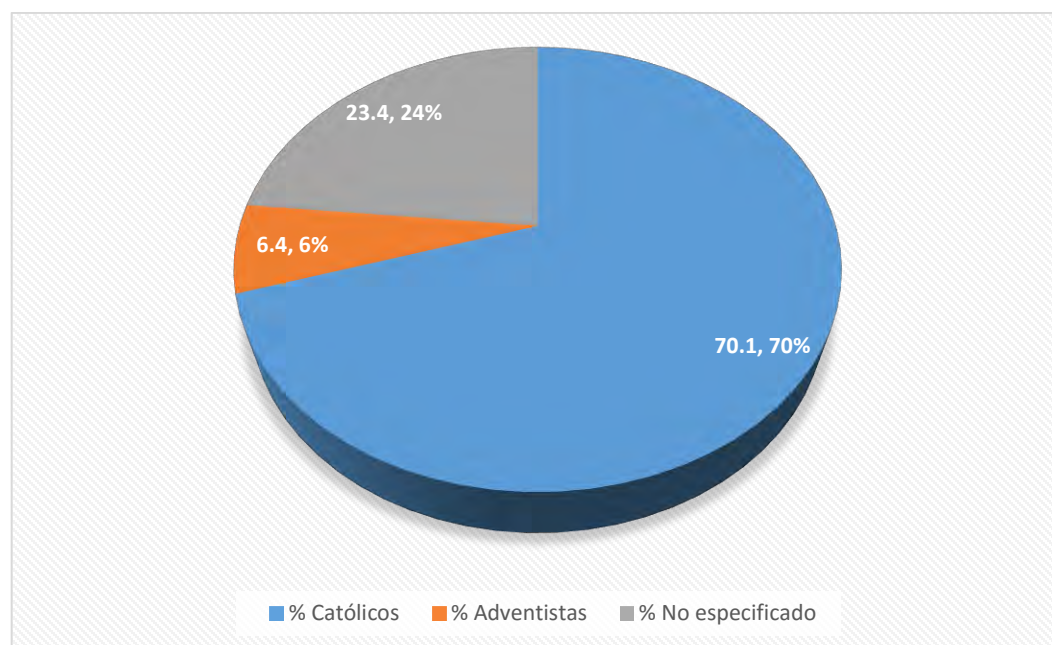


Figura 10. Proporción por religiones en comunidad (elaboración propia con datos de INEGI, 2010).

El templo católico, construido en el siglo XVI, funciona como centro principal de las actividades y festividades católicas, además de ella existen 2 capillas más, una en la parte alta del pueblo y otra en la parte baja; una ermita que permanece cerrada la mayor parte del año y una galera donde se llevan a cabo algunos ritos.

Por otro lado, está la parte adventista del séptimo día, en la comunidad existen 3 templos adventistas, uno en la parte alta del pueblo, fundado en 1932; y dos en la zona baja,

erigidos en 1992 y 2003. Ofrecen cultos los miércoles, viernes y domingo por la tarde y los sábados todo el día.

No existen registros oficiales sobre el número de miembros de la congregación, sin embargo, la percepción de los miembros de la comunidad es que la proporción entre católicos y adventistas es balanceada, aunque los datos de INEGI muestran otra cosa.

La penetración del adventismo en la zona es importante, y la doctrina que enseña ha participado en los cambios que se viven en las comunidades. Hablando específicamente sobre la salud, la iglesia adventista ha aportado campañas para dejar de consumir alcohol y dejar de fumar, teniendo un considerable impacto en el alcoholismo que caracterizó la zona años antes. Así mismo promueve la adopción de un régimen vegetariano y el uso escrupuloso de medidas higiénicas en el cuidado del cuerpo y dentro del hogar.

Generalmente la promoción del vegetarianismo e higiene se da dentro del templo, siendo centro de predicaciones o seminarios completos, además de cursos de comida vegetariana dirigidos a las amas de casa de la congregación y libros sobre medicina naturista que son vendidos fuera del templo.

5.6 Salud

De acuerdo con testimonios obtenidos en entrevistas a los pobladores de Tepeuakan, se calcula de las caravanas de salud comenzaron a llegar en la década de los 50, aunque sus servicios estaban enfocados principalmente a la vacunación. Es hasta los años 70 que las visitas de médicos y enfermeras comenzaron a ser más regulares, una vez por mes o menos, hasta que la presidencia adaptó un espacio adjunto al edificio como consultorio y, entonces, la presencia del médico en turno se extendió a toda la semana.

En la comunidad funcionan dos clínicas alópatas de salud. Los pobladores ubican la construcción de la clínica del IMSS en inicios de los años 80, entonces la comunidad estaba

más familiarizada con los servicios alópatas y sus consultas al médico eran más frecuentes. Aun así, la recurrencia a los curadores locales seguía siendo amplia, junto con el empleo de remedios caseros, sobre todo para atender las enfermedades que la medicina alópata no reconoce.

Actualmente la clínica está afiliada al programa IMSS-Oportunidades. Cuenta con la presencia de un médico presente de lunes a viernes y dos enfermeras que se encargan de las labores de consulta y los registros de Oportunidades. Toda la población beneficiaria del programa es administrada por el personal de la clínica, ello incluye las citas mensuales, semestrales o anuales, vacunación, charlas sobre sanidad y planificación familiar, y el reparto de suplementos alimenticios para embarazadas, madres y recién nacidos.

En el año 2012 se completó la construcción de una nueva clínica, ésta de la Secretaría de Salud (SSA), que comenzó a ofrecer sus servicios a principios del 2013. Inicialmente un solo médico atendía a las consultas, ayudada por una enfermera. En la actualidad la clínica cuenta con 7 médicos que cubren tres turnos (matutino, vespertino y nocturno) los siete días de la semana.

Esta clínica cuenta con instalaciones modernas, se encuentra cercada en un espacio que alberga un solo edificio de una planta, rodeado por un jardín de pasto verde y palmeras cortas. Una sala de espera, que trata de guardar el estilo de las grandes clínicas en la ciudad, tiene espacio para seis personas sentadas, una pantalla LCD que reproduce la programación de T. V., y afiches sobre los programas de vacunación y los beneficios del control de natalidad.

Dos consultorios reciben a los pacientes, están equipados con escritorio, camilla, gabinete con instrumentación básica, estantería con folletos y manuales. Del lado izquierdo de los consultorios se encuentra la zona de hospitalización, donde atienden a las personas con

enfermedades más graves o urgencias, y a mujeres que deciden atender sus partos en la clínica⁵. Además, cuenta con una pequeña farmacia, una oficina y un patio con bodega.

Una de las desventajas que se han presentado con la construcción y puesta en marcha de esta clínica se refiere a la población a la que debe atender. La clínica del IMSS maneja a la población beneficiaria del programa Oportunidades; las revisiones mensuales, semestrales o anuales, vacunas, pláticas, entrega de medicamentos y suplementos alimenticios para recién nacidos y embarazadas, y la aplicación de ampollitas o dispositivos de control natal.

A pesar de que la nueva clínica también pertenece al programa Oportunidades, la coordinación entre ambas no ha sido suficiente para dividir equitativamente la población a ambas. Al momento del trabajo de campo la clínica daba atención a la población no beneficiaria del programa Oportunidades y recibía en consulta a la población general.

Además del programa Oportunidades hay otros programas asistenciales vigentes en la localidad: PREVENIMSS, Amanecer, 70 y más y 1 kilo de ayuda.

Debido a las actividades económicas en que se desempeña la mayoría de la población, es una parte reducida la que es derechohabiente de alguna de las instituciones públicas de salud:

5 Mientras me encontraba trabajando en la comunidad, la administración de la clínica estaba en pláticas con la Secretaría de Salud y la presidencia municipal para construir una sala de partos. La sala estaría a disposición, de acuerdo con la información brindada por el médico jefe, de las embarazadas que decidieran atender su embarazo en la clínica y también a las parteras que desearan recibir a los niños en dicha sala. Sin embargo, la construcción planeada, de acuerdo a los recursos del municipio, no satisfizo a la Secretaría de Salud y el proyecto fue desechado.

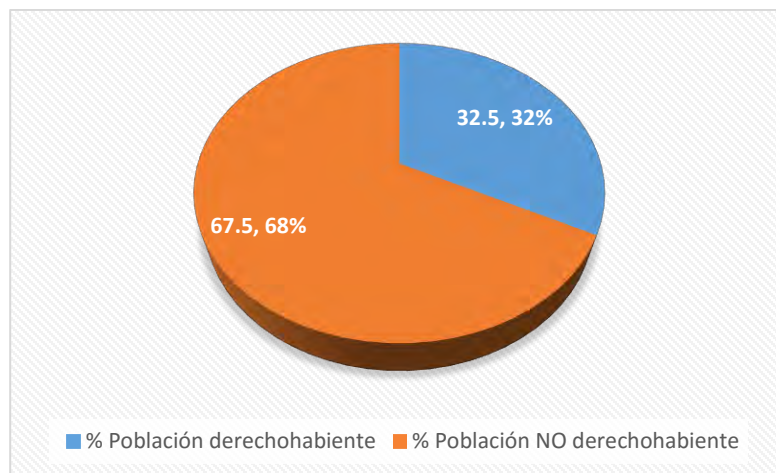


Figura 11. Porcentaje de población derechohabiente y no derechohabiente a servicios de salud en la comunidad (elaboración propia con datos de INEGI, 2010).

De la población derechohabiente, la gran mayoría se encuentra afiliada al seguro popular, mientras que una pequeña fracción está afiliada a otros servicios, como IMSS e ISSSTE (ver figura 12).

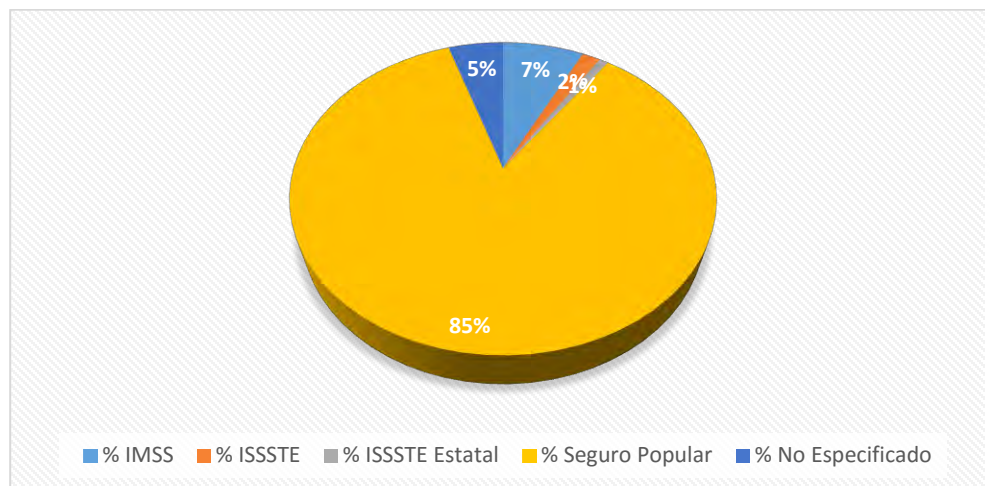


Figura 12. Porcentaje de población afiliada a los diferentes servicios de salud (elaboración propia con información de INEGI, 2010).

En el trabajo de SEDESOL y UNAM se indagó sobre las enfermedades con mayor presencia en la comunidad, ver figura 13.

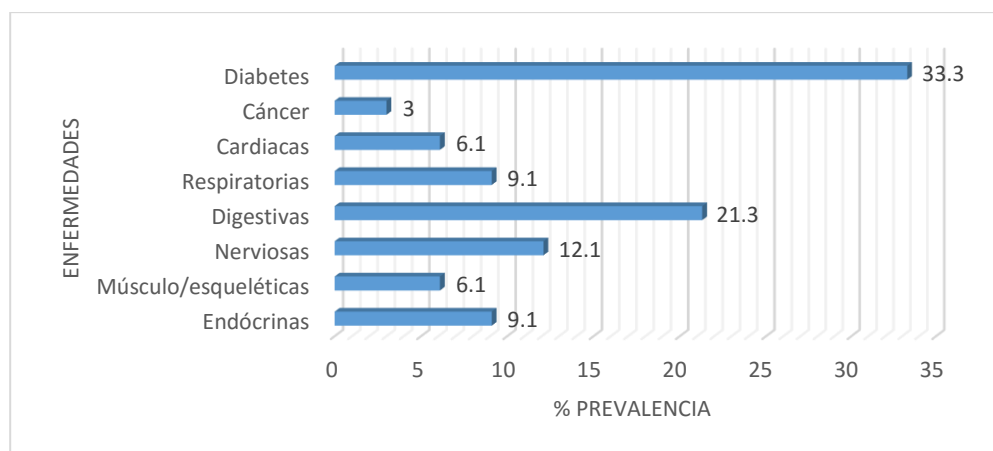


Figura 13. Muestra el porcentaje de prevalencia de enfermedades para la comunidad (elaboración propia con datos de INEGI, 2005).

Como puede notarse la principal enfermedad presentada es Diabetes, seguida de enfermedades digestivas, que incluyen úlceras, gastritis e infecciones. Por su parte el municipio, en su Plan de Desarrollo Municipal 2008-2010, indica que las enfermedades con mayor incidencia son las respiratorias agudas, diarreas agudas, amibiasis, candidiasis urogenital, tuberculosis pulmonar, desnutrición, infección de vías urinarias, cardiopatías, asma, hipertensión arterial y diabetes mellitus. El informe destaca como principales problemas de salud la deficiencia promedio de carbohidratos y proteínas, la atención de partos con parteras, la falta de intervención en discapacidades motrices, la limitada oferta de atención alópata, el inicio temprano en la actividad sexual, la multiparidad y la lactancia materna prolongada. Algo que llama la atención, es la inclusión en el informe de la necesidad de hacer participantes a los curadores locales en la solución de las problemáticas de salud del municipio, aunque no se describe la estrategia para lograrlo.

Debe aclararse que no existe un servicio dedicado a la salud bucal, público o privado, dentro del municipio, para acceder a los servicios de un dentista se hace necesario salir del municipio y ser atendido por servicios privados.

Además, existen dos centros de alcohólicos anónimos, con poca o nula actividad. El alcoholismo y la drogadicción no representan un problema considerable dentro de la localidad, aunque sí es posible ver algunos *bolos*⁶ sin residencia fija.

En lo que refiere a la medicina local zoque, uno de los estudios enfocados a su etnobotánica es el realizado por Isidro (1997) donde exploró la presencia de enfermedades “mágico-religiosas”, como mal de ojo, mal de azar, mal aire, mal de espanto y sereno, y las plantas que usualmente se utilizan en los remedios, entre las que se encuentran la hierba de perro, higo, árnica, sasafrás, epazote, albahaca, limón y ruda.

También se ha abordado el papel de las personas encargadas de la salud en la región zoque. Reyes (2011) identifica a los culebreros, que atienden la picadura o mordedura de animales ponzoñosos; sobadores, que atienden problemas del sistema muscular; hueseros, que tratan problemas relacionados con el sistema óseo; y yerberos, que curan enfermedades de diferente índole utilizando principalmente hierbas.

Para la zona zoque de la Sierra Madre fue realizado un estudio (Buelna y Castro, 2008) donde se describen los curadores locales identificados y algunos de los principales síndromes de filiación cultural en la zona. En ocasiones no existen límites claros en la actividad de los curadores o el tipo de enfermedades que atienden, así puede haber parteras-curanderas, yerbateros-curaderos, curanderos espiritistas, etc.

6 Se les llama *bolos* a las personas en estado de ebriedad, temporal o continuo. Generalmente se usa esta palabra para referirse a las personas que constantemente se encuentran bajo los efectos del alcohol y vagan por las calles.

Los “espiritistas”, personas que diagnostican y determinan el remedio por medio de la *caja de San Miguelito*⁷ o por medio de desmayos donde entran en contacto con santos o vírgenes. Los remedios que recetan generalmente consisten en rezos, hierbas y lociones.

El “curandero” es una persona que cura desde enfermedades como diarreas o resfríos hasta mal de ojo y espanto. En sus remedios utiliza hierbas y preparados que él mismo proporciona al enfermo, en algunos casos se cree que hace uso de magia. Pueden diagnosticar examinando visualmente al enfermo o por medio del *pulseo*, que consiste en tomar el pulso en la muñeca y la parte interior del codo izquierdos.

Un curador parecido al curandero es el “yerbatero” que cura el mismo espectro de enfermedades, aunque receta únicamente hierbas frescas como remedio. No proporciona las hierbas, el paciente debe buscarlas dentro del área geográfica de la comunidad, es muy raro que prescriba hierbas que no crecen en la zona.

El “huesero” se encarga de arreglar huesos y articulaciones, algunos de ellos atienden enfermedades como el espanto. Para curar utilizan sobadas con pomadas y ungüentos y a veces té.

Los “ensalmadores” son personas que saben *ensalmar*⁸ (soplar), atienden muchas de las enfermedades consideradas calientes, como el azar y el calentamiento de cabeza.

Además de los curadores se describe la actividad de los brujos, que contrario a los curadores se dedican a provocar enfermedades y males, aunque tienen la capacidad de revertir una enfermedad provocada por ellos mismos, no si la ha provocado otro brujo. Se

7 *La caja de San Miguelito* es una caja de madera donde, se cree, San Miguel Arcángel reside y por medio de movimientos en la caja se comunica con el curador para determinar la enfermedad e indicar el remedio.

8 El acto de *ensalmar* en el contexto de la curación se refiere a sorber un poco de líquido remedio, como espíritu romero, agua de limón con sal de Ixtapa o algún otro preparado y soplarlo sobre el área afectada del enfermo. Cualquiera puede ensalmar a otra persona, pero existen personas dedicadas exclusivamente a hacerlo.

trata de una figura peculiar pues goza de particular impopularidad y en general “no se sabe quiénes son”.

En ese mismo trabajo, Buelna y Castro (2008) describen 16 síndromes de filiación cultural, daré un breve esbozo de los más comunes.

La *carga* es una enfermedad que padecen bebés recién nacidos y de hasta 1 o 2 años de edad. Se origina por la cercanía de una mujer menstruando o embarazada al niño. Se le considera una enfermedad caliente y se cura con baños hierbas y tragos del mismo líquido. La partera es el curador que generalmente se encarga de tratar a la carga cuando el remedio casero no ha surtido efecto.

El *mal de ojo* se produce cuando un niño, adulto, animal o planta ha sido afectado por la mirada caliente de otra persona, generalmente personas adultas en estado de ebriedad. Los síntomas van desde decaimiento hasta dolor de estómago, vómito, diarreas y fiebre. La curación se hace por medio de una *limpia*, barriendo el cuerpo del enfermo con ramas de shauco y huevos de gallina.

El *espanto* es otra de las enfermedades más comunes en la región. Se trata de una enfermedad heredada desde la época prehispánica, cuando se creía que al experimentar un susto el alma (*tonalli*) de la persona abandonaba su cuerpo. En este caso el *espanto* es definido como un susto o espanto que puede experimentar cualquier persona, aunque es más frecuente en los niños. Se manifiesta con decaimiento, falta de apetito, falta de sueño o hipersomnía, preocupación, hinchazón en algunas partes del cuerpo, calentura, palidez, caída de cabello, llanto, y en algunos casos experimentan visiones o alucinaciones. Los tratamientos incluyen ensalmadas o ahumaciones por 9 días.

El *azar* es una enfermedad muy común en la zona, se le identifica como vergüenza o experiencia de pena. Una persona puede enfermarse de *azar* luego de pasar una vergüenza

intensa luego de un episodio bochornoso. La sangre juega un papel importante nuevamente, al experimentar la vergüenza, la sangre también puede sentirlo y enfermarse, las personas de *sangre débil* son quienes sufren de esta enfermedad con mayor frecuencia. La persona enferma sufre de hinchazón y enrojecimiento en la cara y dolor de muelas. Para curarse debe ser ensalmada con agua de limón por alguna de las personas que presenciaron el episodio que originó la vergüenza.

El *antojo* se origina, tal como su nombre lo indica, por el antojo de algún alimento. Se cree que las personas deben comer lo que se les antoja, porque es lo que la sangre pide, en otras ocasiones se refieren a ello como “lo que al corazón le gusta”. La persona puede sufrir erupciones en la piel, hinchazón y calenturas. El remedio consiste en comer algo de lo que se antojó y embadurnar el cuerpo entero con eso mismo.

Se han descrito los aspectos que se han considerado esenciales para poder proveer una visión lo más detallada y precisa que posible, teniendo siempre en mente guardar el anonimato de la localidad. El objetivo es ofrecer un panorama general de la situación actual en la comunidad zoque estudiada, para que los resultados obtenidos puedan ser pensados en función de las condiciones del contexto en que se han obtenido.

6. La Comunidad Zoque a Través de Mis Ojos

Las cosas no se ven como son. Las vemos como somos.

Hilario Ascasubi

En el presente capítulo pretendo ofrecer una visión más viva de la comunidad en que trabajé. Ofrezco descripciones de aspectos que me parecen relevantes para la contextualización de este estudio. La vida común y corriente en el pueblo, la vida dentro y fuera de las clínicas alópatas y las fiestas patronales. Me propuse describir de la manera más cercana a mis impresiones, desde mi mirada. A través de todo el capítulo trato de describir los diferentes lugares y emociones en que me encontré durante el trabajo de campo, es decir mi implicación con el lugar y las personas con las que trabajé, aspecto que se antoja como relevante para comprender desde qué postura he vertido las interpretaciones que presento en el apartado de resultados.

6.1 El Camino a Tepeuakan

Chiapas es un lugar de contrastes, la variedad de climas, plantas, animales y paisajes hace juego con la vasta diversidad de culturas, lenguas y costumbres. Mi primer contacto con el estado se dio en San Cristóbal de las Casas, una ciudad pequeña, repleta de edificios coloniales donde las personas de tez morena y blanca se revuelven en las calles y plazas. Lo moderno y lo antiguo desconocen sus límites mezclándose en el bullicio de la ciudad. Autos último modelo desfilando en las calles empedradas, mujeres indígenas dictando palabras en su idioma a través del micrófono de un celular.

Tepeuakan se encuentra apartada por 3 o 4 horas de las dos ciudades más importantes del estado, la actual capital Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de las Casas, o la “vieja capital”

como les gusta nombrarla a los coletos⁹, recordando los viejos tiempos en que esta ciudad era el centro político del estado.

Muchas personas de San Cristóbal se extrañan al escuchar el nombre de la comunidad, ¿Tepeuakan? nunca han escuchado de ella, nunca han estado por aquella parte del estado, la zona nor-oriental, atravesada por altas montañas, muy cercana a los estados de Tabasco y Oaxaca. Luego de hacer algunas preguntas me indican qué transporte tomar.

Primero tomé un taxi, que atraviesa montañas y avanza sobre una carretera que conforme se aleja de la ciudad se llena de curvas más cerradas y frecuentes. La carretera que delinea comunidades con numerosas casas y que, conforme el paisaje se va llenando de montañas cada vez más altas, los grupos de casas se reducen en número y se ven construidas con materiales más sencillos y animales de granja pastando alrededor.

Conforme me alejo de la ciudad puedo notar las diferencias drásticas que imperan en el estado: San Cristóbal con sus calles empedradas, cafés y restaurantes en edificios coloniales, música en la plaza, personas altas y rubias llenando las calles y los bares, mientras las mujeres tzotziles y tzeltales ofrecen su mercancía en las banquetas y en el mercado. Uniformadas con sus faldas de piel de borrego teñidas de negro, blusas coloridas con vuelos a la altura de los hombros y chales atravesados en la espalda para cargar a los críos. Todo ello se ve reemplazado rápidamente por calles empolvadas, casas de adobe y lugareños que conservan su ropa tradicional, cuidando al ganado, cargando leña, los hombres con su machete al costado.

Las imágenes de pobreza se hacen más evidentes al salir de la burbuja que es el centro de la ciudad; Chiapas ha sido considerado por muchos años uno de los estados más pobres

9 “Coletos” es la palabra coloquial utilizada para referirse a los pobladores de San Cristóbal de las Casas.

del país, estigma que sigue pesando a los pobladores del estado. Recientemente los costados de las carreteras se llenaron de espectaculares que mostraban a una familia tzotzil -padre, madre e hija- posando con sus ropas tradicionales lustrosas y sonriendo a la cámara, acompañados de la frase, en letras gigantes: Dejamos de ser los más pobres del país.

Luego de una hora de camino, el taxi se detiene en el entronque entre dos carreteras. Es necesario esperar otro transporte, las carreteras atraviesan las montañas como cicatrices que interrumpen la piel parduzca de tierra, hierba y árboles. Un puesto militar se alza sobre una de las colinas, mientras algunos cuartitos de madera y lámina ofrecen refrescos y frituras a los viajeros que esperan la siguiente camioneta pasajera.

No hace falta esperar mucho, las camionetas pasajeras que vienen de Bochil y se acercan a la zona zoque pasan frecuentemente. Si hay suerte será una urban, con asientos acojinados y totalmente cubierta. Si la suerte no es tanta pasará una camioneta de una cabina, con la caja de transporte acondicionada con tabloncillos haciendo de asientos y un techo de lona para protegerse de las inclemencias del tiempo. En esta zona no hay pronóstico que valga.

Como no tengo suerte, lo primero que avanza no es una urban, el conductor orilla la camioneta y baja para preguntar a dónde me dirijo, mi mochila de acampar y mi aspecto (tenis, mezclilla y audífonos en las orejas) me delatan. Luego de indicar mi destino me explica que no hay manera directa de llegar, tendré que hacer dos o tres trasbordos más. Sin preguntarme toma mi mochila y la arroja sobre el techo de lona, un gesto brusco aunque no descortés. La sujeta con cuerdas y me indica a subirme por la parte trasera.

Cuando subo a la pasajera no sé dónde colocarme. Hay un lugar hasta el fondo, pegado a la cabina donde viaja el conductor con dos mujeres. Sentados en el resto de lugares van algunos hombres con ropa gastada por el trabajo, botas de goma que les llegan a las

rodillas y sombreros de paja. Las mujeres llevan vestidos de telas coloridas y sandalias de plástico, algunas de ellas con el cabello recogido en una trenza.

Entre las dos bancas de madera, que perfilan los laterales de la caja de transporte donde viajamos, hay bolsas de mandado y costales repletos de lo que parece hierba o tierra. Algunos, los más jóvenes, gustan de viajar parados en la defensa de la camioneta, sostenidos aferrados a los soportes metálicos que dan forma al techo de lona, desafiando la posibilidad de desprenderse y rodar por la carretera.

Cuando me adentro en la caja los olores me inundan. Una combinación de ropa ahumada, sudor y frutas domina en el espacio. A veces se interrumpe por el olor a hierba quemada que llega de las colinas, donde se prepara la tierra para la próxima siembra. Al principio los ocupantes de la pasajera me estudian con la mirada, me saludan con la cabeza y algunos sonríen; pero pronto dejan de prestarme atención. No puedo evitar sentirme como extranjero, todo me parece tan distinto a lo que estoy acostumbrado. Por momentos me imagino en un país lejano.

Los bultos y bolsas en el espacio intermedio se balancean de un lado a otro, sin que alguien procure detenerlos, aparentemente acostumbrados a las difíciles y constantes curvas. La camioneta sorteada cada curva mientras avanza rápidamente montañas arriba, en algunos tramos la carretera está en buenas condiciones, en otra es necesario disminuir la velocidad porque medio carril se ha desplomado por un desfiladero, situación que se repite en temporada de lluvias.

De vez en cuando, la pasajera se orilla y detiene para que algunos de los hombres descendan, quienes se adentran en la espesura de hierbas y pinos, montaña arriba, enarbolando sus machetes. Antes de llegar al lugar del siguiente trasborde, el conductor detiene el transporte para cobrarnos el importe del viaje. Una mujer aprovecha la pausa para

bajar apresurada de la camioneta y vaciar el estómago en arcadas silenciosas, se seca unas lágrimas con la manga de la blusa, se acomoda de nuevo en su lugar con los ojos cerrados y la cabeza recargada en uno de los brazos que se sujetan con fuerza a los tubos del techo. No todos se acostumbran a las curvas, afortunadamente mi estómago no me ha dado problemas.

En cuanto desciendo de la camioneta unos muchachos se acercan para preguntarme mi destino y ofrecerme insistentemente un transporte, pasajera con techo de lona o taxi. Esta vez elijo un taxi. Los taxis son colectivos, viajan 3 personas en el asiento trasero y dos personas apretujadas en el asiento del copiloto. Todos pagan la tarifa por igual.

Hasta este punto el viaje me ha parecido eterno, sólo el soberbio paisaje lo compensa: los picos de las montañas vestidos del verde brillante de pinos que se mantienen rectos apuntando al cielo, plantas de hojas enormes que no conozco, riachuelos que bajan calmados trazando su camino entre las colinas, algunas casas con señoras afanadas en el exterior y niños jugando en la tierra.

La armonía del verde eterno sólo se interrumpe con los barrancos pedregosos que disfrazan su vacío con niebla gris y espesa, el entorno es característico de la zona zoque. Desde que subí al taxi me encuentro ya en territorio zoque, empiezo a sentirme cerca de mi destino, aunque en realidad falta aún un buen tramo, reconozco la ropa de las mujeres, el hablar de todos, conjugando verbos como lo hacen los sudamericanos, “vení”, “decíme”, “sos”, pero con ese acento peculiar que delata a los chiapanecos y he aprendido a descifrar.

No es la primera vez que recorro este camino, lo hice varias veces antes mientras cumplía con mi servicio social, y luego trabajando en mi tesis de licenciatura. Sin embargo, todo me parece nuevo, los poblados han cambiado. Hay menos casas de bajareque y más autos modernos. No puedo evitar sentir nostalgia, por los lugares a los que he tomado afecto y por lo que ya no hay, se ha perdido y no volverá más. Me pregunto cómo será Tepeuakan

ahora, ¿habrá cambiado mucho? Sin dudas habrá cambiado, ¿pero tanto como para no reconocer a las personas, las casas y recordar lo que antes viví allí? ¿Me recordará alguien al llegar?

Antes de salir de mi ciudad no he podido contactar a nadie de los conocidos de Tepeuakan. No tengo sitio a donde llegar, pero puedo buscar a aquellos que conocí bien y me arroparon alguna vez. Ese pensamiento me consuela, pero permanece el sentimiento de incertidumbre sobre cómo seré recibido. En cualquier caso, recuerdo que existía un pequeño hotel en la parte alta del pueblo. Un hotel cuyas habitaciones consistían en paredes de madera, techos de lámina y gallinas picoteando la tierra del amplio patio.

Aunque tenga que pasar algunas noches en el hotel, no quiero permanecer allí. No es una cuestión de comodidad; hospedarme en el hotel me mantendrá alejado de la vida común del pueblo. Creo que puede acentuar mi estado de extraño.

Cada taxi avanza a gran velocidad a pesar de los tramos donde la niebla lo absorbe todo. Yo no puedo distinguir el pavimento de la carretera, pero el conductor toma las curvas con la agilidad de la experiencia. Años enteros manejando sobre el mismo tramo de carretera, ida y vuelta de un pueblo al otro; cada curva, bache y desprendimiento memorizados.

Un letrero anuncia la entrada a la Selva Negra. Se trata de una zona donde la niebla reina indiscutible de día y de noche. La vegetación es más espesa, los árboles más frondosos y rectos, la humedad se condensa en pequeñas gotas de agua que se filtran por las ventanas. Es más difícil ver lo que hay adelante, sólo en este tramo el taxista baja la velocidad; aunque sigue yendo rápido para mi gusto. El frío húmedo se cuela por donde puede, llenando los vacíos, abrazándolo todo. Sólo yo me estremezco, los demás están acostumbrados y parecen no notarlo a pesar de la ligereza de sus ropas.

Luego de un rato, abandonamos el reinado de la niebla en la Selva Negra. La vista ya no es interrumpida por el velo gris opaco. Un letrero anuncia la segunda venida de Jesús y otro más la llegada al siguiente poblado. Es hora de cambiar de taxi.

Desciendo del taxi y me coloco la mochila de campista al hombro, doy una mirada recorriendo todo a mi alrededor, buscando el lugar donde antes solían estar los taxis para Tepeuakan. Me alcanza un muchacho, me ofrece el transporte para el parque ecoturístico. Procura ayudarme con mi mochila e indicarme el camino, apresurado, exagerando amabilidad. Le explico que ése no es mi destino y rápidamente pierde interés en mí, sólo me señala con una mano donde están los taxis que debo abordar.

Me encamino buscando las caras de los conductores que juegan cartas en el cofre de una de las unidades. No conozco a ninguno, hay un lugar libre – me indican – en el primer taxi. Cuando abro la puerta veo sentadas a cuatro personas, esperando a que el último lugar libre sea ocupado y puedan partir de una vez a Tepeuakan. No reconozco a nadie. Me miran primero con extrañeza, para después ignorarme aparentemente el resto del viaje. No toma más de diez minutos.

El camino a Tepeuakan es bastante accidentado; pavimento envejecido con grietas, hoyos, lleno de curvas como todo camino por aquí. Primero una empinada subida, me parece que el taxi no podrá con nosotros. Aunque el auto parece relativamente reciente es demasiado el peso. Luego el camino se transforma en un continuo descenso, aunque leve. El clima frío y húmedo va quedando atrás. La niebla apenas se asoma tímida, sólo en las partes más altas de las colinas. Me siento emocionado, luego de 5 años regreso. Recuerdo las experiencias de antes, el cariño que le tengo a este pequeño pueblo alejado de todo el mundo, le tengo cariño también a la gente, aunque ellos ni me conozcan o me recuerden.

De un momento a otro el clima cambia. Se siente menos frío, el cielo parece menos interrumpido por nubes grises. La niebla quedó atrás y hay menos humedad en el aire. A lo lejos, un rayo de sol ilumina el conjunto de casas que compone a Tepeuakan, como si me diera la bienvenida ¿Es mi anhelo del regreso o de verdad el sol ilumina sólo al pueblo?

Unas cuantas curvas más y las casas comienzan a aparecer, no las recuerdo, parecen recientes. A primera vista el pueblo no ha crecido, la geografía no lo permite. Del lado norte dos puntas de montaña mantienen las casas al margen, pueden verse árboles de café, pinos, chayoterías enredándose en infinitos brazos tratando de agarrarlo todo a su paso. Mientras que del lado sur una alta colina, muy verde también, es acompañada de un desfiladero. Imposible construir cualquier cosa allí. Así que las casas se distribuyen hacia el este y el oeste dándole una forma alargada y delgada. Por eso sólo existe una calle principal que atraviesa el poblado de este a oeste, y un par de calles pequeñas paralelas a ella.

El camino mejora un poco conforme las casas están más juntas, a su vez las casas se ven mejor construidas; bloques, colados, colores vistosos mezclados con el gris del cemento, puertas de herrería, algunas con diseños caprichosos, negocios. Hay más tiendas de abarrotes de las que recuerdo y farmacias. Justo a la mitad del pueblo, erguida e imponente se mantiene de pie la iglesia, el edificio más representativo del pueblo. Fue construida en el siglo XVI y desde entonces se mantiene mirando al oeste, apenas con algunas grietas en los costados que ya han sido resanadas. No es particularmente llamativa, como las iglesias de San Cristóbal de las Casas, carece de las fachadas barrocas o neo-clásicas, se trata de un bloque sólido y rústico. Es un rectángulo gigante, de paredes altas, piedra negra y techo en dos aguas de tejas marrones sostenidas en vigas de madera antigua. No ha cambiado nada, sigue erguida y orgullosa como la recuerdo.

Avanzamos unos metros más y el taxi se detiene, hemos llegado. Luego de pagar el viaje, tomo mi mochila de la cajuela y me encamino en dirección al centro, son sólo unos pocos metros. Mientras avanzo puedo ver cómo la gente me observa disimuladamente. Apartan la mirada cuando volteo, sólo para volver a verme luego de que los saludo con voz alta.

Sin pensar cruzo la plaza del pueblo, pequeña y llena de basura. Una cancha de baloncesto que se acompaña de un pequeño kiosco rodeado por pinos enmarañados. Unos troncos de palmeras se alzan, pero es imposible ver sus largas hojas, se pierden entre la espesura de los árboles que no han sido podados en mucho tiempo. Repartidas alrededor del kiosco hay algunas bancas negras, ocupadas por hombres que hablan entre ellos. Visten pantalones de gabardina, camisas blancas; algunos llevan sombreros de paja, otros sombreros nortños. Me observan.

Unos metros más adelante, junto al edificio del DIF (Desarrollo Integral de la Familia) hay una casa, su fachada no ha cambiado, la familia Fernández¹⁰ vive allí. Hace cinco años me dieron hospedaje por un par de semanas, si ellos no tienen lugar para mí, al menos sabrán de algún cuarto desocupado que pueda rentar. Aún es buena hora para buscar alojamiento.

La puerta está abierta de par en par. Cuando me asomo, una mujer está sentada viendo televisión en un sillón color crema. Me reconoce al instante, exclama mi nombre y se levanta para darme la bienvenida. Me sorprende que después de cinco años me recuerde al instante. Me toma dos segundos reconocerla, se dibuja una enorme sonrisa en mi cara. Le extiendo la mano y la abrazo sintiendo una mezcla de alegría y alivio. Me hace entrar mientras grita los

10 He cambiado el apellido real de la familia que me dio hospedaje, para proteger su identidad y la de la comunidad.

nombres de sus hijas. Las jovencitas entran, casi no puedo reconocer a las niñas que yo conocí. De igual forma me saludan cálidamente con un abrazo.

Extrañada, me pregunta el motivo de mi visita. Observa mi mochila que luce pesada y repleta, intuye que he venido para quedarme un tiempo y me pregunta si tengo donde dormir. Ante mi negativa me hace cruzar la cocina y me dirige a un patio posterior donde una perra me ladra frenética; más con miedo que bravura. Me indica a subir por unas escaleras de cemento cuyos escalones son más altos de lo común y que terminan en una puerta.

Mientras avanzamos, me explica los cambios que han hecho a la casa desde la última vez que estuve allí. Una nueva planta alta, modificaciones en el patio, paredes y puertas que mudaron de lugar, ventanas abiertas, un baño independiente nuevo. En la planta alta me enseña una nueva habitación, vacía excepto por una cama, pisos de loseta nuevos, techos de lámina escondidos detrás de un cielo de madera color cedro oscuro. Tardo en comprender que me está ofreciendo ocuparlo. Cuando le pregunto el precio de la renta, responde con una enorme sonrisa que trata de ocultar con su mano -por ser tú, nada- me dice. Insisto en pagar algo, pero ella resuelve el asunto con la tradicional frase para evadir las insistencias a recompensar los favores: ahí luego lo vemos.

El señor de la casa no está. Llegará en un par de horas, cuando termine su horario de trabajo en la presidencia municipal. Un plato en la mesa me está esperando, pollo horneado con salsa picante y especias, frijoles refritos y tortillas blancas y delgadas, la comida es el símbolo por excelencia de la hospitalidad.

Hago mi mejor esfuerzo por esperar despierto al señor de la casa. El cansancio me vence, me quedo dormido. Cuando despierto y bajo las escaleras él me está esperando, ávido por platicar y ponernos al corriente en todo lo que ha acontecido. Le hago todo tipo de preguntas sobre el pueblo, lo que ha cambiado, lo que sigue igual; mientras él encuentra la

manera de relacionarlo todo con la vida política del municipio. Su trabajo como secretario municipal ha condicionado su manera de hablar y ver las cosas. De pronto, cambiando el ritmo de la plática, me pide que no esté apenado; que puedo entrar y salir de su casa como si fuera mía. Voy a quedarme a vivir con ellos el tiempo necesario y no aceptará dinero a cambio, comeré y dormiré en su casa, ya ha dado instrucciones a su mujer.

6. 2 Un Bidón de Gasolina y Una Sierra

Llegué a Tepeuakán con un cronograma marcando las actividades y los tiempos que deseablemente debería cumplir. Rápidamente me di cuenta de que el tiempo se mide de diferente manera en una comunidad tan pequeña. Es raro ajustarse a los días que amanecen más temprano y anohecen apenas el sol se esconde tras las crestas de la montaña. Aunque da la impresión de que la luz del día pasa menos tiempo alumbrando el pueblo, para dejar que la niebla reine a su antojo en las tardes y noches, el día se alarga y las horas parecen caminar perezosas en las agujas del reloj.

Lo primero que tuve que hacer fue ajustarme a la parsimonia del pueblo, caminar a su propio ritmo y dejarme llevar por el vals cadencioso y tranquilo en el que transcurre la vida allí. Una experiencia en particular, a los pocos días de llegar, me hizo ser consciente de la paciencia con que debía llevar mi re-introducción al pueblo.

Luego de algunos años de no visitar la comunidad, era lógico que las pláticas consistieran en ponerme al corriente sobre lo nuevo y lo que no había cambiado en el pueblo. Una de esas noticias me escandalizó por completo. Pocas semanas antes de mi llegada comenzó a circular de boca en boca el rumor de que ladrones de niños habían llegado a la zona zoque de la sierra. Los rumores venían acompañados de descripciones aterradoras sobre niños descuartizados, sin órganos internos tirados en zanjas. Cuando preguntaba si la policía

estaba investigando el asunto me respondían negativas, entonces preguntaba genuinamente preocupado cuántos niños habían desaparecido, ninguno. No obstante, los rumores seguían.

La población se preocupó tanto que unas semanas antes de mi arribo, en un condado cercano, la gente amordazó y golpeó a dos hombres desconocidos que trataban de llevarse a un muchacho. Prendieron fuego al automóvil en que habían llegado y lo dejaron como malvavisco chamuscado, al menos así se veía en las fotos que todo mundo guardaba en sus celulares.

Después se supo que los dos infelices eran en realidad trabajadores de una clínica de rehabilitación que habían llegado a recoger a un adicto bajo instrucciones de los familiares, el muchacho obviamente se opuso y se armó el estropicio. Si la policía no hubiese intervenido resguardando a los hombres en la comisaría, los habrían quemado dentro del auto.

En otra comunidad más pequeña, recibieron con piedras a un representante del Instituto Federal Electoral (IFE), quien se salvó por nada de ser descalabrado. El joven tuvo que regresar luego, aterrado, enarbolando los papeles que lo acreditaban como instructor de funcionarios de casilla.

Con cosas así no se juegan, en tales comunidades donde los delitos más graves son el robo de borregos o peleas por infidelidades, los rumores de este tipo encienden la preocupación de la población y no dudan en tomar cartas en el asunto. En cuando vi las fotografías de los infortunados y del cascarón chamuscado del auto decidí presentarme en la presidencia y pedir permiso para estar en la comunidad.

Al segundo día de mi estancia me aposté en la presidencia solicitando hablar con el presidente municipal. El edificio que hace de presidencia municipal es una construcción relativamente reciente pero descuidada. La basura se acumula fuera y dentro del edificio. Con cada nueva administración la fachada es pintada con los colores del partido en turno,

pero además de eso no se destinan recursos para mantener la infraestructura. Se piensa que si se dedica dinero a mejorar paredes, instalaciones o computadoras, al final serán los de la siguiente administración quienes lo gocen, así que prefieren no hacerlo.

Una muchacha, asistente o secretaria, me pidió que esperara un momento. Luego el presidente asomó su cabeza por una ventanilla que lo comunicaba con el pasillo y le indicó a la joven que me dejara pasar. La oficina del presidente era un cuarto modesto, las paredes contenían un escritorio avejentado, dos sillas, un pequeño estante detrás del mandatario y una fotografía del presidente de la república en una de las paredes.

Le expliqué quién era yo y los motivos de mi visita, me escuchó con el ceño fruncido y las mandíbulas apretadas, mirándome fijamente. Le extendí la carta de presentación que la facultad y mi tutora expidieron, la leyó con detenimiento y luego levantó la cabeza para preguntarme con cierto tono de duda: “¿Y qué necesitas?”. Nada -le respondí- solamente el permiso de estar en la comunidad y poder acceder a la biblioteca. Los músculos de su cara cambiaron a una expresión de alivio y al final me dio permiso de trabajar en la comunidad y de acceder a la biblioteca, la que de todas maneras era de libre acceso. Al final me aconsejó portar siempre mi credencial como si fuera gafete, a la vista, porque había rumores de niños robados y la gente se ponía nerviosa con los extraños.

