

Enfermedades de filiación cultural en comunidades afro-mexicanas de la Costa Chica oaxaqueña y guerrerense

Luz María Espinosa Cortés - Alberto Ysunza Ogazón

Departamento de estudios experimentales y rurales - Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción

La Costa Chica se caracteriza por la presencia afro-mexicana, es una región que comprende los estados de Oaxaca y Guerrero. Se ubica al poniente de Acapulco y se extiende hasta el oeste de Puerto Escondido. A esta región fueron conducidos los esclavos africanos en las Naos de China desde Manila al puerto de Acapulco; y desde Veracruz por los caminos Reales. Otros llegaron en busca de refugio ante la persecución judicial de sus amos. Para 1630 las importaciones de esclavos aumentaron en todo el territorio novohispano (incluida la costa) para llenar el vacío que dejó la caída de la población indígena. La tendencia de las importaciones cambió en el XVIII por la recuperación de la población indígena, no obstante, para ese siglo había aumentado el número de descendientes africanos por el acelerado mestizaje biológico⁽¹⁾, sobre todo en las regiones alejadas de la ciudad de México donde había poca población europea.

La unión o amancebamiento entre Africanos con Indígenas y algunas veces con Españoles, data desde el siglo XVI. A partir del siglo XVIII el mestizaje entre Indios y Negros se intensificó, desapareciendo este último término para dejar lugar al de "Mulato" o "Pardo" hoy Afro-mexicanos (HOFFMANN O. 2007: 9). Aguirre Beltrán propone que el aislamiento sumado a la poca población española hace posible el mestizaje biológico e intercambio de saberes médicos entre los Africanos cimarrones o huidos, sus descendientes con los grupos étnicos Mesoamericanos y los pocos Europeos (AGUIRRE BELTRÁN G. 1972: 249). En este sentido Martínez Montiel (citada por SERNA J.J.M. 2008: 8) señala que precisamente el aislamiento y dispersión de las poblaciones en la Costa Chica y otras regiones facilitan el proceso de "africanización del Indígena y la indigenización del Africano" en el periodo colonial.

A modo de ilustración del intercambio de saberes en los procesos inquisitoriales a las mujeres Mulatas acusadas de hechicería y brujería, ellas argumentan antes los jueces que el uso del *peyote*, *ololiuqui* y otras yerbas lo habían aprendido de las y los curanderos Indígenas. Esto es posible porque existe un punto de coincidencia entre las medicinas africana y amerindia que las fusiona por el intercambio de conocimientos sobre la salud y la atención de la enfermedad: el poder mágico del medicamento como las plantas, consideradas en el pensamiento holístico árido-mesoamericano y africano como fuente de energía para atender las enfermedades, como sostiene el mismo (AGUIRRE BELTRÁN G. 1992: 249), contrario al pensamiento cristiano que suponía que el poder estaba en el conjuro. Como referencia bibliográfica del proceso de sincretismo cultural observado en los procesos inquisitoriales citamos a Solange ALBERRO (ALBERRO S. 1988) y Susan M. DEEDS (DEEDS S.M. 2002) que han trabajado con documentos de los Archivos históricos.

Así, la mezcla biológica y fusión de saberes médicos de la población amerindia, africana y europea en la Costa Chica oaxaqueña y guerrerense por más de trescientos años dan paso a una nueva cultura, prevaleciendo en estos momentos pocos elementos culturales africanos en las nociones de enfermedades “tradicionales” que se diluyen en la hispanidad e indignidad, de modo que: «no se pueden separar de la amalgama cultural que los contiene» (MARTÍNEZ L.M. 2005: 40). (AGUIRRE BELTRÁN G. 1985) identifica dos elementos que aún permanecen no solamente en Cuajinicuilapan antes Cuijla sino en toda la región: la sombra y el animal. El primer concepto aparece en el síndrome del espanto; mientras que las descripciones del mal del animal muestran la relación entre el hombre y su tono o animal con el que nace: el *alter ego* que nos acompaña a lo largo de la vida. Este último síndrome en las narraciones de los y las informantes aparece en su acepción de *nahual*, *tonal* o lo emplean indistintamente lo que evidencian el sincretismo y diversidad cultural entre los Costachiquenses de los pueblos Negros de estos dos estados, entre quienes llegan a existir vínculos familiares reconocidos.

Ahora bien, como el presente trabajo es sólo un avance de investigación, no es posible incluir en pocas páginas todas las enfermedades de filiación cultural que se identificaron, por lo que sólo se busca exponer la variabilidad de los saberes y conocimientos médicos tradicionales de siete síndromes, incluidos en donde aparecen los conceptos de sombra y animal que Aguirre Beltrán identificó en la Costa Chica de Guerrero. La exposición se hace partiendo de los planteamientos de Hersch y Haro (HERSCH P. - HARO J.A. 2007) para quienes los síndromes de filiación cul-

tural «poseen modelos explicativos que elaboran los colectivos sociales, cuya pertinencia estriba en el hecho de que son elementos centinela de situaciones de vulnerabilidad percibida, lo cual puede ayudar a comprender mejor la forma en la que se gestionan diversos síntomas y malestares más allá de la mirada biomédica o epidemiológica». En todas las narraciones de los curanderos y usuarios de la medicina tradicional de las comunidades de Charco Redondo, Azufre, Cabecera de Copala y La Laja, se observa la variabilidad en sus explicaciones, diagnósticos y tratamientos. No obstante cada una nos ayuda a acercarnos a la comprensión del síndrome.

¿Cómo se identificaron los síndromes y las enfermedades que trata la biomedicina?

El estudio socioepidemiológico en la Costa Chica se inicia en diciembre del 2006 bajo el título de “Perfil sociocultural y de salud en poblaciones afrodescendientes de la Costa Chica de Oaxaca y Guerrero” con pocos recursos que impide profundizar en los síndromes de filiación cultural. Ahora con apoyo del Consejo de ciencia y tecnología (CONACYT) al Proyecto: Epidemiología sociocultural en siete poblaciones afrodescendientes de la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca desde la visión de las mujeres⁽²⁾; durante 2008-2011 se retoma el proceso de entrevistas para profundizar en los síndromes ya identificados hace dos años. En ambos proyectos se incluyen al Azufre, Charco Redondo y El Ciruelo en Oaxaca; La Laja, Las Peñas y la Fortuna y la Cabecera del municipio de Copala, Guerrero, véase mapa. Por el momento sólo se presenta la información obtenida en Charco, El Azufre, Cabecera de Copala y La Laja, con población predominantemente Afromexicana.

Los objetivos son: (a) identificar los principales problemas de salud y síndromes de filiación cultural en las comunidades del estudio y (b) analizar los saberes y creencias médicas tradicionales entre los costachiquenses afromexicanos. Se emplearon dos instrumentos para la recolección de información. Uno consiste en un cuestionario o encuesta con preguntas cerradas y abiertas aplicado a mujeres responsables del cuidado de menores de cinco años que no necesariamente tiene que ser la madre porque son comunidades con elevados porcentajes de migración. Los apartados son: datos personales de las informantes; condiciones socioeconómicas, ambientales, demográficas y antropometría; asimismo como las enfermedades que trata la medicina tradicional y sus rutas de atención a la salud.

Ubicación geográfica de las comunidades en la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca



1. Las Peñas, Municipio de Copala
2. La Fortuna, Municipio de Copala
3. Cabecera del Municipio de Copala
4. La Laja, Municipio de Copala
5. El Ciruelo, Municipio de Pinotepa
6. Charco Redondo, Municipio Tlaxiaco de Melchor Ocampo
7. El Azufre, Tlaxiaco de Melchor Ocampo

El segundo instrumento son las entrevistas a profundidad semi-dirigidas a informantes clave (curanderas, curanderos y usuarios de la medicina tradicional) identificados al momento de aplicar el cuestionario. Las entrevistas se realiza en dos etapas: la primera a diez personas en 2007 y la segunda a diecisiete en 2009. En este último año se regresa a cada una de las comunidades para localizar a los informantes de hace dos años e incorporar a otros. El total de informantes que abordan los síndromes de coraje, susto, espanto, empacho, mal del animal, caída de mollera y mal de ojo, en los que se centra este trabajo son diecisiete para quienes empleamos seudónimos. Parte de la información obtenida con el cuestionario y las entrevistas, se regresan a la comunidad y emisores. Las edades de los (as) informantes oscilan entre 36 a 80 años, a quienes además de pedir su consentimiento

por escrito, su inclusión al proyecto se determina: (a) por sus conocimientos y saberes médicos tradicionales que da la observación y experimentación y (b) por la pertenencia a la región costachiquense en ambos estados.