No seguí su consejo, dejé mi credencial de estudiante en la cartera, guardada en la bolsa trasera de mi pantalón. No quería que me confundieran con personal de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH) o de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) que suelen visitar el pueblo a menudo.

Así emprendí mi primera tarea, actualizar mi croquis de los barrios de la comunidad y señalar los lugares de importancia para realizar observaciones. Comencé por la parte alta del pueblo, donde hay menos centros importantes, una capilla, un domo deportivo y el hotel.

Caminaba por las calles prestando atención a la distribución de las casas y haciendo anotaciones sobre las diferencias que encontraba con respecto a mis visitas anteriores, tuve la precaución de no tomar fotografías hasta conocer bien la actitud de las personas. La tarea me tomó varios días.

Cuando llegó el turno de reconocer los barrios de la parte baja del pueblo, en el primer día de trabajo, estuve caminando por entre las calles, haciendo señalamientos y correcciones en mi mapa. Anduve frente a las dos clínicas, sin entrar en ellas. Pretendía quedarme observando en la clínica del IMSS, pero al final no me pareció buena idea pues el patio estaba lleno de niños y madres esperando turno para vacunarse.

Todo andaba con normalidad, algunas personas me veían caminar y anotar, pero respondían animosamente mis saludos con sonrisas. Pensé que era una exageración eso de extremar precauciones por los rumores.

Al final de la tarde, cuando caminaba calles arriba hacia la casa, alguien me detuvo. Un hombre moreno, fornido, con sus botas plásticas que le rosaban las rodillas y un sombrero de paja cubriendo la sudorosa cabeza. Me habló algunas palabras que no comprendí, pero de inmediato percibí su aliento etílico. Me había extendido su mano a manera de saludo, pero cuando quise soltarla no me lo permitió. Así, con su mano aferrada a la mía, me estuvo haciendo preguntas sobre quién era yo y qué hacía en el pueblo. Con toda la calma de la que fui capaz de fingir, le dije que venía de la universidad a hacer una investigación sobre la medicina. La explicación no lo dejó satisfecho, traté de ser más claro sobre lo que estaba haciendo, pero al final me advirtió que anduviera con cuidado porque en ese pueblo no permitían la entrada de ladrones de niños. ¿Sabes qué les hacemos?, me dijo, y enseguida señaló su sierra y el bidón de gasolina que proveía el combustible para encenderla.

Me sentí aterrado. Algunas personas nos observaban a prudente distancia, sin hablar. Respiré profundo y lo invité a ir a la presidencia municipal conmigo, donde el presidente y el secretario municipal ya me conocían y me habían dado permiso para estar en la comunidad. En ese momento su mano soltó la mía, quedó pensativo un poco, quizá sopesando lo inconveniente que los mandatarios encontrarían sobre un hombre ebrio cargando una sierra motorizada y varios litros de gasolina. Después de un instante se rió y dijo, como si fuésemos amigos de toda la vida, que tuviera buen día.

Ese día comprendí que tendría que esperar un tiempo, saludar personas, dejarme ver en el pueblo antes de comenzar a trabajar formalmente. Debía rendirme al ritmo de la comunidad.

Además de ese episodio no tuve ningún problema y jamás me volví a sentir amenazado. Los rumores de niños robados se desvanecieron luego de unas semanas, como la niebla se desvanece con la luz del sol.

6. 3 Dentro y Fuera de las Clínicas

Después de la experiencia del señor con su sierra amenazándome, decidí que lo mejor sería iniciar mi trabajo dentro de las clínicas. Ello me ayudaría a avanzar en las observaciones dentro de un espacio seguro, mientras más gente me conocía. La desventaja es que luego de algunas observaciones y encuentros en la clínica, algunas personas me asumían como médico, algo que no previne.

Comencé visitando la clínica con más tiempo en la comunidad, donde tendrían más información que me ayudaría. Lamentablemente no fui bien recibido. Mientras afuera las personas me veían como un desconocido, quizá hasta con motivaciones oscuras para irse a vivir a un pueblo alejado del mundo. En la clínica me asumieron como un evaluador de su desempeño. No tuve oportunidad de desembarazarme de dicha imagen pues no me fue

permitida la entrada a la clínica. Sabía que las enfermeras y el médico me veían así por las furtivas conversaciones que tuve con ellas mientras me sentaba en el patio a observar desde fuera, eso fue lo único que me permitieron.

El médico me recibió una sola vez, sólo para mostrarme la cantidad de trabajo que tenían. Volteó el monitor de su computadora para mostrarme un archivo de excel con celdas interminables y números sombreados en distintos colores. Traté de aclararle mi trabajo allí y mi condición de estudiante, pero me despachó con premura alegando mucho que hacer.

Sentí una profunda decepción, quería saber cómo eran las consultas, no buscando evaluar el desempeño del personal médico, por supuesto, sino tratar de encontrar claves sobre cómo las personas se relacionan con los médicos y la medicina alópata.

Me quedaba una esperanza, la nueva clínica. Subí y bajé las calles necesarias para llegar a ella, me encontré con un edificio pequeño pero nuevo y moderno, aunque llamativamente vacío de pacientes. Dentro, todo era relucientemente blanco. Pedí hablar con la directora de la clínica con mi sonrisa más amable. Rápidamente me atendió.

Una mujer, quizá más joven que yo, algo nerviosa, delgada y pequeña me atendió en uno de los consultorios. De nuevo expliqué mis intenciones de estar en la clínica observando y fui de lo más honesto. Su actitud fue un abismo de diferente a la del otro médico, me dijo que podía observar cuando quisiera, dentro y fuera de los consultorios, además de que ella me proporcionaría toda la información que estuviera a su disposición. Pero había un inconveniente, no tenían pacientes. La clínica llevaba sólo un par de meses funcionando y la gente seguía yendo a la clínica del IMSS, de vez en cuando les llegaba alguna persona buscando atención, pero aún no eran muchos.

Comencé haciendo observaciones en la sala de espera de la clínica. La ventaja que tenía es que podía observar a los pacientes desde que llegaban, cómo los atendían las

enfermeras y después enterarme de lo que acontecía dentro de los consultorios, que dejaba escapar todos los sonidos a través de sus delgadas paredes.

Hice varias observaciones así y pude percatarme de que las personas acudían generalmente por enfermedades infecciosas (gripe, tos, diarreas) o emergencias menores como picaduras de abeja y torceduras.

Los pacientes llegaban a la clínica, que conforme pasaban los días se hacía más popular, anunciaban su llegada a la enfermera quien seguidamente los anotaba en la lista de espera. Entonces procedía a tomar la temperatura, frecuencia cardiaca, peso y altura del enfermo para anotarlo en su nuevo expediente. Muchas de las personas indicaban con tono de preocupación que ya tenían expediente en la otra clínica, a lo que la enfermera respondía que no importaba.

Luego me explicaron que la clínica del IMSS sólo podía atender a las personas por un motivo a la vez: consulta general o revisión de Oportunidades. Así se comenzó a configurar una dinámica particular, las personas preferían la revisión de Oportunidades, para no perder el apoyo económico y saliendo de esa clínica recorrían el camino a la clínica nueva para atenderse los malestares.

Cuando llegaba el turno, la enfermera anunciaba al siguiente paciente en ser atendido, quien pasaba al consultorio a explicar los síntomas al médico. Recuerdo una ocasión, en que ya estaba haciendo mis observaciones dentro del consultorio. Me sentaban en un banco detrás de la camilla de auscultación, al fondo del consultorio mientras el médico interactuaba con el paciente sentado en su escritorio próximo a la puerta.

En esa ocasión tocó el turno a una mujer madura, la enfermera le anunció su nombre al médico, quien la esperó detrás del escritorio. La mujer cruzó la puerta viéndome a mí primero. Nos sonreímos y acto seguido bajé la cabeza fingiendo estar muy ocupado con mi

cuaderno en las piernas, esperaba que se sintiera un poco más cómoda si creía que yo no ponía atención a la consulta. Sin embargo, ella cruzó la habitación para saludarme de mano mientras decía “buenos días, doctor”, hizo lo mismo con el médico.

Su problema era una hernia, actualizó al médico en lo último acontecido sobre su situación, no era su primera consulta. Lo siguiente fue auscultar a la mujer, el médico le pidió que le mostrara la hernia, en seguida bajé la mirada respetando la privacidad de la mujer. Ella, en cambio, se levantó de su asiento, giró un poco el cuerpo y se levantó la falda mostrando el voluminoso vientre al desnudo, no se inmutó ni por un momento. Me pareció que había girado el cuerpo en mi dirección, para que yo también pudiera ver.

El médico la observó y palpó la burbuja de intestino que pujaba por salir de su cuerpo. Le pidió que se vistiera y regresaron a sus lugares. El médico le explicó los pasos a seguir, era necesaria una intervención, le dijo dónde sería realizada y qué papales necesitaba. La mujer le pidió que anotara todo en la receta, ella no sabía escribir. Entonces el doctor comenzó a hablar sobre la naturaleza de las hernias y lo que le haría el cirujano a su cuerpo en la operación. Ella lo observaba distraída y asentía con la cabeza de vez en vez, debió estar más preocupada por otra cosa, porque cuando el médico hizo una pausa todo lo que ella dijo fue: “¿qué tanto se debe esperar para tener relaciones?, ya ve que el marido exige”.

El médico soltó una risa que detuvo pronto cuando notó que la pregunta era en serio -uno o dos meses- le dijo. Terminó de anotar todo en la receta, la selló e indicó a la mujer a salir, quien antes de cruzar la puerta se despidió de mí con la cabeza.

6. 4 Una Cucharada de Mi Propia Medicina

La familia que me recibió, me adoptó como un miembro más. A la hora de comer me llamaban para tomar los alimentos con las niñas y la señora. Mientras comíamos las niñas

me contaban las últimas noticias de la escuela. Así me empapé de las noticias y vidas de adolescentes que ni conocía.

En un esfuerzo por deshacerme de la imagen vinculada a las clínicas que yo mismo me creé, busqué involucrarme con más variedad de personas y diversos ámbitos de la vida cotidiana. Así comencé a acompañar al señor de la casa a alimentar al ganado, comencé a dar clases de inglés a las niñas de la casa y sus amigos y sobre todo me involucré más con la cocina de la casa.

Empecé a ser conocido por las donas que preparaba, cuya receta era un misterio que todos querían conocer. Hurgué en mi cerebro buscando recetas de cocina novedosas, para después hacer malabarismos intercambiando ingredientes por otros, ya que algo que resulta tan cotidiano en la ciudad, como los cacahuates, en el pueblo es un lujo exótico.

Poco a poco las mujeres me fueron conociendo al encontrarme en la tienda de abarrotes, en la frutería o en la casa de la señora que vendía pollo. Aprendí, también, algunas recetas locales. Eso me ayudó a compenetrarme con la señora de la casa, quien aprovechaba cada momento para platicarme las cosas más cotidianas del pueblo, con su peculiar manera de recrear diálogos y añadir una pizca de humor a la anécdota más corriente.

En muchas de esas pláticas obtuve información valiosísima sobre la vida del pueblo, y particularmente sobre las enfermedades y remedios. Información que luego subía corriendo a mi habitación a anotar todo, previniendo la fragilidad de la memoria.

De esta manera llegué a sentirme como en mi segunda casa, por las tardes tomábamos café y comentábamos las noticias que la televisión repetía. Los señores de la casa llegaron a tratarme como a un familiar más, incluso planeando visitas los fines de semana al río o a las comunidades cercanas donde tienen familia.

Mi rutina comenzó a tomar forma rápidamente. Debía ocuparme de asuntos básicos, como la limpieza de mi cuarto (que se llenaba de polvo a la menor brisa), lavar la ropa, ayudar en la casa, cocinar los días que me tocaba para el ejercito de familia y visitantes que llegaban a la casa. Realizar entrevistas y observaciones para después pasar eternidades transcribiendo.

Un miércoles de mañana, desperté con la sensación de náuseas y un sabor agrio que me subía del estómago a la garganta. Me levanté rápido y vomité. Vaciar el estómago me proveyó de una fugaz sensación de alivio. El estómago no me molestó más, pero me comenzó un dolor de cabeza que se fue haciendo más agudo conforme avanzaba el día.

Tomé una ducha, con agua fría como dicta la costumbre, y casi no pude soportar el ardor que experimentaba mi piel al contacto con el agua. Los huesos me dolían, me sentía mareado y sin energía. Decidí que sería mejor quedarme a descansar.

Primero no le di importancia, pensé que algo le habría caído mal a mi estómago y tendría que pasar pronto. Cuando me llamaron a desayunar y luego a comer, me excusé diciendo que no me sentía bien.

En la noche, la señora llamó a mi puerta, antes de atender traté de poner la mejor cara que la carencia de ánimo me permitió. Estaba preocupada por mi estado y quería saber si estaba bien. Le expliqué mis síntomas, restándoles importancia y rematé diciendo que se me iba a pasar pronto. En seguida me indicó qué podía tomar, me mencionó algunas hierbas y fármacos, disponibles en la casa. Le dije que buscaría tomar alguno por la mañana.

No es que tuviera desconfianza de sus recomendaciones, pero esperaba que no fuera necesario acudir a ningún tipo de remedio. Esa esperanza se desvaneció a la siguiente mañana, cuando desperté empapado en sudor y con la sensación de tener el rostro en llamas. En lugar de decir nada, hundí mi toalla en agua fría y la enrollé en mi cabeza para combatir la fiebre.

Empecé a pensar sobre qué hacer. Me encontré ante un dilema importante. Mi renuencia a ser atendido por el malestar no era algo extraordinario, siempre he pensado que los síntomas pasarán gracias a la capacidad que el cuerpo tiene de combatir los estados de enfermedad. Evito lo más posible ir a consulta o tomar remedios, el descanso me parece la mejor forma de ayudar al cuerpo a recuperarse. No funciona siempre, claro.

Pero en ese momento me encontré ante la disyuntiva de optar por algún remedio ¿preferiría ir a la clínica o a un curador local? En ese momento sentí que tenía que decidirme por una u otra y no podía quitar de mi ofuscada cabeza que esa elección determinaría mucho el rumbo de mi investigación.

Años antes había tenido una experiencia con una curandera del pueblo. Tratando de conseguir hacer observaciones la busqué hasta su casa, que se encontraba en lo alto de una colina. Me recibió una jauría de perros ladrando desaforados. Salió ella a ver el motivo de tanta bulla y me hizo entrar de muy buen humor. En ese entonces me encontraba explorando los llamados síndromes de filiación cultural que reconocían en la comunidad. Me contó sobre las enfermedades que ella curaba y se ofreció a mostrarme cómo. Me sentó en el centro de una habitación amueblada por una mesa y una televisión. Salió a cortar unas ramas de shauco de su jardín, buscó un huevo debajo de una de sus gallinas en el patio y acomodó una jícara con agua cerca de mí y alistándose me preguntó si había algún malestar que yo tuviera, cualquiera. Pensé rápido y le dije que estaba teniendo dificultades para dormir, cosa cierta. Empezó entonces a azotarme con las ramas de shauco, las pasaba por mis brazos, cabeza, piernas y espalda, y hacía ademanes como de sacudirla de un agua imaginaria que tiraba en el piso. Luego tomó el huevo de gallina, lo frotó igualmente en las mismas zonas, además de girar el huevo sobre su propio eje justo frente a cada uno de mis ojos. Entonces rompió la cáscara del huevo y vertió el contenido en la jícara de agua. Manipuló la yema entre los

dedos, como buscando algo. Al final me señaló un pequeño globo blanco pegado a la pared de la yema y me dijo: “Es ojo, una muchacha le echó ojo”, “¿Una muchacha?”, repuse yo. Soltó una carcajada ruidosa y con buen ánimo dijo: “¡Ni modo que un hombre!”. Entonces se dispuso a poner remedio a la *ojeada* que me habían echado; tomó un frasco que contenía un líquido de color incierto, sorbió un trago y acto seguido lo escupió en mi cara. Me inundó un olor dulzón muy fuerte y una sensación de sorpresa, aunque no de asco. Continuó soplando líquido en mis brazos, estómago y nuca. Salí del lugar con náuseas por el penetrante olor y regresé a casa a bañarme. En la noche tampoco pude dormir.

Luego de estar pensando en qué hacer con respecto a mi malestar tirado en la cama, al final decidí no salir del cuarto, esperando en que el malestar ya pasaría. Así pasé otra noche. A la siguiente mañana la señora de la casa me ahorró el malestar de tener que elegir el tipo de atención médica. Temprano me hizo salir del cuarto y me envió directo a la clínica para que me recetaran alguna pastilla. La obedecí con alivio y salí de la casa caminando lenta y suavemente calles abajo. El médico sugirió realizarme estudios de sangre porque no encontró nada y sospechaba de una tifoidea. Me recetó algo para el dolor de cabeza, que había empeorado mucho, y para la fiebre. Para los estudios de sangre tenía que viajar a dos municipios de distancia, no me sentía con energías para ir y hasta consideré no ir por ellos, pero deseché rápido la idea sabiendo que la señora me obligaría a ir.

Cuando regresé a la casa, ella ya tenía en la estufa un recipiente con agua hirviendo y unas hierbas flotando en la superficie. Mientras yo estaba en la clínica, ella fue a visitar a una curandera miembro de la familia, le explicó mis síntomas y la anciana emitió su diagnóstico sin necesidad siquiera de verme. De acuerdo con ella yo padecía de inflamación de los ganglios de la garganta.

En el laboratorio donde me realizaron los análisis, me atendió una química egresada de un colegio adventista, al menos eso expresaba el diploma que colgaba en una de las paredes del recibidor. Me extrajo sangre y me indicó a regresar unas horas después por los resultados.

Cuando los recibí, ni siquiera tenía energía para abrir el sobre y revisarlos, todo lo que quería era treparme a un taxi y que el conductor me llevara de vuelta. Pasé directo a la clínica a entregar los resultados al médico, quien los revisó y con aire consternado me dijo que no había nada fuera de lo normal, no sabía qué tenía. Entonces se levantó, fue a la pequeña zona de farmacia de la clínica y tomó el antibiótico más potente disponible.

Regresé a casa con las noticias y la señora me extendió un vaso con el líquido de las hierbas para que con él me tomara las pastillas. Así hice por dos días, sintiendo considerable mejoría hasta que me curé.

6. 5 La Fiesta de Primavera

La vida católica del pueblo se centra alrededor de la virgen y el santo, patronos del lugar. Son dos las fiestas relevantes que se celebran una vez al año, más algunas procesiones y fiestas menores que incluyen la participación en las celebraciones de los santos patronos de los municipios vecinos.

La fiesta del santo patrono se celebra a principios de año y la de la virgen en otoño. Los más involucrados con estas celebraciones son los llamados “tradicionalistas”, es decir, las personas que buscan mantener estas celebraciones como tradiciones identitarias de la comunidad, la mayoría de los tradicionalistas son hombres de años, viejos que trabajan en el campo y que fueron iniciados en la vida de la iglesia desde muy pequeños, antes de la popularización de la fe protestante. Sus padres participaron del sistema de cargos y ahora lo hacen ellos, esperando que sus hijos hereden el interés de mantener la tradición.

Sin embargo, son pocos los jóvenes que se interesan por participar de las celebraciones religiosas católicas. Los días de fiesta el pueblo se llena de algarabía y muchos jóvenes acuden desde diferentes comunidades dentro y fuera del municipio, pero pocos de ellos participan en las misas o en la preparación de los santos. Los viejos expresan, con cierto tono nostálgico, que a los jóvenes ya no les interesan esas cosas.

Aun así, hasta ahora, los tradicionalistas tienen un grupo activo que se esfuerza por cumplir cada año con las actividades necesarias para honrar a los santos y las vírgenes. Las dos fiestas, la de primavera y la de otoño son las más importantes, aunque nadie duda en declarar que la fiesta de primavera es la mejor. Más gente llega al pueblo, los cuetes son más ruidosos y los castillos pirotécnicos más altos.

Desde antes del día principal de la celebración, procesiones con las vírgenes y santos de otros municipios llegan en caravanas, cargados en hombros de muchachos jóvenes que avanzan seguidos de mujeres y hombres, bandas de música que tocan piezas alegres y el resonar, de vez en cuando, de cuetes que estremecen a los curiosos y espantan a los perros.

Cada año los santos y vírgenes vecinos se toman el tiempo para acudir a la iglesia del santo festejado y acompañarlo en la celebración. Las figuras sagradas viajan erectas sobre sus propios altares adornado con flores naturales y sintéticas, cirios, cadenas y medallas de oro. La procesión avanza con pasos cadenciosos, sin prisa, entonando canciones que hacen juego con la música que toca la banda.

Cuando las procesiones llegan a la puerta de la iglesia católica, la música redobla su sonido, gritan algunas porras y cánticos y luego de un rato, la peregrinación entra a escuchar misa. Afuera algunas cuantas personas son testigos de lo que ocurre, la iglesia luce casi vacía.

Para cada celebración la iglesia es pintada de blanco en su fachada, se necesitan largas y temblorosas escaleras para aplicar la gruesa capa de blanco que durará algunas semanas

después de la celebración. Tiras de flores de plástico se desprenden de la parte central y más alta de la fachada, se extienden formando un arco de flores hacia adelante que funciona como un techo para el atrio frontal.

Dentro, del techo cuelgan telas rojas o amarillas o de cualquier otro color vistoso hasta llegar al altar, donde el santo celebrado o la virgen permanecen inmutables rodeados por cientos de flores naturales y plásticas, adornos dorados, espigas, coronas, áureas, resplandores, conformando una escena espectacular, aún cuando los adornos pudieran parecer modestos comparados con los usado en alguna catedral de capital o iglesia más importante, de cualquier manera la vida y belleza que cobra la iglesia en los días de fiesta es algo que debe destacarse.

Uno de los momentos más importantes en los preparativos para las fiestas sagradas es lo que llaman “la lavada de la ropa de los santos”. Los tradicionalistas se reúnen desde temprano en la iglesia para que las priostas, que son mujeres de avanzada edad que nunca se casaron o son viudas, desnuden a los santos para lavarles las ropas para la fiesta.

Entonces se reúnen en la galera donde los músicos tradicionales tocan sus instrumentos: guitarra, tamborcitos y flauta. Mientras los instrumentos entonan sus canciones bajo la dirección de los músicos, fuera de la galera los mayordomos y priostas celebran el lavamiento de las ropas. Se reparten galletas, refresco y aguardiente. Las personas platican y comentan entre ellas.

Mientras tanto las priostas se encargan de lavar las ropas. La galera fue construida en un terreno donado por el municipio, justo en este espacio de tierra brota desde lo profundo de la tierra un hilo de agua fresca y transparente, que se encamina ladera abajo y se une con otros riachuelos. Se utiliza el agua de este riachuelo pues no está corrompida, al brotar

directamente del suelo se le piensa pura y es adecuada para lavar la indumentaria de los santos.

Las priostas, mujeres con la piel tostada por años de exposición a la luz solar y surcadas por profundas arrugas, utilizan bandejas coloridas donde acumulan el agua, añaden una pizca de detergente en polvo y limones partidos por la mitad. Los limones tienen la función de eliminar cualquier rastro de olor del detergente, que no sería propio para que lo lleven los santos. Se busca la mayor naturalidad en el procedimiento del lavamiento.

Con la mezcla de agua, detergente y limones, las mujeres frotran las ropas de los santos hasta dejarlas limpias, eliminan el agua jabonosa desechándola sobre la tierra y añaden más agua limpia hasta que la espuma deja de aparecer, con cada enjuague se acercan las prendas a la nariz para asegurarse de que el olor a detergente ha desaparecido.

Mientras tanto los demás mayordomos y tradicionistas participan de las galletas y bebidas, escuchan la música y observan la labor de las priostas, quienes se afanan a lavar las ropas, rápido y eficientemente, algunas de ellas llevan telas rodeando su cabeza para protegerse del sol.

Cuando todas las ropas están limpias son puestas a secar al sol, mientras tanto las personas permanecerán en el lugar bebiendo y conviviendo, los músicos tocando y los instrumentos cantando hasta que las ropas se hayan secado.

Una vez secas son devueltas a cubrir las figuras de los santos, las cuales son acomodadas de nuevo en su lugar y permanecerán en él, imperturbables, hasta el siguiente año, cuando el rito de lavamiento se haga de nuevo.

En la tarde, los tradicionistas se reúnen en casa de alguno de los mayordomos, por fortuna me han extendido la invitación. La procesión se encamina a la casa del mayordomo

que ha preparado una ofrenda en comida y bebida. En la casa se aglutinan hombres y mujeres de aspecto anciano, otros menos viejos y jóvenes y niños.

Se siente un ambiente de fiesta que contrasta con la solemnidad del rito de lavamiento de ropas. Cuando a pesar de que se han repartido vasos con aguardiente, nadie ha levantado demasiado la voz para hablar o se han calentado los ánimos ayudados por el alcohol. Cada vez tratan de consumir menos aguardiente, me ha comentado alguien.

Ahora las personas platican en un tono más desenfadado y ríen acompañados de música con el volumen más alto y con más ritmo. Los invitados ocupamos dos piezas de la vivienda, en una nos encontramos los menos viejos, una mujer pasa con pan, atole y tamales repartiendo en cada plato y vaso vacíos, no importa cuántas veces los vacíes, siempre aparece alguien que los vuelve a llenar hasta que el estómago duele.

En la otra pieza los mayores ríen y platican, la música suena más rítmica y alegre, los viejos bailan. Hombres y mujeres dan sus pasos, adelante y atrás, a un lado y otro, bailando al ritmo de la música, a veces sus pasos desentonan con el ritmo, a veces lo acompañan bien. No bailan en parejas, cada uno lleva sus propios pasos y a veces sus contoneos los hacen recorrer lentamente el espacio usado como pista.

El aguardiente es consumido con menos prudencia, después de unas horas algunos hombres, evidentemente embriagados, discuten fuera de la casa, no parecen mayordomos, son hombres relativamente jóvenes. Cuando salgo de la casa y me despido, uno de ellos se acerca a mí tambaleándose, sus ojos turbios están fijados en mí y balbucea algunas palabras que primero no entiendo.

Me toma de un hombro y me sigue hablando con un aliento claramente alcohólico. Me pide una moneda. Primero me siento nervioso y trato de actuar de la forma más natural posible, cuando por fin entiendo su petición dudo en la conveniencia de darle dinero o no,

no sé qué hacer. Los otros hombres nos observan a unos metros y me tranquiliza cuando le gritan que no me moleste, él voltea y con naturalidad me rodea con un brazo mientras les dice que no me está molestando, como si tratara de decirles que somos grandes amigos, viejos amigos. Vuelve a pedirme una moneda y esta vez introduzco mi mano en el pantalón, tomo la primera moneda que encuentro y se la entrego, no quiero un problema y me parece que es lo mejor que puedo hacer en el momento. Él me agradece, libera mi hombro y me deja marchar. Pienso que debo tener más cuidado y no permanecer por mucho tiempo en esas reuniones que incluyen la presencia de aguardiente.

Pocos días después los tradicionalistas se reúnen en otra casa para preparar las velas que alumbrarán el altar de la iglesia. Cuando llego a la casa señalada, un hogar construido con blocks y techo de lámina, cruzo el pequeño patio frontal, puedo escuchar el leve rumor de personas hablando, sigo el sedero que las huellas continuas de pasos han marcado sobre la tierra erosionada a un costado de la construcción. Entonces puedo ver a unos hombres reunidos alrededor de una tina enorme llena de un líquido humeante, la tina se sostiene en una parrilla y abajo la leña arde despidiendo un leve hilo de humo negro que se disipa conforme se eleva.

Los hombres sostienen hilos en sus manos, entrelazan dos hebras y las sumergen repetidamente en el líquido caliente, con cada sumergida los hilos salen más robustos y blancos, luego de muchas repeticiones las velas tienen el grosor adecuado y son colgadas de cabeza para que se enfríen y terminen de solidificar.

Detrás de los hombres, dos ramas de árbol sirven de sostén para decenas de velas ya formadas, un hombre utiliza una navaja para rebanar uno de los extremos y dejarlas todas del mismo tamaño, otros hombres más atrás, sentado en un tronco le explica a un niño cómo entrelazar los pabilos.

Dando la vuelta a la casa, una mesa se extiende rodeada de sillas de madera, frente a la construcción de bloque, del otro lado de un pequeño patio con piso de cemento donde se sostiene la mesa hay un pequeño cuarto; paredes de madera y techo de lámina sirven de cocina. Las sillas alrededor de la mesa y alineadas más allá, siguiendo la pared de block, están ocupadas por mujeres, algunas jóvenes, otras mayores, alcanzo a reconocer a algunas priostas. Algunas de ellas me saludan, moviendo las manos y la cabeza con un gesto que delata timidez.

En la cocina la señora de la casa se afana moviendo cacerolas encima de una estufa de leña, sirviendo comida en platos de unicel, le ayudan algunas otras mujeres más jóvenes. Los aromas que se despiden de la cocina me llenan la nariz: caldo de pollo con verduras, pollo asado con salsa picante, tamales, café y tazcalate.

Mientras algunos hombres continúan preparando las velas, las mujeres comen, los alimentos se reparten primero a los más viejos, luego ceden su turno para que los demás se alimenten. La música resuena desde un aparato y se confunde con las risas y voces de los presentes, me acerco a platicar con algunas personas, que me explican el procedimiento para crear las velas y para lo que van a servir, me cuentan sobre los planes hechos para las celebraciones y con lo que me voy a encontrar los días de fiesta. Me enseñan el nombre de algunos objetos en zoque, que yo trato de repetir dificultosamente, se escucha un estallido de risas cada vez que mi lengua se enreda en los vericuetos de los sonidos de las extrañas palabras.

Cuando las velas están listas y la comida fue consumida, las personas se despiden y abandonan la casa, el siguiente día será el momento de colocar las velas en el altar.

Días antes de que inicie la fiesta, la plaza del pueblo se va llenando de puestos que exhiben zapatos, trastes de cocina, frutas, hierbas, dulces, ropa traída de Guatemala. Hombres

descargan los esqueletos metálicos y pesados de juegos mecánicos que divertirán a los niños durante una semana. Se vende pollo asado y pozol para calmar la sed y hambre de los paseantes.

Los vendedores provienen de varias partes de la zona, incluyendo a Tuxtla y San Cristóbal, cada año llegan los mismos vendedores a ofrecer sus productos y migran de municipio en municipio acompañados de los juegos mecánicos para alegrar cada fiesta patronal.

El día de fiesta el pueblo se llena de gente, habitualmente se pueden ver pocos autos, poca gente en las calles, pero en la fiesta la calle principal se congestiona de autos, las personas inundan las calles, el ruido abraza al pueblo en un murmullo de vendedores ofreciendo sus productos, personas riendo, la rueda de la fortuna chirriando sus tubos añejados, grandes bocinas reproduciendo música nortea y anunciando las ofertas para animar a los compradores. La cancha de baloncesto se convierte en explanada, una tarima sostiene al presidente municipal y demás personalidades del municipio, grupos de danza folclórica zapatean sobre el suelo de cemento y niños participan en concursos de canto.

Más tarde se queman los castillos y el torito en el atrio de la iglesia católica, las chispas multicolores iluminan las caras de visitantes y locales, el torito se contorsiona, corre de un lado para otro provocando risotadas en muchos y pavor en algunos. Cada año la iglesia organiza un evento para coronar a las tres señoritas representantes de la comunidad, los votos son monetizados, entre más dinero reúnan más votos les cuentan, al final gana la señorita con la mayor cantidad reunida, dinero que irá a parar a los ahorros de la iglesia y que administra una comisión.

En estos días el pueblo pierde momentáneamente su serenidad, autos, gente, ruido, basura, mercancía. Es una buena oportunidad para adquirir objetos que usualmente no están

disponibles. Hace falta vivir en una comunidad como ésta para darse cuenta de lo diferente que es la vida con respecto a las grandes ciudades, se carecen de muchos servicios, como telefonía fija y móvil, señal de radio y televisión, internet, entre otras cosas, en una ocasión tuve que viajar a dos municipios de distancia para encontrar un destapa caños. Así que cuando llegan mercaderes con mercancía novedosa (tenis, ropa, trastes, etc.) las personas procuran adquirir lo más que pueden, además, los días de fiesta suelen coincidir con los días de pago de los programas asistenciales del gobierno.

Aunque este día se vive la emoción de la fiesta, las personas, sobre todo las más jóvenes, están más emocionados por el evento del último día de celebración. El municipio dedica una parte de su presupuesto para financiar un concierto, suelen traer grupos y cantantes, siempre de música nortea como banda, ranchero, duranguense o corridos. Parece existir una competencia entre los municipios por llevar a los cantantes más famosos del momento, de la que algunos pobladores de Tepeuakan se proclaman vencedores.

Ese día el pueblo sureño se transforma de pronto en una ciudad fronteriza del norte, los hombres visten sus mejores botas puntiagudas, pantalones de mezclilla entallados, camisas a cuadros, chamarras de cuero y sombreros de ala ancha. Las mujeres tratan de no desentonar y algunas llevan atuendos parecidos excepto por los sombreros.

Aunque el municipio financia el concierto, la entrada no es libre, los boletos se venden a precios más económicos que lo que usualmente cuestan, aun así, no todo pueden pagarlos, así que sólo asisten las personas con mejores recursos del municipio y de los municipios vecinos. De cualquier manera, la mayor parte del pueblo se emociona por la banda que vendrá a tocar, es una localidad bastante pequeña, aunque no logren acceder al campo de fútbol que sirve como auditorio, la música resonará golpeando en las colinas y se escuchará en todo el pueblo.

7. Método

En este capítulo expondré la definición del problema y justificaré la importancia de su estudio. Describiré la estrategia metodológica seguida para el desarrollo de este trabajo y describiré las herramientas de las que me ayudé para abordar el estudio de las implicaciones a la construcción identitaria ante la coexistencia de medicinas diferentes.

Se trata de la síntesis de un extenso trabajo de idas y vueltas, construcciones y deconstrucciones que me llevó por un sin fin de vericuetos enredados y una serie de callejones sin aparente salida que me ayudaron a tomar decisiones y dar forma a la siguiente estrategia.

Se entiende que los estudios en ciencias sociales, especialmente cuando se desarrollan sostenidos en un paradigma cualitativo, son únicas y diferentes a la demás. Así que en este trabajo he hecho uso de herramientas provenientes de diferentes tradiciones metodológicas, principalmente la etnografía y el método biográfico (en el análisis), para lograr un acercamiento lo más completo posible al problema. El propio objeto de investigación me obligó a buscar las articulaciones entre diferentes posturas para poder comprenderlo, ello implicó una enorme dosis de creatividad y complejizó el trabajo aún más.

7.1 Definición del Problema y Justificación

Las diferentes sociedades generan procedimientos para curar las enfermedades que les aquejan, al mismo tiempo estos sistemas locales de curación cumplen una función integradora de la psiquis con el contexto social-cultural ofreciéndole un marco de referencia para comprender a las enfermedades, sus causas, los procedimientos para curarlas, el estado de salud y al propio cuerpo; al mismo tiempo constituyen elementos fundamentales para la construcción identitaria de los miembros de la comunidad, como individuos y como colectivo.

Desde la institucionalización del sistema alópata de curación, su interacción con los sistemas locales ha sido inevitable y constante. Sobre todo, es en las zonas rurales del país, así como en aquellas denominadas zonas en estado de marginación (CONAPO, 2010), donde los sistemas locales continúan resolviendo los problemas sanitarios de sus pobladores principalmente por la limitada cobertura del sistema académico y la limitada, también, atención que pueden ofrecer las clínicas en estas regiones. Desde 1979 las instituciones del sistema médico alópata, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), han impulsado programas, IMSS-Coplamar por ejemplo, para ofrecer atención médica en las zonas rurales.

La implementación de programas asistenciales ha tenido grandes implicaciones en las prácticas de salud de las comunidades donde se construyen hospitales y clínicas. Por un lado, los miembros de las comunidades necesitan adaptarse a un nuevo sistema de explicación sobre lo que ellos ya explicaban de manera diferente. Por otro lado, se construyen nuevas relaciones entre los diferentes sistemas de curación y con ello nuevas interacciones entre los procedimientos y formas de entender a las enfermedades.

Las implicaciones a este fenómeno son variadas, como el desuso de prácticas locales, la adopción de nuevos procedimientos y elementos para curar y la articulación de distintas formas de explicar y concebir los estados de salud y enfermedad, entre otros.

Ante la coexistencia de los sistemas de curación son muchas las investigaciones, sobre todo desde la antropología, la antropología médica y la etnopsiquiatría y casi todas ellas de corte etnográfico, que estudian a los sistemas locales de curación y los describen como opuestos al sistema alópata. Se describen las prácticas curativas y las definiciones sobre los estados de salud y enfermedad tal como las entienden los sistemas locales y, en ocasiones, se buscan sus correspondientes en las categorías académicas.

Dichos estudios ofrecen vasta información y comprensión del fenómeno desde las prácticas de los miembros de las comunidades y las interacciones entre los sistemas de curación diferentes. Sin embargo, se ha estudiado menos lo que ocurre en un registro psíquico cuando los sujetos interactúan y construyen relaciones con las diferentes medicinas.

En México la población que se encontraría en situación de coexistencia de diferentes medicinas rebasaría los 10 millones en la actualidad, que es la cantidad que el IMSS reporta que recibe atención en zonas rurales y zonas marginadas. Aunque la verdad es que la asistencia a las diferentes prácticas y practicantes de los conocimientos médicos desarrollados localmente es mayor. Aún en zonas urbanas las visitas a curadores o la práctica de la medicina casera no es un asunto excepcional.

La comunidad zoque de Chiapas es una de esas comunidades que poseen un intrincado sistema de curación local que ha respondido históricamente a las necesidades de atención de su comunidad. Incluye concepciones específicas sobre el proceso salud-enfermedad, ofrece una explicación etiológica de las enfermedades y dentro de su sistema de categorías reconoce enfermedades que no pueden ubicarse en las clasificaciones académicas.

En el pueblo donde se desarrolló la investigación existe una clínica del IMSS, perteneciente, entonces, al programa IMSS-Oportunidades y una del Sector Salud, que atienden a la población para ciertas enfermedades. Pero al mismo tiempo la comunidad cuenta con curadores de distintas características y que se especializan en atender ciertos tipos de enfermedades, muchas de ellas las clínicas alópatas no las atienden.

Además de ello, los miembros de la comunidad han construido prácticas y se han apropiado de otras para su uso en un nivel doméstico, con el fin de atender las enfermedades de uno mismo y de los miembros del hogar, de esta manera es que se construyen las relaciones con ambos sistemas de curación, el local y el alópata.

Las relaciones que establecen con los sistemas de curación juegan un papel importante en la construcción identitaria, esto es especialmente notorio en las mujeres de la comunidad, que son quienes establecen las relaciones más directas con la medicina alópata (a través de los programas asistenciales principalmente); con el uso de remedios en un nivel doméstico o de autoatención (ellas son las encargadas de curar dentro del hogar); y además son las principales representantes del sistema local de curación (parteras, curanderas y ensalmadoras son las figuras más importantes en la medicina local actual).

Por lo tanto me parece necesario comprender, desde un marco multidisciplinario, cómo las mujeres que viven bajo la coexistencia de diferentes medicinas construyen sus relaciones con las diferentes prácticas y sistemas de curación; cómo experimentan sus interacciones con las diferentes maneras de curar y cómo dichas relaciones tienen algún impacto en su construcción identitaria .

7.2 Pregunta de Investigación

¿Cómo contribuyen a la construcción identitaria de 4 mujeres zoques las relaciones que establecen con los diferentes sistemas de curación de su comunidad?

7.3 Objetivos

General: Comprender las implicaciones a la construcción identitaria producto de las relaciones que establecen 4 mujeres zoques con los diferentes sistemas de curación presentes en su comunidad.

Particulares:

- Describir el contexto social, cultural, geográfico, económico y religioso de la comunidad zoque.
- Conocer las interacciones con los sistemas de curación en el itinerario biográfico de las entrevistadas.

- Analizar las relaciones que establecen con los diferentes sistemas de curación.
- Analizar las implicaciones a la construcción identitaria que surgen de las relaciones con diferentes formas de curar.

7.4 Estrategia Metodológica

El presente trabajo se desarrolló desde un paradigma cualitativo-comprensivo, basado en los principios de la mutidisciplina. Se buscó la integración de nociones socio-clínicas, sociológicas, de la Antropología Médica y del construccionismo sociocultural como marco de referencia teórico que ayudó a enmarcar la información recopilada.

El uso de distintas ideas procedentes de diferentes teorías tuvo como meta lograr una comprensión multidimensional del fenómeno, centrándose en los aspectos psicológicos, particularmente la identidad, aunque siempre enmarcándolos en sus dimensiones históricas y sociales.

Los principios desde los que se entendió a la aproximación cualitativa (Taylor y Bogdan, 1996) con la que se abordó el estudio contemplan la inductividad del estudio de corte cualitativo, esta característica acerca a estos estudios con propósitos más bien relacionados al descubrimiento que a la comprobación.

Además, apegado a las propuestas del enfoque socio-clínico, me propuse no perder de vista mi implicación como investigador con los miembros de la comunidad y con el contexto en el que interactué. De la misma manera debe tomarse en consideración que las interpretaciones vertidas en este trabajo no se ven exentas de mi propia implicación con el fenómeno y con los sujetos implicados en ella (Taracena, 2007). Tener esto presente ubica a las interpretaciones derivadas de este trabajo como eso, interpretaciones, no verdades absolutas que quedan inmutables a lo largo de la experiencia.

No buscando acercarme a las concepciones tradicionales de objetividad, procuré la obtención de información desde distintos ángulos, diferentes fuentes y distintos puntos de vista, algo que dentro del trabajo etnográfico se conoce como triangulación y ayuda a mantener consistencia en la información recopilada.

A lo largo del trabajo pretendí acceder a las experiencias individuales, a la parte privada y personal de las experiencias, ello quiere decir que prioricé el trabajo subjetivo e intersubjetivo partiendo siempre desde la singularidad, sin perder de vista los intercambios y anclajes que se tienen con el contexto socio-histórico y cultural.

7.5 Técnicas de Recolección de la Información

Para poder lograr los objetivos enlistados empleé 3 técnicas de recolección de la información con las cuales pretendí originar la triangulación de la información obtenida:

1. Entrevista profunda: Consideré este tipo de entrevista por ser la más adecuada para acceder a las experiencias narradas por los sujetos (Goetz y Lecompte, 1988; Taylor y Bogdan, 1990). Las entrevistas se llevaron a cabo siguiendo temáticas generales: prácticas de curación, interacciones con la medicina alópata, interacciones con la medicina local, trayectoria personal (episodios de enfermedad y curación a lo largo del itinerario biográfico) y concepciones de los estados de salud y enfermedad. Cada entrevista fue audiograbada y luego transcrita.
2. Observación Participante: Elegí a la observación de tipo participante ya que se trata del tipo de observación que provoca un mayor grado de reflexión del investigador que la lleva a cabo, y al mismo tiempo se trata de la observación que mejor se ajusta al trabajo de tipo etnográfico (Bertely, 2000; Goetz y Lecompte, 1988; Taylor y Bogdan, 1990; Yuni y Urbano, 2005). El adjetivo

de participativa no indica, en este caso, que haya pretendido adoptar el papel de enfermo, curandero o médico en las sesiones de observación; hace referencia a que la simple presencia del observador implica un cierto grado de participación en la escena que se observa, además de que no evité contacto alguno con los participantes del escenario. Las observaciones se llevaron a cabo en las clínicas alópatas locales, en lugares públicos de relevancia para la comunidad (plaza, quiosco, auditorio municipal, calles, iglesia católica y adventista y capillas católicas), en las celebraciones locales y en los hogares de algunos informantes. Cada observación fue registrada y transcrita.