Cuadro 1. Informantes

Lucinda	70 años de edad, curandera y partera. Cabecera del municipio de Copala. Aprendió a ser partera a partir de su propia experiencia de parir; en cambio curar lo aprendió de otra curandera en Acapulco. Ha tomado cursos como partera impartidos por un médico de la Secretaría de salud.
Juan	80 años de edad más o menos, curandero. Aprendió el curanderismo observando y practicando. Cabecera del Municipio de Copala.
Marcela	60 años de edad, curandera y partera. Trabajó de enfermera en Cacahuatpec, Oaxaca donde aprendió a “curar barrigas” y curar niños. Sus conocimientos de curandera los aprendió observando. El Azufre.
Teodora	45 años de edad, curandera. Aprendió a curar de espanto y otros padecimientos observando cuando acudía con las curanderas cuando sus hijas estaban enfermas. Charco Redondo.
Ceferina	48 años de edad, curandera y partera. Charco Redondo. Aprendió a partir de su propia experiencia de parir, y a curar a partir de la observación.
Lourdes	38 años de edad, conocedora del uso de las plantas medicinales. Charco Redondo
Remedios	36 años de edad, usuaria de la medicina tradicional. Charco Redondo
Sara	50 años de edad, usuaria de la medicina tradicional. El Azufre
Zenaida	58 años de edad, usuaria de la medicina tradicional. Charco Redondo
Alejandra	47 años de edad, usuaria de la medicina tradicional. Charco Redondo
Feliciano	55 años de edad, usuario de la medicina tradicional. La Laja
Adriana	47 años de edad, usuaria de la medicina tradicional. Charco Redondo
Jacinta	69 años de edad, usuaria de la medicina tradicional. Charco Redondo
Nicolás	53 años de edad, usuario y cronista. El Azufre
Guillermi	48 años de edad, usuaria de la medicina tradicional. Charco Redondo
Verónica	69 años de edad, usuaria de la medicina tradicional. Charco Redondo
Amanda	52 años de edad, usuaria de la medicina tradicional. El Azufre
Eusebia	68 años de edad, usuaria de la medicina tradicional. Charco Redondo

El color de piel y cabello ensortijado no influye en la selección, porque el concepto de “Negro” o “Moreno” desde su percepción van más allá. Son características asociadas a otros factores como haber nacido en un pueblo negro, y el reconocimiento de aquellos que forman parte de la comunidad. Por lo menos dos de estos factores debían cumplirse al momento de la inclusión.

Existen otros que emplean para autodefinirse como las actividades socio-económicas: pesca, ganadería y elaboración de queso, sin embargo, estas actividades no son exclusivas de esta población (HERNÁNDEZ J. 2009), por lo que no se consideran como parámetros de inclusión o exclusión al estudio. En cuanto empleo de las categorías “Afro-descendiente” o “Afro-mexicano” se utilizan en este trabajo como una acepción académica, ya que en las comunidades sus pobladores se autodefinen como “Morenos”⁽³⁾ y a veces “Negros” dependiendo el tono de la voz y a quienes se lo dicen, puede tener connotaciones discriminatorias, razón por la decidimos no emplear, salvo cuando nos referimos a pueblos negros. Este vocablo venido de “los de afuera” lo perciben como un insulto, como un acto despectivo contra ellos.

Situación demográfica y socioeconómica

Algunos autores (GONZALEZ L. - HERSCH P. 1993: 394) plantean que teniendo en cuenta que la cultura permea lo sanitario de manera constante y este reconocimiento adquiere particular relevancia en países pluriculturales como el nuestro, aun en el marco de una afectación creciente y aparentemente irreversible de las culturas tradicionales (como consecuencia de las políticas actuales y o de las relaciones de dominación y explotación); es sólo a partir del conocimiento y valoración de los síndromes y padecimientos socioculturales que es posible abatir los daños inherentes a ellos. A la socio-epidemiología le interesa «distinguir y apreciar que existen formas universales y por lo tanto homogeneizables en los problemas sanitarios, pero a la vez hechos particulares, relacionados con factores individuales de índole variada, que también son dependientes de entornos ambientales y sociales específicos» (HERSCH P. - HARO J.A. 2007: 10). Es decir, le interesa identificar el daño a la salud evitable que padecen las poblaciones. Teniendo esto en mente, con el cuestionario aplicado en el 2007 a 250 mujeres responsables del cuidado de menores de cinco años, se obtienen datos sobre las condiciones demográficas y socioeconómicas de la familia y su percepción sobre enfermedades y padecimientos que sufre la comunidad a partir de su propia experiencia.

Sobre las condiciones demográficas y socioeconómicas la información recabada muestra que todas hablan el español como única lengua. De acuerdo a los datos del muestreo la base de la pirámide poblacional la integran niños y jóvenes de 0 a 20 años, siendo más ancha en el grupo etéreo de 6 a 15 años. Algunos informantes explican que los jóvenes a partir de los 16

años migran, «casi saliendo de la escuela secundaria» (Información personal, Charco Redondo, 2007), sea porque toman la decisión de correr la aventura o los padres que viven en Estados Unidos envían por ellos. La creciente migración se observa entre los hombres y las mujeres para escapar de la marginación en la que se encuentran porque la invisibilidad en la que han vivido desde el siglo XIX, facilita la violación de sus Derechos humanos, incluso de los fundamentales. Así, el 66.3 por ciento de las mujeres reportan que tenían al menos un migrante (hijos, esposo y/o padres) sobre todo en Estados Unidos. Es importante señalar que en todas las comunidades estudiadas, las mujeres jóvenes dejan a su hijos a cargo de las abuelas o hermanas (os). Algunas mujeres migran solas porque son madres solteras, otras se van en compañía de su pareja, o la van a alcanzar. Cuando deciden migrar dejan a sus hijos a cargo de un familiar cercano, pero lo hacen estableciendo acuerdos o arreglos como el compromiso de enviar apoyo económico tan pronto consigan trabajo, al tiempo que se comprometen a enviar por sus hijos una vez establecidas.

Las principales actividades económicas desarrolladas en las comunidades son: agricultura en Charco Redondo; pesca en Las Peñas, La Fortuna y El Azufre y ganadería en el Ciruelo y La Laja. Tal como ocurre en todo el país, la existencia de migrantes que envían remesas se refleja en las condiciones materiales de las viviendas. En el 66 por ciento de las casas las paredes eran de bloc, tabique o tabicón; mientras otras como en las Peñas, Copala eran de cartón de tetrapac que en el momento del levantamiento de la encuesta conseguían por metros en las tlapalerías; o de hojas de lata y cartón (3.1 por ciento); de varas y lodo o sólo de varas (10.3 por ciento). El material del piso de las viviendas: el 34.1 por ciento es de tierra, el 64.1 por ciento de cemento; y el resto de cemento/tierra o arena. El porcentaje de bienes reportados coincide con el resto de las poblaciones rurales marginadas, siendo el fogón el principal medio para cocinar sus alimentos. Las mujeres más jóvenes, son quienes principalmente cuentan con una estufa de gas; y sólo el 70 por ciento de las mujeres tenían refrigerador.

El saneamiento ambiental es un tema que también se considera en el cuestionario. De acuerdo a los datos, todavía en el 2007 la mayor parte de la disposición de excretas es al aire libre y la mayoría de las veces tiran la basura o la queman de igual forma. Las mujeres explican que esta práctica se debe a que «el servicio de recolección era irregular» como es el caso de las comunidades Copaleñas o simplemente no cuentan con este servicio municipal, como ocurre en las poblaciones Oaxaqueñas de esta región. Los servicios de salud en Charco Redondo y El Azufre se limitan a casas de salud, por lo que no hay un médico permanente. Solamente acude cada

mes una brigada médica del Programa de Oportunidades, lo cual no es suficiente para atender la salud de toda la población. No así en El Ciruelo donde la población ya cuenta con una clínica con servicio médico a diario. Por su parte, Las Peñas cuentan con una casa de salud a cargo de un médico (a), lo que no sucede con La Fortuna donde no había médico o médica al momento de las visitas.

Principales enfermedades y padecimientos

La información obtenida muestra que la situación nutricia está polarizada. Por un lado existe porcentaje elevado de prevalencia de desnutrición entre los preescolares y por el otro de obesidad entre las mujeres mayores de 18 años. Este último problema ya lo presentan los niños y las niñas preescolares y escolares. En cuanto a las enfermedades que la biomedicina trata para conocer el riesgo evitable que corre la población a partir de su propia experiencia y o de alguno de sus familiares, se enlistan las fiebres o calenturas que casi siempre las asocian a la gripe y tos. El dengue, aun cuando es una enfermedad endémica en la región costeña solamente lo mencionan una sola vez; mientras otras numeran distintos dolores de hueso y fiebre; de articulaciones, de cabeza; problemas dermatológicos como granos en manos y pies. Sólo una mujer reporta un caso de cisticercosis diagnosticada.