3. Información documental: Hice uso de fuentes oficiales como los Planes de Desarrollo Municipal (2010 y 2012), documentos de Ordenamiento Urbano Local y registros estadísticos del IMSS.

7.6 Estrategia de Análisis de la Información

Tener clara la estrategia de análisis de la información es una de las claves que aseguran el éxito interpretativo de una investigación. En mi trayectoria a lo largo del trabajo de investigación se fue revelando la importancia de establecer claramente los recursos que sirvieron de base para emprender el análisis.

En un primer nivel utilicé el **análisis cualitativo de contenido**. Este tipo de análisis nació como una necesidad del abordaje de diversos tipos de documentos, generalmente documentos escritos. Recupero las palabras de Cáceres (2003):

Tradicionalmente considerado una técnica de análisis, la definición de análisis de contenido ha ido variando con los años, desde enfoques centrados en la cuantificación de los resultados, aspecto revolucionario cuando la técnica se dio a

conocer por primera vez, hasta enfoques que hacen hincapié en la incorporación del dato cualitativo como la mayor riqueza de este procedimiento (p. 55).

En este sentido, mi objetivo fue ceñirme a la segunda perspectiva del análisis de contenido aludida por Cáceres. Los textos sujetos a este tipo de análisis fueron las transcripciones de las entrevistas realizadas.

Llevé a cabo la codificación de las entrevistas basado en Coffey y Atkinson (2003). Para estos autores la codificación consiste en la segmentación de la información por fragmentos significativos y la asignación de membretes o etiquetas (códigos) que faciliten el tratamiento de la información.

El objetivo de asignar etiquetas a los fragmentos es facilitar la vinculación de ellos con categorías o temáticas que fueron construidas a partir de la información empírica en las entrevistas.

Una vez tenido el conjunto de temáticas fue posible vincularlas con las ideas teóricas y desarrollar, a partir de ello, una interpretación teórica de los procesos psicológicos articulados en su dimensión social.

En un segundo momento de análisis me he aproximado a las ideas de Daniel Bertaux (2005) y su **análisis comprensivo**. Este tipo de análisis pretende llegar a los significados contenidos en el discurso o narrativa de los sujetos.

Este análisis ha sido propuesto desde el enfoque biográfico para emplearlo en los relatos de vida; si bien es cierto que en las entrevistas realizadas no se buscó la elaboración de relatos o historias de vida, sí se exploraron los episodios relacionados a enfermedades y curación en el itinerario biográfico de las entrevistadas y se buscó proveerles de lógica en un sentido diacrónico, así que dichos fragmentos de las entrevistas se prestan a este tipo de análisis. Además, al indagar sobre las prácticas curativas las entrevistadas evocaron, casi

inevitablemente, episodios significativos de su experiencia que valieron la pena analizar a través de este recurso. Para Bertaux los relatos de vida orientados a las prácticas del sujeto y los contextos sociales de dichas prácticas dan muchos *indicios* sobre los fenómenos.

Me fue de gran ayuda el uso de esta estrategia pues me permitió profundizar en el análisis de ciertos aspectos importantes que se desprenden del objeto de estudio. Además de que armoniza con la idea socio-clínica de co-construcción del conocimiento y del objeto de estudio: “Los significados de un texto se hallan en el punto de encuentro de dos <<horizontes>>, el del sujeto y el del analista” (Bertaux, 2005, p. 91).

Para llevar a cabo esta etapa del análisis elegí los episodios relevantes relacionados al fenómeno (a mi juicio): como la primera experiencia en un consultorio alópata, al primer parto atendido o un episodio de enfermedad especialmente significativo para las informantes. Dichos extractos de las entrevistas fueron codificados de acuerdo a Mucchielli (2001), es decir, cada fragmento fue dividido en segmentos aún más pequeños elaborando códigos respetando estrictamente las propias palabras del entrevistado. El objetivo fue crear una síntesis del fragmento que fuera entendible a partir de la sola lectura de los códigos.

Ello facilitó la identificación de *indicios*, que Bertaux explica como palabras o frases que remiten a un mecanismo social que ha influido en la experiencia vivencial del que narra. A partir de esos indicios y las relaciones establecidas entre las categorías es que se emprendió el análisis comprensivo. Tratando de vincular las ideas e interpretaciones con conceptos y marcos teóricos globales que ayudaron a alcanzar cierto grado de comprensión del fenómeno.

Los hallazgos obtenidos de las primeras dos etapas de análisis fueron interpretados desde un marco **socio-clínico**, entiendo esto como una tercera etapa de análisis. Durante esta etapa busqué comprender las articulaciones entre las dimensiones macro, meso y micro de manera transversal a los casos, así como las similitudes y diferencias entre las experiencias

de las 4 entrevistadas. Es decir, se buscó comprender la naturaleza de los procesos identificados en los casos y las posibles generalidades contenidas en ellos.

7.7 Etapas del trabajo de investigación

El trabajo se desarrolló en 5 etapas:

1. Etapa de Gabinete: Durante la primera etapa se desarrolló la investigación bibliográfica y el estado del arte del tema.
2. Introducción al escenario: Durante esta etapa se dio lugar la introducción al escenario de estudio que implicó:
 - a. Primer contacto con la comunidad.
 - b. Realización de entrevistas informales para identificar y definir las categorías que guiaron a las entrevistas formales.
 - c. Identificación de informantes clave que sirvieron de guía dentro de la comunidad y aportaron la información al estudio por medio de las entrevistas y al ser observados.
3. Elaboración de temáticas y guiones de entrevistas: Durante esta etapa analicé la información recolectada de la introducción al escenario, lo que ayudó a definir las temáticas que guiaron a las entrevistas.
4. Recopilación de la información: La recopilación de la información se realizó al llevar a cabo las entrevistas con los informantes clave ya identificados, al mismo tiempo que se elaboraron las notas de campo y las descripciones tomadas durante las sesiones de observación participante.
5. Análisis de la información: Aunque en el trabajo etnográfico la recopilación de la información y su análisis no corresponden a etapas separadas del trabajo, es decir, se analiza al mismo tiempo que se recopila la información, se han

señalado como etapas distintas para hacer énfasis en el proceso de análisis que implicó la realización de tablas, cuadros y diagramas (Coffey y Atkinson, 2003).

8. Cuatro Mujeres de la Zona Zoque y Sus Relaciones con los Sistemas de Curación

En este apartado expongo las interpretaciones resultado del proceso de análisis al que fueron sometidas las entrevistas. En cada caso se describe la manera en que la informante fue contactada, así como las impresiones sobre los contactos.

Se describe el entorno en que se desarrollaron las entrevistas y las características generales de cada entrevistada. Para cada caso se optó por reconstruir la trayectoria de vida, para lo que se muestran los gráficos correspondientes, así como las relaciones establecidas para las categorías desprendidas de las entrevistas.

En el abordaje de cada caso se trató de seguir la trayectoria de vida de las entrevistadas, de manera cronológica y diacrónica. Se han añadido testimonios obtenidos directamente de las transcripciones de las entrevistas buscando siempre fidelidad al discurso utilizado por las entrevistadas.

Cuando ha sido necesario, se han añadido palabras entre corchetes para clarificar el discurso de las entrevistadas. Todos los nombres de lugares y personas se han modificado para conservar a las informantes en anonimato, excepto nombres de lugares bastante comunes, como la capital del estado o las ciudades importantes de la zona, pues si inclusión no pone en peligro el anonimato de la población ni de las entrevistadas.

9.1 Marta

Cuando se piensa en la figura social encargada de la salud en entornos rurales, una de las más comunes e importantes es la partera. Para este trabajo me era muy importante rescatar el papel de las parteras puesto que se trata de los curadores locales que mantienen una relación estrecha y directa con las instituciones de medicina alópata en el contexto mexicano.

El caso de Marta me interesó en un principio porque se trata de una de las parteras más reconocidas en la comunidad. Cuando comencé a indagar sobre los curadores locales presentes en la localidad el nombre de Marta era mencionada siempre.

Mi primer contacto con ella no fue casual. Al escuchar sobre Marta y entender que se trata de una de las parteras más famosas tenía que visitarla. Marta no vive en la cabecera municipal, su casa está construida en la periferia, en una de las zonas conocidas como “Riberas”.

Las Riberas son asentamientos de casas muy próximos a la cabecera, que la rodean mientras no lo impida un desfiladero o barranco. Generalmente son habitadas por personas migradas de otros municipios o de comunidades lejanas a la cabecera. La gente busca trabajo o mejores oportunidades al estar más cerca del centro político del municipio. Es en estas comunidades donde se puede escuchar hablar zoque o, a veces, se ve alguna señora vistiendo la ropa tradicional.

Marta nació en la cabecera, pero luego de su “casamiento” y otros eventos ella y su esposo se mudaron a una de las Riberas. Donde ellos viven no hay una distribución simétrica de las casas; su Ribera está ubicada en la parte alta de una loma donde no hay calles, sólo veredas (lodosas en la época de lluvias). Es necesario sortear los charcos, las ramas de árbol de café, los pollos que buscan el sol y uno que otro perro celoso de su territorio para llegar hasta su casa. Hasta hace poco más de un año sólo se podía acceder a la Ribera por un caminito empinado, pero ya se han construido escaleras que aligeran el esfuerzo y reducen el peligro de caer rodando por la ladera de la loma.

La casa de Marta es como el común de las casas en la comunidad. Se trata de varios cuartos independientes construidos con tabiques, techos de lámina galvanizada y piso de

cemento sólo en algunos de los cuartos (los otros tienen piso de tierra), un baño (letrina) exterior y un gran patio con solar para secar el café.

Cuando llego me recibe su esposo con sus hijos que trabajan en el patio, Marta está dentro de uno de los cuartos escuchando la radio adventista que habla en tzotzil. Me sorprende cuando la veo; es una mujer robusta, baja de estatura que sonríe sin mostrar los dientes, pero lo que más me llama la atención es la claridad de sus ojos y su cabello, se adivina que antes de estar curtida por el sol su piel solía ser blanca.

A ella le sorprende que la haya buscado hasta su casa, es una mujer que se describe a sí misma como humilde e insiste varias veces en preguntarme por qué quiero entrevistarla a ella y para qué me va a servir la información. Le explico a grandes rasgos la intención de mi visita y la investigación que realizo y admito no saber nada sobre la partería, quiero que ella me explique.

Accede a ser entrevistada, pero me parece que no está muy convencida, comienza ofreciéndome respuestas cortas y generales, pero conforme avanzamos en la entrevista me explica más detalles y hasta hace bromas de las que ríe ruidosamente con su voz grave mientras se tapa la boca. Trato de que no parezca entrevista, me acomodo en la silla de madera como si platicara con mi abuela, le hago preguntas inocentes sobre cada detalle y ella se esfuerza por explicarme todo, poniendo ejemplos y haciendo ademanes con las manos. Así nos reunimos en total tres veces, en promedio una hora cada vez.

En la figura 14 expongo los principales eventos en las dimensiones macro, meso y aquellos episodios narrados en las entrevistas con Marta que resultan importantes para comprender las relaciones con los diferentes sistemas de curación en su trayectoria.

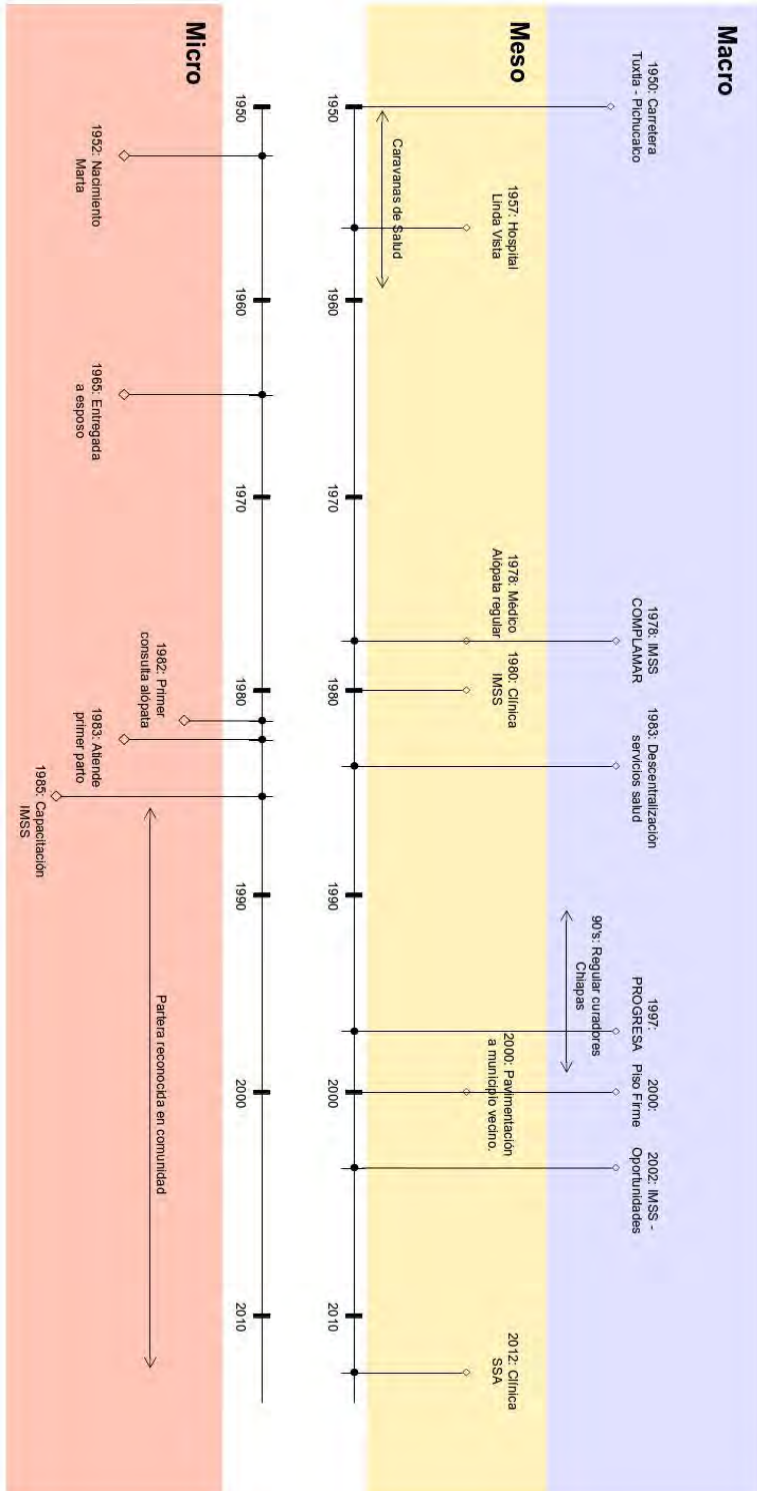


Figura 14. Muestra la cronología y sincronía de la trayectoria de Marta con eventos macro y meso sociales.

Marta nació cerca de 1950 siendo la primera de varios hijos. Su nacimiento coincidió con la construcción de la carretera que comunica a los municipios zoques de la Sierra Madre de Chiapas con la capital del estado. Ello tuvo implicaciones importantes para la transformación de estas comunidades como el crecimiento del intercambio económico con otras regiones del estado y la entrada de servicios de salud y educación, por ejemplo. Aún así Marta nació en una época donde la pobreza predominaba y las mujeres tenían menos libertades de las que gozan ahora.

Describe su infancia como triste. Creció en un hogar pobre y tuvo que trabajar desde pequeña para ayudar con los gastos del hogar. Ayudaba a su madre lavando ropa ajena y a su padre en la milpa. Su padre los trataba muy mal a ella y a su hermano menor, los golpeaba si no hacían el trabajo bien o con rapidez.

(...) yo antes en mi infancia sufrí mucho, porque este, mi papá no me quiso mandar en la escuela, y este, trabajábamos mucho con mi mamá, para poder pasar los días, para el sostén de nuestro diario (Entrevista 2).

Ellos no fueron enviados a la escuela porque no había dinero, aunque uno de sus hermanos sí asistió a la escuela. Marta quería ser médico, ella se imaginaba curando gente y siempre deseó poder acceder a la educación, pero la obligación de ayudar trayendo dinero a la casa la mantuvo alejada de ese sueño.

Pues yo le decía a mi papá que él me mandara a la escuela, que yo quería ser una doctora, es una imaginación, pero como este mi papá no lo admitió, decía que “ustedes son unos haraganes, a qué van a ir a la escuela sólo a haraganear, deben de agarrar sus machete, hay que trabajar en el campo para ganar el pan de cada día”, nos decía, y no nos mandó a la escuela, sólo a uno de mis hermanitos (Entrevista 2).

Cuando tenía 13 años un chico de 17 fue a pedirla como esposa, habló con el padre de Marta y acordaron la dote como mandaba la tradición local de entonces. Ella no conocía al muchacho, pero no tenía la opción de negarse. El día de la entrega Marta se escondió bajo una mesa, llorando, su padre la sacó a latigazos y ella se fue a vivir con su nuevo marido a otro barrio de la cabecera municipal.

A partir de entonces se dedicó a trabajar para ayudar a su marido a mantener la casa y los hijos que empezaron a llegar. Comenzó a hacer y vender pan mientras su marido pasaba temporadas trabajando en Tabasco como obrero en fábricas.

Luego de tener a su cuarta y última hija, en 1982, ella tuvo el único encuentro con la medicina alópata que me narra en las tres entrevistas. La partera le dejó mal la “placencia”¹¹ y tuvieron que llevarla a un hospital alópata adventista muy famoso en la región, entonces conocido como La Yerbabuena¹².

Hasta entonces su práctica de la curación se había mantenido en un nivel doméstico; atendiendo a su marido y sus hijos en caso de enfermedad y compartiendo recetas de remedios con vecinas y amigas. Hacía uso de los pocos remedios que su madre le enseñó y que a su vez ella heredó de la abuela de Marta (a quien ya no conoció), una partera de profesión.

Su primera experiencia atendiendo un parto se presentó entre 1983 y 1984 a petición de una vecina. A partir de entonces comenzaron a llamarla para atender partos, aunque no se había asumido como partera. En cada parto que atendía mandaba llamar al médico alópata de la comunidad para que revisara a la recién alumbrada madre y a su hijo.

11 En su descripción con ademanes parece referirse al cordón umbilical.

12 “La Yerbabuena” es el nombre con el que se conoció a un hospital-colegio fundado en los años cincuenta por la Iglesia Adventista del Séptimo Día en la zona de los municipios zoque. Fue uno de los primeros lugares en ofrecer atención médica privada. Actualmente se conoce por el nombre de Linda Vista.

(...) me gustó ese trabajo de partería, o sea que yo me gustaba hacer labor así ocultamente, que no dijeran nada, pero ya ve este, que la gente, si uno le hace bien dondequiera van las voces y yo les decía “no me vayan a comentar por favor, porque este trabajo es mal trabajo”, está uno durmiendo contento a media noche y ahí están en la puerta, hay que salir. Y les decía pues que no comentaran con nadie porque no quería yo pues. Pero la gente no fue así, ya me empezaron a ocupar y ya de ahí habían mujeres que no se podían aliviar, les decía yo “vayan a traer al doctor, vayan nos lo manden” y ya el doctor me encontraba en esa casa y ahí me empezaron a citar para hacer trabajo de partería. Así fue que comencé a andar dondequiera, dondequiera me voy (Entrevista 2).

Después de varios partos el médico la invitó a tomar una capacitación masiva en Tuxtla Gutiérrez para formar parteras, Marta obtuvo el permiso de su esposo y pasó dos semanas en la capital, durmiendo en un hotel de cinco estrellas y compartiendo con cientos de parteras de todos los municipios del estado.

Ella evoca aspectos positivos de la experiencia, aunque los matiza con otros menos favorables; el curso le gustó, le gustó aprender y conocer a otras parteras, pero luego de dos semanas ya estaba aburrida de lo que le enseñaban y el calor sofocante de Tuxtla no la hacía sentir mejor, acostumbrada al clima templado-frío que predomina todo el año en la comunidad.

De haber tenido el dinero del pasaje de vuelta se habría regresado, pero se fue a la capacitación sin dinero y tuvo que completar el curso para que la llevaran de vuelta a casa.

Al concluir las dos semanas de capacitación recibió la certificación del IMSS como partera y entonces la clínica local comenzó a enviarle embarazadas. Desde entonces su

relación con los médicos locales es estrecha; debe tomar capacitaciones periódicamente, a veces en la comunidad, a veces en la capital del estado y a veces viaja a la capital a encontrarse con cientos de otras parteras para recibir las felicitaciones del gobernador en el día de la partera más el estímulo de 500 pesos.

En su actividad atendiendo embarazadas no sólo practica lo que le enseñaron en las capacitaciones, también hace uso de lo que ella aprendió en sus propios partos y los remedios que se conocen efectivos en la comunidad. No sólo se limita a la atención biológica del embarazo y el parto, cuando es necesario se convierte en confidente de las mujeres y en ocasiones tiene que intervenir con el marido para resolver problemas maritales.

También es su deber enseñar a sus pacientes sobre planificación familiar, aunque es una actividad que desempeña con cautela pues más de una vez ha recibido amenazas de muerte de maridos que temen que sus esposas se vuelvan *mañosas* al aprender sobre métodos anticonceptivos o planificación familiar.

Marta no sólo atiende lo relativo al embarazo y el parto, también conoce remedios para curar enfermedades como el azar, el mal aire, el mal de ojo, el espanto, entre otros. Pero no se asume como curandera, no acepta que la llamen curandera y dice que sólo cura esas enfermedades en casos especiales de urgencia o con conocidos. De cualquier modo me explica los remedios, la naturaleza de las enfermedades y el procedimiento para curarlas.

Ella es adventista del séptimo día, pero atiende tanto a católicos como adventistas sin hacer distinción, aunque a veces tenga que ajustar el remedio, en el caso de los adventistas, como sustituir el alcohol por agua, ya que las bebidas embriagantes están prohibidas para quienes profesan dicha religión.

Describe a la partería como un oficio duro, cansado y a veces mal pagado. Debe estar a la disposición de sus *pacientas* a toda hora, atender partos, aunque sea media noche, tenga

que trasladarse largas distancias o el clima sea el menos adecuado. Su familia le insiste en que deje la partería, pero ella se niega y afirma que atenderá partos hasta que ya no pueda. Le gusta lo que hace y no lo hace por el dinero, ella no cobra por sus servicios, aunque la clínica local las alienta a tener tarifas fijas. Ella recibe el pago que quieran darle, a veces en dinero y otras veces en especie, incluso algunas veces no recibe ni las gracias.

Cuando tocamos el tema del ser indígena me sorprendió que ella se asuma como indígena, dice: “*soy india, pero comprendida*”. Y le parece mal que las personas no acepten su origen indígena y traten de parecer “*personas decentes*”, vistiendo ropas modernas. Cuando hablamos de las prácticas y aspectos tradicionales que ya no usan los más jóvenes, entre los que están la ropa tradicional, el habla de zoque y la visita a curadores locales, le pregunto si sus hijas están aprendiendo el oficio de la partería; ninguna de sus 2 hijas quiere ser partera. El oficio es pesado, mal pagado y muy sacrificado, han aprendido algunas cosas que utilizan en un nivel doméstico, pero no piensan continuar con la labor de su madre.

Del relato de Marta he rescatado algunos aspectos que ayudan a comprender de qué manera la expresión ambivalente hacia los sistemas de curación es que se ha construido a lo largo de su trayectoria. En la figura 14 puede apreciarse una representación gráfica de las diferentes temáticas abordadas durante las entrevistas y la relación que existe entre ellas. En las siguientes páginas trataré de abordar la trayectoria de Marta, destacando aquellos aspectos que ayuden a la comprensión de lo que he denominado ambivalencia y cómo ella se relaciona en las dimensiones micro, meso y macro desprendidas del relato.



Figura 15. Representación gráfica de las temáticas y sus relaciones en el relato de Marta.

Como puede apreciarse en la figura 15, la construcción identitaria de Marta se encuentra atravesada por diferentes aspectos que se entrelazan. Uno de ellos es la pobreza.

Lo primero que Marta evoca en el relato de su infancia son las condiciones de pobreza que vivía no sólo en su hogar, sino en la comunidad completa.

Marta nació a mediados del siglo XX, una época en que las comunidades zoques de la Sierra Madre de Chiapas seguían estando aisladas del resto del estado debido a las difíciles condiciones geográficas que impedían la entrada de servicios de comunicación, como carreteras. La carretera que finalmente comunicó a estas comunidades con la capital del estado y el resto de municipios chiapanecos se construyó por la misma época en que Marta nació, eso quiere decir que Marta tuvo una infancia en una comunidad donde aún imperaban condiciones económicas complicadas y se apegaban más a las tradiciones locales de lo que se hace actualmente, aunque servicios de educación y salud comenzaron a ser introducidos a la comunidad, ella no pudo acceder a ellos.

Además de ser pobre, Marta nació siendo indígena, dos aspectos que en el imaginario mexicano van acompañados; a ellos se suma una tercera condición, su condición de mujer. Las mujeres de su época debían vivir subordinadas al hombre del hogar, en su caso ello representó no poder tomar decisiones sobre ella misma, no pudo elegir con quién casarse o a qué edad, su madre tampoco pudo opinar sobre el asunto, fue una decisión reservada a su padre.

Además de la pobreza, ser mujer le impidió acceder a la escuela, que no tenía mucho tiempo de ser establecida en la localidad. Sin embargo, Marta soñaba con ser médico y curar gente, aunque siendo mujer y no contando con los recursos para estudiar (dinero para comprar cuadernos, lápices, zapatos, etc.) su destino dependía de casarse y formar una familia.

Marta tenía 13 años cuando la entregaron a su actual esposo. Antes de eso ella vivió sumida en condiciones que ella evoca como “horribles”. Desde pequeña trabajó en el campo

y lavando ropa con su madre para solventar los gastos del hogar, si no cumplía con sus asignaciones era castigada con golpes y privaciones de alimento.

La madre de Marta era objeto de violencia también, al ser mujer ella no podía tomar decisiones, esa era tarea de su esposo. Él decidió que no valía la pena que Marta estudiara y por esa razón comenzó desde muy pequeña a trabajar.

Las mujeres dependían de las decisiones del hombre u hombres de la casa. Aunque ellas participaran en el sustento haciendo diversos trabajos en el campo y aportando dinero a través de otros medios el hombre tenía el derecho de decidir sobre ellas.

La función social de las mujeres, siguiendo la información de las entrevistas a Marta, estaba siempre depositada dentro del hogar. Fungiendo como madres, esposas o hijas. Sin poder hacer decisiones sobre su propia vida, su cuerpo o sus actividades.

Como mujer, Marta debió responder a otra de las funciones sociales depositadas sobre ellas, la curación. Son las mujeres quienes están a cargo de la salud de sus esposos, de sus hijos y demás parientes próximos. Además, ellas son los principales agentes de transmisión y socialización de conocimientos sobre el arte de curar.

Esta función hace un contrapeso al poder del hombre; mientras fue un hombre quien decidió lo que Marta debía ser, la edad a la que debía casarse, con quién casarse, qué actividades económicas realizar, etc., a través de la curación Marta tiene cierto poder sobre el cuerpo de su esposo e hijos (tal como su madre lo tuvo con los suyos) pues ella decide qué remedios utilizar, cuándo utilizarlos y en ella está la decisión de acudir o no al médico alópata.

Marta poseía una serie de conocimientos que le permitían atender las necesidades de salud dentro de su familia. Esos conocimientos fueron heredados de su madre quien a su vez

los recibió de su propia madre. La importancia de la mujer en la prevención y el tratamiento de las enfermedades dentro del hogar es algo que salta a la vista inmediatamente.

Las mujeres son portadoras de los conocimientos curativos y son ellas quienes, principalmente, tienen la función social de transmitirlos. En el caso de Marta ella recapitula lo que sabe sobre curar enfermedades hasta dos generaciones antes de ella.

El eje principal de la socialización de las prácticas y sus significaciones está dentro de la propia familia. Las mujeres tienen una participación especial en la transmisión de los conocimientos, aprenden de las abuelas y de las madres. Marta aprendió algunos remedios de su madre y su madre los heredó de su propia madre quien era partera de oficio.

Tanto las prácticas curativas como el desempeño del oficio de curar mantienen una naturaleza social importante. La socialización de las prácticas se convierte en el recurso que las mantiene vivas y vigentes, al adaptarlas conforme las condiciones de la realidad se modifican.

La naturaleza social de las prácticas construidas en la comunidad revela el carácter comunitario de la atención a la salud, por lo menos en la transmisión de conocimientos y procedimientos. El bagaje cultural de la comunidad para curar las enfermedades es tan diverso y dinámico que constantemente se incorporan nuevos elementos y aspectos que redefinen el tratamiento de las enfermedades y generalmente es en el nivel doméstico que se importan y se convierten en comunitarios gracias al intercambio social:

(...) mi mamá cuando tenía calentura sus hijitos, agarraba una hierba que se llama hoja de tinta, hoja de poleo, rosa roja, otra hierba que se llama (intendible), yerbabuena. Eso aprendí nomás de ella. Pero de ahí a más, no sabía mi mamá.

E: ¿entonces los otros remedios dónde los aprende?

M: Porque yo tenía yo mis hijitos y, este, venían unas conocidas y me decían “este y este es bueno, este y este” y así, ahí me fue quedando (...) Por ejemplo la ventosa yo no sabía si era buena. Pero como tenía yo un hijo que era enfermo; se golpeaba y le salía así como aire y todo y, este, y escuchaba yo un mi tío que decía que la ventosa es buena, pero no lo había yo utilizado. Y en eso conseguí con ese que se pone y empecé a utilizar, por eso sirve que es remedio, cura, cura (Entrevista 3).

Las acciones curativas se transmiten y mantienen en la intersocialización, es la relación y el intercambio con los otros lo que mantiene la vigencia y utilidad de los procedimientos para curar y a las enfermedades se les entiende también en su dimensión social.

Algunas enfermedades como el azar o el mal de ojo, tienen origen en interacciones particulares y bien definidas con el resto de los miembros de la comunidad. Mantener buenas relaciones con los vecinos y pares es considerado importante para mantener los estados de salud de las personas.

Las prácticas curativas también han estado relacionadas con la carencia económica y la autoidentificación con la pobreza; Marta habla sobre cómo acudir a consultorios alópatas requiere de un mínimo de recursos económicos, que muchas veces los pobladores de la localidad no tenían. Ello provocaba que la atención a las enfermedades permaneciera principalmente en un nivel doméstico.

Aunque esto en parte es real, hasta hace no mucho tiempo¹³ la carencia de medicinas en la clínica local obligaba que los pacientes compraran sus medicamentos en las farmacias

13 La situación dio un cambio hace poco más de un año con la construcción y operación de una nueva clínica de la Secretaría de Salud en la comunidad. Cuenta con 7 médicos en 3 turnos y un abastecimiento de medicinas más regular. Aunque la concepción social de que recibir atención médica alópata requiere cierto gasto económico por el paciente parece que no ha cambiado.

particulares. Debemos entender que el sistema local de curación respondía a las necesidades de salud de los miembros de la comunidad, pero además proveía un marco de referencia en sintonía con la cultura local para entender y atender a las enfermedades.

Sin embargo, es muy común que se expliquen la preferencia al uso de hierbas o métodos locales porque son más baratos, tal es el caso de Marta.

La escasez de dinero es uno de los motivos por los que, según ella misma, prefiere atender sus necesidades sanitarias con *remedios caseros* o procedimientos locales. Subjetivamente esto provoca que todos los procedimientos desarrollados comunitariamente sean pensados como si fueran de menor categoría; o en su caso complementario, que los servicios alópatas son más elaborados y, por tanto, eficientes que los locales.

La pobreza, junto a la condición de mujer y ser indígena, son 3 aspectos en el discurso de Marta que se revelan como importantes en la conformación de su identidad y que además configuraron, en un inicio, su actividad de curar. Estos tres aspectos se ven implicados en su historia y definen su lugar y función social en la comunidad.

Ser mujer la colocó en una dimensión social donde estaba sujeta a las decisiones que los hombres hacen sobre ella, asumirse como una mujer pobre incidió grandemente en su subjetividad, en la manera de pensarse y de atender a la salud. Utilizar los recursos naturales que se encuentran en la localidad es pensado como una manera eficiente y “barata” de sanar las enfermedades. Y representa una manera para las mujeres de cumplir las diversas funciones sociales que culturalmente se han depositado en ellas: cubren las necesidades de curación de la familia sin comprometer los recursos económicos del hogar.

La relación de Marta con la curación tuvo un cambio drástico a partir de que comenzó a recibir niños, ello no sólo trastocó la manera en que ejercía la curación, cambió además su lugar en la comunidad y la condición de sometimiento a los hombres.

Al narrar este episodio de su vida es donde se revela una de las expresiones de ambivalencia en las que deseo profundizar.

Luego de dar a luz a su última hija Marta comenzó a ser buscada por embarazadas que no habían sido atendidas por parteras reconocidas, para que ella recibiera a sus niños.

Comenzó su labor “ocultamente”, no quería que se supiera en la comunidad que ella poseía el don para curar, sin embargo, le *gustaba* curar, como ella misma lo expresa: “(...) me gustó este trabajo de a partería. O sea que yo me gustaba hacer labor así ocultamente, que no dijera nada (...)”. En sus palabras se vislumbran la tensión existente entre dos aspectos opuestos, una relación ambivalente; por un lado, el gusto por curar y en el otro lado la resistencia a recibir peticiones de asistencia.

Quizá podamos comprender la relación y el juego entre estos opuestos si analizamos el papel que tiene la curación dentro de la cultura zoque. Como mencioné antes, la socialización de los remedios es un aspecto clave para la curación, las enfermedades se curan por la participación directa o indirecta de los miembros de la comunidad. Un ejemplo claro de ello es el *azar* y su manera de curarlo.

El *azar* es una de las enfermedades locales más comunes entre los zoques, se provoca cuando una persona sufre un bochorno frente a otros miembros de la comunidad, entonces se inflama una parte de la cara, hay enrojecimiento de la piel, dolor de muelas y malestar general. Para curarse el enfermo debe pedir a alguna de las personas que presenciaron la escena bochornosa que la *ensalme*¹⁴ con un sorbo de agua de limón con sal de Ixtapa. La enfermedad, entonces, tiene un origen social y su remedio lo es también, la efectividad del

14 La práctica de la *ensalmación* o *ensalmada* consiste en retener un sorbo del remedio con la boca y soplarlo sobre el paciente. Se utilizan diversos líquidos para realizarla.

remedio dependerá de que la *ensalmación* sea realizada por algunos de los presentes en el evento vergonzoso.

Así como el azar hay muchos ejemplos de enfermedades y remedios que requieren de la participación de otros miembros de la comunidad, revelando el carácter comunitario de la actividad de curar. Ese carácter comunitario, por lo tanto, es especialmente importante para quienes son reconocidos como curadores locales. Los curadores se deben a la comunidad, deben estar disponibles siempre ante las demandas de atención sin importar la distancia o la hora.

Me parece que en el caso de Marta no se trata únicamente de lo pesado que ello implica; tener que salir a media noche a atender a un paciente o viajar largas distancias. Creo que en su caso podemos ver dos mandatos sociales que se contradicen. Por un lado el mandato social que mantiene a las mujeres subordinadas a los hombres del hogar; como ya dije las mujeres debían permanecer en el hogar, atendiendo las necesidades de sus maridos e hijos. Mientras que por otro lado los curadores locales están subordinados a las necesidades de salud de la comunidad.

Marta creció sin poder decidir sobre sí misma, al reconocerse con el don de curar sabe que de asumirse como partera tendría que salir de su casa a cualquier hora y a cualquier lugar, relacionarse con nuevas personas y llevar una vida más independiente del permiso de su marido, ello es opuesto a lo que ella aprendió a vivir como mujer, apegada a su hogar.

De esta manera, la ambivalencia que experimentó Marta con respecto a convertirse en partera, estuvo atravesada por los paradigmas vigentes en el contexto socio-histórico que le tocó vivir. Creció siendo mujer en una sociedad donde ellas no pueden decidir sobre ellas mismas o los demás. Su función social se limitaba a atender a su familia y en lo relacionado a la curación a ser el agente responsable de la salud a nivel doméstico.

De esta manera su función social como mujer era limitante en sus relaciones interpersonales y su actuar en la comunidad en general. Asumirse como partera le daría legitimidad a establecer nuevas relaciones con diferentes personas de la comunidad y con el médico alópata. Además de que la colocaría en un lugar distinto, menos subordinado (de alguna manera) a los hombres de la comunidad y ella más sujeta a responder las necesidades de salud comunitaria: “(...) este trabajo es mal trabajo y es una gran responsabilidad”, ella dice.

Puedo imaginar lo que emocionalmente representaría eso para una mujer que vivió siempre de acuerdo a las decisiones que los hombres tomaban sobre ella, primero su padre y luego su esposo, y de pronto estaría menos sujeta a lo que su esposo dijera.

Aunque no se aceptaba como partera y advertía de no pasar la voz a nadie más, nunca se negó a atender los partos y tampoco se cuidaba de que el médico alópata se diera cuenta que ella estaba atendiendo a algunas embarazadas.

Intentó encontrar un punto intermedio entre ambos mandatos sociales, atendiendo a vecinas bajo la advertencia de guardar el secreto, de esta manera podía responder en parte a la función social de los portadores del don de curar sin desobedecer a su marido.

Aunque pudo haberse negado, asume el mandato social de atender la salud de todos, mandato reservado a los curadores locales. Así que parece que Marta estaba en medio de una ambivalencia al respecto, no quiere ser reconocida como partera, pero obedece al mandato social designado a los curadores locales.

Podemos encontrar parte de esta resistencia a ser asumida como partera en las relaciones intersubjetivas; al comenzar a atender partos la manera de relacionarse con sus pares se modifica en forma y cantidad. Comienza a ser buscada por otras embarazadas y es identificada como una persona con la capacidad o el don de atender embarazadas, a pesar de

que Marta continuaba hablando de ello en términos de “bondad”, “auxiliar” o “echar la mano”.

Además, a partir de la atención de su primer parto Marta entabla una relación diferente con el médico alópata local. Luego de cada parto lo manda llamar para que revise a la madre y al hijo. Ya no interactúa con él como posible paciente ocasional, se desarrolla una relación de subordinación donde ella atiende los partos y él la supervisa, aunque sea de manera informal pues Marta continúa negando su condición de partera.

No obstante, luego de atender a cada embarazada que la buscaba mandaba llamar al médico alópata para que verificara lo realizado ¿En realidad quería ser reconocida como partera? ¿O más bien trataba de protegerse ante posibles complicaciones y evitar la responsabilidad sobre ellas?

Quizá se trate de una mezcla de ambas especulaciones. Las supervisiones del médico desembocaron en la invitación a convertirse en una partera bajo la tutela del IMSS, y al mismo tiempo la proporcionaba un marco de protección al depender directamente de un médico alópata, quien la supervisa continuamente desde que se asumió como partera.

En este proceso de convertirse en partera capacitada por el IMSS, la ambivalencia de Marta adquiere nuevos matices, se expresa afortunada por obtener el permiso de su esposo para asistir a la capacitación, para después declararse *aburrida*.

Con la capacitación del IMSS Marta amplía aún más sus relaciones intersubjetivas. Interactúa de manera diferente con el médico alópata local y con los médicos de otros municipios. Establece relaciones con más embarazadas y con otras parteras. Asume su nuevo lugar y función social y de esta manera su construcción identitaria queda trastocada por su actividad como partera. Deja de ser la mujer o madre de un hombre y se convierte en “la partera”.

Incluso la manera de relacionarse con su familia cambia. Ya no puede estar tan al tanto de ellos porque debe atender a sus *pacientas*. Ya no depende tanto del permiso de su marido para viajar a capacitaciones o para atender a una mujer que vive lejos; o cuando llegan a solicitar sus servicios a horas inadecuadas. El mandato de atender a sus embarazadas es más fuerte que la subordinación a su marido.

También debemos considerar la visión local hacia los curadores. En general se piensa en ellos como elegidos por Dios para atender las enfermedades de la comunidad. Se trata de un lugar especial, no cualquiera puede curar.

Pienso que para Marta ese sentido de los curadores se convirtió en un catalizador que la empujó a seguir atendiendo a sus embarazadas. Al continuar atendiendo partos ella respondía positivamente al mandato social y al mismo tiempo aceptaba el don divino. Articulado con ello está la satisfacción de saberse diferente, especial. Además, cumplía, de alguna manera, su sueño de la infancia; ella soñaba con ser médico, curar gente. No logró ser médico, pero se convirtió en partera, una figura importante en la atención de la salud en la comunidad.

Las transformaciones que acompañaron el asumirse como partera se extendieron hasta otros aspectos de su construcción identitaria. En su nuevo rol de mujer es capaz de hacer frente a médicos que no atienden a sus embarazadas, depende menos de su marido y es parte de su trabajo hablar a las mujeres de salud reproductiva y planificación familiar, derechos a los que las mujeres zoques de hace algunas décadas no tenían acceso. Ello replantea su condición de mujer y la convierte en agente para transformar la función social de las mujeres en la comunidad.

Marta ha practicado la partería por más de treinta años, desde que atendió el primer parto su vida se centró en esta actividad, que es muy demandante y cansada. Cuando habla

sobre la partería puede sentirse la emoción en sus palabras porque le gusta compartir su conocimiento.

La partería le ha otorgado un lugar prestigioso en la comunidad. Aunque no tiene una tarifa fija, la partería representa una de sus fuentes de ingreso y la oportunidad de convivir con médicos de la localidad y del estado chiapaneco. La partería le ha ofrecido, además, la posibilidad de viajar y conocer partes del estado que quizá de otra manera no habría podido conocer; hospedarse en un hotel de cinco estrellas y reunirse con cientos de otras parteras para recibir el reconocimiento del gobernador del estado. Le ha abierto un abanico de puertas que Marta ha aprovechado para colocarse dentro y fuera de la comunidad.

Si nos acercamos a la actividad de Marta, los elementos y prácticas que utiliza dentro de la partería son muy diversos. Los procedimientos que utiliza para atender a sus “*pacientas*”, como ella les llama, tienen una naturaleza local principalmente. El uso de *sobadas*, *ahumaciones*, *ensalmaciones*, además de la utilización de hierbas y lociones, nos ayuda a entender a la partería como una actividad que está sostenida en los conocimientos contruidos localmente para entender y atender al embarazo.

La partería se trata de una especialización muy bien delimitada dentro de los curadores locales, cuando hablé con Marta sobre ello fue bastante precisa en mantener la narración de las prácticas y episodios de su experiencia individual centrados en el embarazo y alumbramiento de sus pacientes.

Aunque ella, como algunas otras parteras, extienden su desempeño a los cuidados de los recién nacidos, niños pequeños y a veces también a adultos. A pesar de ser capaz de curar a personas adultas en cierta variedad de enfermedades, no se asume como curandera. Sin embargo he etiquetado las prácticas que a mi criterio caen dentro de la actividad de los

curanderos para entender mejor la variedad de procedimientos que utiliza y que corresponden de alguna manera a su actividad como curadora local.

Su papel como partera de la localidad la ha insertado dentro de una estructura de salud institucionalizada. Desde la década de los noventa tanto el IMSS como el Sector Salud se han encargado de capacitar a las parteras y a dotarlas de material médico para que ejerzan su actividad.

Sin embargo, además de acceder a materiales médicos, recibió información básica sobre el alumbramiento, especialmente lo relativo al saneamiento de los materiales, el espacio y la madre.

Abdiel : ¿y qué es lo que le enseñaron?

Marta: Este, pues a, de que se atienda el parto como debe de ser y cuando no se puede hay mandarlo en el hospital, porque por ejemplo ahorita el gobierno nos da capacitación los doctores, a mí me llevan en Tuxtla, me llevan en dondequiera pues que nos invitan (...)

(...) ahí fue más, este, ya fue diferente, ya fue más mejor, porque yo no sabía de todo, como es que se debe trabajar (...) nos enseñan cómo se debe de hacer, qué no se debe de hacer, cuál es bueno y cuál no es bueno (Entrevista 2).

Al ser certificada como partera tiene derechos como recibir material médico (guantes, estetoscopio, etc.) y también de algunas responsabilidades, como reunirse mensual o quincenalmente con el médico de la clínica local para reportar el número y estado de sus pacientes.

La capacitación que recibió del IMSS la instruyó en conocimientos sobre la anatomía femenina, nomenclatura, principios básicos sobre higiene propia, del lugar del parto y de la

embarazada en el momento del alumbramiento, así como los procedimientos considerados adecuados y no adecuados para recibir niños.

No se trata de una sola capacitación, las reuniones mensuales con el médico alópata de la clínica local funcionan al mismo tiempo para *recordarles* la manera correcta de recibir niños y qué hacer en caso de que un parto se complique.

De esta manera Marta es reconocida por el sistema de salud como miembro del personal de asistencia médica y la coloca en una estructura jerárquica donde depende de la enfermera y el médico para realizar su actividad.

Además, Marta tiene otra función, aparte de recibir niños, debe reclutar a nuevas parteras en dos sentidos: mujeres que aún no practican la partería pero pueden tener algún interés en ejercerla o mujeres que ya son parteras pero no han tomado la capacitación que el IMSS ofrece:

Pero ahorita de que ya recibí capacitación fui la única yo que me fui de aquí de PPP, porque habían otros que no les gusta ir, no les gustaba y ahorita sí ya salieron más. Ahorita ya hay una en CN, hay otra ahí en el barrio JN, hay una allá por GP, hay otra allá en EV, somos cinco que salimos ya. Pero tres, ya yo los he invitado que vayan al curso porque es necesario, es bonito, deben aprender más, o les gusta andar, pues este, es bueno que se orienten porque si no sabe uno nada les digo “¿alguno que no está seguro pues qué se hace?”, ya ahorita ya no todos lo anuncian pues “Ah no, se murió, le pasó algo porque, este, no sé qué pasó”, no, uno lo cargan todos y para evitarse de problemas es bueno tomar la capacitación (...) La tía de este niño (muchachito que espera fuera de la habitación) ya la llevé dos veces. Una su tía, ya la llevé dos veces ya. Otra de aquí de CN ya llegó también un vez, una de allá de

GP ya llegó igual una vez, la de EV igual. Pero este, si los invita uno sí, lo aceptan que vayan (Entrevista 2).

La partería es una actividad de sumo interés para el sector salud, debido a la limitada cobertura médica alópata en los entornos rurales y a las altas tasas de natalidad en ellos. Por lo tanto, el reclutamiento de nuevas parteras se convierte en una forma de atender las necesidades sanitarias de las zonas rurales donde la cobertura médica alópata es escasa.

La inserción de Marta a la estructura institucionalizada médica ha ayudado a configurar sus significaciones subjetivas hacia su propia actividad como curadora local.

(...) el hinojo, la hierbabuena la rosa blanca, ahí hago un compuesto con el agua de colonia, le pongo un traste así y con eso los baño y les doy un licuado de hinojo que lo tomen con, ahí ya le meto químico, porque lo que viene del doctor ya es químico, le meto el alka seltzer, y sí gracias a Dios. Y si hay niños que les da diarrea y no se les quita con nada lo andan con los médico y no se les quita les pongo un lavado, de pura hierba otra vez, y sí, se controlan, la misma hierba que nombré pa' la calentura ésa misma hierba le sirvo pa' un lavado, y sí se componen (Entrevista 2).

Por un lado, llama la atención cuando se refiere a los elementos locales usados en las curaciones como “medicina natural”. Esto destaca la diferencia que ella percibe entre los elementos que localmente se utilizan (plantas, cortezas, minerales, agua, etc.) en contraste con los “químicos” contenidos en los fármacos.

Al hablar sobre los remedios utilizados con las embarazadas ella explica:

Pero como le digo yo el doctor “sí, como son puras plantas naturales, no son químicos, no tienen nada, se les puede dar todo, no se le va a meter ninguna pastilla adentro, puro té y sí les ayuda” (Entrevista 2).

Aunque la relación de Marta con el sistema alópata de curación es bastante estrecha, debido a su desempeño como partera certificada, cuando hablamos de su relación <personal> con la medicina alópata el panorama cambia drásticamente.

En las entrevistas mencionó un hospital de importancia en su experiencia, La Yerbabuena, en su narración se trata de uno de los mejores hospitales de la región, aunque fuera de su alcance por las tarifas que cobra, pero siempre como un referente sobre lo que un buen hospital representa. Fuera de una visita que tuvo al hospital por una complicación post-parto, Marta no habló de otras visitas o atenciones necesitadas por médicos alópatas.

(...) el hospital más famoso que había era el de la Yerbabuena, Lindavista que le dicen, allá se iban los que tienen dinero. Porque ahí todo era pagado, de (...) adelante de, está Lindavista, Yerbabuena al llegar a Pueblo Nuevo (Entrevista 2).

En primer lugar, podemos entender esto a la luz del lugar socio-económico que Marta ocupa, su actividad como partera y campesina no le permite destinar dinero para comprar medicinas en caso de que la clínica en la comunidad no las tenga o los honorarios de un médico particular. En segundo lugar, debemos entender las limitaciones de los servicios médicos alópatas en la comunidad; la falta de medicamentos en las clínicas, la saturación de trabajo y la poca presencia (hasta hace poco) del personal médico de la comunidad.

El hecho de que Marta no acuda a los servicios de las clínicas alópatas dentro y fuera del municipio para su uso personal y el de su familia nos habla de la confianza en los procedimientos locales a pesar de depender de la aprobación del modelo alópata para laborar como partera. Nos coloca de nuevo frente a una Marta sostenida en la ambivalencia, que por un lado necesita de la certificación del sistema de salud para ejercer la partería y por otro lado no necesita de sus servicios para cubrir sus necesidades de atención a la salud.

Esto se revela como importante pues, aunque en su discurso reconoce como legítimas las prácticas alópatas y tiende a utilizar términos que ubican a la actividad curativa local en una posición inferior, en la práctica cotidiana demuestra mayor confianza y una casi “auto suficiencia” para atender las enfermedades propias y de su familia con procedimientos desarrollados en la comunidad y sin la intervención de un médico alópata.

8.2 María

Una de mis principales preocupaciones era no explorar únicamente las significaciones y experiencias de los curadores locales. Así que tenía la esperanza de encontrar algún profesional alópata (médico/a o enfermero/a) que por lo menos llevara viviendo mucho tiempo en la localidad.

Por lógica, el lugar indicado para buscar al profesional alópata era alguna de las clínicas locales, así que me propuse iniciar las observaciones en ellas. Desafortunadamente no me fue permitido hacer observaciones dentro de la clínica del IMSS, el médico de la clínica, un joven proveniente de la capital, se mostró renuente a aceptar incluso una entrevista que superara los diez minutos. Me dio la impresión de sentirse evaluado. Aunque hice mi mejor esfuerzo por explicar lo más claramente el objetivo de mis observaciones y entrevistas, parece que no logré convencerlo de que no era un espía del enviado para calificar su trabajo.

No tuve más opción que apostarme en el jardín de la clínica tratando de escuchar lo más que pudiera de lo que pasaba dentro. Durante las ausencias del médico las dos enfermeras encargadas de ayudarlo se acercaban a hacerme preguntas u ofrecer respuestas en tono amable y casual, pero ante su presencia me ignoraban y se mantenían lejos de mí. De cualquier modo, en las furtivas pláticas que mantuve con ellas conocí que no son de la localidad y no sabían de enfermeras originarias del pueblo.

En la clínica nueva fui mejor aceptado. La persona que dirige la clínica -joven también y de la capital del estado- me brindó mucha información sobre lo que acontecía en la localidad con respecto a su papel como médico. Gracias a ella me enteré de una enfermera alópata, la única en el pueblo según ella, que recién habían cambiado a esa misma clínica y que, además, nació y creció en la localidad. Sentí como si me ganara la lotería.

En una de mis pláticas con la directora de la clínica me introdujo con la enfermera, que había entrado a la oficina a dejar unos papeles -puede platicar con ella también- me dijo, mientras la enfermera hacía un gesto de asombro y desconcierto. Tuve una sola entrevista con ella, donde no estuvimos cómodos ni ella ni yo. Era evidente que no tenía intenciones de participar en mi trabajo, quizá la imposición de la directora tuvo mucho que ver. La visité varias veces más pero siempre me despachó con el pretexto de tener muchas ocupaciones, mientras se limaba las uñas o tomaba el fresco de la tarde, así que no insistí más.

Cuando comenté mi fracaso con la familia que me acobijó, me insistieron en que la directora de la clínica estaba mal; había otra enfermera alópata, aunque trabajaba fuera del municipio. Me dieron un nombre equivocado y unas señas vagas sobre la ubicación de su casa, pero esa misma tarde salí a buscarla. Luego de preguntar en varias casas, y de seguir una que otra indicación errada, di con el lugar.

Su casa, un pequeño cuarto de paredes de madera, piso de tierra y láminas galvanizadas haciendo de techo, se encontraba al final de un terreno con otros cuartos de block flanqueando el lateral izquierdo. Quedaba un patio con un par de autos estacionados, donde además se paseaban unos pavos regordetos y descansaba un perro enorme aleonado.

Me detuve en la acera y pregunté a gritos por el nombre que me habían dicho, y que se había deformado por las varias correcciones, incorrectas también. Al principio no sabían

a quién me refería, tuve que explicar que buscaba a una enfermera y que me indicaron vivía allí. Luego de revelarme el nombre correcto me indicaron a pasar, en un momento salía.

Adelanté unos pasos en el patio, sin perder de vista, aterrado, al gigante perro que parecía más interesado en lamer sus gruesas patas, pero que de todas maneras me inspiraba pavor. Luego de un momento apareció María acompañada de un hombre. Me extendió la mano mientras me observaba vivamente con una expresión de curiosidad, le expresé mis intenciones de platicar con ella.

Me hicieron pasar a unos de los cuartos de block, me acomodaron en un sillón, María sentada a mi lado. El hombre acomodó una silla de plástico frente a nosotros a una distancia ambigua, no muy cerca pero tampoco lejos. Más tarde entendería que se trata de su marido, cuya intención era supervisar la naturaleza de la charla.

Explicué mi condición de estudiante y mi propósito de estudiar cómo viven su labor las enfermeras y médicos del lugar, así como los curadores locales. Le pedí permiso para visitarla y hablar de sus experiencias como enfermera y expliqué cómo haría uso de la información. Aceptó mi petición al instante. Cuando quise agendar la primera entrevista, me indicó que justo en ese momento no tenía qué hacer y si yo quería podíamos empezar de una vez. Afortunadamente yo iba preparado con libreta, grabadora y tenía ya memorizadas las preguntas principales que daban forma a mi guion de entrevistas, así que comenzamos esa misma noche.

Me indicó, si me interesaba, que había otra enfermera en el pueblo, aunque me advirtió que tenía fama de ser malhumorada y no de fácil trato. Me limité a agradecer con una sonrisa en la boca.

En total tuvimos 4 entrevistas que duraron más de una hora, además de muchas otras ocasiones teniendo entrevistas informales, tomando café y comiendo. Me habló sin tapujos

de sus actividades en la clínica del otro municipio, de sus experiencias personales, de los trucos y malabares que tiene que hacer para que cuadren los registros de Oportunidades y lloró mientras me contaba sus vivencias más oscuras.

La figura 16 muestra los eventos relevantes en la trayectoria de María y su sincronización con los eventos macro y meso más importantes relacionados a la salud.

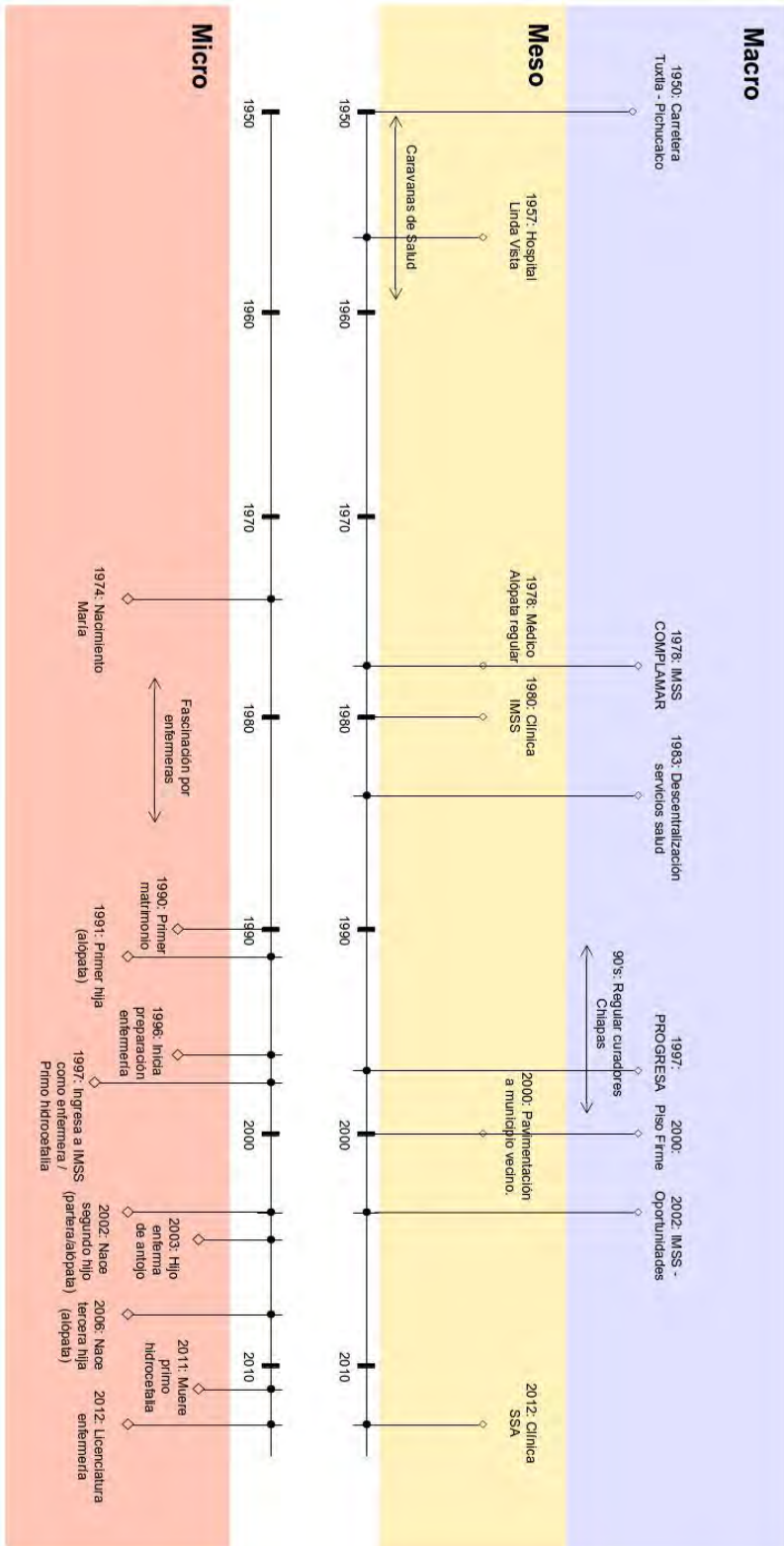


Figura 16. Cronología y sincronía del caso de María.

En la figura 17 se muestra una representación gráfica de las relaciones entre las categorías desprendidas del caso de María. Trata de esquematizar el impacto de las relaciones de ella con las dos medicinas en la comunidad en su construcción identitaria, sus relaciones con la comunidad local y con los propios sistemas de curación.

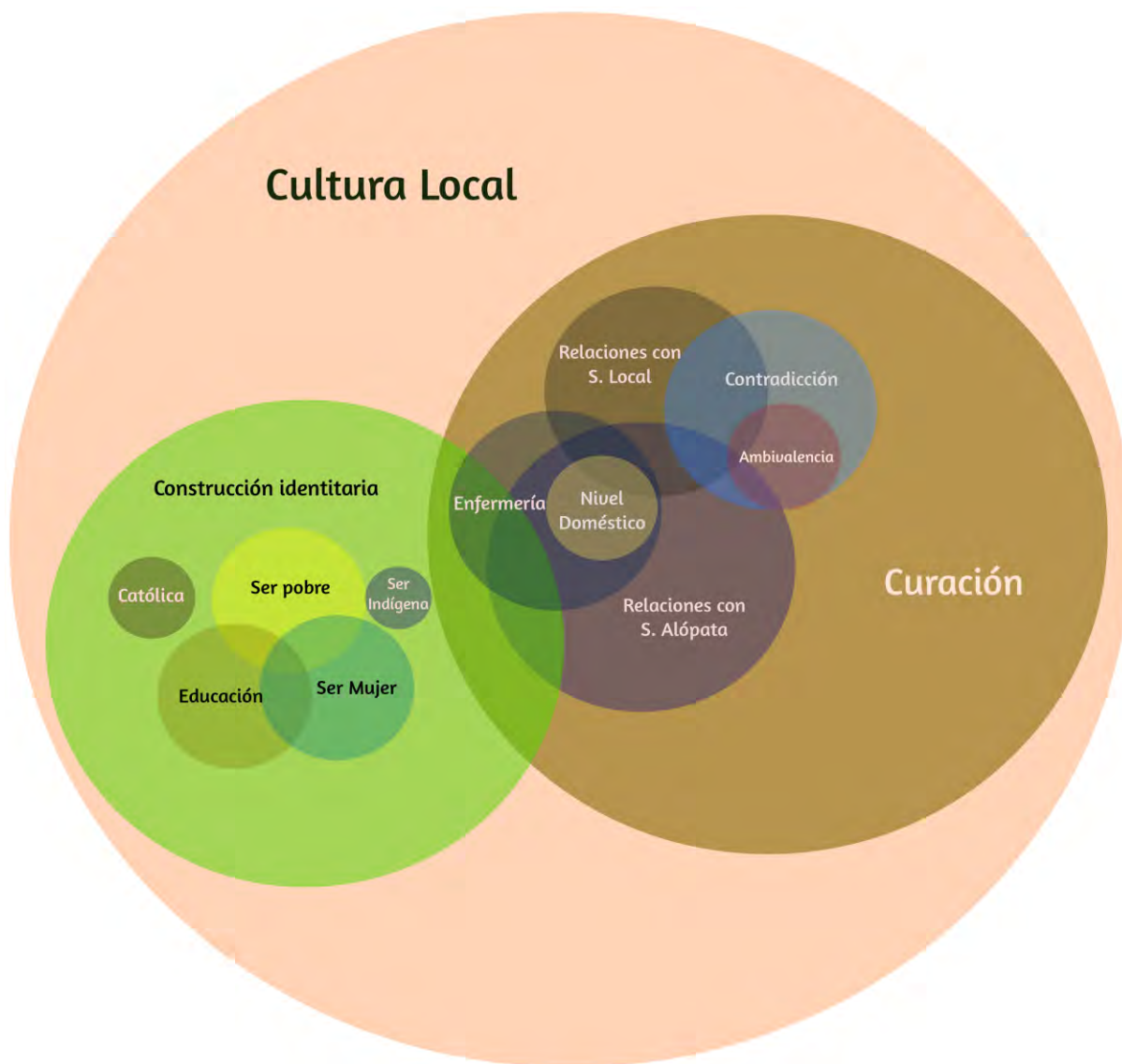


Figura 17. Representación gráfica de las relaciones de las categorías obtenidas en las entrevistas a María.

María nació en 1974, aproximadamente 24 años después de que se construyera la carretera Tuxtla-Pichucalco. Eso quiere decir que María nació en una localidad donde muchos de los servicios básicos ya estaban presentes: escuelas, materiales de construcción más duraderos, caminos asfaltados, electricidad, drenaje, etc.

Al haber nacido en la cabecera, María estuvo en mayor contacto con las caravanas de salud y las visitas periódicas de médicos y enfermeras. A los 4 años de nacida se estableció el primer consultorio alópata en el pueblo. Es decir, el contacto con términos y prácticas alópatas era cada vez más común.

Aun así, ella evoca en sus recuerdos a su abuela y su madre como primeras encargadas de la atención a sus enfermedades y las de sus hermanos. La medicina doméstica seguía siendo la primera opción dentro de su hogar. Cuando le invité a recordar episodios de su infancia relacionados con la atención de las enfermedades, me contó un episodio que la puso a reflexionar conforme lo verbalizaba. Su abuelo sufrió de una úlcera en uno de sus pies, una laceración sangrante del tamaño de una oblea. Entonces un yerbatero sanó la herida aplicando emplastes de barro directamente sobre la úlcera. Cuando recuerda el episodio declara no comprender cómo podía ocurrir la sanación; de acuerdo a sus conocimientos como enfermera, una herida abierta debe ser desinfectada, no embadurnada con tierra.

Yo lo recuerdo así, ora sí que como un sueño que... que mi abuelo... que, en una ocasión, este, como que le salió una llaga en el pie. Él dejó de caminar, esa herida se fue haciendo grande, se le puso negro todo lo que es el rededor. Y yo veía, bueno en ese tiempo, sí me acuerdo porque yo estaba chica y me acuerdo que venían unos señores, yo creo que era un yerbatero. Y con puras brasas, humo, este, hojas verdes, lo curaron. Y lo curaron, hacían este, pues no sé [cómo lo] llamaba, pero como eran indígenas, cantaban y hablaban pero así como en sus, en sus, pues ora sí que en sus

dialecto. Y, este, y sí sanó mi abuelo también. O sea es algo que nunca me voy a olvidar porque a él le quedó la seña, ahí tiene la seña en el... en el pie.

Sí sanó, sí sanó. Y le ponían, este, lo que es el... lo que es el famoso barro. El barro calentito, le ponían como yeso en el pie, y sí, quedó esa parte negra pero sí cerró. Sí, sí está bien, aunque quedó pues el... el... se le dice todavía esta herida un, un hoyo, pero pues sí está cerrada.

(...) todavía no acabo de entenderlo porque se imagina ahorita eh, curar un... como enfermera para mí es algo, digo yo, antigiénico.

Anteriormente, una herida y corrían y le ponían café molido. Agarraban las telarañas y lo hacían bolita y ¡pun! le ponían y ya, se tapó la... la... el sangrado, rapidito. Y entonces ahora para mí, yo digo bueno, no puede ser porque entonces estamos infectando esa herida, ¿qué vamos a hacer? A lavar, a hacer una asepsia en esa herida bien limpia que quede, tratar de ver que tenga que su vacuna y todo para que, no sé, y anteriormente pues no era así, pero bueno.

(...) pero entre lo que cabe yo sigo pensando, bueno en su tiempo sirvió ¿Sí? Porque sirvió. Pero pues ahora yo siento que, que ya tenemos otras ideas, aunque bueno, ya casi no se escucha todo eso, pero en ocasiones pues todavía hay gente que sí lo, que sí lo utiliza. (Entrevista 1).

Cuando narra este episodio me es posible vislumbrar un atisbo de la ambivalencia que ahora sostiene con respecto a este tipo de acontecimientos. Por un lado, afirma que no es adecuado tratar una herida de ese tipo con el remedio que entonces aplicó el curador, sin embargo, acepta que esos remedios son efectivos ¿por qué? No lo sabe. De cualquier modo, afirma que no los usaría, aun sabiendo que en realidad curan. Se siente, como es natural, más cercana a la medicina alópata.

En su caso, además, la adopción de términos alópatas en las explicaciones locales de enfermedades se dio desde su niñez. Ella explica cómo su abuela curaba el “rotavirus”, cuyos síntomas corresponden a diarreas y dolores abdominales. Su abuela utilizaba el término para referirse a la presencia de dichos síntomas, mientras que utilizaba un remedio local para curarlo.

María: Este, mi abuela... Anteriormente por decir cuando había el famoso, le decían el rotavirus; la diarrea con el vómito. Yo me acuerdo que ella, este, molía la masa.

Abdiel: ¿Su abuela lo conocía así? ¿como rotavirus?

María: Sí.

Abdiel: Ah ok.

María: Ella decía que era rotavirus, yo no sabía qué era rotavirus. Y es cuando los niños vomitaban, tenían mucha diarrea. Ya molía la masa con unas semillas de cilantro, alcanfor y huevo, y hacía una torta. Y ya esa torta se lo ponía en la pancita, con albahaca y todo eso. Y sí rápido, rapidito, rapidito ya disminuía el vómito, disminuía el... la diarrea, y ya empezaba pues a ingerir un poquito más los alimentos (Entrevista 1).

El rotavirus fue descubierto entre 1973 y 1974, mientras que se hizo bastante conocido a partir de 1980, cuando se comenzaron a probar algunas vacunas. Quizá el médico local, que tuvo una presencia constante desde 1978, y luego la clínica del IMSS, construida en 1980, tuvieron una participación en la popularización del término en el pueblo.

Estos años corresponden con la infancia de María. La popularización del término, sin embargo, no fue correspondida con la adopción de la explicación etiológica de la enfermedad, quiero decir que mientras algunas personas, como la abuela de María, adoptaron la palabra

para referirse a diarreas y dolores, no sucedió lo mismo con las explicaciones alópatas a estos males.

La huella que la medicina alópata imprimió en las experiencias de María no se limitó a la adopción de términos. La clínica local del IMSS, levantada en el 82, fue construida junto a la casa de María. Ella cruzaba la cerca y pasaba horas observando la labor de las enfermeras y ensoñando imágenes de ella misma vistiendo el uniforme blanco.

Sin lugar a dudas, ello inspiró a María para convertirse en enfermera después. La figura de la enfermera, en una época en que las mujeres de la zona recién podían acceder a ocupar lugares sociales diferentes al de madre y ama de casa, se convertía en una figura privilegiada. Mujeres que gracias a su capacidad de sanar se convertían en figuras relevantes en la localidad, con cierta autoridad.

María pudo acceder a derechos que otras mujeres no tuvieron, la educación es uno de ellos. Cursó la primaria y la secundaria en el pueblo. Sin embargo, replicó el paradigma que seguía vertiéndose sobre las mujeres; al terminar la secundaria decidió casarse con un hombre mayor que ella. Interrumpió sus estudios y se dedicó a cuidar de su nueva familia. De esta manera estaba cumpliendo con las expectativas tradicionales del pueblo sobre las mujeres: las mujeres deben casarse jóvenes y dedicarse a cuidar a sus hijos y su esposo.

Me casé a la edad de dieciséis años (...) con mi primer esposo. Y ya fue, tuve una niña. A los diecisiete años yo ya era mamá. Pero aún estaba con esa idea [de ser enfermera] y yo decía, cuando yo me casé dije: “aquí se acabaron todas mis ilusiones”.

Me desesperé. Fue una desesperación porque, de hecho, yo iba a la escuela, me pedían libros, me pedían muchas cosas y pobrecita pues mi mamá no podía más. Entonces yo me desesperé, conocí al que fue mi esposo, y él me habló de un mundo

hermoso, o sea y, pues esa era mi única salida. Yo dije: “no lo voy a lograr, y ya, no tiene caso”. Y terminé pues aceptando. Cuando yo termine el tercer año de secundaria, ya me había casado, ya estaba casada. Me casé, pero dentro de lo que cabe, yo pensé, dije: “Aquí, aquí se terminaron mis ilusiones, aquí se acabó todo”.

Y ahí sentí que se acabaron pues, ya todas mis ilusiones, me sentí. Pero este, no, seis años vivimos juntos con, con mi pareja. Pero él tomaba, me daba muy mala vida. Yo me desesperaba, yo decía, incluso en una ocasión este, intenté hasta suicidarme. O sea, me desesperé mucho, el encierro, el maltrato, la mala vida, y en una ocasión cuando no volvía porque ingerí muchos medicamentos, este un doctor me llamó la atención y me dijo que qué tan bonita era la vida y que qué es lo que más había deseado ser. Y yo le dije que mi sueño había sido ser enfermera, pero pus ya, y me dijo: “si ya están separados mira, por qué no darte la oportunidad”. Me empecé a capacitar acá, llegaba así a, a ver, a ayudar, pero no, no se me hizo (Entrevista 2).

Su primer matrimonio es uno de los episodios más oscuros y tristes que logra evocar. Se casó cuando tenía 16 años y a los 17 nació su primera hija. Desde entonces mantuvo una vida encerrada dentro de su hogar, cuidando y cumpliendo los caprichos de un esposo celoso, alcohólico y violento. Vivía aterrada de los arranques de su marido, quien le prohibió tener contacto con su familia, tampoco podía tener amigas.

En los días que estaba borracho, le propinaba tremendas golpizas y la violencia sexual y verbal era común. Incluso llegó a obligarla a engordar, para que ningún hombre se fijara en ella y con ello prevenir una posible infidelidad.

María se encontraba confinada en su hogar con la única opción de ocuparse de su familia y su hija, ello incluía velar por la salud de su familia. Así, María cumplió con la

función social depositada en las mujeres de atender las enfermedades de su hija y esposo, decidiendo los remedios caseros o el momento para acudir a consulta alópata.

Aunque las condiciones económicas y físicas en la comunidad cambiaron rápidamente con la construcción de la carretera federal, algunas condiciones sociales cambiaron más lentamente; tal es el caso del lugar social de las mujeres, quienes en general permanecieron sujetas al poder de los hombres, legitimado por la tradición. Aunque era más común que las mujeres accedieran a la educación básica e incluso salieran del municipio para laborar en otras ciudades; en la comunidad se repetían los usos y costumbres.

Luego de seis años de matrimonio y un intento de suicidio, María decide separarse de su esposo apoyada por su madre. Cuando narró esta parte de su vida las lágrimas no dejaban de rodar por las mejillas, estaba visiblemente conmovida.

El médico que la atendió luego de su intento de suicidio, le aportó apoyo emocional y la motivó a estudiar enfermería: una manera de emanciparse del poder de los hombres y de cumplir su sueño de niñez.

En este punto es donde se estrecha importantemente la relación de María con la medicina alópata. El médico le regala un libro de medicina general que ella estudia y memoriza, consigue ser aceptada en la clínica del IMSS como observadora y así aprende muchas de las actividades de las enfermeras.

Luego de estar un tiempo aprendiendo por ella misma con el único libro del que disponía, y con las observaciones en la clínica, es animada a presentar el examen para ser admitida como enfermera del IMSS. Duda al principio, pero son tales las palabras de ánimo que se decide por asistir al examen que se celebró en un municipio a dos horas de distancia.

Tenía... cuando me separé tenía este, veinte, veinte. Y me puse a estudiar y a estudiar y de repente este, fíjese que no sé por qué, pero llegué a sentir que, que me lo tomé

de memoria el libro. Sentí que todo, o sea yo hablaba solita, estudiaba y solita me daba me daba las respuestas y así. Llegó el tiempo en que se tenía que presentar el examen, y la jefa de esta zona que es LLP [municipio cercano] no me aceptó, me rechazó, me dijo “no”. Y me dice el doctor que me había apoyado: “Este, no te preocupes. Voy a ver que te coloquen en otra zona, aunque no sea ésta”. Presento el examen, habíamos cuatrocientas aspirantes pero todas, algunas licenciadas en... en enfermería, pero militares otras. Sí o sea mucha gente pues bien preparada. Y yo me sentía así bien chiquita, decía “no lo voy a lograr”. O sea, bien uniformadas y todo cuando yo ni siquiera uniforme, ni nada. Pero esa noche antes de presentar el examen retomé mi libro otra vez, y yo decía “yo sé que puedo, yo sé que puedo, lo deseo tanto y eso es lo que quiero”. Y sí, presentamos el examen, de casi cuatrocientas enfermeras venimos quedando cincuenta, y dijeron que las que escucharan su nombre que salieran porque no habían pasado el examen. Y yo decía “Dios mío”, también le pedía mucho a Dios que no pasara mi nombre. Al final se detuvo la... la psicóloga y, este, dijo: “Felicidades señoritas, pues ya son futuras enfermeras, échenle muchas ganas, sigan adelante” ¡Ay Dios mío! cuando ya me dijeron yo me sentí muy bien (...) (Entrevista 2).

Presentó el examen en 1997, el mismo año en que el gobierno federal puso en marcha el programa PROGRESA, que tenía como principales objetivos mejorar la alimentación, educación y salud de familias pobres. Ello incluía los esfuerzos por ampliar la cobertura de asistencia médica alópata en comunidades rurales. Los objetivos de ampliar la oferta de

servicios alópatas exigían la preparación rápida de profesionales de la salud, tecnificando profesiones como la enfermería¹⁵.

Así pues, María se presentó para ser admitida como enfermera habiendo cumplido sus estudios de secundaria y los conocimientos sobre enfermería que adquirió de manera autodidacta y en las observaciones en la clínica.

A la evaluación asistieron enfermeras con experiencia y mujeres sin antecedentes en la medicina alópata como María.

Según el testimonio de María, fueron muy pocas las enfermeras aceptadas. Una vez que fue admitida como parte de la estructura del Instituto, su formación consistió en una preparación teórica y práctica.

Tuvo una breve preparación teórica y fue enviada a cumplir servicio a comunidades rurales bastante alejadas de su pueblo de origen, principalmente a comunidades tzotziles. En estas comunidades tuvo la desventaja de no dominar el idioma tzotzil y necesitar un intérprete. No recibió información respecto a la cultura o tradiciones médicas locales.

Así pues, los conocimientos adquiridos en los años de servicio se restringieron a cuestiones básicas sobre higiene, asepsia, control natal, medición de la presión arterial y la temperatura, además de llenar formularios, formatos e informes para el instituto.

Con la puesta en marcha de diferentes programas asistenciales, su trabajo se centró cada vez más en la administración de despensas, suplementos, medicamentos y pláticas a los beneficiarios, así como el registro y conteo de beneficiarios y recursos repartidos.

15 Todas las instituciones de salud pública debían prestar el conjunto básico de atención a salud, priorizando la presencia alópata en las zonas rurales. Se destinaron recursos para fortalecer la oferta de servicios de salud siguiendo estos objetivos: 1. Asegurar el abastecimiento adecuado para las unidades; 2. Alentar al personal que labora en zonas rurales alejadas a que permanezcan por largo tiempo en ellas; 3. Asegurarse de que las unidades de atención tengan los medicamentos y materiales necesarios; y 4. Impartir información adicional para calidad de la atención médica y las dimensiones operativas del servicio (Skoufias, 2005).

Luego de pasar algunos años en comunidades alejadas, donde conoce a su segundo marido, es transferida para laborar en la clínica del IMSS de uno de los municipios vecinos, su traslado se debió, en parte, por su segundo embarazo.

Aquí es donde podemos destacar un segundo episodio que revela la ambivalencia en la que se sostiene su relación con ambos sistemas de curación.

Lo que pasa es que yo, este, para poderme embarazar tuve un... un este... ¿cómo le dijera? Tuve que llevar un tratamiento ¿sí?, y dentro de lo que cabe, como a los dos años me embarazo (...) Voy en Bochil y me dicen que yo tenía una bolsita de agua, que era un embarazo psicológico, que no había embarazo (...) con ultrasonido y todo. Voy a, con mi mejor ginecólogo que era el de Teapa y me dice: “Sí, efectivamente, hubo un embarazo, pero fue un embarazo...”, así también me dijo, “... psicológico, está la bolsita, pero prepárese porque mañana le hago su legrado a primera hora”. Cuando me dijo eso, ya me desesperé, ya me desesperé muchísimo porque realmente yo decía pues mi hijo. Y, y me dice la... la esposa de él, me hizo un ultrasonido, me dice: “No, se ve una cosita ahí...”, dice, “... pero pues realmente si ya mi esposo le dijo que... que hay que hacer un legrado se va hacer ese legrado. Vaya hasta al hospital de Teapa”. Y... y me dieron hasta mi hoja de internarme y todo para hacerme el legrado al otro día. Pero ahí ya actué con renuencia, le digo a mi mamá: “No, vámonos para la casa, vámonos este, para la casa”, le dije. Y, dentro de lo que cabe, bueno, ya veo qué hago ya llorando, me vengo y ya había una partera. Le digo: “Doña Juanita, no, no tengo nada. No estoy embarazada, me dicen que es una bolsita de agua y que me lo van a quitar”. “No hija, ahí está el bebé, ahí está”. Y me empieza a tallar. “No...”, me dice, “... ahí está dentro, está muy chiquito porque está muy débil, está muy débil, y es un varón”. Y yo me quedé así. “Es un varón, no vayas...”,

me dijo, “... no vayas con el doctor que te lo quiten este, porque te vas arrepentir, se van a dar cuenta ellos, pero no te van a decir nada...”, me dice, “... ahí está el bebé, está chiquitito pero ahí está tu bebé”. Y agarré y me quedé, ya no me fui. Ahí actué con renuencia pues yo también, ya no me fui, y empezó a llegar ella y venir y venir. Mientras poco me voy otra vez con mi gineco, y me hacen un ultrasonido y el bebé estaba ahí adentro, chiquito.

Porque dejé de llegar con mi ginecólogo, ya no iba ni a mi consulta de control prenatal. Porque me dijeron “no hay nada no hay nada ya”. Y como a los dos meses de que ya fui, y me va diciendo la esposa del doctor: “Efectivamente está un bebé ahí adentro, no sé qué es si es niña o niño, pero ahí está, es un pececito que anda ahí nadando”. Y ahí está, acá está el gordito que tengo acá (Entrevista 1).

Al sospechar sobre ese embarazo, María y su marido decidieron consultar a una de las parteras de la comunidad. Concibo esto como una expresión de ambivalencia, ya que siendo enfermera se esperaría que buscara en primera instancia la consulta de un médico alópata, aunque las parteras están más a la mano.

La asistencia con parteras se trata de algo que la propia institución médica promueve. Desde la década de los 50, las parteras han sido capacitadas y registradas por las instituciones de salud como agentes auxiliares en la atención de embarazadas y partos, sobre todo en zonas geográficamente remotas.

Así, dicha actitud de María podría analizarse desde los procesos a los que Menéndez (1988, 1992, 1998, 2003 y 2005) alude, uno de ellos la transacción como la alternancia en la asistencia a los servicios de salud, remedios y prácticas. Aunque destaco, en otro nivel, la ambivalencia que ello implica. Por un lado, el discurso de validez científica de los procedimientos alópatas, que de alguna manera es interiorizado por los usuarios, y por otro

lado la permanencia de los curadores locales y la asistencia a ellos, a pesar de no contar con la mencionada validez científica.

De esta manera, María estaría respondiendo a dos niveles de usos locales, por un lado tradicionalmente la figura de la partera está intrínsecamente relacionada con lo respecta al embarazo y el parto, por lo tanto cuenta con una legitimidad cultural. Por otro lado también estaría respondiendo al discurso institucional, de confiar y asumir los procedimientos alópatas como legítimos sin dejar de asistir a los procedimientos locales.

Luego de que la partera confirmara el embarazo, María viajó a más de una hora de distancia para consultar a su ginecólogo. La respuesta que obtuvo después del ultrasonido fue diferente a lo que escuchó de la partera, las pruebas mostraban que no estaba embarazada.

La acción de María, al escuchar este diagnóstico, es lo que revela la ambivalencia en que se encontraba sostenida entonces. A pesar del discurso de legitimidad de la medicina alópata, ella confió más en la palabra de la partera.

Confianza en las palabras de la partera, María decide no presentarse al siguiente día con el médico para el legrado, nueve meses después estaba lista para dar a luz a un varón.

Por supuesto que sorprende la participación de la partera en este episodio, pero más que reflexionar en la exactitud de la partera y el error del médico alópata, me gustaría ahondar un poco en lo que pudo determinar la confianza de María en la partera y no en el médico.

Aunque en ese entonces María tenía ya algunos años en contacto bastante cercano con la alopática, su bagaje cultural está marcando por un repertorio de enfermedades, remedios y explicaciones locales. La intervención de la partera estuvo en sintonía con dicha comprensión local de los procesos del cuerpo y por lo tanto decantó la balanza en su favor.

María creció en la comunidad aprehendiendo las explicaciones locales sobre los estados de salud y enfermedad, así como sobre el propio cuerpo. Como mujer se encontraba

más cercana a las consideraciones locales sobre la curación, las mujeres son las responsables de la salud dentro de los hogares. Sumado a ello está el hecho de contar con una curadora como abuela, que no es poca cosa en la localidad. Los curadores locales, están investidos con dones y conocimientos especiales, la confianza depositada en ellos no reposa solamente en la eficacia práctica de sus conocimientos.

Su inclinación a acudir a la ayuda de parteras no se ha limitado al nivel doméstico o como usuaria; como enfermera hace uso de servicios de parteras en el auxilio recibiendo niños dentro de la clínica, asunto sobre el que ahondaré más adelante.

Aunque confió más en la palabra de la partera sobre su estado de embarazo, atendió su periodo de gestación y el parto con un médico alópata, el mismo que pretendió practicar un legrado para sacar el “falso embarazo”.

Luego de nacido el niño tuvieron algunas experiencias que llamaron profundamente mi atención desde que me fueron narradas. Primero el niño se enfermó de *antojo*:

(...) eso... eso sí lo viví yo, es algo que todavía no me lo explico. Con mi hijo, fui a la escuela un diez de mayo y nos sacan unas tostaditas con carne. Pero él tenía, creo ocho o nueve meses. Pero tenía mucho chile, entonces agarré y me las comí, pero no le di al niño. Pasó, eso fue el nueve; el diez... el diez al niño se le formaron unas ronchas, pero así [une los dedos pulgar e índice formando un círculo], como es güero, unas ronchas. Y no dormía, eran gritos, y lloraba y lloraba y lloraba. Agarro y lo llevo con el doctor y nada, que tratamiento. Lo llevo al hospital de Bochil, hospitalizan a mi hijo, empiezan a verlo. Lo empiezan a meter en baños de hielo pues, que a ver cómo va a reaccionar; si es una rubiola, es rubiola. Le empiezan a meter medicamento. No, no es rubiola. Le hacen los estudios y todo, no es rubiola. Hay que comprarle, este, me hicieron comprar unas... unos gel y todo, y nada.

Y de repente, vengo -porque vine a buscar a mi esposo pues- y yo me fui sola. Regreso con el niño; el niño quemaba, ardía. Y es de... que nada, me regreso, le digo a mi mamá: “no sé qué voy hacer”. Me tocó con una señora, una señora así, y me dice: “¡ay! ¿Qué le pasó a su hijito?”, “Ay no sé doña...”, le digo, “... lo traigo del hospital, pero ahorita me voy a Tuxtla porque sólo vine avisar mi esposo, está muy mal”. Y me dice la señora: “Es antojo que tiene”. “No...”, le digo, “... no es antojo, lo que pasa es que ahorita voy para que le hagan otros estudios a Tuxtla”. “Lo que tiene su hijito...”, me dice, “... es que antojó carne molida, pero con chile”. Y rápido.

Abdiel: ¿Y cómo supo ella que era carne molida con chile?

María: Por las marcas. Quedaron unas marcas rojas así, pero quemaban, quemaban demasiado. Y no le dejó un pedacito limpio en todo su cuerpo. Entonces le digo: “¡Ay no le di!”. “Sí, este, lo que pasa es que la carne, la carne molida tenía mucho chile...”, me dice, “... y el niño lo antojó. Pero ve ahorita...”. No sé si fue mi esposo o mi mamá que fueron a NYR [municipio vecino] rapidito, compraron el... chile, el que no pica, para engañar supuestamente al niño y a la sangre. Y le pusieron cebolla, tomate, así como lo comimos. Y agarró la señora y le empezó a dar que comiera de esa carne el niño. Y lo que quedó, lo bañó ¿verdad? Lo bañó, lo bañó con toda la carne, con limón y todo, así. No le miento que en la tarde el niño estaba limpio, se borró todo, y yo me quedé así y digo, no puede ser. El doctor se quedó así mire [hace gesto de asombro], y dice: “No puede ser, no puede ser...”, dice, “... ¿cómo es posible?”. Pues se le borró, y [antes] quemaba, no dormía, eran gritos. Vino la señora y, no ya, con eso. Fue tan fácil (Entrevista 1).

Con sus hijos, siendo ella la responsable de su salud dentro del hogar, se decantó por el uso de procedimientos alópatas. Sin embargo, ante determinados males optó por el uso de remedios locales.