De todas las causas de muerte ocurridas en las familias identificadas a través de la encuesta y las entrevistas orales, llaman la atención la muerte de niños menores de cinco años por piquetes de alacrán por la falta de anti-veneno en las casas de salud. También las muertes por padecimientos crónico-degenerativos como hipertensión y diabetes; una muerte por el mal de coraje y tristeza. Es importante considerar que las cifras oficiales de muertes por diabetes e hipertensión están subestimadas aun cuando actualmente se ubican entre las principales causas de muerte a nivel nacional. En El Azufre, algunas mujeres mencionan que la «diabetes está de moda en la comunidad» (Información personal, 2009) porque existen varios casos con este padecimiento.

Junto a las enfermedades que la medicina académica trata, se encuentran los síndromes de filiación cultural (véase *cuadro 2*) y otros numerosos y diversos padecimientos de índole sociocultural, los cuales no dejan de ser problemas reales en la cotidianidad de la población, onerosos para la unidad familiar y generadores de incapacidad laboral y sufrimiento, y sólo a partir del conocimiento y valoración de los síndromes y padecimientos socioculturales es posible abatir los daños inherentes a ellos. Estos síndro-

mes poseen modelos explicativos que elaboran los colectivos sociales, cuya pertinencia estriba en el hecho de que son elementos centinela de situaciones de vulnerabilidad percibida, lo cual puede ayudar a comprender mejor la forma en la que se gestionan diversos síntomas y malestares más allá de la mirada biomédica o epidemiológica (GONZÁLEZ L. - HERSCH P. 1993: 394, HERSCH P. - HARO J.A. 2007: 10).

Cuadro 2. Algunas enfermedades de filiación cultural

ENFERMEDADES	COMUNIDADES
Empacho	Ch, A, F, P, C
Espanto	Ch, A, F,P,C
Susto	CH,A,C
Coraje	CH,A,P,C
Mal de ojo	Ch, A, F, C
Mal aire	Ch, A, C
Mal del animal	Ch, F, LLa y P
Vergüenza	Ch, F, LLa.P
Muina	Ch, A, C
Daño por brujería	P
Latido	CH, A, C
Caída de mollera	CH, A, P, LLa, F
Garrotillo	CH, A, P, F
Chio	CH, A, F

Fuente: Encuesta del estado de nutrición y salud reproductiva en comunidades Afro-descendientes 2006-2007 y entrevistas socioepidemiológicas, Costa Chica Guerrero y Oaxaca, 2007 y 2009.

Ch= Charco Redondo

A= Azufre

P= Las Peñas

F= La Fortuna

C= El Ciruelo

LLa= La Laja

Narrativas de saberes y creencias médicas en Charco Redondo y Copala

Desde la antropología, la enfermedad y la salud son construcciones sociales de la realidad en que viven los individuos y desde esta perspectiva, partimos de considerar que el enfermo es un sujeto social que debe ser analizado como un todo (biológico, psicológico y cultural), y en este sentido,

sus representaciones sociales no pueden ser valoradas en términos de verdad o mentira, sino como afirma Tomás Ibáñez (citado por ALFONSO I. 2007 [1988]), a través de ellas, las personas y colectividades producen significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social porque en cada cultura: Actúan de forma análoga a las teorías científicas. Son teorías del sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas, con suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse en ellas sin tropezar con demasiados contratiempos.

En otras palabras, a través de las representaciones sociales los individuos y colectividades describen, clasifican y explican diversos fenómenos que, aplicadas al proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) desde la “ubicación cultural” nos acercan a la comprensión de este proceso y de las prácticas orientadas a la recuperación y mantenimiento de la salud, asimismo como a su significado, lenguaje y signos en cada cultura.

Eduardo Menéndez argumenta que «enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben pensarse como procesos que no sólo se definen a partir de profesionales e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte se organizan profesionalmente» (MENÉNDEZ E. 1994: 71). Este proceso no sólo se refiere a la enfermedad o al padecimiento también se refiere a su representación social de cómo se padece, atiende y se restablece la salud, lo cual se vuelve más complejo al cambiar de un cultura a otra.

En la construcción social de la enfermedad influyen el medio cultural en el que las personas viven, el lugar que ocupan en la estructura social y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario (ARAYA S. 2002: 9, 11 y 14); pero además, influyen las relaciones que se establecen entre los actores sociales, así como el significado y resignificado que adquieren en cada uno. En este sentido, la enfermedad no solamente la padece el enfermo, también la padece la familia y a veces hasta la colectividad dependiendo de las relaciones sociales que la familia e individuos establezcan con los otros. Su abordaje desde este enfoque exija hacerse en este contexto para identificar, analizar y explicar cómo se tejen las relaciones sociales entre los distintos sujetos sociales, y la imbricación de distintos padecimientos sociales de la enfermedad.

a) Concepto de salud/enfermedad

Para las y los informantes, los conceptos de salud y enfermedad tienen muchos significados que se relacionan a la posibilidad de trabajar. Desde

su percepción o interpretación de la realidad, estar sano es un concepto que adjudica capacidad al individuo porque no experimenta ningún malestar. Significa tener fuerza y energía para trabajar; estar en armonía y ser feliz, «es no tener ningún malestar, que el cuerpo está bien». Colectivamente y a nivel familiar plantean que: «si todos estamos sanos, todos estamos contentos»; «comiendo bien todos», «platicamos, reímos, hacemos», «cuando anda bueno y sano, por donde quiera le da». La salud es «estar bueno y sano» que en definitiva es un estado deseable no solamente porque los individuos viven en armonía, también porque significa ser útil a su familia y colectividad (Alejandra, Feliciano, Remedios, Adriana, 2007). De otro modo, enfermarse es motivo de preocupación o aflicción porque la familia no cuenta con recursos suficientes para enfrentar una enfermedad: «¡...olvídese, una enfermedad y no tener dinero!», afirma Zenaida (2007).

Por su parte, Jovita (2007), mujer Charquense, explica con acento costeño de Oaxaca:

«...aquí se van al doctor la que tiene y la que no, se pone a hervir sus yerbas. La que tiene calentura se baña con agua de rosa María...es un arbolito, bueno para sacar la fiebre. Si se baña dos o tres días y no se le quita, tiene que ver la forma de cómo llevárselo al doctor que le cobra doscientos pesos la consulta, y te da tu pastilla...se gasta doscientos pesos en una consulta. Más si compra medicinas... ¿Cuánto le sale a uno una curadita de temperatura? Tiene aquí el servicio, pues sí, pero ¿Si no tiene?, de lo que te has enfermado. Por eso mucha gente lo saca (se refiere al pueblo). Mi hermano, la otra vez le agarró un dolor. Lo tuve que sacar hasta Jamiltepec porque en Santa Rosa, solamente le dieron el pase...Y de ahí lo trajimos, lo llevamos a Jamiltepec...y ¡Pagamos un carro especial para llevarlo! ¡Se imagina! Con un dolor y esperar el micro. Se va al doctor; y gasta uno, aunque no cobre la clínica, pero gasta uno en transporte, y si la medicina, no la tiene la clínica, la tiene uno que comprar».

Remedios, a cuyo esposo habían operado recientemente de un riñón, ha tenido que salir junto con sus hijos a trabajar en el corte de limón, principal cultivo en Charco Redondo, Santa Rosa de Lima y otras comunidades aledañas:

«... también me voy, pero ahora que él está malo. Me voy el día, con mis hijos, con mis tres hijos a veces hago mis diez cajas, nueve, ocho, siete, así, hasta donde el cuerpo dijera... ¡hasta mis hijos van!, y sí hayamos limón verde lo cortamos. A veces cuando hay mucho hacemos diez, y cuando hay poquito hacemos ocho, siete, así...ya puede hacer más dinero, y le digo, tenemos que hacer la lucha nosotros, de irnos a la chamba (a trabajar)».

Tenemos que «hacer la lucha nosotros»; «va al doctor, la que tiene, y la que no, se pone a hervir sus yerbas». Siguiendo el planteamiento teórico de Arthur Kleinman (KLEINMAN A. 1988, citado por MARTÍNEZ A. 2006: 121-122),

para estas dos mujeres la enfermedad no solamente se relaciona al dolor físico (cuerpo) o psíquico del individuo. El sufrimiento por la enfermedad o el padecimiento adquiere su dimensión social «por cuanto supone una carga para la red social» (KLEINMAN A. - BENSON M. 2004: 19). La sufre la familia o el grupo social al que pertenece quien está enfermo, de modo que: por experiencia de estar enfermos, entendemos algo fundamentalmente distinto de la enfermedad en sí. La experiencia de estar enfermo se concreta en cómo sufren quienes sufren, los miembros de la familia y el conjunto de la red social perciben, conviven con y responden a los síntomas, a las incapacidades y al sufrimiento. El hecho de estar enfermo abarca el dolor físico, pero también alcanza dimensiones económicas como el cuidado de la salud y la inseguridad laboral, y aspectos morales, como la autoestima, la vergüenza y el grupo social. La experiencia de estar enfermo expresa la vida moral de los que sufren (KLEINMAN A. 2004: 20).