De vez en vez su madre recetaba el uso de tés u otro tipo de procedimientos para curar enfermedades comunes, como diarreas o gripes. Aunque ella no proporcionaba directamente los remedios, el acto de permitir que algunas enfermedades fueran curadas con remedios locales contrasta notablemente con la confianza, casi exclusiva, que afirma tener a la medicina alópata.

En ello radica la naturaleza de lo que nombro ambivalencia en las relaciones con los sistemas de curación. Si bien es cierto que es bastante común que los usuarios turnen la asistencia a los servicios de salud, dependiendo de la gravedad y tipo de padecimiento, queda un registro psíquico en que se expresan estas relaciones. Donde generalmente se enfrentan ideas, afectos o valores opuestos.

En el caso de María, me parece que la ambivalencia ha servido como mecanismo para articular la asistencia a la medicina alópata y local sin provocar un claro conflicto por ello. Como enfermera alópata se esperaría una atención casi exclusiva con alopátia, como ella lo verbaliza en las entrevistas. Sin embargo, también debe estar en sintonía con las consideraciones locales hacia los estados de salud y enfermedad, la ambivalencia le provee la puerta para poder responder a ambos sin entrar en conflicto.

Así lo muestra la manera en que describe los episodios en que su hijo enfermó de antojo y enfermedad del perro. Su primera opción de atención fue la medicina alópata y al no lograr la sanación de la enfermedad permitió que mujeres cercanas a ella atendieran a su hijo con remedios locales.

Es claro que nos encontramos ante la aceptación de los remedios en un nivel pragmático: al no encontrar curación en la alopátia quedaba la opción de los remedios locales que fueron eficaces. Pero también debemos pensar que la aceptación de los remedios y su eficacia viene acompañada de sus explicaciones y consideraciones sobre la enfermedad.

Son muchas las enfermedades locales que no tienen un equivalente en las categorías alópatas, el antojo y la enfermedad del perro son unas de ellas. Por lo tanto, considerando a María como usuaria, estaría respondiendo a dos maneras diferentes de categorizar a las enfermedades, otro aspecto en que se manifiesta la ambivalencia.

Cuando nació su tercera hija ella llevaba seis años trabajando en la clínica local del IMSS en el municipio vecino. María fue muy generosa en sus descripciones sobre su trabajo en la clínica. Ella ha sido enfermera y ha tenido que ocuparse de los registros de dos programas asistenciales principalmente: PROGRESA e IMSS-Oportunidades.

Su papel como enfermera ha estado delineado por las actividades que dichos programas han implicado para las clínicas locales. La zona, al ser considerada como de alta y muy alta marginación, ha sido objetivo primordial de la mayoría de programas sociales del gobierno federal.

El trabajo dentro de las clínicas ha sufrido una transformación importante. Sobre este asunto pude percatarme en mis observaciones dentro de la clínica local y con la información obtenida en las entrevistas a María.

Las consultas clínicas, para atender enfermedades, han tenido que ser relegadas a un segundo puesto dada la demanda de trabajo que implica llevar en orden los registros y estadísticas de los beneficiarios a los programas. María está a cargo de la cabecera municipal más 15 localidades aledañas a ella, teniendo una población total que se acerca a las cinco mil personas.

Sus actividades incluyen los registros de mujeres embarazadas, personas con enfermedades crónico-degenerativas, personas de la tercera edad, vacunación, planes de control natal, pláticas a adolescentes, pláticas a madres de recién nacidos, entrega de suplementos alimenticios, además de llevar un registro de todo y entregar informes a su coordinación zonal.

Las consultas regulares, entonces han pasado a segundo plano debido a el nacimiento de esta nueva dinámica dentro de las clínicas. En la localidad, diversos testimonios recogidos en entrevistas informales, explicaban que es imposible tener una consulta regular y una cita del IMSS el mismo día; si el usuario elige la consulta regular asume la inasistencia a la cita del IMSS, o toma su cita de control por Oportunidades renunciando a una consulta para el padecimiento que tenga en el momento. Las inasistencias a las citas por Oportunidades derivan en descuentos a la ayuda bimestral y el riesgo de la suspensión del beneficio, ante esta situación los usuarios eligen cumplir con la cita por Oportunidades y consultar en otra clínica o con un particular el tratamiento de su enfermedad.

Ello nos habla de una transformación del trabajo dentro de las clínicas; los profesionales alópatas en zonas rurales, donde un gran porcentaje de la población es afiliada a programas sociales, se ven a menudo abrumados por la cantidad de trabajo que deben cumplir para llevar, administrar a la población y cumplir con los objetivos institucionales sobre los programas. Ello pone, en la práctica, su actividad como curadores alópatas en segundo lugar, teniendo que priorizar el llenado de formularios e informes estadísticos.

Como resultado de este factor, junto a otros, la población reafirma su asistencia a tratamientos diferentes al alópata, atendiendo las enfermedades en un nivel doméstico o acudiendo a curadores locales. Incluso dentro de las clínicas es común que los profesionales alópatas hagan uso de curadores locales para ayudarse en ciertas situaciones.

María me contó sobre las ocasiones en que ha tenido problemas atendiendo partos en la clínica. Cuando ello ocurre, generalmente se trata de complicaciones para expulsar la placenta. En esos casos manda llamar alguna de las parteras locales para que ayude con el asunto. La partera asiste a la clínica y pone en práctica los procedimientos locales: lleva consigo un huevo crudo, hace un pequeño orificio en uno de los extremos y lo extiende a la recién alumbrada madre para que succione el contenido. En otras ocasiones la partera ayuda a la madre a erguirse un poco sobre su asiento, se quita una chancla (generalmente las usan de plástico) y le propina un chanzazo en la parte baja de la espalda. Luego de alguna de estas alternativas la placenta es expulsada, recibida por la partera quien luego la entrega a María.

Si bien es cierto que este tipo de proceder sea común por los profesionales alópatas en zonas rurales e incluso se trata de un actuar respaldado por el instituto; certificar parteras locales ha tenido como propósito desahogar el trabajo de médicos y enfermeras. Sin embargo, quisiera poner acento en lo que, a mi parecer, sucede con María.

Como enfermera alópata ella cumple por estos medios con la atención a la población que está a su cargo, haciendo uso de recursos avalados por el Instituto, donde pueden analizarse procesos de transacción. Algo más ocurre en María, no solamente hace uso de procedimientos o curadores locales para cumplir con su trabajo en la clínica, ello la enfrenta a convivir con dos maneras diferentes de pensar a la atención a la salud: la alópata y la local.

Se evocan dos condiciones que se articulan en ella y que, no obstante, pueden ser opuestas: es al mismo tiempo enfermera alópata y miembro de la comunidad. Ello me parece relevante destacarlo; como enfermera ha estudiado y maneja en su labor diaria los criterios, explicaciones, procedimientos y clasificaciones alópatas, legitimados por un discurso científico. Mientras que como miembro de la comunidad zoque se ha apropiado de la visión local sobre la atención de las enfermedades: valores comunales que afirman que la atención

a la enfermedad es un asunto de la colectividad, la existencia de algunas enfermedades de orden cultural que no pueden curarse con procedimientos alópatas, entre otras cosas.

Así pues, cuando llama a la partera para que la asista en la atención de una embarazada dentro de la clínica, no solamente hace uso de ayuda por la gran demanda de trabajo o la ausencia de otra enfermera que la asista: ella reconoce la efectividad de la partera en su trabajo y, de alguna manera, legitima sus conocimientos.

Ello nos lleva a comprender en parte, por qué confió más en la palabra de la partera con su segundo embarazo y no asistió al legrado que su ginecólogo había programado.

Concibo, entonces, a una María ambivalente. Que se mueve en dos universos diferentes; bajo el discurso de la medicina científica, legítima y al mismo tiempo legitimando en la práctica los conocimientos de curadores locales como las parteras.

La ambivalencia hacia los procedimientos locales se convierte en una manera de conciliar ambos opuestos: como enfermera alópata no administra remedios locales para curar a sus hijos, pero permite que lo hagan su madre o conocidas del pueblo, ella no chanclea a las embarazadas que atiende, pero llama a la partera para que lo haga. De esta manera logra cumplir con las expectativas que la institución ha depositado en ella, como las de la comunidad en la que ha crecido y a la que pertenece.

En su discurso, María se inclina más por el uso de conocimientos y procedimientos alópatas, descartando el empleo de remedios locales. Y cada vez se siente más motivada a acrecentar sus conocimientos en medicina alópata. Una experiencia familiar le ha acompañado a lo largo de toda su carrera como enfermera, el mismo año en que ella presentó el examen para ser admitida como partera del IMSS nació uno de sus primos con hidrocefalia.

Ella narra la impotencia que sintió de no poder ayudar a su primo por no ser aún enfermera y porque los remedios locales al alcance no eran suficientes para aliviarle. Luego,

en 2011, su primo muere por complicaciones asociadas a su condición y de nuevo María se enfrenta a la frustración de no poder ofrecerle ayuda más que la compañía.

Viéndose incapaz de ayudar a su primo, aún con los años de experiencia como enfermera, se dio cuenta de que su trabajo se ha mantenido en un nivel muy básico, decidió matricularse para estudiar la licenciatura en enfermería en la capital del estado.

En este sentido es posible observar cómo los valores que localmente se consideran indispensables para las personas con el don de curar, han sido articulados en su labor de enfermera.

Ya se ha mencionado como la colectividad de la curación en la medicina local es uno de los aspectos que distan bastante de la visión alópata. Las enfermedades pueden tener un origen social, es decir, en la naturaleza de las relaciones con los demás y, por lo tanto, la comunidad en conjunto es responsable de la sanación.

Los curadores locales son investidos como representantes del colectivo y, dado que ellos han sido bendecidos con el don de sanar, su oficio se convierte en una responsabilidad para la comunidad. Responsabilidad que deben desempeñar con agrado, bondad, alegría, etc., aunque la responsabilidad viene acompañada del beneficio de ser considerado un miembro distinguido de la comunidad, y hasta cierta emancipación del poder de los hombres en el caso de las mujeres.

Así pues, María se ha apropiado de los valores que la comunidad ha delineado para las personas que curan, por ejemplo el compromiso desinteresado (María ofrece consultas y provee de medicamentos a sus vecinos de manera gratuita) y el carácter bondadoso de la curación (critica a sus compañeras enfermeras que hace su trabajo sin *amor* por los pacientes).

(...) yo le digo a mi hija, ella está estudiando enfermería ahorita. Tiene veinte años, y le digo: “Mira mamita, estudia...”, tiene muy buen promedio también, muy buen promedio, le digo “... estudia ira mamita. Sé alguien, si yo no pude ser más, yo quiero que tú te eleves, que tú vuelas muy alto ¿sí? Y no sé cómo le voy hacer, pero quiero que estudies, que salgas bien preparada, que todo lo que [hagas], pero que lo hagas por amor. Que no pienses tú 'será que me van a pagar acá, o cuánto voy a ganar allá'. No, porque cuando alguien te dice 'que diosito te bendiga, muchas gracias'. Se da... no sé, te sientes muy bien cuando alguien te dice eso”. Yo todavía, dices: “muchas gracias”. Yo en mi caso, ahí en PPT [municipio en el que trabaja], llegan las viejitas, “ay te traje frijolitos, te traje calabazas, te traje unos huevos”. El doctor o la doctora hay veces que se ponen así, se quedan viendo. Pero no, dicen, hay veces uno se lo gana ¿cómo?, con el buen trato. O sea... no... no tratándolos mal. Todos somos seres humanos y hay veces no me gustaría que nos hicieran lo que nosotros hacemos con otros pacientes (Entrevista 2).

Además, su labor le ha abierto las puertas para ayudar a mujeres a empoderarse de sus propios cuerpos. Como ya mencioné, entre sus actividades dentro de la clínica está el llevar a cabo el registro de las mujeres en edad reproductiva y ofrecerles ayuda con el control de natalidad. Muchas de esas mujeres, que podrían estar interesadas en utilizar un método anticonceptivo, se detienen por presiones de los maridos. Muchos de ellos ven en los métodos de control natal una amenaza a la fidelidad de sus esposas.

María ha optado por suministrar ampolletas o colocar dispositivos a las mujeres interesadas, a espaldas de los maridos y sin anotarlos en sus registros del IMSS, para asegurarse de que las mujeres no corren peligro de ser descubiertas. De esta manera ha creado una complicidad con las mujeres de la comunidad vecina para ayudarlas a ejercer su derecho

sobre su propio cuerpo, y, además, atenuar los impactos que los nuevos bebés tienen inevitablemente sobre la economía de los hogares.

Esta parte del trabajo de María recuerda mucho a la labor de Marta como partera, quien también se ha convertido en una suerte de *aliada* de las mujeres para que participen de decisiones básicas, como el número de hijos del hogar.

Así las cosas, percibo una María que se vale de una postura ambivalente ante las contradicciones a las que debe enfrentarse todos los días, en lo que respecta al arte de curar. Una ambivalencia que toma diversos matices dependiendo de su papel como enfermera dentro y fuera de la clínica o como usuaria y miembro de la comunidad. El papel de la ambivalencia es ofrecerle una ventana a que ambos aspectos, que podrían llegar a ser opuestos y hasta contradictorios, se vean articulados en su quehacer diario y en su psiquis, evitando con ello enfrentamientos que podrían provocar un rompimiento interno.

8.3 Alba

Luego de haber pasado algún tiempo en el pueblo, esforzándome con conseguir entrevistas y hacer observaciones, me di cuenta de que la mayor parte de mis contactos eran mujeres. Tardé un poco en darme cuenta de que las mujeres son una pieza clave en lo que tiene que ver con la atención de las enfermedades en el pueblo.

Me costaba un poco despegarme de la imagen de persona estudiada, experta en todo, que parecían ver en mí. Necesitaba una manera de acercarme, indirectamente, como el terapeuta hace preguntas sobre el clima con el fin de que el paciente se sienta cómodo antes de iniciar propiamente la evaluación. La cocina fue la herramienta que me ayudó.

Afortunadamente mis habilidades culinarias fueron lo suficientemente decentes como para atraer la atención de algunas mujeres, a quienes les parecía curioso, incluso divertido,

ver a un hombre eligiendo tomates y preguntando por aguacates en la pequeña frutería del centro; y hasta hablando de las bondades del epazote hervido con los frijoles.

Alba fue una de esas mujeres que se acercaron, quizá con el propósito de tomar prestada alguna receta y ponerla en práctica en su negocio de comida, que recién había levantado y trataba de dar a conocer.

Alba y yo nos conocimos poco después de mi llegada al pueblo. Además de atender su cocina económica, trabajaba como nana en casa de los vecinos. Su risa fácil y alegre, así como su andar confiado y seguro contrastan con su pequeña estatura. Le gusta vestir faldas que llegan a la altura de las rodillas, blusas de tirantes y chancletas de plástico, aun cuando los días no son cálidos. Cuando habla y ríe sus ojos se hacen tan pequeños que casi parecen cerrarse y se pueden ver sus dientes delineados por coronas metálicas.

Constantemente entraba a la casa mientras yo me afanaba en la estufa y hablábamos de lo que yo cocinaba, me pedía que explicara los ingredientes y la manera correcta de mezclarlos y turnarlos al fuego. Luego, en las tardes, coincidíamos en el banco de madera que siempre estaba recargado a una pared en el exterior de la casa; le gustaba sentarse a platicar mientras observaba a los niños jugando en la plaza o la neblina asentarse sobre las casas.

En esas ocasiones tuve oportunidad de hablar con ella sobre muchas cosas. Me describía las tradiciones del pueblo, los usos y costumbres, su vida en Cancún, su infancia. Las enfermedades comunes y las maneras de curarlas, incluso algún rumor reciente y novedoso de algún vecino.

Después de varias pláticas decidí que ella podría ser un informante clave: es una usuaria común en el pueblo: tuvo una tía curandera y una partera, fue beneficiaria de Oportunidades por algunos años y ha sido, alternadamente, católica y adventista. Además

vive en uno de los barrios de la zona baja del pueblo. Me interesaba incluir entre los informantes clave a alguna mujer que viviera en alguno de esos barrios, donde las casas son más modestas y su vida está menos vinculada a las actividades de la presidencia municipal.

Cuando le propuse entrevistarla formalmente, ella aceptó con alegría. Me cuestionó sobre qué hablaríamos y le aclaré que quería saber sobre su vida, centrándonos en qué es lo que hace y ha hecho para curarse o a su familia en caso de enfermedad.

Acordamos que las entrevistas serían en su casa, donde habría menos ruido, además de que sería una buena oportunidad para recibirme como una de las pocas visitas que acudían a su hogar. Casi siempre la buscaban en la casa donde hacía de nana. Me indicó cómo llegar y me sugirió enviarle un mensaje de texto cuando estuviera cerca para que saliera a recibirme. Hice la pregunta obligada: ¿Hay perros bravos? Sí -me dijo- pero no hacen nada.

Al día siguiente, temprano, tomé mi mochila que contenía la grabadora, una libreta y pluma, listos para la entrevista. Me eché a andar calles abajo; para llegar a las zonas bajas del pueblo las calles se convierten en pendientes peligrosas. Es necesario bajarlas caminando de lado o echando el cuerpo para atrás, peleando contra la gravedad que reclama el peso hacia adelante. Dando vuelta a la iglesia católica, muy cerca de una de las iglesias adventistas está la calle en que vive Alba.

La pendiente se hace plana antes de llegar hasta su casa. Me detuve y escribí el mensaje de texto. Alba salió de inmediato, me estaba esperando. Me dirigió entre una malla ciclónica que contenía algunas gallinas y un espacio de tierra invadido por maleza y pasto muy crecido. Unos metros más allá nos recibió un patio de tierra oscura y húmeda. Un árbol frondoso y alto daba sombra a la mayor parte del patio y a algunas plantas medicinales sembradas con cuidado en el lateral izquierdo. En medio del patio vi la casa de Alba: un cuarto hecho con paredes de tablones rústicos en los que se podía adivinar el ancho del árbol

donde fue extraída la madera, aún con corteza en las orillas. Para cubrir las rendijas entre los tablones podía verse cartón y plástico. La puerta, de madera también, estaba cerrada con un candado mordiendo una cadena que se abrazaba a la puerta y a una de las paredes.

Luego de abrir el candado y retirado la cadena ruidosamente, Alba me apuró a entrar, “ahora que no salió el perro”, añadió. La modesta casa me dio la bienvenida. Una mesa de madera recargada del lado izquierdo. Al fondo, del lado derecho, un mueble pesado de madera oscura con terminados más finos, se erguía orgulloso almacenando platos y bolsas con despensa en sus entrepaños, parado sobre trozos de manera para que sus patas no se hundieran en el suelo de tierra. A su lado, pegados en la pared, había dos afiches: uno de la Virgen de Guadalupe y otro de San Judas Tadeo.

Al lado de la puerta un bote de plástico alto y ancho almacenaba agua de la que Alba extrajo con una jarra para prepararme bebida de avena. Me extendió una silla plegable de madera y ella se sentó en otra. Noté que había una división hecha con el mismo material de las paredes que separaba el espacio que hacía de recámara, donde alcanzaba a ver la piecera de una cama.

Se notaba la alegría de Alba al recibirme en su casa, no pude evitar sentirme conmovido. Le expliqué que necesitaba audio-grabar las conversaciones y luego de obtener los permisos necesarios comenzamos la entrevista.

En cada encuentro respondía animosamente a mis preguntas y no noté algún tipo de renuencia para hablar de ciertos temas, aunque solía bajar la voz cuando me explicaba asuntos íntimos, como cuestiones relacionadas a la menstruación o las relaciones sexuales.

En la figura 18 se muestra la cronología de la trayectoria reconstruida de Alba y su sincronía con los eventos macro y meso relevantes.

Alba nació en 1968, casi veinte años después de la construcción de la carretera. Ya he mencionado la importancia que tuvo este evento para la vida en general de las comunidades zoques que se vieron comunicadas con el resto del estado. Los cambios en las condiciones sociales de los pobladores, y en el caso particular de las mujeres, no cambiaron significativamente hasta años después.

Nació en el seno de una familia de economía modesta. Su padre se empleaba como rejegero¹⁶ en fincas locales y su madre limpiaba milpas de vecinos, además de atender su propia milpa donde cosechaba para el consumo propio. Sus hermanas ayudaban a su madre en las labores del campo mientras Alba permanecía en casa cuidando a sus hermanas pequeñas.

16 El rejegero es el encargado de diversas actividades dentro de las fincas, como el cuidado del ganado y los establos.

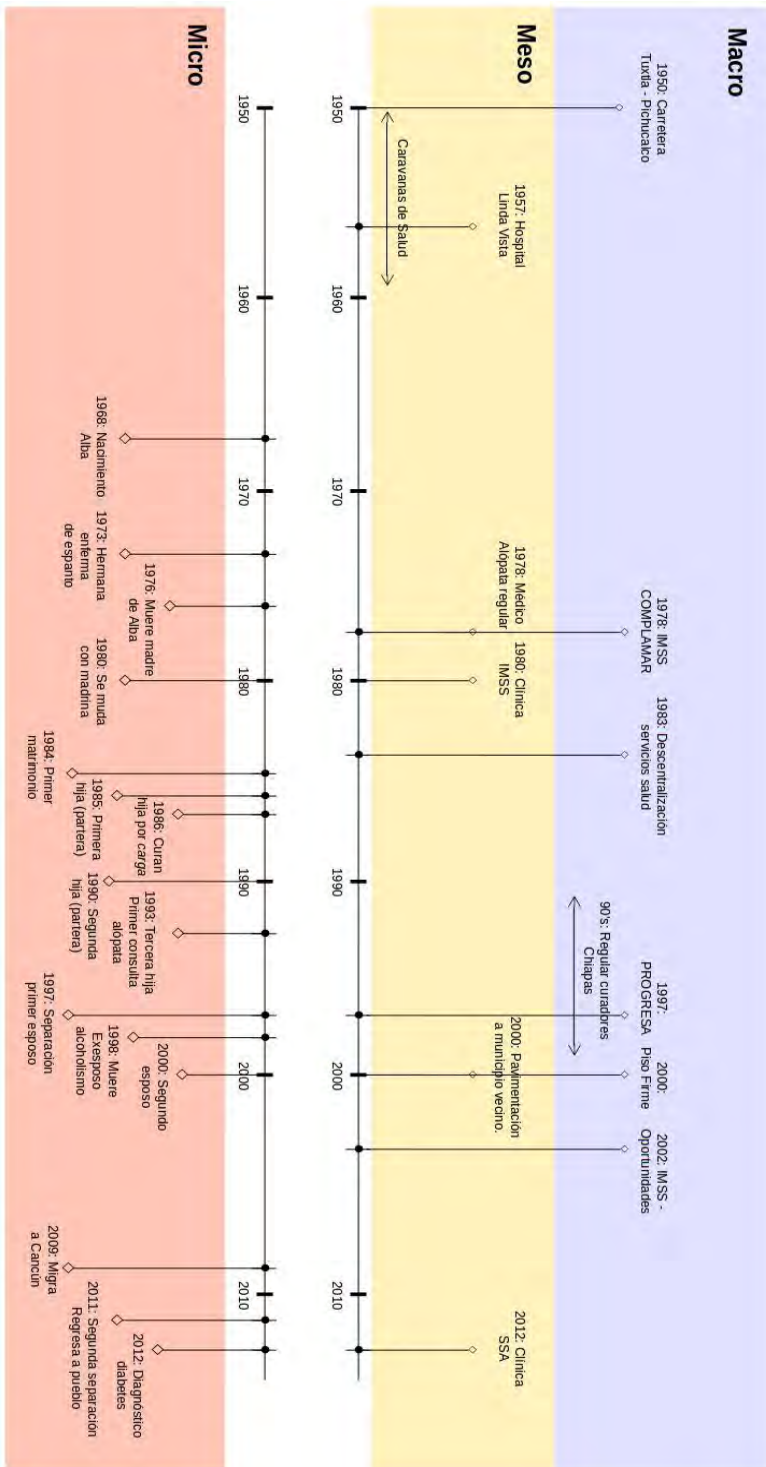


Figura 18. Muestra la cronología y sincronía de la trayectoria de Alba con eventos macro y meso sociales.

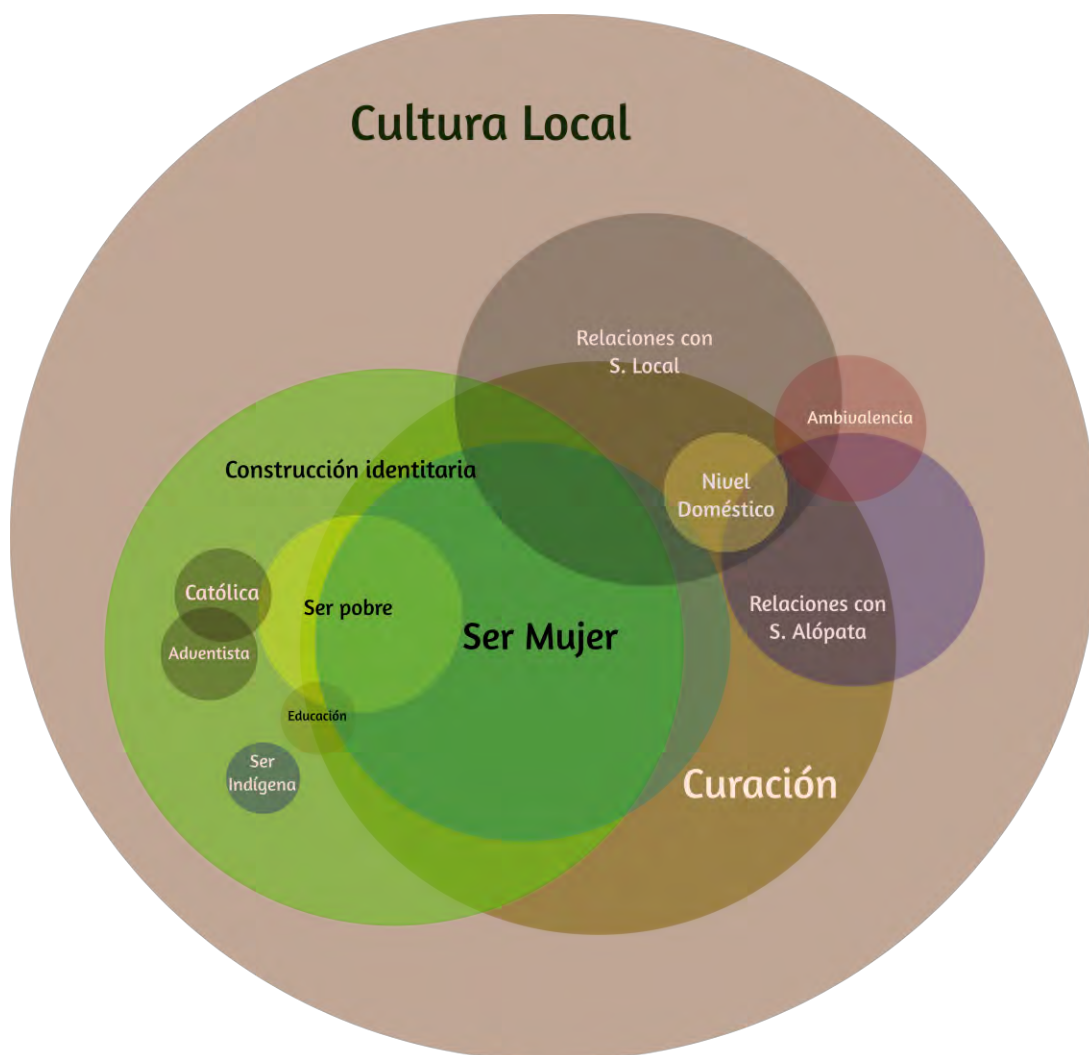


Figura 19. Representación gráfica de las relaciones entre categorías.

Cuando Alba evoca sus recuerdos de infancia los reconoce en dos polos:

Bueno, una parte recuerdo bonito y otra parte recuerdo tristeza (...) Bonito porque recuerdo mi padre que él venía de trabajar la finca, los viernes. Traía que así cuando es tiempo de elotes, él traía elotes. Y si no, que es tiempo de mango, él trae mango. Ya nos trae queso, así. Pero ya, eso sí que había días que él también se ponía a tomar. Y ya mi mamá, este... ya cuando

él tomaba, ya venía y ya mi mamá lo corría. Le pegaba. Y nosotros éramos chicas todavía, ni cómo defender mi pobre madre. Y así cerca había unos vecinos y ellos los íbamos a ver para que lo vinieran a defender a mi pobre madre. Porque mi madre lo hicieron sufrir mucho, tanto que él, ella, trabajaba mucho. Sí y así. Y ya de repente nosotros crecimos y ya de repente ella se enfermó. Se enfermó de tanto trabajar y ella falleció (Entrevista 1).

La situación en que su madre vivió el matrimonio, fue similar a las condiciones de la mayoría de las mujeres zoques. Incluso en estos días muchas localidades alejadas de las cabeceras municipales mantienen los mismos usos y costumbres de antaño con respecto a las mujeres. Las condiciones en que Alba pasó su infancia se verían replicadas después, en su primer matrimonio.

Como en el caso de Marta y María, la madre de Alba se encargó de atender la salud de sus hijas y esposo. La medicina alópata, aunque ya tenía presencia esporádica en la comunidad, no era considerada una opción accesible de atención a la salud.

Pues en ese tiempo existían mucho las hierbas. Las hierbas, por ejemplo, cuando a veces a mí me daba mucho dolor de panza, este, había, hay un remedio que se llama ajeno. Eso nos daba, lo ponía a cocer mi mamá y eso nos daba. O que, si ya tenemos vómito o algo así, diarrea, ya nos daba que, que, este, el ajeno que la hoja de manzanilla, que hoja de limón, de durazno, así lo cocían revuelto y eso nos daban de tomar. Casi en ese tiempo nosotros no nos daban mucha pastilla, puras hierbas.

(...) decían que es más mejor las hierbas que las pastillas, que hacían más efecto. Todo así, y si no, apenas decían que teníamos dolor de panza pues, decían que era lombriz. Que era lombriz que teníamos y ya nos desparasitaban con una... existe la hierba que le llaman epazote. Con eso nos servían y eso nos daban. Y este,

eso nos daban, pero en ese tiempo había muchas medicinas, así hierbas naturales, ahorita ya casi, ya se ve ya poco, poco, ya no se ve mucho. En ese tiempo sí había mucho (Entrevista 1).

Definitivamente la ausencia de servicios alópatas constantes determinó la poca asistencia a la medicina institucionalizada. Sin embargo, en sus palabras se puede denotar una cierta desconfianza a los procedimientos alópatas; el uso de hierbas era preferido y considerado más eficiente que el uso de pastillas.

Ello debe entenderse desde el marco cultural de la comunidad, donde la medicina local se ha construido en armonía con las consideraciones locales del cuerpo zoque y sus relaciones con el ambiente natural. Así, es normal que se tuviera preferencia al uso de hierbas por encima de los fármacos, aun así el uso de pastillas estaba más extendido que las consultas alópatas. Las tiendas de abarrotes se convirtieron en la manera de obtener fármacos:

Abdiel: ¿Dónde conseguían las pastillas?

Alba: Así en la tienda, en la tienda, porque no había clínica. En las tiendas nada más se conseguía. No había clínica, no había nada pues. En las tiendas y si alguien se enfermaba pues que lo tenían que llevar hasta NYR [municipio vecino] a PPT [municipio distante], así. Allá ya había, aquí no había. Y si venían doctores así nada más, pero cobraban pues caro, y a veces el dinero no había, y por eso se preferían las hierbas (Entrevista 1).

En este fragmento se pueden distinguir dos aspectos que se entrelazan y definen el uso de los diferentes remedios en la familia de Alba. Por un lado, nos encontramos ante las dificultades objetivas que suponía el acceso a los servicios alópatas: la inexistencia de clínicas locales, las visitas de médicos cuyas tarifas no podían ser cubiertas, y las dificultades que el traslado a otros municipios para recibir atención médica suponían. Por otro lado, está

la preferencia, culturalmente sostenida, a las hierbas, y la concepción de los remedios locales como propios para las personas pobres.

Otra de las cuestiones, que quedan resaltadas en las entrevistas a Alba, es la participación de las mujeres en la curación:

Abdiel: ¿Alguna vez la llevaron a ver a un doctor?

Alba: No, gracias a Dios, no. Nunca, nunca.

Pues ahí nada más con puro remedio casero. Mi mamá y tenía una abuelita, o sea una hermana de mi papá que era, este, ella curaba con puras hierbas y era partera (...) Era mi tía, pero nosotros le decíamos abuelita y era partera. Porque cuando mi mamá se aliviaba ella nos, nos levantaba pues. Y por eso... era nuestra tía y le decíamos abuelita. Pero ya ella decía: “Que tal cosa quiere esto”, bueno y así, pero que nos llevaran al doctor sí no, nunca, nunca.

Y tenía otra tía, que ya tiene años que murió, y ella curaba, era curandera también. Ella curaba y de ahí aprendió mi mamá (...) [Yo] aprendí, de mi mamá. Ya de mi mamá yo veía cómo nos curaba pues y ya a veces, este, así cuando la BT [hija] se ponía mal ya buscaba los mismos remedios. Nomás que cuesta pues, para conseguirlos (...) porque a veces no lo tiene uno a mano y hay que salir a buscarlos pues (Entrevista 1).

En la familia de Alba, como en la mayoría de hogares zoque, las mujeres tuvieron un papel protagónico curando enfermedades. La figura de la partera nuevamente aparece, aunque ahora es posible notar el nivel de respeto con que son nombradas. La figura de la partera cobra tanta importancia que son nombradas “abuelitas”, no importa el parentesco o la ausencia de él. Lo interesante es que, en el relato de Alba, tanto la tía partera y la tía curandera, se convierten en referentes para los remedios que usó la madre de Alba y que luego

le heredaría. Ello confirmaría a las mujeres como los eslabones de la cadena por la que se transmiten los conocimientos y construcciones alrededor de la curación.

Cuando pregunté a Alba por el recuerdo más temprano que lograra evocar sobre la curación en su vida, ella me narró una ocasión en que alguna de sus hermanas se enfermó de *espanto*:

Lo que pasa es que cuando dicen que es espanto, dejan de comer. Quieren, o sea, no quieren comer frijolitos, algo. Quieren comer, el estómago les pide pura cosa buena; carne, huevos y otra cosa. Y en la noche se levantaba toda espantada y hasta que ya en esos tiempos le digo que era pura hierba pues, todavía hay un remedio que le llaman espíritu romero. Eso lo hervía mi mamá y ya lo ponía en un litro y le ponía un poco de agua y el aguardiente y ya con eso lo soplaban, lo soplaban tres veces al día, tres veces al día por nueve días y le daba que tomara un poquito.

Abdiel: ¿Por qué por nueve días?

Alba: Porque así es la costumbre, por nueve días, tienen que curarlo, tienen que soplarlo tres veces al día. Y así lo curaban (Entrevista 1).

Así pues, la atención a las enfermedades estaba reservada para su ejercicio dentro del hogar. Teniendo entre la familia a una partera y curandera el acceso a diferentes tipos de remedio se facilitaba.

Quizá la presencia de curadores locales en la familia creó una especie de “fidelidad” a los procedimientos locales de curación. Ya he mencionado en otro apartado que la figura del curador local está investida de un prestigio particular en la comunidad. Los curadores son elegidos por la divinidad, quien los dota de un don especial, don que incluso puede llegar a ser heredado. Así que las familias con uno o más curadores se distinguen del resto, pues la línea familiar puede ser bendecida con el mismo don. La familia se convierte en un medio

para mantener vivos los conocimientos sobre enfermedades y las plantas para curarlas, al mismo tiempo se convierte en un agente que procura la permanencia de las maneras locales de entender la enfermedad:

Pues gracias a Dios pues, que mis hermanas no, no se enfermaban más, tal vez por que trabajaban mucho. Tal vez porque trabajaban mucho, tal vez por eso no (...) Porque según dice mi hermana que, o sea el mismo ejercicio, la mima sudor que tiras, ese mismo hace que su sangre circule bien, que no se enferme, así (...) o sea a veces no hace uno mucho ejercicio, no hace uno ejercicio y en cambio si trabajas, si hace uno, saca uno pues todo lo que tiene uno y ya la sangre ya circula bien, ya trabaja bien. Y es que en esos tiempos pues la gente casi no se enfermaba porque no comían mucho, o sea así como ora que se come que pollo de granja, que las verduras que vienen de otro lado, que según que dicen que le ponen que cosas y en ese tiempo no. En ese tiempo se comía puro cosa, ora sí que se regaban con el agua de que Dios daba, con eso. Y se comía pura cosa natural, puras buenas pues de lo que uno sembraba. Y por eso la gente en ese tiempo casi no se enfermaba más. Y en cambio ahora ya es diferente, ya es diferente. Y por eso así decía mi mamá, que por eso no nos enfermábamos mucho (Entrevista 1).

En esta cita se observan las consideraciones locales sobre el cuerpo y la enfermedad, bastante diferentes a las alópatas. La sangre es la que se enferma, y por medio del cuidado de la sangre es que se pueden prevenir las enfermedades. La relación sangre-cuerpo-enfermedad/salud es algo que se ha hecho evidente en los testimonios de otras entrevistadas. Y se coloca como un aspecto básico para comprender a la enfermedad desde la mirada local. En ese entendimiento, entre otros, es que se ancla la permanencia de los remedios locales, que han sido contruidos para estar en sintonía con esta manera de entender el cuerpo.

Además, resalta la identificación de dos opuestos que conviven en sus palabras: lo natural contra lo químico. Esta oposición se presenta como una premisa para entender la relación que se establece entre la “medicina natural” y la “medicina química”. Una oposición en la que se destaca el origen “limpio” de las hierbas, creadas por Dios, para curar; contra lo manipulado por el hombre, los fármacos.

En la trayectoria de Alba, son muchas las experiencias narradas que se anclan en el entendimiento local del cuerpo y la enfermedad, por ejemplo, cuando Alba tenía ocho años su madre murió. Las explicaciones de su muerte están rodeadas, también, de consideraciones locales.

Pues hasta allí, según, sólo Dios sabe. Porque ya ve que en esos tiempos había muchos, este... o sea muchas, este, cómo le dijera yo que, este, donde la gente a veces se enferma y dice que es el cerro que los roba. O sea, en el cerro hay, este, cosas pues. Y muchos dicen que no, que es en el cerro que lo fueron a vender. O sea, ella lo vendieron para que les den dinero y se hagan rico la gente.

(...) Sí porque según nosotros nos dijeron pues, que es que lo que ella cortaba café de ajeno y lo dejamos así en un cerro pues. Y ya regresó en la tarde ya con mucho vómito y diarrea. Pero nosotros como éramos chamacas, yo tenía como mis ocho años, mis hermanas estaban chamacas también. Pero ya de repente, la señora donde trabajaba ella fue y preguntó con un espiritista y le dijeron que mi mamá lo habían vendido en el cerro. Y entonces, nosotros como éramos chamacas pues no, hasta ahí lo dejamos. Y dicen que eso fue que lo vendieron y por eso mi madre no sufrió mucho. Nada más ocho días durmió, ocho días durmió. Cuando mi madre falleció yo estaba chica. Estaba chica pero sí recuerdo todos los sufrimientos que mi madre pasó [llora], sí recuerdo y a veces me da mucha tristeza, a veces me siento

mal, la verdad. Me siento mal porque me acuerdo que mi madre estaba chica, cuando me dijo: “mira...”, mandó llamar a mi madrina para que se hiciera responsable ella [de mí], que porque mis hermanas me iban a matar. Porque tengo una mi hermana que no me podía ver, porque mi mamá me quería mucho y mi papá... y mi hermana me pegaba. Una vez me aventó en el fuego y todo esto me quemé [señala el lateral de un brazo y su costado]. Sí, así (Entrevista 1).

De nuevo es posible percibir la relación que la cultura zoque a construido entre el cuerpo y el ambiente natural. Así como los elementos naturales, principalmente las hierbas, pueden restaurar el equilibrio en el cuerpo humano. Existen elementos, anclados en el entorno natural, que pueden provocar enfermedades y la muerte. Algunos de esos elementos son los *seres de encanto*, que en la cosmogonía zoque representan a los “dueños” de cerros, ríos, cuevas, etc., que pueden reclamar humanos para ellos mismos o alguna persona puede ofrecerlos a los *seres de encanto* a cambio de algún favor. Otros ejemplos son los *malos aires*, representados como corrientes de aire frío; y los *munganan*, representados en la niebla.

Puede notarse una especie de contradicción en la propia naturaleza, donde se engarzan elementos positivos, que ayudan a sanar el cuerpo y elementos negativos, que lo enferman. Esta articulación entre opuestos es un elemento que deseo retomar más adelante, dado que en el relato de Alba las relaciones entre contrarios se convierten en una recurrencia.

Al morir su madre, la encarga con una de sus madrinas. A los diez años alba se muda con ella y abandona la educación primaria estando en quinto grado.

(...) Y ya con mi madrina me fui. Ella me recogió, las demás se fueron por otro lado. Pero ahí donde está mi madrina igual sufrí también, igual sufrí porque mi madrina hacía pan, era panadera. Cuando ella hacía pan, a las cinco de la mañana me levantaba. Me levantaba para que viniera a barrer, lavar el molde. Y cuando es... y

ya se está alzando el pan, ya a la una, dos de la tarde ya a venderlo, toda la tarde. Y ya de ahí... y cuando ella no hacía pan, este, me mandaban a traer leña, tres-cuatro viajes en el día, acarrear leña. Y si no, eran tambos de ropa que llevábamos al río, tres-cuatro tambos de ropa al río a lavar. Todo el día en el mero sol. Así sufrí mucho también ahí. Sufrí mucho (Entrevista 1).

Al estar bajo la tutela de su madrina, Alba pierde el contacto cotidiano con sus hermanas y su padre. Entonces comienza a ayudar en las labores y el sostén de la casa. Su cambio de hogar perpetuó el lugar que ocuparía en la comunidad, y las actividades a las que se dedicaría en cuando formara su propio hogar.

En Tepeuakan, hasta hace algunos años, las mujeres no podían acceder a actividades económicas que fueran muy diferentes a las que realizan como amas de casa. Las mujeres debían ayudar con los gastos de la casa, pero realizando labores domésticas en otras casas, horneando pan para venderlo, lavar ropa ajena, limpiar milpas o cosechando café. Era impensable que una mujer fuese dueña de una parcela y la administrara u ocupara puestos en la presidencia municipal. Recientemente la situación ha cambiado puesto que la normatividad que rige en el estado, apuntando a una equidad de género, obliga a que cierto porcentaje de puestos públicos sean ocupados por mujeres. Así, por ejemplo, hoy en día algunas mujeres son empleadas como policías, aunque son reservadas para las labores más sencillas.

La situación de Alba no fue muy diferente a la de mujeres que nacieron veinte años antes que ella. Cuando contaba con catorce años su madrina decidió que era hora de casarse.

(...) Me trataba mal, y ya por eso en cuanto ellos supieron que yo tenía amigos, de una vez me dieron a casar. De una vez, ya no me preguntó mi madrina.

(...) [Estuve con mi madrina] hasta los catorce, sí, me fui de diez años con ella. Cuatro años estuve allí. Pues a los catorce años me casé, me casé, me fui con mi esposo.

O sea, le digo, que el tiempo de antes era diferente. Me mandaban a vender pan y como ya ve que en esos tiempos pues, así, nos poníamos a platicar como cualquier. Y ya la gente lo veía y yo ya estaba pues de catorce ya estaba solterita. Y ya agarraron, me fueron a acusar, que yo estaba platicando (...) Y le fueron a decir mi madrina, que cómo yo estaba platicando y que no sé qué y me estaban abrazando. Y le digo: “es mentira, simplemente somos así, nos gusta platicar, somos amigos.” “No, es que tú ya no, ya estás grande. Te vas a casar”. Y de una vez mandaron llamar al muchacho y que ya. Le digo que él me quería, pero yo... es que una es chamaca pues, uno, no sabe uno de novio todavía. Él sí me quería, pero nada más que yo lo quería yo, así como amigos. Y ya de ahí ya mandaron a llamar que no sé qué, que me voy a casar. Y él tomaba, tomaba mucho, de diecisiete años él tomaba mucho. Y ya de ahí cuando... tenía una su novia también. Tenía una su novia pero nada más que ya lo tenía embarazada (...) O sea que como quien dice, que son sus queridas, así les decían pues antes.