El sufrimiento social de la enfermedad se percibe en las narraciones de las mujeres quienes se quejan directamente de la pobreza en la que viven. La imbricación de varios sufrimientos y aflicciones cuyo origen está en la marginación; la pobreza vivida que limita el acceso a los servicios de salud y se acentúa cuando el jefe de familia cae enfermo generándose al interior del núcleo familiar una situación de inseguridad económica. No hay que perder de vista que se trata de mujeres y hombres que viven en comunidades altamente marginadas, con escasos o ineficientes servicios de atención a la salud, de transporte, la mayor parte con economía de subsistencia; muchas de las mujeres están al frente de la familia sea porque son madres solteras o porque su pareja, hijos e hijas o hermanos migraron, quedándose al cuidados de los niños (as), como se mencionó al principio. Es por ello que para algunas, al menos para Jovita, recurrir a las plantas medicinales obedece a la situación de pobreza, más que por elección.

Ahora bien, la enfermedad desde la definición y explicación que las informantes dan, se trata de un estado limitante porque con ella se pierde la energía y por lo tanto la fuerza para trabajar. Durante este sufrimiento, los seres humanos dejan de ser útiles o productivos en contra de su voluntad y poco a poco se van consumiendo; quedan en estado de indefensión. En este estado: «no puede uno hacer nada, aunque se quisiera hacer». Para las y los informantes estar enfermo es estar «malo o doliente», «que me duelen los huesos, que me duele mi cabeza»; se «anda triste», «anda más decaído», los enfermos «no quieren comer», «duerme más» del tiempo normal; «ya mala no puede uno, puro botada», está «desesperado», «sufre», «siente el cuerpo muy lento y que tiene algún dolor en su cuerpo, siente dolencia»

(Alejandra, Remedios, Adriana, Jovita, Jacinta 2007; Nicolás, Guillermina, Amanda, 2009).

Explicando la enfermedad en el sentido biológico, es «una reacción del cuerpo», afirma una de las entrevistadas: La persona no tiene una salud adecuada, no se siente bien, se siente con malestares, se siente con depresión, siente que cada día se va acabando esa persona, y cuando esa persona se enferma, es que el cuerpo está diciendo no estoy en condiciones buenas, le hace falta algo a esa persona, por eso se está enfermando, es como una alerta, es un aviso, cuando aquella persona apenas cae, es como un aviso de que algo anda mal en esa persona (Lourdes, 2007).

Por otra parte, en el imaginario de las personas entrevistadas las relaciones que se plantean en los conceptos «estar sano-enfermo y estar buenomalo» no solamente depende de lo biológico, pues al constituirse en un fenómeno cultural ingresa en el plano de lo místico y la psique como elemento importante en la articulación del culto espiritual o mental. No sólo se enferma el cuerpo, también el espíritu, incluso hay que recuperarlo como ocurre con algunas enfermedades, entre ellas el “espanto” que puede ser provocado por un susto; por la presencia de un “aire”; por la pérdida de la sombra como lo señalan Lucinda y Feliciano (Copala, 2007), o por la pérdida del espíritu al que hay que llamar varias veces para que regrese como lo relatan en Charco Redondo y El Azufre. En ambas regiones costeñas (Guerrero y Oaxaca) los y las informante plantean que es necesario localizar el lugar y qué fue lo que asustó a la persona. Coinciden en que el proceso de sanación exige un proceso terapéutico bastante complejo que solamente realizan los conocedores del manejo de la herbolaria y de rituales para cada enfermedad; pero hay enfermedades que la misma mujer a cargo de la familia puede atender y tratar, por ejemplo, el coraje, el mal de ojo o mal aire y el empacho. A veces en el tratamiento combinan la herbolaria y algunos rituales como las limpias con medicamentos fármaco-químicos.