Y entonces incluso yo me iba a escapar, me iba yo a ir a Tuxtla a trabajar, ya estaba decidida. Me iba a ir con una tía, pero no sé, ora sí que no sé quién supo y me acusaron. Y ya tenía mi ropa escondida ahí y me pegó mi madrina. Porque me iba a escapar. Porque yo no quería pues. Y ya de ahí, este... y como él vio que ya estaba embarazada la señora y ya fue a pedirme. Y dijo mi madrina: “sí”. Una pedida nada más dieron y definieron el casamiento en quince días. No es que tardó mucho. Ora sí que no te preguntan si querés no querés, ya ellos dicen: “Sí, sí”. Y: “no, pues

vamos a dar quince días de plazo”. Pero como después la señora que estaba embarazada lo supo, y ya me había ido a pedir y ya empezó a hablar de mí que yo ya no era señorita y tantas cosas pues (...) ella ya estaba grande, ya tenía como sus... dieciocho años, ya estaba grande, ya tenía un hijo ya. Ella tenía un hijo y yo de catorce. Y así, y ya mi madrina supo que estaban hablando de mí y dijo: “No, mejor ya no te vas a casar”. Hay un pueblo, adelante de PPL [otro municipio], que se llama LJT, allá dan mucho corte de café. “Vente, vamos a ir a cortar y le vamos a devolver el dinero”, bueno. Y ya de ahí le mandaron a decir al muchacho que ya no me iba a casar (...) y dicen que estaba comiendo y agarró y tiró el plato de comida. Y empezó a tomá y a tomá y a tomá todos los días. Y como nosotros vivíamos mero en el centro y había una cantina así y ahí venía. Y ya de ahí dice mi madrina: “No...”, dice, “pobrecito está tomando mucho. Lo vamos a mandar llamar, que te vas a casar”. “¡Ay Dios mío!”, dije yo. “Y te vas a casar...”, vino él con su papá, “... y te vas a casar de una vez el veinticinco de diciembre”, el mero veinticinco de diciembre me casé (Entrevista 1).

El lugar y la función social de las mujeres estaba dentro del hogar; una vez que las jovencitas entraban en edad fértil, podían ser elegidas por un hombre para casarse. Llama mucho la atención, en el caso de Alba, que fuese su madrina quien decidiera que era hora de casarse. Tradicionalmente los matrimonios fueron contratos cuyas condiciones eran acordadas por los hombres de ambas familias, es decir, entre el novio y el padre de la novia. El padrino de Alba decidió no meterse en los asuntos que estuvieran relacionados con ella.

Incluso la información sobre su propio cuerpo se trató de algo ajeno a Alba, algo a lo que no pudo acceder más que por medio de la viva experiencia. Así pues, su cuerpo no fue

de ella, sino de su marido una vez que se casaron. El poder hegemónico de los hombres era interiorizado por las mujeres quienes difícilmente encontraban formas de empoderarse.

Yo no quería [casarme], pero dónde me iba a ir pues. No tenía apoyo de padre, no tenía nada. Y ya ve que cuando es uno chamaca, tiene uno miedo para salir adelante. En ese tiempo crecimos muy así, ignorante. Ignorante crecimos, ya no es como ahorita que los chamacos ya están despiertos. Ya ni... en ese tiempo yo me casé ni sabía para qué, ni sabía para qué me estoy casando. En ese tiempo no nos hablaban de nada, de nada nos hablaban. Sí, de nada nos hablaban, por ejemplo, ni de la menstruación, nada pues no nos hablaban. No nos decían qué es lo que va a pasar, ni qué es lo que va uno a ver, nada nos decían, nos crecieron muy ignorantes (Entrevista 1).

Muchos de los conocimientos sobre el propio cuerpo eran adquiridos en la experiencia. Tal como en el caso de Marta, quien se convirtió en partera gracias a lo aprendido en sus propios partos. El cuerpo de las mujeres representaba un misterio para ellas mismas, teniendo que aprender incluso de los hombres.

No sabía yo pues, no sabía yo ni qué cosa es [casarse]... había uno mi padrino que era muy grosero y me decían: “Ah ya la Alba dentro de unos ocho días ya va a tomar leche”. Y siempre, y siempre así me decían. Pero nunca me atreví a preguntar, pero ya después ya que estaba casada ya le pregunté a mi esposo: “Oye y ¿por qué me decían esto?” y ya él me dijo por qué (...) Nunca me dijeron (...) porque si pregunta uno nos regañaban, nos regañaban (Entrevista 1).

Su suegra tomó las riendas en las cuestiones de salud de Alba. Es usual que la mujer con más edad en el hogar sea quien decida los remedios o procedimientos a llevar a cabo en

lo que concierne a la salud o el cuerpo. Alba, al carecer de madre, se apegó a las decisiones de su suegra y al aprendizaje de sus propias experiencias.

Mi suegra la buscó [a la partera], ella decidió (...) Nomás que como era yo primeriza pues, se pasó de tiempo mi hija. O sea, se pasó de tiempo de que yo, de que ya la bebé ya quería nacer. Pero lo que pasa que antes me maltrató [la partera]. O sea, antes, cada dolor, ella me hacía hacer fuerza, hacer fuerza y fuerza y fuerza, y ya claro, a la hora que la bebé ya quiere nacer ya no tenía fuerza. Ya no podía pues, si ya antes ya había hecho mucha fuerza (...) y ya de eso sí, Diosito fue tan grande como que alguien me dijo: “¡haz fuerza!”, como de un momento me vino un valor y me vino un dolor e hice una fuerza, pero terrible cuando siento que algo pasó. “¡Ay Dios!”, dije yo. Pero ya, según naciendo la bebé es eso ya, pero luego la placenta. Pero ya la placenta fue sin dolor. Cuando veo a mi hija así le nació la cabeza [hace ademanes con la mano] largo. Porque ya estaba hinchado pues, y nació privada. Pues le tuvieron que dar, este, respiración de boca a boca (...) la partera. Y ya esas horas le pusieron no sé qué remedio le pusieron para que volviera pues mi hijita. Pero así nació la cabeza, larga. Pero nada más que ella nació molidita (Entrevista 1).

Lo interesante de este episodio es que Alba no relaciona el padecimiento de su hija con las complicaciones que se presentaron en el parto o las privaciones y maltratos que sufrió durante el embarazo. Las construcciones locales le proveen el marco para explicar lo sucedido a su hija y para encontrar la cura.

No sé si sabes de esa enfermedad de molida, donde las criaturas, este, por ejemplo, si yo estoy embarazada y voy así en una casa donde hay otra embarazada también (...) O bien mira, por ejemplo, si yo estoy embarazada y acaba de nacer una bebé,

yo voy y lo voy a ver. Entonces la bebé que ya nació lo van a curar con unos remedios que le dicen de carga, pero ahí ya le ponen puros remedios caliente. Entonces como yo lo fui a ver, cae en mí. A mí eso me pasó. El mío nace molido porque yo así me pasó (...) Yo fui a ver a una niña que la señora se alivió, pero vino la bebé, pero la placenta se le fue por dentro y falleció la señora y quedó la niña. Pero como es ignorante [uno], no sabe uno. Tenía tres días de nacida cuando yo lo fui a ver. No fui con mala intención porque yo era primeriza, no sabía. Y ya lo fui a ver la niña y dicen que esa niña empezó a llorar y a llorar y ya lo curaron. Lo curaron hagas de cuenta de carga, de que yo lo fui a ver. Dicen que en ese tiempo existían las manitas de piedra, es una piedra, pero larguita. Y dicen que eso le pasaron caliente en la espalda y así lo curaron pues la niña y ya a mí me tocó. Y ya mi hijita cuando nació así chiquitita, una muñequita así chiquitita. Y fue de un mes, dos meses, no desarrollaba para nada. Fue de tres, cuatro meses y ella así se vivía [cruza las piernas], así se vivía. Y lo destrenzábamos y así y así. Vino así de un año igual seguía la chamaquita como nació, igual seguía. Y ya de ahí ya lo llevamos a VNP [municipio lejano] a curar. Allá lo llevamos a curar. Pero ya cuando vimos que ya su cuerpecito se estaba esponjando, como cuando les tiran agua caliente y esponjan, se esponjó todo el cuerpo y nada más la cabeza estaba creciendo y la pancita. Y ya cuando vimos así ya lo llevamos a curar a un espiritista en VNP. Pues ya de ahí ya empezó a engordar (Entrevista 1).

Ante cierta comprensión de la enfermedad, que se armoniza con los conocimientos contruidos sobre el proceso salud-enfermedad, el entorno natural y el contexto socio-cultural, se elige un procedimiento vigente que se articula con todo lo anterior. Más allá de entender los procesos físicos o biológicos que están detrás de las curas, me interesa recalcar

la función simbólica de los procedimientos curativos, que a la vez ayudan a perpetuar el entendimiento local del mundo.

En una sociedad donde los varones poseen más derechos, las hijas mujeres se convierten en menos deseables. Los maltratos a los que Alba estuvo expuesta se acrecentaron y se extendieron a su hija, su esposo deseaba tener un hijo varón.

El marido de Alba incluso la castigaba obligándola a tener relaciones sexuales luego de los partos, provocándole secuelas que aún sufre.

Pues a lo mejor de tantos golpes que me daba. Le digo que porque no quería a la niña. Porque puras niñas, mis hijas pues. Y él venía borracho y me pegaba, me bajaba de la cama, me aventaba. Y a lo mejor me dio un mal golpe pues. Y es lo que tenía, que Dios me perdone, que era muy malo. Él [Alba baja la voz hasta que es un susurro] quería tener relaciones recién aliviada. Y cuando eso no es permitido. Y como él era muy agresivo y yo tenía miedo, pues tenía que aceptar. A lo mejor eso me hizo así, me quedó infección (Entrevista 2).

Después, en el segundo embarazo, la suegra de Alba eligió una nueva partera, donde no sufrió *“porque ya tenía experiencia”*. Con la tercera y última hija hubo un cambio significativo. La suegra de Alba decidió que no buscarían otra partera, ella misma la atendería. La mujer, después de experimentar varios partos se consideró capaz de llevar el embarazo de Alba. Debemos notar cómo hasta este punto, donde Alba vive en una casa diferente y tiene su propia familia, siguió apegada a las decisiones de su suegra, la mujer con más experiencia en la familia inmediata. Sin embargo, algo no planeado ocurrió que derivó en la primera atención alópata de Alba.

Y ya después quedé embarazada de la BT [tercera hija] ya de ella no busqué partera.

Ninguna partera me vio. Mi suegra me dijo: “Mira, ya no te busques partera, yo te

voy a levantar tu hija”. Así me dijo, pero como ella andaba enferma y en ese tiempo le pegó el aire, no podía caminar. Y yo ya estaba con mi dolor y mi esposo borracho. Vengo y le vine a hablar a la enfermera, doña ME, que ya tenía dolor. Me dice: “¿Y ya tienes mucho dolor?”, y me dice... y ahí venía ya con mi bolsita de ropa y me vengo corriendo y me dice doña ME: “Pues pásale, porque si tienes mucho dolor...”. Era un día viernes, ya habían cerrado la clínica, eran como las siete. Y antes de que yo saliera de mi casa me tomé un, un este, remedio que le dicen el bálsamo de familia. Es un frasquito, como alcanfor. Me tomé con manzanilla, porque es caliente, para que entre en calor el cuerpo y me puse el humo que me puso la partera. Lo cocí mi remedio y todo y me lo tomé y me puse el humo, agarré mi bolsita y me salí (...) y yo me pongo a correr. Atrás viene mi, pobre difunto, mi suegro, y ahí viene mi esposo borracho. Iba bajando [una calle] cuando siento que algo me bajó, y le digo: “Doña ME, apúrese usted no sé qué me bajó”. Y ora sí que metí mi mano y ya veo que era sangre. Y le digo: “No, ya me manché”, y me bajan corriendo y pasan a traer a la otra enfermera. Y ya llegué y me dice doña ME: “Si tienes mucho dolor, puja”. Y ya cuando ya sentí que ya no podía abrirme ni cerrarme, le digo: “Ya no puedo”, “¿Ya no puedes?”, “Ya no”. Porque estaba acostumbrada a aliviarme así [en cuclillas], porque en ese tiempo las camas eran de lazo, de catre, así me agarraba yo y hacía fuerza. Y allá es acostada. Y en eso cuando veía que ya no podía, lo que hice fue que hice fuerza y sin respirar miré pa' arriba y lo que hice fue que me aplasté, me aplasté así, mi cuñada estaba allí. Cuando siento que ya, llorando nace la BT y faltaba la placenta. Dije yo: “pasando la placenta ya estoy libre”. Me dice doña ME: “Es una niña”. Y va el papá: “¿Qué es?”, “Es una niña”. Se dio la media vuelta. Nació a las diez, a las diez de la noche. Nomás descansé como dos horas, como dos

o tres horas reposé (...) Ya como a las dos de la mañana ya me fui a mi casa, caminando (Entrevista 1).

La primera consulta alópata que Alba experimentó fue en medio de la urgencia para que alguien la ayudara a parir a su bebé. Este es un aspecto bastante generalizado, donde la primera consulta en la alopatía a sido bajo situaciones de emergencia; cuando los procedimientos locales no han dado resultado o no existe una alternativa local.

Hasta estos días, Alba padece un dolor en los costados, que relaciona con las golpizas que su esposo le propinaba luego de cada parto, por no dar a luz a un varón. Cuando la cuestiono sobre su negativa a haberse atendido en la clínica local, responde:

No fui con el médico, porque... pues la verdad tenía pena. Tenía pena porque a veces es uno muy ignorante pues. Como le digo pues que antes era muy diferente. Nadie le gustaba platicar qué es lo que le está pasando. Namás así entre familia, platicar con otro no. Así y ya cuando vine a ver pues ya me había normalizado y ya cuando vine a ver ya había quedado embarazada de la segunda hija (...) por eso a las hierbas les tengo mucha fe, les tengo mucha fe. Y ya después, que me dijeron que era de las vesícula porque se me inflama mucho, esa se me maneja inflamada, y cuando hago coraje se me inflama así y ya lo pongo a cocer eso y con eso se me quita (Entrevista 2).

Para 1985, año en que alba dio a luz a su primera hija, la medicina alópata tenía una presencia estable en el pueblo. La clínica local tenía 5 años de haberse construido. Con tan poco tiempo es de entender que la medicina alópata siguiera percibiéndose como ajena a la localidad. Mientras que la curación ha sido entendida como un aspecto comunitario y profundamente familiar, exponer los padecimientos, especialmente en zonas corporales íntimas, era impensable. La medicina alópata, con sus procedimientos particulares, ofrecía

una manera profundamente diferente de entender y atender las enfermedades, ello le representó una desventaja al principio.

Sin embargo, las cosas comenzaron a cambiar: Alba encontró la manera de empoderarse frente a su marido y lo logró haciendo uso de su propio cuerpo, ayudada de un procedimiento alópata:

Dos años vivimos bien, pero luego ya empezaron los problemas. Ya me pegaba, era muy celoso, no me dejaba salir ni a la puerta. Y así me tenía encerrada pues. Y así tuve ya a los tres chamacos. Pero ya teniendo a los tres me decidí a dejarlo, dije “de una vez”.

Me quería operar pero me dijo mi suegra que no: “No...”, dice, “... porque así como toma mi hijo no te vayas a operar, vas a encontrar otro tu marido, vas a querer hijos”. Lo que hice, ya me vine al IMSS y me puse dispositivo. Con eso estuve y hasta que él falleció (Entrevista 1).

Sucedió algo que me parece sumamente interesante. Alba llevaba una vida donde no era dueña de sus decisiones ni de ella misma, desde su infancia hasta sus años de matrimonio, donde su esposo le dio maltratos. Sin embargo, ella encuentra en el uso de su propio cuerpo la manera de desafiar el poder de su marido. Decidió ponerse el dispositivo para no tener más hijos. El sistema local de curación carece de métodos anticonceptivos, así que tuvo que recurrir a la alopatía.

En sus entrevistas, Marta me platicó sobre las dificultades a las que se enfrentó al enseñar a sus *pacientas* sobre métodos de planificación familiar. Los hombres consideran que las mujeres que acceden a utilizar preservativos o algún otro medio de control natal, lo hacen con la intención de ser infieles. De esa manera, prohibirles el empleo de dispositivos es una forma de ejercer poder sobre ellas a través de su propio cuerpo. Como sea, Alba

decidió tomar control sobre su cuerpo y, secundada por su suegra, se puso el dispositivo ¿Qué la motivó a hacerlo?

Mi esposo no era responsable, pues. Yo tenía que trabajar, yo ganaba por tortear, por tostar café, por lavar ropa ajena, así ganaba yo para crecer mis hijas. Y por eso dije yo: “para que esté siendo así, mejor busco la manera y así crecen mis hijas”. Muchas no quieren [usar dispositivos] y muchas que sus esposos no quieren y yo me decidí. Él [su esposo] no quería, le dije, pero él no quiso y le dije que yo me lo iba a poner y me lo iba a poner: “Y si me quieres dejar déjame, pero yo me lo voy a poner, ya no quiero seguir sufriendo, no eres responsable...”. Sólo mi suegro nos daba de comer. Y sí, ya me lo puse, ya falleció, ya me lo quité (Entrevista 1).

Su esposo, debido al alcoholismo, dejó de llevar dinero al hogar, ella se convirtió en el sostén de la casa. Esa situación restó legitimidad a su papel de esposo y padre, y por lo tanto, de hombre. Quizá ello facilitó que Alba decidiera colocarse el dispositivo como primer paso para independizarse de su marido. Aunque debe notarse que ella le siguió siendo fiel hasta que él murió, o sea que su “independencia” la vivió en los hechos, al estar separada físicamente de él, sin embargo, en un registro más subjetivo ella seguía viéndose como *su* mujer.

(...) aunque él fue muy malo conmigo, pero después lo quise mucho. Lo quise mucho porque... no sé, le digo yo que no tenía yo apoyo de nadie (...) Nos separábamos mucho, iba y me buscaba. Y este, pero ya una vez que me decidí, lo dejé.

A veces digo: “Diosito ¿por qué me lo quitaste mi marido?” (...) aunque él fue malo conmigo [llora] (Entrevista 1).

Una vez que su marido murió, ella se quitó el dispositivo, dispuesta a encontrar una nueva pareja. Conoció a un joven de 19 años, quien no deseaba tener hijos, así que Alba optó por cuidarse usando las ampollitas que aplican en la clínica del IMSS.

Además del empleo de métodos de control natal, sus contactos con la medicina alópata comenzaron a multiplicarse. Entre el año 2002 y 2003 se convirtió en beneficiaria del programa Oportunidades, ello implicaba las revisiones periódicas en la clínica local, la asistencia a las pláticas y los registros de planificación familiar. Sus consultas en la clínica alópata se hicieron más comunes.

Pero simplemente me dijeron [los médicos] que no, que estaba inflamados mis intestinos y ya me dieron medicamento, pero gracias a Dios, ora sí que con hierbas hasta ahorita (...) prefiero a las hierbas porque hay hierbas pues que te desinflan (...) Y por eso yo le tengo mucha fe a las hierbitas. Por ejemplo ahorita que tengo el azúcar pues a veces pongo las hierbas amargas y la pastilla no, como dice el doctor si uno te cura pero otro te... te friega. Y sí es así. Y como ahorita yo estoy tomando muchas pastillas pues según dice el doctor que te cura la enfermedad que tienes pero te friegan otras cosas.

Abdiel: O sea ¿el doctor le recomienda que use mejor hierbas?

Alba: Sí, así dice pues que tome uno hierbas y la pastilla. Cuando ya ve uno que ya está normalizando pues hay que dejar de tomar las pastillas. Porque así falleció una señora aquí, dicen que era del azúcar, que se tomaba todas las pastillas. Y se curó casi del azúcar, pero las pastillas le acabaron los riñones. Yo eso digo, yo es que son muchas pastillas todo lo que toman al día: dos en la mañana, una después del desayuno y dos en la noche (Entrevista 2).

Este fragmento de entrevista es el que me ofrece pistas para comprender la relación de ambivalencia que Alba mantiene con la medicina alópata. Por un lado, en el grueso de las entrevistas ella resaltó la confianza y empleo casi exclusivo de hierbas y procedimientos locales. La situación cambió cuando se vio forzada a emplear procedimientos alópatas para dejar de tener hijos. Ello en sí no implica una relación ambivalente con la medicina: si un sistema carece de ciertos procedimientos se utilizarán los de otro. Sin embargo, cuando el médico le aconseja preferir el uso de hierbas al de fármacos es que puedo percibir un atisbo de ambivalencia. El médico alópata, investido en la legitimidad que la institución y el lenguaje científico le proveen (entre otras cosas) aconseja a Alba a no utilizar un elemento básico en los tratamientos alópatas, los fármacos. Desconozco las motivaciones del médico para hacer semejante recomendación, pero independientemente de ellas, lo relevante es la huella que sus palabras dejaron en la subjetividad de Alba. El médico, una persona que *sabe*, que *posee* conocimientos curativos *superiores*, se decanta por recomendar el empleo de elementos de una medicina local, “ilegítima”. Esto tuvo como resultado una mayor confianza de Alba hacia las hierbas, basada en la “legitimidad” de los conocimientos de un médico alópata.

Esto, en mi opinión, se complementó con la visión local donde se contraponen lo natural a lo químico, dando como resultado una actitud ambivalente hacia la medicina alópata en Alba. Donde ella recurrentemente expresa su confianza en las hierbas y la complementaria desconfianza en los procedimientos alópatas, lo que cuales, sin embargo, sí utiliza.

Luego de conocer a su segunda pareja, Alba migró en busca de trabajo a Cancún. Con la migración perdió la afiliación a Oportunidades y con ello su contacto con el sistema alópata de curación disminuyó considerablemente. Dos años después, en 2012, habiendo roto la

relación con su segundo esposo, Alba regresó a la comunidad y fue diagnosticada con diabetes.

Cuando tenía mi cocina yo no sabía. Y entonces sentí un bajón, así pero rápido. Y entonces vine al hospital y ya me dijeron que tenía el azúcar. En octubre fue, me la detecté y desde entonces estoy con la pastilla y la pastilla y la pastilla y mis tés que no me fallan. No me falla la pastilla y si un día dejo de tomarla al otro día, se me alteró la azúcar.

Pues dicen que el azúcar es igual dulce, es igual que la miel. Y si le metes más azúcar más desarrolla y como el azúcar es dulce, si se le mete cosa amargo como que lo va mezclando, lo va mezclando y uno toma más dulce más desarrolla, lo que le gusta pues. Y si le mete uno cosa amargo como que el azúcar no le gusta porque lo va matando pues, disminuyendo, y por eso el azúcar va.

Pues a veces [tomo pastillas], pero como ahorita ya tengo el azúcar, ya no. Ya no puedo tomarlo, tiene que ser, el doctor me tiene que decir qué tomar. Y si me siento mal ya me voy a allá y ya él me da las pastillas (Entrevista 2).

Por supuesto que el retorno a las consultas alópatas responde a la necesidad de atención de una enfermedad crónica, para la que no existen remedios locales. Aun así, permanece una actitud ambivalente. Alba depende más que nunca de los fármacos para cuidar su estado de salud, sin embargo, aunque acepta dicha dependencia de las pastillas, parece otorgarle mayor importancia a la ayuda de las plantas.

Para ello, ha articulado a la diabetes en la lógica local: dado que las enfermedades son entendidas y clasificadas dependiendo de su naturaleza en oposiciones, las hay enfermedades calientes y frías. La forma coloquial de referirse a la diabetes como azúcar, le ha permitido

aplicar la misma lógica para su tratamiento; si el azúcar es dulce, será necesario el uso de hierbas amargas que restauren el equilibrio en la sangre.

Esta presencia de aspectos opuestos e incluso contradictorios se hace presente durante toda la narración de Alba, y en diversos aspectos del entendimiento del mundo. La naturaleza fría y caliente de las enfermedades, la existencia de esencias positivas y negativas de la naturaleza en su influencia sobre el cuerpo y la contraposición de lo natural contra lo químico en los remedios y consumibles.

Esto quizá podría dar una luz en comprender cómo han tomado forma las relaciones ambivalentes con los sistemas de curación. En la narración de Alba se ha hecho evidente cómo estos opuestos, a veces contradictorios, se articulan para dar forma a una manera particular de comprender los estados de salud, enfermedad, al propio cuerpo y al entorno. Nos habla de una forma flexible en la que los opuestos se interrelacionan y se necesitan mutuamente sin provocar rupturas o conflictos en su coexistencia. Esta flexibilidad en el modo zoque de entender el mundo quizá ha favorecido otros cambios y la adopción de diferentes sistemas de pensamiento y de creencias.

Un ejemplo de ello es la particular relación que existe entre el adventismo y el catolicismo en la comunidad. Al tomar el ejemplo de Alba nos permite comprender con qué facilidad puede pasar de un sistema de creencias a otro, dependiendo de las condiciones particulares en que le ha tocado vivir.

Voy a la iglesia cuando a veces digo “voy” (...) ora sí que el diablo, cuando uno quiere [ir], como que no y a veces no le hace uno caso y ya va uno [a la iglesia] (...)
La verdad nosotros crecimos en la iglesia adventista. Pero como mi papá empezó a tomar y mi mamá falleció. Me fui con mi madrina y ya ahí me hicieron católica

porque mi madrina era católica. Ya de repente me casé y ya de ahí ya me volví a ser adventista otra vez, ya llegaba al templo. [Mi esposo] él no era, nada más mis hijas.

[Regresé a la iglesia adventista] porque mi hija se enfermó y ya ellos la empezaron a curar y ya fue donde me volví otra vez (...) Pero como mi esposo tomaba mucho, yo llegaba ahí en el templo, a veces él me esperaba en el camino y me empezaba a golpear. Y ya de ahí ya nos separamos y ya empecé a trabajar. Y ya los sábados ya no me querían dar [descanso], querían que yo trabajara y ya fue donde volví a recaer otra vez. Y ya de ahí pues ya, que Dios me lo perdone, a veces uno no sabe ni lo que uno hace. Porque la religión lo tiene uno de juguete. Como yo, así lo veo, de juguete. Pues ya por eso ya volví a la católica. Y por eso ahorita digo: “Ya no, si voy a estar en la católica ahí ya”. Pero ya no voy a entregarme así porque a veces fracasa uno, fracasa uno por cualquier cosa. Y por eso llego ahorita así, lejos, sí entro a veces sí. Pero aquí gracias a Dios no me hace falta mi oración, no me hace falta en la mañana, las noches, siempre me encomiendo pues a él.

Sí me gustaba ir [a la iglesia adventista]. Participaba y todo, sí (...) [pero] en la adventista ya me da pena. Porque como le digo, cometemos errores, andamos en mal camino. Y como que ahí no es permitido todo eso. Y ya en la católica pues, ya uno puede estar como uno quiera, pero ya, ora sí que también pedirle a Diosito (Entrevista 2).

A pesar de la vergüenza y la culpa que deja entre ver sobre sus cambios de religión, lo que quiero rescatar es la capacidad de adaptación a ambos tipos de fe, tan diferentes entre sí. Como ella misma expresa, la religión católica es, en algún sentido, más relajada, mientras que la adventista demanda una devoción más constante y comprometida no solamente en un plano espiritual, sino con la institución.

La capacidad de Alba de adaptarse a ambos tipos de fe, nos proporciona pistas para entender cómo sistemas de creencias o maneras de entender el mundo tan diferentes pueden ser conciliadas y adoptadas dependiendo de las necesidades del sujeto, en ello radicaría la importancia de la ambivalencia, que provee a las personas de la posibilidad de migran entre sistemas diferentes sin entrar en conflicto.

En el caso de Alba, la ambivalencia cobra matices particulares, se hace menos evidente cuando es comparada con las relaciones que Marta, siendo partera, o María, siendo enfermera, han establecido hacia los sistemas de curación. Aun así, creo que la posibilidad de conciliar aspectos opuestos ha sido determinante para navegar entre formas diferentes de comprender a las enfermedades, el cuerpo y el mundo.

8.4 Laura

A pesar de ser un pueblo bastante pequeño, apenas rozando los dos mil habitantes, existen diferencias notables entre los habitantes y casas de los diferentes barrios y las personas que viven en ellos.

Como ya he descrito, Tepeuakan es un pueblo incrustado entre montañas y barrancos, su difícil geografía ha condicionado su crecimiento, lo que en parte explica la limitada población que lo compone.

La localidad puede describirse desde diferentes ángulos, por un lado está la parte alta, apuntando al oeste; por otro está la parte baja, con calles más horizontales en la zona este. Sin embargo, pueden notarse más diferencias conforme los barrios están más cerca o lejos de la presidencia municipal.

La presidencia se ubica en el barrio central, se trata de un circuito donde se construyeron los edificios de gobierno uno cerca del otro. El edificio de la presidencia queda

como el centro en el distrito, teniendo una ubicación protagónica, justo frente a la plazuela y la cancha de baloncesto.

A sus lados se encuentran el auditorio donde se llevan a cabo las juntas importantes y se reciben a los enviados del gobierno estatal. Del otro lado está el auditorio del pueblo, con su techo laminado y curvo, como un domo plateado sostenido en paredes de block, sus funciones son múltiples: sala de baile, cancha de fútbol y baloncesto, sala de conferencias, etc. Más allá, del otro lado de la plaza se levanta el edificio del DIF, con sus dos plantas, acompañado del nuevo centro digital que funciona como registro civil.

Es natural que el barrio central se haya convertido en el que tiene la mayor actividad. Al edificio de la presidencia llegan personas de todas las comunidades del municipio y de otros municipios a atender asuntos de naturaleza diversa. La vida tan activa que rodea al centro del municipio ha sido aprovechada por los vecinos que habitan junto a estos edificios o los rodean. En tan poco espacio es posible encontrar varias tiendas de abarrotes, papelerías, puestos de comida, cocinas económicas, tortillerías, tiendas de variedades y hasta un local de teléfonos celulares, aunque oficialmente el pueblo carece de cobertura.

Así pues, los vecinos del barrio central tienen la oportunidad de comerciar con los visitantes que llegan a buscar atención en la presidencia o alguna de las otras sedes, o bien ofrecen sus productos a quienes laboran en los edificios y salen a tomar su descanso. Muchos de ellos poseen un familiar que trabaja en la estructura del gobierno municipal, ya sea en la presidencia, en el DIF, en el registro civil o en la policía.

Esto quiere decir que las familias de este barrio pueden tener entradas de dinero del comercio, del cultivo de sus tierras o la venta de su ganado, el sueldo de quien trabaja en la estructura de gobierno, además de los beneficios de los programas asistenciales.

Las casas del centro generalmente están construidas con materiales resistentes, blocks para las paredes, loza en los techos, algunas incluso tienen una planta superior. Las fachadas son pintadas con colores brillantes donde las letras garigoleadas describen los productos que ofrecen. Solamente una de las construcciones del centro guarda atisbos de las casas tradicionales; se trata de una reliquia deshabitada que se resiste al tiempo, sus paredes desgastadas parecen ancianas de piel cuarteada al lado de las paredes firmes y lisas de las casas vecinas. El techo, sostenido en vigas de dudable resistencia, sirve de refugio sólo a las familias de ratones que han acondicionado sus casas entre los huecos de las tejas marrones.

Las familias que viven en estas casas, más bien modernas, también se ven diferentes a las del resto del pueblo. Lucen sus ropas compradas en los mercados de Tuxtla Gutiérrez. Algunos jóvenes tiñen sus cabellos con colores escandalosos, se sientan en las bancas de la plaza a perseguir la escurridiza y clandestina señal de celular con sus teléfonos inteligentes, quizá no de última generación, pero inteligentes, al fin y al cabo. Las mujeres se pasean en las tardes, recién bañadas y maquilladas. Los hombres tienen mayores probabilidades de laborar en la presidencia.

Por lo tanto, me pareció importante ubicar un informante clave del barrio central, donde las maneras y los aspectos están más mestizados que en los otros barrios del pueblo.

Laura vive en este barrio, justo detrás de la ermita, en una casa amplia y fresca, de paredes blancas adornadas con una franja inferior de color brillante. Su familia ha estado ligada a la presidencia municipal en diversos puestos y ocasiones. Una de sus hijas laboraba, al momento de las entrevistas, en la sede del registro civil del municipio. En su casa conviven sus hijas nietos, yernos, sobrinos, etc., ninguno de ellos habla zoque o viste las ropas tradicionales y su aspecto físico se aleja un poco del común en el pueblo, como sucede en la mayoría de las familias del centro.

La había visto desde mis primeras visitas a Tepeuakan pero nunca habíamos hablado. Es una mujer alta y delgada, luce más joven que los 58 años que tenía al momento de las entrevistas. Nuestro acercamiento se dio hasta las últimas estancias que pasé en la comunidad. Siempre noté que me observaba con especial atención, yo la saludaba a lo lejos con la mano y solía responderme un con ademán rápido y una sonrisa tímida. Luego, la señora de la casa en que viví me comentó que mi aspecto hacía que Laura recordara a su hijo fallecido el año anterior. Ello me conmovió y traté de acercarme más a Laura, intentaba saber si ella necesitaría algún tipo de ayuda emocional para llevar su duelo.

Por las tardes suele sentarse frente a la plaza a convivir con el resto de mujeres mientras los niños corretean en la calle-patio. Un sábado en la tarde, cuando yo animaba a mi celular a establecer contacto con el resto del planeta, Laura se sentó junto a mí frente a la ermita. Luego de hacerme algunas preguntas generales sobre mi vida en la ciudad y mis motivos para estar en Tepeuakan, traté de indagar sobre aquello que había llegado a mis oídos sobre su hijo y su parecido a mí.

Con voz tímida y sonrisas veladas me habló de la enfermedad de su hijo mientras me observaba como buscando comprensión. La escuché con atención y busqué palabras de consuelo que no le sirven de mucho a una madre que perdió a su hijo. Sin embargo, el poder explicar lo que pasó con él la ayudó a reelaborar la experiencia y expresar sentimientos que no se atrevía a contar a sus hijas. Quizá mi parecido con su hijo la ayudó a hablar como si le hablara a él mismo y de alguna manera le facilitó a decir lo que le hubiera querido decir a él. Hablamos durante varias horas y entonces me sentí muy cercano a ella.

En lo que Laura me contó pude identificar aspectos que resultaban interesantes sobre su concepción sobre la curación y cómo sus experiencias personales han ido transformando sus relaciones con los sistemas de curación. Por varios días estuve meditando sobre la

conveniencia de entrevistarla y convertirla en informante clave. Temía que la confianza se quebrara si ella lo interpretaba como una actitud ventajosa de mi parte, por otro lado, yo experimentaba un sentimiento de culpa al no poder desprenderme de mi visión de investigador mientras escuchaba a Laura.

Al final decidí que podía conciliar ambos espectros: permitir a Laura contar su historia le proveería de la posibilidad de hablar cosas que no había podido contar con otros, la catarsis de su experiencia le proveería de algún alivio. Mientras tanto el ambiente de confianza ya estaba siendo construido y sería relativamente más sencillo entrevistarla, además obtener información valiosa y la posibilidad de utilizarla en la investigación no restaba la empatía que yo ya sentía por ella.

Laura aceptó al instante ser entrevistada, luego de que le expliqué cómo sería, sobre qué hablaríamos y cómo usaría la información. Acordamos reunirnos en su casa y nos reunimos formalmente para tres sesiones de una hora.

En la figura 20 se muestra la trayectoria de Laura en sincronía con los eventos más relevantes en las dimensiones meso y macro. Además, en la figura 21 se muestra una representación de las categorías y las relaciones que identifiqué en su caso.

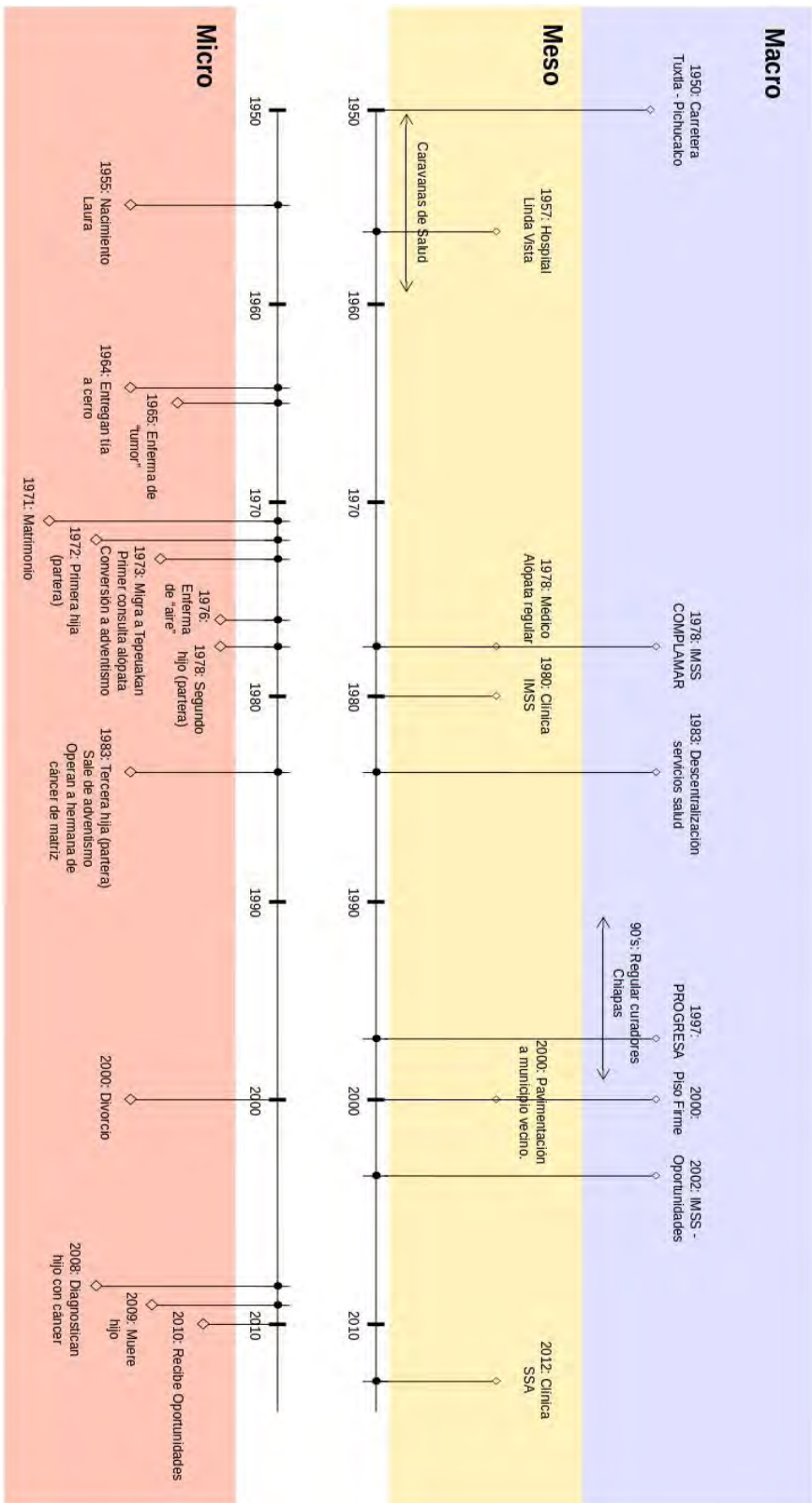


Figura 20. Cronología y sincronía de la trayectoria de Laura

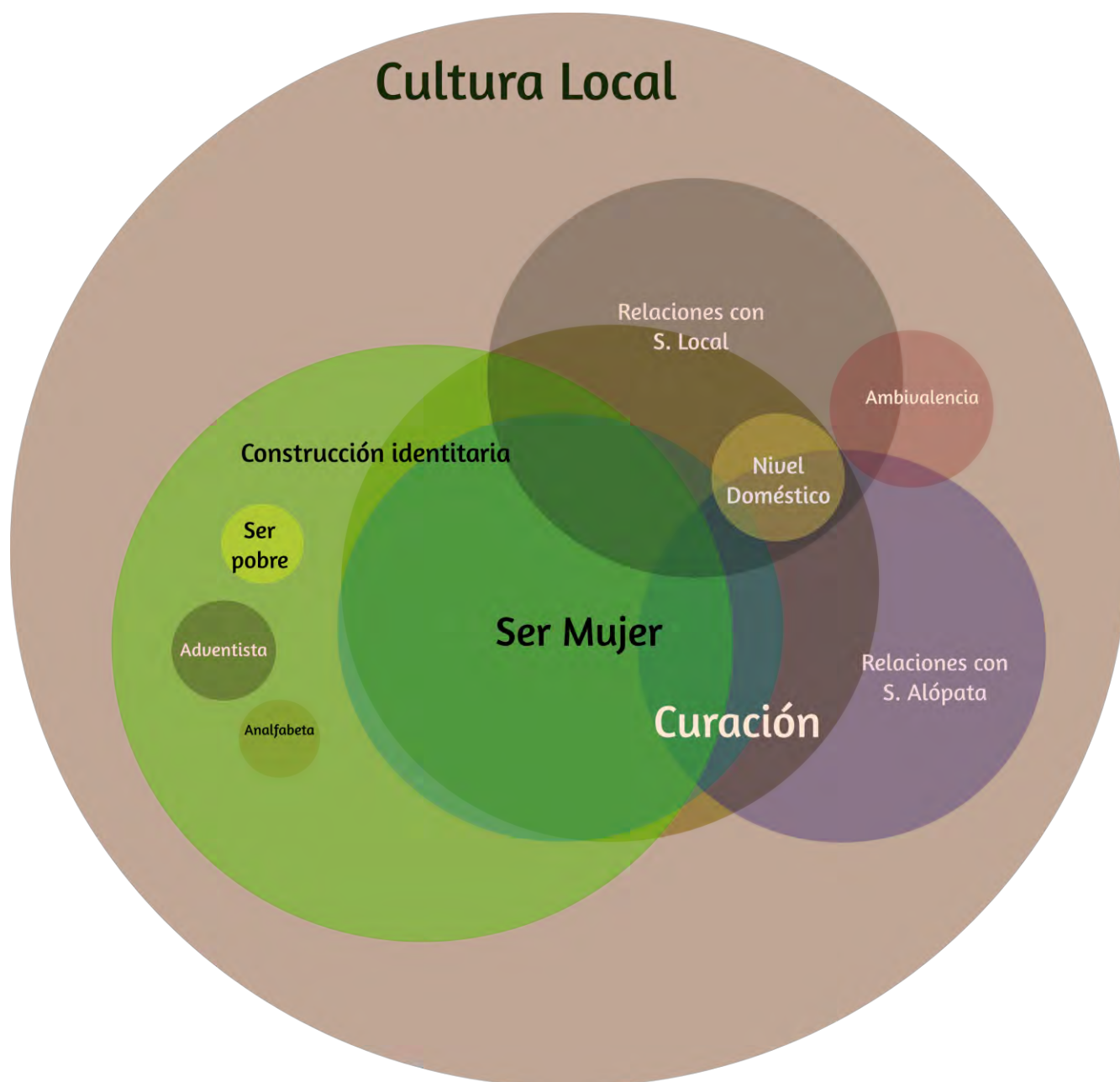


Figura 21. Representación gráfica de las categorías identificadas en el caso de Laura.

Laura nació en 1955, a diferencia con el resto de entrevistadas ella no es originaria del pueblo. Nació en una pequeña finca ubicada a una hora de la cabecera municipal. Su padre laboraba como encargado de la finca, donde vivían unas cuatro familias, mientras que su madre dividía su tiempo entre las labores del hogar y el cuidado de doce hijos.

Para poder llegar a la finca donde nació Laura desde la cabecera municipal, debe tomarse un tramo de carretera y después el camino se convierte en una continua bajada de terracería. Las distancias en realidad no son tan largas pero lo accidentado del camino alarga el tiempo de traslado. En ese entonces, cuando aún no existía ni el tramo de carretera el trayecto debía hacerse a pie. Los habitantes de la finca salían de ella solamente cuando era estrictamente necesario.

Como puede intuirse, la atención de las enfermedades correspondía más bien a un plano doméstico, por la ausencia de otros medios para curarse.

[Nos curábamos] así como hacemos ahora; si nos dicen que hay alguna hierba, que utilicemos alguna hierba pa' tal cosa, así era allá, puras hierbas. Namás que... antes sí pasaban algunos señores que pasaban a preguntarnos que si nos daba, antes le decían paludismo a la fiebre, que si nos daba fiebres nos regalaban unas pastillitas, pero sólo. Pero no utilizábamos medicamento porque no, no había pues, allá no había nada de eso, eran puras hierbas (...) a veces pasaba un curandero, pero a veces pasaba cuando no estábamos enfermos. (Entrevista 1).

Laura hace alusión a algunos *señores que pasaban a dejar pastillas*, esto hace referencia a las caravanas de salud que visitaban las comunidades rurales alejadas, aunque las visitas estaban separadas por largos periodos de tiempo. Las caravanas de salud estaban destinadas a atender asuntos puramente urgentes de salud, como brotes de enfermedades infecciosas y la aplicación de vacunas, por ejemplo.

Así que la atención a las enfermedades era un asunto que se resolvía dentro del hogar. Al haber sido una comunidad con pocas posibilidades de comunicación con el exterior, los procedimientos locales eran la única manera de curar.

Incluso los curadores locales se convirtieron en visitantes ocasionales. Así que la curación se convirtió en un asunto familiar, los remedios fueron heredados entre generaciones y los conocimientos de plantas y procedimientos fueron socializados, tal como aún sucede.

Ella [mi mamá] cura hasta ahora, que llega la gente y ella les receta sus hierbas y les cae bien (...) con esas hierbas que ella cura ahora, curaba mi abuelito (Entrevista 1).

En los recuerdos de Laura, su abuelo se convirtió en la figura central en la atención a las enfermedades en su familia. Esto llama la atención, en contraste con el resto de entrevistadas, quienes narran la presencia de una figura curadora importante en sus familias, siempre una mujer. En mis primeras visitas, antes de comenzar este trabajo de investigación, pude platicar con varios, aunque no muchos, curadores varones. La mayoría de ellos yerbateros o curanderos y también, generalmente, de una comunidad diferente a la cabecera municipal. Esto hace pensar que en los procesos de conversión (o de asumirse) en curadores hay diferencias respecto a la cabecera municipal y las comunidades más pequeñas. Quizá la presencia de las clínicas alópatas y la capacitación de parteras ha participado en que la presencia de curadores varones sea prácticamente nula, pues el IMSS promueve la presencia de parteras, quienes después se asumen como parteras-curanderas, pero de ningún otro tipo de curadores locales.

De su abuelo heredaron muchos de los remedios que ahora utilizan y su huella fue tan importante que la madre de Laura se convirtió en curadora (aunque no asumida) en la finca y posteriormente en otras comunidades.

Así que la comprensión que Laura expresa sobre los estados de salud y enfermedad guardaron estrecha relación con las concepciones y cosmogonía zoque. Así, por ejemplo, uno de los primeros episodios que Laura narra sobre la atención a la salud tiene que ver con los

seres que en la mitología zoque son dueños de cerros y ríos. Una de sus tías fue “entregada al cerro” cuando ella tenía once años. Caminando por una de las veredas que comunicaban a la finca con un río cercano, su tía, que caminaba al final del grupo de personas, desapareció. Nadie supo de ella, ni dejó rastros que indicaran su paradero. Al consultar a una espiritista, ésta les indicó que aparecería 9 días después a orillas del río, había sido entregada al cerro. Luego de 9 días encontraron su cuerpo a unos kilómetros de distancia, había sido arrastrado por el río.

La importancia de este episodio narrado, más allá de la veracidad o no de las explicaciones expresadas sobre la anécdota, radica en que refleja el entendimiento de la enfermedad en una comunidad zoque antes de entrar en contacto cotidiano con una enfermedad diferente. Los males eran explicados no solamente partiendo de las condiciones orgánicas que se manifestaban, se pensaba en los males de acuerdo con las relaciones establecidas entre el cuerpo, el alma, la naturaleza, lo sobrenatural, la divinidad y las relaciones sociales.

Ahora bien, en su discurso, Laura utiliza términos que hoy en día son populares y se asocian a la medicina alópata.

Laura: Me acuerdo que una vez me salió un tumor, me ponía [mi mamá] puro un maguey (...) tenía un tumor acá y me recordaba [supuraba] era como un maguey pues y ese me lo exprimían todos los días, porque no había, no se oía pues el medicamento (...) Nunca me mandaron a reconocer.

Abdiel: ¿Su mamá le llamaba tumor?

Laura: Sí porque reventó, eventualmente porque me estaba dando mucha fiebre (Entrevista 2).

Aunque la palabra *tumor*¹⁷ actualmente es asociada al cáncer y se le entiende desde la mirada alópata, el término apareció por primera vez en el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) en 1739, mucho antes de que la medicina alópata moderna fuese institucionalizada en México. Eso lleva a pensar que la adopción de estos términos se debió a la socialización de las palabras en el castellano más que a una popularización y adopción en estas comunidades de términos en su acepción alópata. Aunque haría falta un estudio detallado de los términos y su historia particular en estas comunidades, cosa que escapa de los objetivos de este estudio.

Sobre su condición de mujer, Laura estuvo apegada a los usos y costumbres de entonces, aunque el impacto que tuvieron sobre su construcción identitaria son menos dramáticos que con otras entrevistadas, como Marta y Alba, por ejemplo.

Laura fue dada en matrimonio a los 16 años, con un joven que vivía en la misma finca. Ella conocía bien al muchacho y estaba de acuerdo en ser su mujer, así que su camino de niña a mujer casada no tuvo ese impacto tan severo como en otras mujeres. Aunque su función como mujer no era diferente por ello; su lugar estuvo dentro del hogar y su principal función fue atender a su marido y a sus hijos cuando comenzaron a llegar.

Su primera hija nació un año después de su casamiento y fue atendida con partera. Su primera atención en la medicina alópata vendría un año después.

Poco menos de un año después de haber dado a luz a su hija, Laura y su marido deciden trasladarse a vivir a la cabecera municipal. Consiguieron una casa en el barrio central, bastante cerca de los edificios de la presidencia. En aquel tiempo la presidencia

17 Del latín *tumoris*: hinchazón.

prestaba un pequeño local que servía de consultorio cuando el médico alópata llegaba a la comunidad. En ese consultorio es que Laura tuvo su primera consulta.

Tenía muy enferma mi hija, tenía así como que se le tapaba la nariz y le empezaba a salir espumita por la boca. Y la llevé a curar [con] una curandera, pero no de acá, de VNP [municipio lejano]. Y como lo vi que no sentía alivio y no sentía alivio... aquí [al lado] estaba el doctor. Ya lo pensé mucho pa' llevarla y me dijo el doctor que no, que le iba a recetar unas gotitas y que le pusiera con mucho cuidado y que no sé qué. Y ese doctor lo curó, la curandera no lo curó, pero lo curó el doctor (...) Ya me sentí mejor y dije yo que ya estaba, que mejor. Y desde entonces ya no me gusta curarme con curandero y sólo con doctor (Entrevista 1).

Evidentemente esta experiencia dejó una profunda huella en Laura, la curandera no logró curar a su hija y el médico con unas simples gotas la salvó. Me parece que este episodio se articuló con el conocimiento, aunque vago y lejano, que los miembros de la finca donde Laura nació aprendieron sobre la medicina alópata. Es muy probable que los promotores de salud les hablaran sobre la manera *adecuada* y *legítima* de tratar las enfermedades. Pero ante la incapacidad de asistir a este tipo de medicina no pudieran comprobarlo hasta que la proximidad con un médico lo permitió, en el caso de Laura.

[Con el doctor] ya era diferente, ya no era con hierba, ya era puro medicamento. Pensábamos que no nos iba a hacer efecto la medicina, que no servía. Pero como ya no había quien nos curara, ya teníamos que ir al doctor (Entrevista 1).

Ahora bien, esto me ofrece las primeras pistas para poder hablar de una posición ambivalente en el caso de Laura, ya que, hablando en retrospectiva ella afirma no confiar más en los curanderos. Es cierto que ella menciona *ya no curarse con curanderos*, que no es lo mismo a no confiar en la medicina local. Ella sigue practicando remedios locales, habla de

su madre que sigue siendo identificada como una persona con la capacidad de curar y hasta cosecha plantas medicinales que utiliza para sanar a su familia.

Donde me parece que guarda una postura ambivalente reside en la manera de relacionarse con la medicina alópata. Ella expresa atenderse sólo con el médico, sin embargo, conserva las definiciones y construcciones zoques para entender la enfermedad.

Por un lado, afirma:

Los doctores no le llaman como le llamamos nosotros, ellos ya saben, han estudiado (...) nosotros porque no sabemos, le llamamos como le llamaban antes (Entrevista 2).

En esta cita ella da a entender que las denominaciones y explicaciones del médico son las correctas, mientras que los términos y explicaciones locales son resultado de la ignorancia. Sin embargo, cuando se trata de entender padecimientos como el *aire*, dice:

El aire da que cuando a veces estamos calientes y nos venimos a bañar, o a veces... y nosotros nos decían porque torteábamos, hacíamos la tortilla en el fuego y saliendo de tortear salgo allá afuera, nos decían antes (...) Por estar calientes nos decían. Y ahorita los doctores dicen que no creen en lo que les decimos, el aire. Que no creen en el aire, que dicen que no, que a veces nos da que, porque nos enojamos, me han dicho los doctores. Y yo les hago relajo, les digo: “Tengo un aire, doctora, ustedes no creen en el aire”, risa les da.

Pero yo pienso que sí, porque sí, este, porque yo he salido en el aire. A veces me da dolor de cabeza cuando estoy torteando y una vez se me volteó la boca (...) Y una señora me curó y ahorita ya no usan eso, ya es pura medicina (Entrevista 2).

Por un lado, Laura afirma atenderse solamente con el médico alópata. Pero cuando asiste a la clínica a remediar alguna enfermedad, en este caso el *aire*, tiene que hacer uso del

humor para poder conciliar la postura alópata con la local, una manera que ella ha elaborado para poder conciliar ambas visiones a la enfermedad.

Ahora bien, Laura reproduce el discurso por el que la medicina alópata se ha presentado como legítima, avalada por el conocimiento científico que la sostiene:

En mi modo de pensar ya no me gusta ir con curandero, me gusta mejor ir con los doctores. Porque no nos curan los curanderos, es mejor con un doctor. Ahorita ya está muy avanzada la ciencia, hay medicamento que nos cae bien. Por eso es mejor ir con el doctor (Entrevista 1).

Sin embargo, en la práctica dentro del hogar, son los remedios locales su primera opción de atención a la salud, priorizando el uso de hierbas al de fármacos.

Tengo unas hierbitas que yo los siembro. Pero cuando siento que no me cura, [voy] con el doctor. Y el doctor me da medicamento y me cae bien, porque ya sé que sí me cae bien (Entrevista 1).

Es en este sentido que conviven dos aspectos opuestos, la atención en una clínica alópata de un padecimiento entendido localmente. Y aunque el médico provee la explicación alópata a la enfermedad, Laura prefiere quedarse con la explicación que aprehendió desde pequeña, la explicación local, que está más en sintonía con su manera de ver y vivir la realidad.

Aun así, parece que la confianza al médico está expresada más en un nivel de reproducción del discurso oficial, puesto que los remedios locales siguen siendo su primera opción de atención a las enfermedades, aunque no asistiendo con curadores locales reconocidos, sino en un nivel doméstico.

En 1978, nace su segundo hijo, del que fue atendida por una partera y en 1983, tres años después de la construcción de la clínica local, dio a luz a su tercera hija, también

atendida con partera. Este mismo año ella decide abandonar el adventismo, que había profesado desde su nacimiento, aunque nunca se bautizó.

[No me bauticé] por el temor de que por cualquier cosita lo pierde uno y ya es peor pecado (Entrevista 2).

Viviendo en el barrio central sus relaciones con la vida política del municipio comenzaron a prosperar. Con la creación, en 1978, del programa IMSS-COPLAMAR el municipio fue considerado como de alta marginación, los apoyos de programas de asistencia social comenzaron a llegar al municipio y con ello la creación de nuevos puestos de trabajo en la presidencia municipal. Así que con la posibilidad de laborar en la presidencia municipal tuvieron que renunciar al adventismo, que prohíbe cualquier tipo de participación en la estructura política o administrativa en el municipio. Desde ese entonces Laura permaneció alejada de las actividades de la iglesia.

Una segunda experiencia llamó mucho mi atención incluso antes de iniciar las entrevistas formales, la enfermedad y muerte de su hijo. En el 2008 fue diagnosticado con cáncer. La detección de la enfermedad y su tratamiento se hicieron en una clínica en la ciudad de Pichucalco, muy cercana a Tabasco.

Luego de casi un año, su hijo respondió bien al tratamiento aparentemente. Y con la experiencia de la enfermedad decidió bautizarse, sin embargo, los síntomas regresaron 3 meses después de haber concluido las quimioterapias, con más agresividad. En ese estado de incapacidad, Laura y su familia decidieron buscar un tratamiento local.

Nomás que ahora que estuvo enfermo mi hijo, que no sentía alivio, lo llevamos con un curandero, pero no se curó (Entrevista 2).

Aquí da un cambio radical la actitud de Laura hacia la medicina local, luego de haber llevado un extenso tratamiento alópata para el cáncer y no haber logrado mejorías

permanentes, Laura decide que es momento de acudir por ayuda con una curadora local. Una curandera de San Cristóbal de las Casas revisa al joven y concluye que alguien le hizo un trabajo de brujería, prescribe el procedimiento que deben llevar a cabo para curarlo, pero el estado de salud del muchacho no mejora. Al final es internado para recibir tratamientos paliativos en una clínica de Pichucalco, donde permanece por una semana, siempre acompañado de Laura, hasta que muere.

Quizá el hecho de vivir en el barrio central y que sus hijos laboraran en la estructura administrativa del municipio la colocó ante la disyuntiva de adoptar el discurso oficial que legitima a la medicina alópata, sumado esto al estigma que predomina en la medicina local, como *la medicina de los pobres o de los indígenas*. Los pobladores del barrio central tienen mayores probabilidades de viajar a la capital del estado y atenderse en clínicas de segundo y primer nivel. Es en este barrio donde los patrones culturales más representativos de la cultura zoque, como el idioma y la vestimenta tradicional, son prácticamente inexistentes.

De esta manera, concibo como ambivalente la naturaleza de las relaciones que Laura ha establecido con los sistemas de curación. Expresando confianza en uno (el alópata), pero manteniendo las explicaciones y concepciones de otro (el local). Y al mismo tiempo desechando la utilidad de los procedimientos locales, en favor de los alópatas, cuando en la realidad los procedimientos locales son su primera forma de atención.

8.5 Interpretaciones

A lo largo de la exploración de cada uno de los casos se puede observar cómo los diversos sucesos en la historia personal, familiar y social se han entrelazado para dar como resultado la singularidad en las relaciones que cada entrevistada ha establecido con los diferentes sistemas de curación. Sin embargo, alrededor de la singularidad en cada caso se encierran aspectos generales que ayudan comprender la manera en que los miembros de la

comunidad establecen las interacciones con las diferentes medicinas y las implicaciones que dichas interacciones tienen en un plano psíquico.

Me gustaría iniciar este capítulo destacando los aspectos en común y los divergentes de los casos expuestos. La intención es lograr vislumbrar, desde la generalidad, los procesos socio-psíquicos que se involucran o construyen a partir de las interacciones con los diferentes sistemas de curación.

8.5.1 Curación y Construcción Identitaria. Primero quiero destacar la etapa en que las entrevistadas nacieron. Las entrevistadas nacieron entre 1952 y 1974. Durante esta etapa se dieron algunos cambios en la manera en que el Sector Salud mexicano concebía la atención médica y su cobertura en el territorio mexicano. Instancias como la OMS pusieron de manifiesto la necesidad de ampliar la oferta de servicios de salud institucionalizados a las zonas rurales, especialmente en los países en vías de desarrollo. Las instituciones de salud pública mexicanas respondieron a esta necesidad echando mano de los recursos locales de atención a las enfermedades.

Los recursos de infraestructura y el personal profesional alópata resultaban (y sigue resultando) insuficiente para satisfacer las necesidades de atención especialmente en las zonas rurales de acceso remoto. Así que una de las estrategias adoptadas por el sector salud fue hacer uso de procedimientos contruidos localmente, así como de curadores locales.

Así que durante la infancia de las cuatro entrevistadas, la medicina alópata no era del todo ajena a sus contextos. En el caso de Laura y Marta, por ejemplo, las caravanas de salud constituían el vínculo más cercano a la medicina institucionalizada. Para Alba y María, la presencia de un médico alópata era algo más común, primero con las visitas periódicas del médico y luego de manera regular con la construcción de la clínica local del IMSS. Así que los contactos con dicha medicina fueron más comunes y frecuentes.

Aun así en los cuatro casos, la primera opción de atención a la salud fueron los procedimientos practicados en un entorno doméstico. La curación y las formas de curar forman parte de la construcción identitaria, especialmente en las mujeres de la comunidad. En los cuatro casos es notable cómo la curación aparece como una función social de las mujeres. Pero también el uso de la medicina local funciona como un elemento de cohesión, de afiliación con la comunidad. En este sentido, la importancia del papel que el sistema de curación local desempeña en la construcción de cierta identidad, en las mujeres como parte de este colectivo zoque particular, es evidente. Las definiciones de enfermedad, las formas de curar y, más importante, quiénes desempeñan la curación, son algunos de los aspectos del entramado de significados culturales, tal como los entiende Geertz (1987), que ayudan a que las mujeres se ubiquen dentro de la comunidad y asuman su papel y lugar en el colectivo.

Las mujeres son responsables de la salud de sus hijos y maridos, ellas deciden las estrategias empleadas para curar las enfermedades y se deben a la comunidad. Esto es especialmente evidente en el caso de Marta, quien una vez asumida como partera se convierte en un personaje de especial relevancia para la comunidad, con funciones a las que no puede renunciar o negarse a realizar. Marta debe responder a la atención de las embarazadas que la buscan, no importa la hora, la distancia que deba recorrer o si la embarazada es conocida o no.

Estudiar a mujeres cuyas historias singulares inician más o menos con la introducción de la medicina alópata ayudó a comprender un poco cómo los procesos de construcción de la identidad se ven trastocados, entre otras cosas, al relacionarse con nuevos elementos de significación al respecto de la salud y la enfermedad, como lo es el sistema de curación alópata. En el caso de casi todas las informantes (excepto María, la enfermera), el contacto directo de ellas con la medicina alópata no se da en la edad infantil temprana en parte por la

falta de disponibilidad de centros de atención alópata en la región. Pero incluso después de la construcción de las clínicas rurales y algunos hospitales, las informantes hicieron uso de la asistencia alópata hasta la edad adulta y a consecuencia de una emergencia relacionada con la maternidad: un parto difícil o la atención de un bebé enfermo.

Los elementos culturales introducidos -nuevos y extraños para el colectivo que ya posee un sistema de significados coherentes con su forma de vida- exigen que el colectivo los haga propio. Para ello se necesita de un proceso de re-interpretación y re-significación de ellos para que puedan ser apropiados por los miembros del colectivo. Algo que ha podido observarse en las entrevistas y durante la estancia es que algunas prácticas alópatas han sido re-significadas a la lógica y entendimiento zoque de las enfermedades y los remedios¹⁸ para poder ser incorporadas a las prácticas locales. No ha sucedido lo mismo con la forma de concebir algunas de las enfermedades, por ello algunos pacientes aún acuden a las clínicas para atenderse de una enfermedad local (como el mal aire) alegando que “el doctor lo llama de manera diferente” pero el tratamiento que prescribe igual es eficaz.

En otros casos pueden observarse articulaciones entre el papel de los profesionales alópata y, por ejemplo, los mandatos sociales a los que las curadoras locales deben atenerse. Ya que la curación es un asunto comunitario, las curadoras se convierten automáticamente en curadoras de la comunidad. El cumplimiento a estos mandatos es posible observarlo incluso en las formas que María, siendo enfermera, hace uso de su capacidad de curar. María responde a las expectativas que el colectivo ha depositado en las personas que pueden curar. Atiende enfermos en su casa y provee de medicamentos sin cobrar, expresa una devoción en la atención a los enfermos, y afirma dedicarse a la enfermería no interesada en los beneficios

18 Un ejemplo claro es la clasificación de los fármacos en fríos y calientes, tal como se clasifican las enfermedades y remedios que reconoce el sistema zoque de curación.

económicos que le pudieran representar, sino por amor a ayudar a la comunidad. De esta manera María ha ajustado su papel como enfermera alópata a los mandatos sociales construidos localmente para los curadores.

Así podemos entender cómo determinadas formas de relación con ambos sistemas de curación aportan para construir un sentido de pertenencia a los diferentes colectivos a los que las mujeres zoques terminan incorporándose. La negociación entre la autoafirmación y la asignación identitaria (Giménez, 2004) cobra aquí relevancia. Por un lado, están definidas las funciones que una persona que cura debe poseer o desempeñar dentro y para la comunidad, por otro lado, están las funciones, expectativas, etc. que un profesional alópata de la salud debe cumplir frente a la institución, así que el sujeto debe negociar entre ambas y echar mano de los recursos que su recorrido particular le han dotado para negociar la tensión entre las diferentes posiciones que “debería” ocupar y construir la suya propia.

La curación forma una parte constitutiva en la construcción de la identidad de las mujeres desde muy temprano y, en este sentido, aportaría al sentimiento de pertenencia o afiliación a la comunidad (Tajfel, 1984). Así que me adhiero a una concepción de la construcción identitaria como un proceso recursivo, donde se encuentran aspectos sociales y culturales, pero que se vive como una realidad subjetiva (Burkitt, 1991).

Las entrevistadas nacieron dentro de un periodo de 20 años en que las mujeres no poseían la libertad de decidir sobre ellas mismas. Tres de las cuatro entrevistadas fueron entregadas a sus maridos a temprana edad entre los 13 y 15 años. Sin embargo, incluso María se ajustó a la norma, se casó a los 16 años con un hombre mayor y se dedicó, por un tiempo, enteramente a cuidar de su familia y marido.

Las mujeres aprenden desde pequeñas las formas de curar y se socializan los procedimientos para sanar las enfermedades. Curar representa una de las principales

funciones reservadas a las mujeres y deben aprenderlo desde pequeñas porque forman familias desde muy jóvenes.

Así, la curación se define las actividades de las mujeres dentro del hogar y determina fuertemente su papel como madres y esposas. Las mujeres se dedican a curar y son ellas las responsables de transmitir los conocimientos sobre las enfermedades y remedios a las nuevas generaciones de mujeres. Cada abuela le enseña a la madre y la madre transmite sus conocimientos a las hijas. En todas las entrevistadas aparece la figura de una mujer en la genealogía que se destacaba por curar y se transforma en referente para adoptar y practicar los procedimientos de curar.

La actividad de curar se torna, entonces, en una manera de definir a las mujeres; la mujer que cura tiene cierto valor para su entorno social, las parteras y curanderas son las mujeres más importantes para la comunidad.

En este sentido hay una correspondencia entre el ser mujer y curar. Las mujeres no se pertenecen a sí mismas; su cuerpo pertenece a la comunidad y cuando inicia su etapa de fertilidad están disponibles para que un hombre la tome como esposa. Cuando curan y se asumen como curadoras (parteras y curanderas) el compromiso con la comunidad adopta nuevos niveles, su actividad curando debe estar dirigida a la comunidad completa, ya no limitada sólo a su familia inmediata. En este proceso las mujeres pasan de estar sujetas a sus maridos a estar sujetas a la comunidad entera.

En la construcción identitaria de las mujeres entrevistadas se atraviesan diversas aristas que se articulan en mayor o menor grado con la actividad de curar. “**Ser pobre**” es uno de los aspectos que sobresalen en cada una de las entrevistas.

El estado de Chiapas y sus pobladores cargan a costas el pesado estigma de la pobreza. En la localidad la mayor parte de la población no es económicamente activa y las

personas de desenvuelven, principalmente en actividades del campo¹⁹. Si bien es cierto que las condiciones objetivas de pobreza son evidentes en muchas zonas del estado, especialmente las indígenas, el sentimiento de “ser pobre” se convierte en algo que marca subjetivamente a los pobladores y los define como sujetos²⁰.

En el caso de las mujeres el “ser pobre” tiene connotaciones especiales. Las mujeres no podían realizar actividades económicas a la par de los hombres, es decir, las únicas actividades que podían realizar para obtener ganancias económicas eran las de índole doméstica: lavar ropa ajena, hornear pan para vender, planchar, cosechar café o limpiar de maleza las milpas. De este modo las mujeres se encontraban un escalón abajo de los hombres, hablando económicamente. Las mujeres debían sobrevivir con el dinero que el hombre trajera a casa y dedicarse a las labores del hogar. En aquellos casos en que el dinero no era suficiente la mujer podía desempeñar actividades domésticas para tener nuevas entradas de dinero, aunque ello implicaba la deshonra del marido, que no era capaz de cumplir adecuadamente con sus funciones de hombre de la casa.

Así las mujeres entrevistadas hablan de la pobreza como un aspecto definitorio en ellas mismas. Las prácticas de curación locales se han articulado con esta concepción de “ser pobre”. A menudo se le llama “la medicina de los pobres”, y fue muy común que en las entrevistas afirmaran preferir el uso de procedimientos locales por ser “baratos”.

En términos objetivos, los remedios locales representan una manera accesible para curar las enfermedades ya que se basan principalmente en el uso de hierbas y elementos que pueden tomarse directo del entorno. Sin embargo, más allá de lo barato que pueden ser los

19 Revisar la figura 7 que muestra la proporción de PEA y desocupada en página 140.

20 La figura 9 (página 142) muestra la proporción de municipios en marginación del estado.

remedios locales, debe comprenderse que proveen de una manera para sanar las enfermedades que se armoniza con las concepciones locales sobre los estados de enfermedad.

Dentro de las limitaciones a las que las mujeres se enfrentaban, hasta hace no mucho, estaba el no tener acceso a la educación. Los servicios de educación entraron años después de la construcción de la carretera Tuxtla Gutiérrez-Pichucalco, es decir, después de los años 50. Las entrevistadas nacieron o bien justo en los años de construcción de la carretera, o pocos años después de que se construyera. Esto quiere decir que los servicios de salud y educación estaban recién siendo introducidos en la comunidad cuando ellas eran niñas. Como mujeres, casadas desde los 13 o 14 años, sus oportunidades de acceder a la educación se vieron severamente reducidas. Marta y Laura, las entrevistadas con mayor edad, crecieron siendo analfabetas. Marta aprendió a escribir su nombre y a reconocer algunas letras recientemente gracias a los programas de alfabetización a adultos mientras que Laura sigue siendo analfabeta. Alba cursó hasta el quinto grado de primaria, interrumpió cuando fue llevada a vivir con su madrina para ser entregada en matrimonio poco tiempo después.

Por su parte, María comparte el sentimiento de no ser suficientemente instruida académicamente. Ella estudió la educación primaria y secundaria para después casarse. Luego de su separación logró ser admitida en el IMSS para recibir una instrucción técnica en enfermería. Aun así mantuvo el sentimiento de no saber realmente sobre su quehacer, comparándose constantemente con los conocimientos que tienen los médicos (generalmente varones) y con los de las enfermeras en las zonas urbanas.

La función de curar, entonces, se antoja como una manera de acceder al conocimiento. Un conocimiento que no cualquiera puede dominar y que no cualquiera puede poner en práctica. Sin embargo, este sentimiento de acceso privilegiado a los conocimientos locales sobre las enfermedades y las maneras de curarlas se ve mitigado al entrar en contacto con la

medicina alópata, desde la que se concibe a la medicina local como producto de la ignorancia y salvajismo.

Otro aspecto que sobresale en la construcción de la identidad es el “**ser indígena**”. Los zoques se encuentran alejados geográfica y culturalmente del resto de grupos indígenas del estado. Es el único grupo no mayense, lo que implica que la cosmogonía, lengua y tradiciones guardan grandes diferencias con las de las demás etnias. La región zoque, especialmente la zona de la sierra, carece de lugares turísticos que pudieran ayudar a la conservación de aspectos culturales como la vestimenta o la lengua, tal como ocurre en otras zonas del estado.

En general, la comunidad busca alejarse de la imagen indígena abandonando el uso del zoque²¹ y de la vestimenta tradicional. El fenómeno es muy complejo y son muchos los factores que se entre cruzan para dar cuenta del proceso de aculturación que se vive en estas comunidades, pero sin lugar a dudas el estigma de “ser indígena” tiene una participación considerable.

El asumirse o no asumirse como indígenas, resultó uno de los aspectos identitarios compartidos por las entrevistadas. Marta y María declarándose asumidas como indígenas, aunque aclarando que no dominan el idioma y que su familia proviene de otras zonas. Alba considerándose indígena “sólo en parte”, porque sólo en parte comprende el zoque y Laura que, habiendo crecido en una finca separada de la cabecera municipal, no se considera zoque.

Siendo que se asuman o no como indígenas, resulta importante considerarlo porque cuando se asume una identidad zoque, se lo hace aceptando la vergüenza y el peso social que ello implica, asociando ser indígena con la indecencia, la ignorancia y la pobreza. Quienes

21 La figura 4 (página 137) muestra la proporción entre hablantes y no hablantes de zoque. Nótese la reducida cantidad de hablantes zoque.

no se asumen como indígenas buscan separarse de estas condiciones y de este modo es que se convierte en un referente para constituirse como sujetos.

Así que en muchos casos se busca abandonar el uso de prácticas locales en favor de la medicina alópata, ya que los procedimientos del sistema local a menudo se identifican como prácticas indígenas. Las relaciones que las entrevistadas construyen con los sistemas de curación, las ayudan a construir nuevas identificaciones en la búsqueda de alejarse del “ser pobre”, “ser ignorante” o “ser indígena”. Grossberg (2009) afirma:

(...) la identidad, importancia y efectos de cualquier práctica y eventos (incluyendo los culturales) se definen sólo por la compleja serie de relaciones que le rodean, interpenetran y configuran, haciéndole ser lo que es. Ningún elemento puede aislarse de sus relaciones, aunque esas relaciones puedan cambiarse, y estén cambiando constantemente (p. 28).

Esto es especialmente notorio en Laura; quien teniendo hijos que han laborado en la estructura administrativa del municipio hace uso de las relaciones con la medicina alópata para construirse una imagen más moderna, haciendo juego con las nuevas pautas y valores que los pobladores del barrio central sostienen.

En este sentido, la asistencia a consultas en las clínicas alópatas y la incorporación de elementos de esta medicina en el tratamiento de las enfermedades ayuda a la construcción de identificaciones que tratan de distanciarse de una identidad indígena o pobre. Ello no quiere decir que necesariamente se adopten las explicaciones alópatas, pues al menos Laura hace uso de prácticas alópatas, pero conserva un entendimiento local de las enfermedades.

De esta manera, la curación se convierte en una parte de suma importancia en la construcción identitaria de las mujeres, trastoca y se articula con otros aspectos y provee a

las mujeres de una vía para asumir ciertos roles y lugares sociales, con la posibilidad de delinear nuevas funciones y nuevas formas de relacionarse con el colectivo.

8.5.2 La Curación y el Contrapoder. Ya he abordado cómo las mujeres estaban sujetas al poder del hombre, situación que, si bien se ha matizado, no ha cambiado del todo en la actualidad. Aún hoy en día las mujeres asumen el rol que tradicionalmente se ha inculcado en ellas. Las jóvenes adolescentes que “eligen” fugarse con sus novios de mayor edad no son un fenómeno extraño. Interrumpen sus estudios y abandonan sus hogares paternos para irse a vivir con un hombre, tener hijos y dedicarse a cuidar de su familia. Algunas muchachas son recuperadas por la familia, quienes la regresan a la casa del padre por la fuerza, mientras la joven y su familia quedan mancilladas.

La situación comienza a cambiar. La población en las escuelas, sobre todo en educación básica, es balanceada. Ahora es posible ubicar algunas mujeres profesionales: enfermeras y maestras principalmente. Hay más mujeres trabajando en la presidencia y policía municipales. Sin embargo, siguen siendo relegadas a las actividades más sencillas. Las mujeres policía se encargan de encender y apagar la bomba purificadora de agua, llevan mensajes a otras comunidades y acompañan a los policías varones en sus actividades. En la presidencia el puesto más alto al que puede aspirar una mujer es a regidora, es impensable y bastante improbable que una mujer sea elegida para desempeñarse como secretaria municipal y mucho menos como presidente.

Así que en términos generales las mujeres siguen estando sujetas a realizar las actividades del hogar o participar en la vida económica a través del comercio de alimentos, realizar labores domésticas en otras casas, o a través de la curación.

En el caso de las mujeres entrevistadas, la curación se convirtió en una fuente de contrapoder al dominio y hegemonía del hombre. La mujer nacía sujeta a lo que su padre

decidiera una vez que era biológicamente capaz de procrear hijos. Una vez dada en matrimonio las mujeres no podían decidir sobre ellas mismas o su propio cuerpo, ni siquiera podían decidir cuántos hijos tener.

Como ejemplos, tenemos el caso de Alba, cuyo esposo a manera de castigo, la obligaba a tener relaciones sexuales justo después de dar a luz por no parir bebés varones. María, por otro lado, fue objeto de muchos tipos de violencia por parte de su celoso esposo, quien la obligó a engordar esperando con ello prevenir alguna infidelidad.

En este contexto, las mujeres podían encontrar en la curación una especie de contrapoder. La mujer decide, en caso de enfermedad, qué tipo de remedios se van a utilizar, en qué momentos y cantidad. También es la función de la mujer decidir el tipo de atención que se va a recibir, local o alópata.

De este modo las mujeres tienen cierto poder sobre el cuerpo del hombre, las mujeres pueden decidir sobre el cuerpo de sus maridos. No es que los conocimientos sobre la curación sean exclusivos a las mujeres. Muchos de los hombres con los que conviví conocían las capacidades curativas de muchas plantas y podían describir los procedimientos para curar la mayoría de las enfermedades. Sin embargo, no es la función del hombre curar, a excepción de algunos yerbateros o curanderos²². Así que a pesar de que los hombres han aprehendido prácticas y definiciones locales y alópatas, dejan en manos de las mujeres la función de la atención a las enfermedades.

De este modo, en cada familia se ubica a una mujer como referente para la atención de partos y enfermedades, generalmente se trata de la mujer con mayor edad: la abuela, madre

22 Hace algunos años me fue posible ubicar algunos curanderos y yerbateros que vivían en comunidades separadas de la cabecera municipal. Durante el trabajo de campo para este trabajo me fue imposible encontrar curadores locales varones.

o suegra, quien tiene el poder de decidir sobre las mujeres y hombres menores a ella. La mujer curadora se vuelve tan respetable que se le llama “tía” o “abuela”, pertenezca o no a la familia. Esta correspondencia entre curación y denominaciones, digamos, familiares me hace pensar en el papel que las mujeres curadoras tienen en la comunidad. Las mujeres que se dedican a curar no pueden reusarse a atender pacientes, no deben cobrar por sus servicios, se deben a la comunidad y deben atenderla con compasión y amor. Es como si las curadoras, las parteras en especial, se convirtieran en las madres de la comunidad.

Es en este sentido cuando me refiero al contrapoder al que acceden las mujeres por medio de la curación. Por ejemplo, Alba, cuando quiso operarse para dejar de tener hijos pues su esposo alcohólico la maltrata y no le provee de los medios económicos para mantener a la familia, su suegra le aconseja colocarse el dispositivo intra-uterino (DIU), aunque el esposo de Alba se opone.

De esta manera se crean “alianzas” entre las mujeres, que se apoyan unas en otras para poder decidir sobre sus cuerpos aunque a espaldas de los hombres. Marta, aprovecha su estatus de partera para aconsejar a las parejas sobre los beneficios de la planificación familiar²³. María accede a administrar las ampollitas anticonceptivas y colocar DIU's en la clínica manteniendo el secreto a las pacientes y sin registrarlo en las estadísticas de la clínica.

En el caso de las mujeres que asumen la curación como su actividad en la comunidad, sean curadoras locales o enfermeras, este contrapoder obtenido por medio de la curación adquiere nuevos matices. Las mujeres curadoras tienen funciones y lugares especiales para el colectivo. Una vez que la mujer se ha asumido como curadora local, partera, por ejemplo, se ve menos sujeta al dominio de su marido. No necesita de su permiso para salir de casa a

23 Aunque hablar a sus “pacientas” sobre métodos anticonceptivos es parte de las funciones que el IMSS le ha impuesto como partera certificada.

atender a una embarazada o para viajar a otro municipio a recibir un bebé. Las relaciones con su familia adquieren nuevas dimensiones; la atención a la comunidad se convierte en una nueva prioridad. Incluso las relaciones con médicos varones tienen cambios cualitativos, Marta es capaz de exigir atención y ha llegado a amenazar a médicos que se niegan a atender embarazadas, apoyada en la certificación que recibió.

Por otro lado, María, quien es la entrevistada más joven y quien tuvo mayor acceso a la educación y otros servicios, ha encontrado en su profesión una manera de llevar una vida diferente a la del resto de mujeres de la localidad. La enfermería la ha llevado a vivir en comunidades alejadas de su municipio, a tener contacto con personas de diversos niveles socio-económicos y a iniciar estudios de licenciatura. Su papel de enfermera la ha colocado en un lugar diferente en la comunidad, con cierta autoridad.

Sin embargo, este contrapoder no se trata de algo que provea de emancipación a las mujeres. Las mujeres toman decisiones sobre su vida sexual a espaldas de los hombres. La propia vida sexual de las mujeres, en muchos casos, carece de un sentido de placer y se reserva a la reproducción sexual y a apaciguar al marido. Marta ha sido amenazada de muerte en varias ocasiones por hablar a las mujeres sobre sus derechos a decidir cuántos hijos tener, además ha sido incrustada en una estructura institucional donde depende de los médicos varones para ejercer la partería. Son los médicos varones quienes la certificaron, quienes la evalúan y quienes le proveen el material que necesita para atender partos. María por otro lado, ha elegido relacionarse con hombres violentos, que la someten y dominan, aunque frente a la comunidad ella tendría mayores probabilidades de asumirse como una mujer independiente.

De este modo, la curación se presenta como un elemento que trastoca la construcción identitaria de las mujeres al proveerles de medios para matizar el dominio de los hombres y

que puede, también, colocarlas en un lugar y estatus diferente frente al colectivo. No obstante, estas posibilidades de contrapoder no son vividas de igual manera en una dimensión subjetiva, donde las mujeres se siguen ciñendo al poder de los hombres.

8.5.3 Relaciones de Ambivalencia. Cuando se piensa en las mujeres y sus relaciones con la curación, ya sea que la desempeñen en un nivel doméstico o lo hagan como profesionales de la curación, alópatas o locales, se debe considerar la coexistencia de medicinas en la que los miembros de la comunidad se desenvuelven.

Los estudios antropológicos han abordado abundantemente cómo los miembros de las sociedades aprehenden y adaptan prácticas y términos que provienen de diferentes medicinas y las resignifican para su empleo en la atención de las enfermedades. También se ha estudiado cómo las personas alternan su asistencia a los distintos servicios médicos de acuerdo a su entendimiento de la enfermedad.

Mi objetivo se centró en comprender cómo las mujeres entrevistadas establecían sus relaciones con las diferentes medicinas presentes en su comunidad y cómo esas relaciones tenían algún impacto en la construcción de su identidad, sin embargo, surgieron algunos otros fenómenos subjetivos relacionados de alguna manera a la construcción de la identidad. Uno de ellos es la experiencia de ambivalencia frente a los diferentes sistemas de curación.

Al analizar las experiencias de las mujeres y cómo viven la coexistencia de medicinas diferentes en su comunidad quedan de manifiesto las articulaciones que los sujetos han construido para hacer uso de ambos sistemas de curación en la práctica, así que me propuse explorar las experiencias relevantes, para ellas, en sus relatos sobre los contactos con las diferentes medicinas.

En la exploración de los relatos se puso de manifiesto cómo establecían relaciones entre aspectos opuestos en su manera de percibir sus experiencias y la realidad misma. Fue

común que narraran su niñez en términos de lo triste y lo alegre, entrelazados al mismo tiempo, lo bueno y lo malo, lo natural y lo químico.

La concepción de la realidad en dualidades es algo común para la cosmogonía zoque. Tradicionalmente se han entendido a las plantas y animales en opuestos, fríos y calientes. Las enfermedades se han clasificado de acuerdo a esta misma relación de opuestos, en frías o calientes, lo mismo con los remedios. Se ha construido un sincretismo entre la mitología zoque y la divinidad cristiana, donde seres divinos benignos (vírgenes y santos) ayudan a curar las enfermedades, mientras que otros malignos (“munganán”, seres de encanto y malos aires) las provocan.

Los elementos incorporados desde la medicina alópata se han resignificado para su comprensión desde esta mirada, los fármacos son divididos en fármacos calientes o fríos y se utilizan de acuerdo a esta clasificación; su empleo puede o no corresponder con el empleo alópata para curar determinadas enfermedades. Lo mismo ha sucedido con enfermedades como la diabetes, que no existe en las clasificaciones locales; la diabetes, popularmente denominada azúcar, se trata a base de hierbas con sabor intensamente amargo. Esto pone de manifiesto el entendimiento de las enfermedades y sus remedios en opuestos o contrarios.

Cuando hablamos del establecimiento de relaciones entre las entrevistadas y los sistemas de curación la relación entre opuestos aparecen, aunque sus matices son más sutiles. Tomemos como ejemplo el caso de Marta, quien inicia su camino en la curación desde el nivel doméstico, pero luego de tener a su última hija comienza recibir niños de mujeres vecinas y amigas. Pronto es identificada por algunos miembros de la comunidad como una potencial partera y solicitan sus servicios. Desde la primera vez que atendió un parto, Marta se enfrentó a una encuentro de opuestos: le gustaba atender a las embarazadas aunque lo hacía “ocultamente”. No quería ser identificada como partera por las implicaciones que ello

trae consigo. Este “querer ser” contrastado con el “no querer ser” se enfrentó en su caso y marcó el camino para que ella se asumiera como partera ante la comunidad un tiempo después.

Quizá podamos encontrar en los mandatos sociales hacia las mujeres y los curadores parte de la explicación para la presencia de estos opuestos en los afectos y actitudes de Marta con respecto a convertirse en partera. Por un lado, Marta creció aprendiendo el lugar y las funciones de las mujeres, bastante limitadas en comparación con las de los hombres. Dicho mandato social, de sometimiento a la voluntad del hombre, es el eje en el que las mujeres desarrollaban sus actividades y se construían como sujetos. Por otro lado, encuentro el mandato social hacia los curadores; cuando una persona es identificada con el don de curar, no puede ocultar o negar compartir los beneficios del don con el resto de la comunidad. El curador local tiene una obligación para con la comunidad, ello pondría la obediencia a su esposo en segundo término. Asumiéndose como partera, debería responder a la comunidad antes que a su propio marido.

Al asumirse como partera se encontraría ante dicho dilema: responder a la función de las mujeres o asumir su compromiso con la comunidad por encima del compromiso con su esposo. Buscando conciliar ambos mandatos sociales encuentra la solución, en un primer momento, curando y atendiendo a quien la buscara sin asumirse oficialmente como partera y exigiendo que le guardaran el secreto.

Esta manera de relacionarse con la medicina local, ambivalente como he decidido llamar a esta presencia de opuestos, me parece que es vital y que se expresa también en la manera de relacionarse con la medicina alópata y con el resto de procedimientos para curar diferentes a los locales.

Cuando analizo sus formas de relacionarse con la medicina alópata podemos encontrar una disparidad entre proceder y discurso. Marta se asume como partera gracias a la invitación de un médico alópata para instruirse por el IMSS. Para poder ejercer la partería depende la clínica local, que le provee de material, capacitaciones, el médico la evalúa mensual o quincenalmente y también le provee de cierta legitimidad frente al colectivo al contar con el respaldo del instituto. Cuando habla sobre sus relaciones con la clínica destaca la importancia que tiene la participación del médico en su quehacer como partera, incluso llega a verbalizar que “es mejor ir con el doctor”. No obstante, cuando la propia Marta o algún miembro de su familia se enferman no acude a la clínica para atenderse, resuelve sus necesidades de atención dentro del hogar, aunque dichos procedimientos pueden incluir el uso de fármacos.

La presencia de estos opuestos fue común en los testimonios de las entrevistadas, con diferentes matices e intensidades. María, siendo enfermera alópata manifiesta actitudes opuestas hacia la medicina local. Cuando habló sobre los procedimientos utilizados en su familia desde su niñez para curar, se debate entre los conocimientos alópatas que ha adquirido sobre la atención a las enfermedades y las concepciones locales que aprendió desde pequeña sobre los estados de salud y enfermedad.

En su discurso da cuenta de la efectividad de los procedimientos locales para curar de las enfermedades, pero cuando trata de corresponderlos con la lógica alópata, es que no encuentra explicación para su efectividad empírica, remata diciendo “no lo entiendo”. Así que por un lado evita los procedimientos locales, manteniéndose cercana al discurso alópata, mientras que por otro lado acepta que sus hijos sean atendidos por enfermedades no alópatas, como el antojo y la enfermedad del perro, por curadores locales.

En este mismo sentido, llama la atención cuando habla sobre sus actividades dentro de la clínica alópata en la que labora. Al tener complicaciones con las embarazadas que llega a atender, manda llamar a la partera más cercana, certificada o no por el IMSS, quien haciendo uso de procedimientos locales resuelve las complicaciones que María no pudo atender.

Sobre esto me gustaría reflexionar un poco. Menéndez (1992) nos ayuda a comprender cómo se establecen las relaciones de hegemonía y subalternidad entre la medicina alópata y las medicinas diferentes a ella en los contextos sociales en que coexisten. Uno de los aspectos que ayudan a expresar y a mantener esta relación de hegemonía-subalternidad es el empleo de curadores locales en las clínicas y la certificación de ellos frente a la comunidad, especialmente las parteras.

Ahora bien, tratando de llevar la discusión a terrenos del psiquismo, intento comprender las implicaciones de emplear procedimientos y curadores locales dentro del consultorio. María, como enfermera, se ve ante la disyuntiva de emplear la ayuda de una partera local porque sus capacidades como profesional alópata son limitadas. Dichas limitaciones responden a multitud de factores, por ejemplo, la limitada disponibilidad de material médico y la capacitación básica que obtuvo para convertirse en enfermera. En este sentido podría argumentarse que María hace un uso instrumental de las capacidades de la partera para solucionar una emergencia médica, sin embargo, cuando volteé la mirada a su trayectoria personal encontré que su confianza en las parteras va más allá de una mera postura instrumental. Atendiendo las recomendaciones de una partera, María pudo llevar a término un embarazo que un médico había diagnosticado como psicológico.

Así que el empleo de parteras dentro de la clínica revela a una enfermera alópata que responde aún a las concepciones locales sobre la enfermedad a pesar del discurso alópata que

ha aprendido. Por otro lado, está la embarazada que acude a atender su parto en la clínica alópata. Supongamos que la embarazada decide atender su parto en la clínica del IMSS al considerar que el profesional alópata está mejor capacitado que las parteras locales. Ella recibe un mensaje contradictorio cuando se encuentra con la limitada capacidad de la enfermera, quien tiene que llamar a una partera local para resolver la emergencia.

La presencia de estos opuestos es más sutil en las mujeres que no se dedican a curar. Laura, viviendo en el barrio central de la comunidad, el más mestizado, trata de ajustarse a los modos de atención más modernos. Poco después de mudarse a este barrio tuvo su primera experiencia dentro de un consultorio alópata, desde entonces decidió atenderse exclusivamente con médicos alópatas. Sin embargo, al analizar sus prácticas de atención a la salud queda de manifiesto que su primera opción son las locales, aunque en un nivel doméstico. Los procedimientos utilizados dentro del hogar actualmente incorporan tanto elementos locales como alópatas; sin embargo, el entendimiento de las enfermedades está más cercano a las construcciones locales.

La cercanía que Laura manifiesta hacia la medicina alópata puede entenderse desde varias aristas: su residencia en el barrio central (el más moderno y mejor colocado económicamente), la participación de sus hijos en las instituciones de gobierno del municipio, los años en que vivió profesando el adventismo y su negativa a asumirse como indígena.

Mientras tanto, Laura se mantiene cercana con el entendimiento de las enfermedades desde las construcciones locales. Como ejemplo me gustaría citar cuando acude a consultas alópatas para curarse el “aire”, para conciliar el discurso del médico con el de ella hace uso del humor para poder referirse a la enfermedad tal y como la comprende sin entrar en un conflicto frontal con el discurso del médico.

Alba, en otro extremo, afirma tener mayor confianza en la medicina local. Su primera opción de atención a la salud son los “remedios caseros”. Aunque desde que padece diabetes se ha visto obligada a tener visitas con médicos alópatas, más de lo que admite; pues en el último año ha sido diagnosticada y ha recibido atención y medicamentos.

Trataré de llevar a un terreno más teórico esta discusión sobre las articulaciones entre opuestos en las experiencias de las mujeres entrevistadas. La decisión de nombrar la presencia de estos opuestos como ambivalencia y no como contradicción, reside en que la presencia de los opuestos no supone un rompimiento de las entrevistadas con alguno de los sistemas de curación.

Teniendo como objetivo lograr una comprensión socio-clínica de las relaciones de ambivalencia con los sistemas de curación, he decidido retomar dos definiciones que pueden ayudar a comprender estas articulaciones entre lo social y lo singular.

La primera de ellas es la que ofrece Umberto Galimberti (2002): “Es la presencia en la relación de un sujeto con un objeto de ideas, sentimientos, tendencias y actitudes de signo opuesto” (p. 58). Esta definición tan amplia ofrece la oportunidad de abarcar los aspectos opuestos que he destacado en el análisis de las entrevistadas.

En este sentido la ambivalencia se expresaría en procesos psíquicos elaborados por el sujeto en relación a un objeto determinado. Aunque pensar a la ambivalencia de esta manera conlleva los peligros de asumir una postura en extremo dicotómica, donde el sujeto es el que elabora pensamientos, actitudes y afectos opuestos respecto de algo que está fuera de él. Sin embargo, lo relevante de la definición de Galimberti es que destaca la presencia de opuestos en las relaciones, que no necesariamente entran en conflicto entre sí ni provocan un desgarramiento en el sujeto.

Me inclino a pensar que las posturas ambivalentes de algunas de las entrevistadas están sostenidas en la naturaleza de las relaciones que han construido con la comunidad y con los propios sistemas de curación. Consideremos a Marta y la tensión a la que se enfrentó con el sistema local y la comunidad antes de convertirse en partera. Su condición como persona con el don de curar, en un primer momento, que entró en tensión con el cómo sería asumirse partera (las implicaciones ya las he abordado de sobra) y cómo se establecieron las nuevas relaciones una vez que se asumió como partera frente a la comunidad. Esta definición ayuda a comprender que las relaciones ambivalentes con los sistemas de curación están enmarcadas en un determinado estado dentro del contexto.

Apuntando más a una comprensión estructural de las relaciones ambivalentes hago referencia a el análisis de Simmel (1988) sobre cómo las estructuras sociales impulsan estados contradictorios (Robles, 2000). La participación, directa e indirecta, de las instituciones de salud en el establecimiento de relaciones ambivalentes de los sujetos con los sistemas de curación es algo que ha sobresalido a lo largo de este trabajo. Simmel (1986) apunta:

De lo que se trata es, ante todo, de esto: que el contenido social de la vida, aunque pueda ser explicado totalmente por los antecedentes sociales y por las relaciones sociales mutuas, debe considerarse al propio tiempo también, bajo la categoría de la vida individual, como vivencia del individuo u orientado enteramente al individuo (p. 50).

Son variadas las maneras en que las instituciones de salud aportan para que los sujetos construyan una ambivalencia en las relaciones que sostienen con ellas. Un ejemplo claro de ello es el papel que tienen los programas asistenciales en la comunidad. Los beneficiarios de Oportunidades están obligados a tener al corriente sus registros de vacunación, hacerse

revisiones de glucosa y papanicolau, y asistir a las pláticas sobre higiene y control natal. Mientras tanto, las consultas para atender enfermedades comunes son puestas en segundo plano, generando una dinámica peculiar en la que los beneficiarios de Oportunidades deben elegir entre la asistencia a la cita para cumplir con el programa o recibir atención para sus enfermedades. Otro de los aspectos es la certificación, y su consiguiente legitimación, de curadores locales. Si bien es cierto que las instituciones alópatas de salud echan mano de ellas para satisfacer las necesidades de poblaciones a las que la infraestructura alópata no puede llegar, el mensaje que reciben los usuarios es contradictorio: la medicina científica es la legítima, pero deben atenderse con los curadores que siempre han conocido. Sumado a esto se encuentran las recomendaciones que hacen los profesionales alópatas dentro del consultorio a seguir empleando remedios locales, como tés y pomadas.

De este modo no extraña que los sujetos repitan el discurso de legitimidad de la medicina alópata: “es mejor ir con el médico”; pero que en la práctica prefieran y dependan de los remedios locales para atender sus enfermedades. Una posición ambivalente frente a los sistemas de curación permitiría a los sujetos articular aspectos alópatas y locales y con ello transformar las concepciones de los estados de salud y enfermedad. Mientras que, al mismo tiempo, las posiciones ambivalentes permiten responder a las exigencias institucionales (de parte de la medicina alópata) y del colectivo (en el caso de la medicina local).

8.5.4 Diferentes Formas de Relaciones y Procesos. Apuntando a una interpretación socio-clínica de los procesos que aparecen en la construcción de las relaciones con los diferentes sistemas de salud he tratado de identificar aquellos aspectos culturales, sociales, institucionales, comunitarios, de la historia familiar y de la trayectoria singular, que contribuyen al establecimiento de relaciones ambivalentes o de nuevas identificaciones que

inciden en su construcción identitaria y en sus subjetividades, buscando mantener “(...) una tensión entre los registros sociales e individuales” (Taracena, 2010, p. 397).

Pensando en un registro Macro que “(...) tiene que ver con los problemas estructurales de la sociedad en que vivimos, derivados de un capitalismo hipermoderno (...)” (Taracena, 2010, p. 398), destaco los aspectos culturales, sociales e institucionales.

En primer lugar, la presencia de opuestos en la cosmogonía zoque para entender el mundo, que posibilidad a los sujetos para entender la realidad en opuestos que se articulan y entrelazan, dotando a los sujetos de la posibilidad de navegar entre los extremos de los opuestos y sus intermedios sin que ello implique una ruptura psíquica o conflicto en el sujeto.

Por otro lado, se encuentra la legitimación de los curadores locales, su consecuente empleo de curadores dentro del consultorio y, también, la recomendación de remedios locales por profesionales alópatas. Estos tres aspectos representan un importante impulso para la aparición de estados contradictorios, ya que cierta parte de la medicina local es “legitimada” por los profesionales alópatas, mientras se exige al usuario adoptar a la medicina alópata como legítima.

La tecnificación de los profesionales alópatas, especialmente enfermeras, abona a que se eche mano de los procedimientos y profesionales locales dentro del consultorio. La limitada preparación de las enfermeras dificulta una adopción completa (si es que es posible) de las explicaciones alópatas.

Por último, los programas asistenciales colocan a los sujetos en modos particulares de relación con los diferentes sistemas de curación. Los sujetos deben asistir a las pláticas y revisiones periódicas para mantener los beneficios monetarios del programa, mientras que la atención de sus padecimientos queda relegada a segundo término, llevándolos a seguirse atendiendo con la medicina local.

En un registro meso he colocado los aspectos de la historia familiar que intervienen en la construcción de las relaciones con los sistemas de curación. Un aspecto que sobresalió fue la presencia de curadores locales en la línea genealógica de las entrevistadas. Todas hicieron referencia a una figura, generalmente femenina, cuya distinción era el don para curar y que sirvió de referente para los procedimientos que emplean actualmente. Esto es de especial relevancia para Marta y María, quienes evocan a dichas figuras como relevantes para su desempeño actual como profesionales de la curación.

Otro de los aspectos de la historia familiar, común a las entrevistadas, fue la articulación temprana de elementos alópatas y locales en el tratamiento de las enfermedades, aspecto que las ha acompañado desde la niñez. La adopción de términos y elementos alópatas para dar cuenta de las enfermedades, desde la lógica local, es algo narrado por todas las entrevistadas. Desde los primeros contactos con la medicina alópata (en la década de los 50) los sujetos adoptaron términos, aunque ello no necesariamente hacía correspondencia con las clasificaciones alópatas, ha significado una especie de “puente” para adoptar cada vez más términos y prácticas en su empleo en un nivel doméstico.

En la trayectoria personal, puedo destacar diversos aspectos. Por un lado, están las experiencias con enfermedades y formas de curar en la infancia, que sin dudas marca la manera en que se entenderá a la enfermedad. Es a través de la socialización que la manera de entender a los estados de salud y enfermedad son aprehendidos por el sujeto, pero las experiencias personales matizan y ayudan a re-significar dicho entendimiento social.

Retomando las ideas de González (2002) sobre las relaciones entre lo social y lo singular o subjetivo, como una articulación dialéctica en la que el sujeto adopta una postura activa, aprehendiendo lo social que a su vez es re-organizado por la experiencia personal. Esto es a lo que Gaulejac (2005) se refiere sobre las relaciones entre la historia e historicidad,

donde el individuo está sujeto, por un lado, a la historia social y cultural del entorno en que se desenvuelve mientras que al mismo tiempo es creador de historia, de su propia historia.

Por otro lado están los deseos de la infancia, cosa especial en las entrevistadas que terminaron asumiendo su papel de profesionales de la curación en la comunidad, como partera y enfermera. En ambas existió un deseo de convertirse en profesionales alópatas. Esto corresponde a un deseo de construir identificaciones alejadas de lo indígena, la pobreza y las condiciones en que las mujeres vivían.

Las experiencias con la medicina alópata marcaron la forma en que las entrevistadas se relacionaron con dicha medicina. En todos los casos la primera consulta alópata en sus trayectorias se dio debido a una emergencia que no pudo ser atendida con procedimientos locales. Esto marcó una nueva dimensión en la atención de las enfermedades y ello significó impactos en otros aspectos de la experiencia psíquica de las entrevistadas, como la construcción de nuevas identificaciones, el ejercicio del contra-poder al dominio del hombre y en algunos casos el establecimiento de relaciones de ambivalencia con respecto a los sistemas de curación.

Las primeras experiencias con la medicina alópata, así como la entrada de programas asistenciales marcó nuevos tipos de contactos con las instituciones de salud en la comunidad. Estas interacciones con las instituciones implicaron la obligatoriedad de la asistencia a consultas, el diagnóstico de enfermedades crónico degenerativas y el empleo de procedimientos de autoatención, como las estrategias de planificación familiar, todo ello condicionado al pago de una cantidad bimestral. De este modo las mujeres han construido formas de satisfacer las exigencias de las instituciones y al mismo tiempo mantener la concepción local de las enfermedades. A través de estos contactos, también, es que adquieren de estrategias para establecer un contrapoder a través del uso de su propio cuerpo.

Los procesos por los que se establecen las relaciones con los diferentes sistemas de curación, entonces, se ven atravesados por estos tres niveles. Las articulaciones entre lo social, lo cultural, lo institucional, lo familiar y lo singular determinaran el tipo de relaciones y las implicaciones psíquicas que representan para los sujetos.

Dentro de estas implicaciones psíquicas, la construcción de nuevas identificaciones y el ejercicio del contrapoder aparecieron como las más evidentes, mientras que la adopción de una postura ambivalente con respecto a las diferentes formas de curar son características en las mujeres que tienen mayor contacto con las instituciones alópatas.

9. Conclusiones

Al pensar sobre las implicaciones psíquicas que aparecen en la construcción de las relaciones entre los miembros de una comunidad zoque y los diferentes sistemas de curación, queda de manifiesto que se trata de un fenómeno complejo y multidimensional.

Son muchos los aspectos que se atraviesan para dar forma a la experiencia personal en las interacciones de las mujeres entrevistadas con las diversas formas de curar; aspectos personales, familiares, institucionales, culturales y sociales. Lo que pone en evidencia la necesidad de un abordaje multidisciplinar o transdisciplinar a este tipo de fenómenos.

A pesar de que es reducida la cantidad de estudios desde la psicología, comparados con el gran número de investigaciones desarrolladas desde la antropología médica, el abordaje de los aspectos psíquicos que subyacen a la elección o articulación de procedimientos médicos, se manifiesta como importante para un mejor entendimiento de la atención a la salud en los diversos contextos mexicanos.

Estos estudios han puesto de manifiesto que la mayor parte de la población mezcla o articula diferentes formas de diagnosticar, tratar y entender las enfermedades. Ocupando elementos de la medicina alópata, así como remedios de origen prehispánicos, derivando en una construcción de la enfermedad donde las concepciones de ambas medicinas se hayan entremezcladas en el imaginario popular.

Sin embargo, este fenómeno adopta formas menos sutiles cuando pensamos en comunidades rurales de difícil acceso, donde la presencia de profesionales alópatas se ha vuelto regular hasta hace no mucho tiempo. Los diferentes estudios etnográficos y antropológicos han puesto de manifiesto cómo los colectivos desarrollan estrategias locales para satisfacer sus necesidades de salud, esto incluye explicaciones, procedimientos, términos, clasificaciones, etc. Estos elementos dan cuenta de los estados de salud,

enfermedad y atención armonizando con la cultura local y echando mano de los recursos naturales del entorno.

Existe una enorme cantidad de estudios que comparan a los sistemas de curación y ponen de manifiesto las profundas diferencias para concebir y clasificar a las enfermedades entre ellos. Como ejemplo puedo citar los esfuerzos de la etnopsiquiatría para dejar en claro que la enfermedad mental es una construcción occidental. En las clasificaciones de las enfermedades de las medicinas locales no existen enfermedades exclusivas de la mente, es común que se entienda a la enfermedad como un fenómeno a la vez corporal, espiritual, mental y social, derivando ello en tratamientos que buscan el equilibrio del sujeto en todas esas esferas.

Esto lleva a considerar la existencia de un paralelismo entre las maneras de explicar y tratar a las enfermedades entre los diferentes sistemas de curación. Estudios hacen referencias a las dificultades a las que se enfrentan los profesionales alópatas en medios rurales, al no ser preparados para hacer frente a las peculiaridades de la cultura local en que son insertos. Y también mencionan las dificultades de los pacientes que no entienden el discurso científico del médico, que entra en conflicto con el entendimiento local de las enfermedades.

Estas consideraciones pueden llevar a pensar que los sujetos se encuentran cooptados entre uno u otro sistema de curación. Que la coexistencia de medicinas implica el surgimiento de un conflicto en los usuarios que deben resolver apegándose a alguna de las medicinas. Sin embargo, la realidad no podría ser más diferente.

Los miembros de las comunidades rurales construyen articulaciones y puentes entre las diferentes medicinas, echando mano de los recursos que consideran eficaces empíricamente y los resignifican para entenderlos desde la lógica local. Esto es algo que se

ha estudiado desde la antropología médica y han surgido conceptos como la transacción para dar cuenta de esta articulación de prácticas. No obstante, se ha abordado menos cómo viven los usuarios estas articulaciones y cómo construyen sus relaciones con las diferentes medicinas, en un nivel psíquico.

El tratar de llevar el estudio desde una postura más psicológica no me alejó de la necesidad de incorporar construcciones de diversas disciplinas para la construcción de un fenómeno complejo y tratar dar cuenta de él.

9.1 Mujeres y Curación

La curación, la actividad de atender enfermedades, se ha convertido en uno de los aspectos más importantes en la vida de las mujeres zoques. Les ha otorgado lugares y funciones sociales determinadas, así como un rol a desempeñar frente al colectivo.

Se trata de un aspecto que atraviesa los diferentes componentes que ayudan a dar forma a una construcción identitaria, pero que al mismo tiempo posibilita a las mujeres para construir maneras de cambiar su lugar y función sociales y ejercer un contrapoder al dominio masculino.

La relación que existe entre las mujeres y la curación se remonta hasta tiempos indefinidos; las mujeres se han convertido en las protagonistas de los procesos de socialización de las formas de curar y del entendimiento de las enfermedades. Desde pequeñas deben aprender las formas de diagnóstico y tratamiento, y en ellas recae la responsabilidad de elegir los modos de atención.

En este sentido, las mujeres serían los sujetos encargados de establecer las relaciones con los sistemas de curación y de construir las articulaciones entre las diversas maneras de curar al adoptar y resignificar elementos de ambas en la atención doméstica de la salud.

Como principales depositarias del don de curar, son las responsables de transmitir el don a sus hijas y nietas, y enseñar las estrategias de curación a las mujeres más jóvenes de la familia. Esto las coloca en un nivel de mayor compromiso con la comunidad, pues deben asegurar que las estrategias de curación perduren.

Al ser las mujeres los principales agentes de socialización de las estrategias de atención, construyen maneras de contrapoder para hacer frente a la hegemonía masculina. La curación les provee la posibilidad de ejercer poder sobre el cuerpo masculino, atendiendo a esposos e hijos, y les dota de autoridad dentro de la familia, ya que la mujer más anciana es la protagonista de la atención a las enfermedades en los entornos domésticos.

Para las mujeres que asumen a la curación como un ejercicio profesional, ya sean alópatas o locales, representa un nivel mayor de contrapoder. Les dota de cierta “independencia” del marido o padre para responder a las necesidades del colectivo. Aunque subjetivamente las mujeres continúan sujetas al poder del hombre.

Ante el poder excesivo del hombre, las mujeres han desarrollado formas para hacerle frente de maneras sutiles e indirectas, principalmente. Dichas formas atraviesan las estrategias de curar. Las mujeres se apropian de procedimientos alópatas que les permiten ejercer control sobre sus propios cuerpos, por medio de estrategias de control natal, procedimientos que carecen de correspondientes locales.

Se crean alianzas entre las mujeres de la misma familia, con las partera y enfermeras para llevar a cabo este ejercicio del derecho sobre el propio cuerpo ha escondidas de los hombres. En otros casos la mujer más anciana dentro de la familia ejerce su figura de autoridad para imponer el empleo de procedimientos de planificación familiar, decisiones a las que no pueden oponerse los hombres menores a ella.

De este modo las mujeres han aprendido a utilizar no solamente estrategias locales de curación en el ejercicio del contrapoder, han incorporado y establecido relaciones con la medicina alópata con el mismo propósito.

9.2 Diferentes Formas de Construcción

Las implicaciones al psiquismo que aparecen a raíz de las relaciones entre mujeres y sistemas de curación atraviesan por procesos diferenciados, donde intervienen aspectos de las dimensiones macro, meso y micro. Cada trayectoria se construye de experiencias singulares, aficiones y deseos distintos, experiencias con enfermedades y formas de curarlas, una línea familiar diferenciada de las demás, diferentes encuentros e interacciones con instituciones de salud, etc.

En la yuxtaposición de los diversos aspectos que encuentran al sujeto como su centro, es que se construyen diferentes formas de relacionarse con los sistemas de curación y las implicaciones que tendrán a la psiquis. En las mujeres las formas de relacionarse toman diferentes matices dependiendo de su ejercicio de la curación, ya sea en un entorno doméstico o asumiéndola como actividad profesional.

Las mujeres que ejercen la curación en un nivel doméstico encuentran en las relaciones con los sistemas de curación formas de ejercer contrapoder al dominio del hombre y, específicamente hablando de las relaciones con la medicina alópata, encuentran estrategias de recuperar el poder sobre su propio cuerpo, la que también es una manera de hacer frente al poder masculino.

En otras mujeres, los vínculos con el sistema de curación alópata son empleados para la construcción de nuevas identidades. Buscando alejarse del estigma del ser indígena, pobre e ignorante. Las relaciones con la medicina alópata representan un medio para construir una

imagen más moderna y cercana (en el imaginario de los sujetos) a formas más “decentes” de vida.

Sin embargo, en todos los casos predominan las concepciones locales para entender a las enfermedades. Las prácticas y elementos provenientes de otras medicinas son resignificados y ajustados a la lógica local.

Me parece que la intensidad de los vínculos con las instituciones (de salud y administración en el municipio) se relacionan con el impulso de estados contradictorios en los sujetos. Los sujetos con mayores vínculos con las instituciones son quienes se encuentran entre adoptar el discurso oficialista y dar cuenta de los valores locales.

Estos estados contradictorios se manifiestan a través de la disparidad entre el discurso y las prácticas de atención de las enfermedades, actitudes contrarias a las prácticas locales o alópatas, entre otros. A estos estados opuestos en el sujeto, aunque no por eso en conflicto, he nombrado relaciones de ambivalencia. Dichas relaciones posibilitan al sujeto de hacer uso de concepciones, prácticas y elementos de las diferentes medicinas sin romper de tajo con alguna de ellas.

La expresión de ambivalencia abre las posibilidades para responder a las exigencias institucionales y al mismo tiempo conservar valores y concepciones locales sobre los procesos de enfermedad, salud y atención. Estos estados opuestos son especialmente notorios en las entrevistadas dedicadas a curar; una partera y otra enfermera alópata.

La no correspondencia entre la descripción de sus estrategias de atención y sus reales prácticas son una muestra de cómo una postura ambivalente tiene el beneficio de hacer uso de prácticas de ambas medicinas sin entrar en conflicto con el sistema de curación en el que están insertas.

En todo caso, los diversos aspectos (en los tres niveles: macro, meso y micro) que convergen en la trayectoria de las mujeres, dan origen a los diferentes procesos de relación con las medicinas. Mientras que las implicaciones al psiquismo dependerán, también, del tipo de ejercicio de la curación y los vínculos establecidos con el colectivo y las instituciones de salud.

9.3 Los Programas Asistenciales

En la mayoría de los casos, los vínculos más fuertes que las mujeres tienen con las instituciones de salud son los programas asistenciales. En la comunidad se encuentran en vigencia más de cinco programas gubernamentales y de Organizaciones No Gubernamentales (ONG). Los programas llevan a cabo dinámicas muy similares: los sujetos son afiliados y reciben una cantidad económica o en especie (despensas de víveres) mensual o bimestralmente, a cambio deben asistir a pláticas, consultas y revisiones obligatorias.

Este tipo de vínculos impulsa a los sujetos a la adopción de prácticas y elementos alópatas, pero al mismo tiempo se ven obligados a adoptar el discurso “legítimo” para referirse a los estados de enfermedad. Los programas están centrados en instruir a los usuarios (principalmente mujeres) sobre medidas de higiene, control natal, detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas, vacunación, etc.

Así que los sujetos tienen la obligación de asistir a consultas periódicas y emplear procedimientos locales para cumplir con los requisitos y recibir la ayuda económica. Una de las principales desventajas de estos programas es que no tienen en consideración las concepciones locales sobre los estados de enfermedad y las maneras de atenderla, de este modo los sujetos se ven obligados a adoptar procedimientos que escapan totalmente de la lógica local. Mientras que la atención a las enfermedades queda relegada como prioridad.

9.4 Dinámica Entre Clínicas Locales

La puesta en marcha de programas asistenciales, Oportunidades es el más importante actualmente, ha supuesto cambios en la forma y objetivos de trabajo del personal médico que labora en las clínicas locales. A menudo se ven abrumados con la cantidad de objetivos que deben satisfacer para llevar a cabo el programa.

La mayor responsabilidad del programa recae en las enfermeras, quienes deben atender las consultas programadas de los beneficiarios del programa, calendarizar y llevar a cabo pláticas con madres de familia sobre higiene, etc., celebrar las campañas de vacunación, organizar pláticas para adolescentes sobre sexualidad, repartir los suplementos alimenticios y medicamentos a embarazadas, madres de recién nacidos, y pacientes con enfermedades crónicas, además de mantener al día los registros estadísticos de cada uno de los rubros mencionados y elaborar los informes mensuales para el instituto. En muchos poblados una sola enfermera se encarga de realizar las actividades mencionadas para una población de 5 mil habitantes o más.

Llevar a cabo semejante cantidad de trabajo ha supuesto una nueva dinámica de atención dentro de las clínicas. Se calendarizan las consultas de Oportunidades y se les da prioridad, así que los beneficiarios deben elegir entre atender la revisión del programa o recibir consulta por sus malestares.

Con la construcción de la segunda clínica se ha desarrollado una dinámica en la que una funciona para atender las revisiones de Oportunidades, mientras que la otra atiende a la población general. Sin embargo, no se sabe cuánto pueda sostenerse esta dinámica, pues la nueva clínica también pertenece al programa Oportunidades y está en espera de asignación de población. Ésta es una de las consecuencias menos positivas a la implementación de dichos programas.

Este tipo de relaciones entre las propias instituciones de salud, más las relaciones que se construyen con los usuarios, impulsan y sostienen los procesos de articulación en la medicina doméstica. De esta manera, también, las dinámicas de los profesionales dentro de las clínicas mantienen la presencia de contradicciones en los sujetos, quienes aprenden a responder a la medicina alópata sólo en ciertas circunstancias, primordialmente cuando se trata de satisfacer las obligaciones como beneficiarios de Oportunidades.

A esto hay que sumar la limitada preparación de profesionales alópatas, especialmente las enfermeras, quienes reciben una preparación básica. Mientras que su labor dentro de las clínicas se reduce a las labores administrativas que requieren los programas asistenciales.

Esto lleva a pensar en las contradicciones a las que se enfrentan los propios profesionales alópatas, generalmente originarios del estado, pero insertos en comunidades ajenas a su contexto socio-cultural natal. Las limitaciones en su preparación se extienden a los conocimientos sobre las culturas locales y los medios para interactuar con los procedimientos para curar contruidos localmente.

De esta manera los profesionales alópatas hacen uso de profesionales (parteras principalmente) y procedimientos locales para lograr satisfacer las necesidades de salud de las comunidades en que trabajan. Esto coloca, a su vez, a los usuarios frente a una franca contradicción, donde el profesional alópata se apoya de un curador local o recomienda el empleo de hierbas u otros procedimientos locales para el tratamiento de enfermedades que sólo se encuentran en las clasificaciones académicas.

En este sentido, el vínculo usuario-profesional alópata-instituciones de salud es uno de los principales elementos que contribuye a la construcción de relaciones de ambivalencia en los usuarios con la medicina alópata y la medicina local.

De este modo es que se da una relación dialéctica entre el sujeto y las condiciones sociales e institucionales, resultando en la diversidad de formas de relacionarse con los sistemas de curación. Estas relaciones inciden, inevitablemente, en la experiencia psíquica de los sujetos. Quienes, a través de las articulaciones que establecen entre los sistemas de salud, construyen nuevas identificaciones, nuevas estrategias para transformar sus lugares y funciones sociales y dar cuenta, al mismo tiempo, de los valores y concepciones locales, mientras que atienden a las exigencias de las instituciones de salud.

Referencias

- Ackerknecht, E. (1985). *Medicina y antropología social*. Madrid: Akal.
- Aparicio, A. (2006). El temazcal en la cultura tradicional de la salud y en la etnomedicina mesoamericana. *Gazeta de antropología*, 22(16), 1-11. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/7089>
- Aramoni, D. (1992). *Los refugios de lo sagrado. Religiosidad, conflicto y resistencia entre los zoques de Chiapas*. México: CONACULTA.
- Araujo, A. (2011). Acerca del tiempo y desde los espacios inciertos de la hipermodernidad: la sociología clínica. *Ponencia en Jornadas de Adolescencia 2011*. Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1-9. Recuperado de <http://anterior.apuruguay.org/sites/default/files/A-Araujo-Tiempo.pdf>
- Báez-Jorge, F., Rivera, A. & Arrieta, P. (1985). *Cuando ardió el cielo y se quemó la tierra*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Bejarano, I. (2004). Lo culto y lo popular. Medicina letrada/medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 24, 13-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18502402>
- Berenzon, S., Hernández, J. & Saavedra S. (2001). Percepciones y creencias entorno a la salud-enfermedad mental, narradas por curanderos urbanos de la ciudad de México. *Gazeta de antropología*, 17(21), 1-12. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/7481>
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Bertely, M. (2000). *Conociendo nuestras escuelas. Un acercamiento etnográfico a la cultura escolar*. México: Paidós.

- Buelna, A. & Castro, E. (2008) *Los síndromes ligados a la cultura: La enfermedad mental vista por los zoques de Chiapas*. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Búfalo, Enzo del. (1992). *La genealogía de la subjetividad*. Caracas: Monte Ávila.
- Burkitt, I. (1991). *Social selves: Theories of the social formation personality*. Londres: Sage.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas, II*, 53-82.
- Castells, M. (2003). *La era de la información (Vol. 2: El poder de la Identidad, 4ª ed.)*. México: Siglo XXI.
- Chamorro, A. & Tocornal, C. (2011). Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños, 30*, 117-134.
- Chávez, C., Pol., F. & Villaseñor, S. (2005). Otros conceptos de enfermedad mental. *Investigación en salud, VII(2)*, 128-134.
- Clarac de Briceño, J. (2004). Salud mental y globalización: necesidad de una nueva etnopsiquiatría. *Boletín Antropológico, 22(61)*, 159-185.
- Coffey, A. & Atkinson, P. (2003). *Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Medellín, Colombia: Contus, Universidad de Antioquía.
- CONAPO. (2010). Índice de marginación por entidad federativa y por municipio. México. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_Marginacion_2010_por_entidad_federativa_y_municipio

- Deeg, K. (2010). La medicina alternativa en Oaxaca. Su coexistencia con la medicina alópata. *SP Collection. Paper 974.* Recuperado de: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/974
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. & Kleinman, A. (1997). *Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos.* Washington: Ed. Oxford University Press.
- DGOSE & SEDESOL. (2007). *Ordenamiento urbano local: Pantepec, Chiapas.* México: UNAM.
- Enriquez, E. (2002) El relato de vida: interfaz entre intimidad y vida colectiva. *Perfiles latinoamericanos, 21*, 35-47.
- Eroza, E. (1996). Tres procedimientos diagnósticos de la medicina tradicional indígena: *Alteridades, 6(12)*, 19-26.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología.* México: Siglo XXI editores.
- Gaulejac, V. de. (1999). Historia de vida y sociología clínica. *Proposiciones, 29*, 1-13.
- Gaulejac, V. de. (2002). Lo irreductible social y lo irreductible psíquico. *Perfiles latinoamericanos, 21*, 49-71.
- Gaulejac, V. de. (2002). Historia e historicidad. *Revista mexicana de Sociología, 64(2)*, 31-46.
- Gaulejac, V. de. (2005). Historia e historicidad. En: Gaulejac, V. de, Rodríguez, S. & Taracena, E. (2005). *Historia de vida. Psicoanálisis y sociología clínica.* México: Universidad Autónoma de Querétaro.
- Gaulejac, V. de. (2009). *Las fuentes de la vergüenza.* Buenos Aires: Mármol-Izquierdo.
- Geertz, Clifford. (1987). *La interpretación de las culturas.* Ed. Gedisa.

- Giddens, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.
- Giménez, G. (1994). Apuntes para una teoría de la región y de la identidad regional. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, VI(18), 165-173.
- Giménez, G. (2004). Culturas e identidades. *Revista Mexicana de Sociología*, 66, 77-99.
- Goetz, J. & Le Compte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata, Colección Pedagogía-Manuales.
- Granados, S., Martínez, L., Morales, P., Ortiz, G., Sandoval, H. & Zuluaga, G. (2005). Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(1), 98-106.
- Grasseli, F. & Solomone, M. (2012). La perspectiva teórico-metodológica de la socio-clínica. Aportes para un debate. *Primasocial*, 9, 83-109.
- Grossberg, L. (2009). El corazón de los estudios culturales: contextualidad, construccionismo y complejidad. *Tabula Rasa*, 13-48.
- González Rey, F. (2002). *Sujeto y Subjetividad. Una Aproximación Histórico-Cultural*. México: Ed. Thomson.
- González Rey, F. (2007). *Investigación Cualitativa y Subjetividad. Los Procesos de Construcción de la Información*. México: Ed. Mc Graw Hill.
- González Rey, F. (2009). Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *Facultad de Psicología, Bogotá Colombia*, 9(1), 241 – 253.
- Goody, J. (1985). *La domesticación del pensamiento salvaje*. España: Akal.

- Herrero, R., Rodríguez, I., Durand, J., Aguirre, E. & Lozoya, X. (1989). *La medicina tradicional en México y su pervivencia*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Holland, W. (1963). *Medicina en los altos de Chiapas. Un estudio del cambio sociocultural*. México: Dirección General de Publicaciones del consejo nacional para la cultura y las artes. Instituto Nacional Indigenista.
- IMSS. (2010). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010. México.
- Isidro, M. (1997). *Etnobotánica de los zoques de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas*. México: Instituto de Historia Natural.
- Jenkins, R. (2004). *Social identity*. London: Routledge.
- Jiménez, S., Pelcastre, B. & Figueroa, J. (2008). Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(3), 161-168.
- Leontiev, A. (1983). *El desarrollo del psiquismo*. España: Akal.
- Levy-Bruhl, L. (1972). *La mentalidad primitiva*. Buenos Aires: La Pléyade.
- López, O. (2004). *La profesionalización de la gineco-obstetricia y las representaciones técnico-médicas del cuerpo femenino en la medicina de la Ciudad de México (1850-1900)*. Tesis de doctorado. México: CIESAS.
- Madraza, J. (2004). Diálogo con Ana María Araújo. Sociología clínica, una epistemología para la acción. *Atenea*, 490 (II), 177-189.
- Mauss, M. (1979). *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.

- Méndez, E. (2012). Ubicándose entre montañas y valles zoques de Chiapas. *Antilha, Revista mexicana de historia, arte y literatura*, 1(12), 65-88.
- Menéndez, E. (1988). Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria de la salud. *Salud y Sociedad*, 5(16), 1-6.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Campos, R. (Comp.) (1992). *La antropología Médica en México*. Tomo 1. México: Instituto Mora, Universidad Autónoma de México.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*. 4(7), p. 71-83.
- Menéndez, E. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Cuadernos Médico Sociales*, 73, 5-22.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 8(1), 185-207.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.
- Muchielli, A. (2001). Diccionario de métodos cualitativos en ciencias humanas y sociales. Madrid: Síntesis.
- Najmanovich, D. (2005). El juego de los vínculos. Subjetividad y redes: figuras en mutación. Buenos Aires: Biblos.
- Nathan, T. (1991). *El semen del diablo. Elementos de etnopsicoterapia*. Buenos Aires: Losada.
- Navarrete, C. (1970). Fuentes para la historia cultural de los zoques. *Revista del Instituto de Investigaciones Antropológicas*, 7, 207-246.

- O'Connell, J. & Layder, D. (1994). *Methods, sex and madness*. New York: Ed. Routledge
- Page, J. (1995). Health Policy and Legislation Concerning Traditional Indigenous Medicine in Mexico. *Cad. Saúde Públ.*, 11(2), 201-211. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n2/v11n2a03.pdf>
- Pakman, M. (1997). La psicoterapia en contextos de pobreza y disonancia étnica: el constructivismo y el construccionismo social como metodologías para la acción. En Pakman, M. (Comp.) *Construcciones de la experiencia humana* (Vol. 2). España: Gedisa.
- Pavía, F. (2002). *Los soque y sus vecinos*. Chiapas: Cáscara de los pensamientos.
- Pedrique, L. (2002). Entre la locura y la anormalidad. *Boletín Antropológico*, 56, 857-878.
- Pérez, M. (2005). *El significado de la salud y la enfermedad en el pueblo de Talabre: Un acercamiento desde la perspectiva de género*. Tesis de postgrado. Universidad de Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/108830>
- Pérez, Ma. I. (2006). Genealogía de la resistencia de las mujeres zoques, manquemes y mayas, en 3 momentos después de la conquista de los Chiapas. *El Cotidiano*, 2(140), 89-100.
- Pérez, P. (2004). *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. España: Desclée de Brouwer.
- Piaget, J. (1995). *La construcción de lo real en el niño*. México: Grijalbo.
- Portela, H. (2002). *Cultura de la salud Páez, un saber que perdura para perdurar*. Editorial Universidad del Cauca: Popayán.
- Reyes, L. (2002). *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*. México: Universidad Autónoma de Chiapas.

- Reyes, L. (2011). Rituales de invocación a deidades ancestrales zoques. *LiminaR, Estudios sociales y humanísticos*, 9(2), 83-92.
- Robles, F. (2000). La ambivalencia como categoría sociológica en Simmel. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 89, 219-235.
- Sigerist, H. (1946). *Civilización y enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Simmel, G. (1986). *Sociología II*. Madrid: Alianza.
- Simmel, G. (1988). *Sobre la aventura. Ensayos filosóficos*. Barcelona: Península.
- Skoufias, E. (2005). *PROGRESA and its impacts on the welfare of rural households in Mexico*. Research report 139. Washington DC: International Food Policy Research Institute. Recuperado de <http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/80436>
- Sulvarán, J. (2008). *Religión y arte sacro en la provincia de los zoques, Chiapas. El caso de Rayón, Pantepec y Tapalapa*. Girona: Documenta Universitaria.
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.
- Taracena, E. (2005). Impacto epistemológico y social de la sociología clínica. En: de Gaulejac, V.; Rodríguez, S. y Taracena, E. (2005) *Historia de vida. Psicoanálisis y sociología clínica*. México: Universidad Autónoma de Querétaro.
- Taracena, E. (2007). La interdisciplinareidad o multirreferencialidad en el trabajo con minorías sociales. En Taracena, E. (Coord.) (2007) *Problemas de salud y educación. Un enfoque cualitativo de investigación*. México: FES Iztacala, UNAM.
- Taracena, E. (2010). Hacia una caracterización psico-social del fenómeno de callejerización. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(1), 393-409.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós Studios.

- Terreros, E. (2010). Los zoques de la región serrana de Tabasco. Un panorama histórico. *Itinerarios, 12*, 105-124.
- Vargas, L. (1993). *El conocimiento médico en el México prehispánico*. En Aréchiga, H. & Somolinos, J. (Comps). *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico*. México: Secretaría de Salud, Academia Nacional de Medicina. Academia de la Investigación Científica. Fondo de Cultura Económica.
- Vargas, D. & Bañol, N. (2008). *Análisis de la percepción y el grado de satisfacción en la relación médico paciente de la atención en medicina tradicional*. Tesis de posgrado. Medellín. Universidad CES. Recuperado de <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/handle/123456789/359>
- Vera, J., & Valenzuela, J. (2012). El concepto de identidad como recurso para el estudio de transiciones. *Psicología e Sociedade, 24*(2), 272-282.
- Vigostky, L. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. España: Crítica.
- Villa, A., Velasco, J., Báez-Jorge, F., Córdoba, F. & Dwight, N. (1975). *Los zoques de chiapas*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Villaseñor, S. (2003-2004a). Los síndromes culturales en América Latina. Variaciones etnopsiquiátricas. *Revista Universidad de Guadalajara, 30*.
- Villaseñor, S. (2003-2004b). Maxayiákame. El concepto de enfermedad mental entre los huicholes de Tuxpan de Bolaños, Jalisco, México. Variaciones etnopsiquiátricas. *Revista Universidad de Guadalajara, 30*.
- Wertsch, J. (1988). *Vigotsky y la formación social de la mente*. México: Paidós.
- Yuni, J. & Urbano, C. (2005) Mapas y herramientas para conocer la escuela. Investigación etnográfica e investigación-acción. Argentina: Ed. Brujas.