b) Mal de ojo, coraje y caída de mollera

El mal de ojo es una enfermedad de filiación cultural y la más difundida en el mundo. En México ha sido estudiada por varios investigadores entre ellos (ZOLLA C. *et al.* 1992, VILLASEÑOR S.J. *et al.* 2004) la que principalmente afecta a los niños, a veces los adultos, y hasta las plantas. En los niños existe la creencia de que «son los más susceptibles a coger el mal por la sencilla razón de ser inocentes de las cosas perversas del mundo» y por lo general lo produce una persona “con solo mirar” (BALOY M. 2001). En este

sentido se dirige la explicación de Feliciano (2007), quien plantea que si bien este mal es muy frecuente en los niños y las niñas, no todos sufren este daño. Sólo aquellos que «son llamativos, que llaman la atención» de la persona que tiene “la vista caliente”. Una forma de identificar a estas personas es cuando «secan las plantas... La persona viene y me dice ¡qué bonita planta! Y esa planta se me seca, entonces ya sé que esa persona tiene la mirada caliente». El daño también lo padecen los adultos.

Curandera y usuario coinciden en que no siempre la persona que causa el “mal de ojo” está consciente de su poder, por lo que no lo hace a propósito. No por ello, escapa al castigo, porque si se quiere regresarle el daño, al niño o niña les hacen una limpia que incluya un chile rojo al que pasan por su cuerpo, protegiéndolo al final con un amuleto hecho de la semilla “ojo de venado” y semillas rojas (Feliciano, 2007).

La sintomatología consiste en lagrimeo de los ojos y a los niños «se les empieza a poner lagañosos y están molestos»; a veces les da fiebre cuando no se les atiende inmediatamente. Algunas mujeres asocian esta enfermedad con la conjuntivitis, por lo que recurren a la medicina fármaco-química. Varias de ellas mencionan que emplean terramicina y además lavados de ojo con manzanilla.

Otro síndrome que refieren las informantes fue el mal de coraje – al que Aguirre Beltrán, en 1992 también hizo referencia como una enfermedad que afecta con frecuencia a los bebés y la transmiten los adultos afligidos o que hayan hecho un coraje (AGUIRRE BELTRÁN G. 1992). En las comunidades visitadas la definen como un “mal aire” que se le pega al infante que si no se cura puede morir. Los síntomas son intranquilidad desacostumbrada, lloran, no tienen hambre y «tienen muchas flemas en la boca». El peor de los contagios es cuando la madre hace coraje y amamanta al bebé porque lo trasmite a través de la leche (Feliciano y Jacinta, 2007). En los adultos, el peor es el “coraje por amor” que provoca falta de apetito en quien lo sufre, afirma una mujer de El Ciruelo (información personal, 2007). Si no se atiende puede conducir a la muerte como lo relató otra mujer de esta misma comunidad. Para esta enfermedad, en todas las comunidades del estudio recurren a las yerbas del coraje, un compuesto en polvo de lucerna, del coyote, ajeno, coral rojo y barba de viejo que adquieren en los mercados locales. Este compuesto, según dicen, lo elaboran los Indígenas de la región (información personal, 2009).

Otra enfermedad que afecta a los bebés es la caída de la mollera o hundimiento de la fontanela que es un indicador de deshidratación que ocurre con frecuencia entre los bebés. Sobre esto existe la creencia de que los

individuos tenemos dos molleras: la fontanela anterior que está en el centro del cráneo, y la posterior localizada en la nuca. La caída de la mollera posterior puede presentarse también en los adultos a quienes igual cura la partera.

Este padecimiento, explica Marcela (2009):

«... es la más mala, porque esta les da vómito a los niños y diarrea. Y esa ni el médico se las quita porque es mala esa la mollera. Entonces yo vengo y les meto el dedo para revisarlos si tienen caída la mollera luego se ve. Entonces yo les levanto la mollera, les chinqueto (sic) o golpear así, les pego en la plantita de su pie y les chupo aquí la mollerita».

En cuanto a la fontanela anterior, o la mollera que está en el centro del cráneo, continúa explicando:

«... le chupo aquí y le pongo salita (sobre la fontanela en el centro del cráneo) y así ya se... rápido y les doy cocimiento de yerbitas y todo eso y ya se componen. Mire yo les doy la canela, el cogollito de marañona, el cogollito de guayaba, el cogollito de nanche y un coquito chiquito partido por mitad. Pero la canela se recarga y se le hace el tecito, como ahora, una taza se deja hierve, hierve y hierve y se deja media taza de té, ya con eso se les da. Rápido se componen. Con dos veces que le dé nada más y ya se componen los niños por más malos que estén. Aquí me los han traído muy malos, muy malos, que no puede el doctor sacarlos. Mire así de bolsas de medicina, y dicen las mamás, el doctor no le hace nada. Le digo ¡Corazón! es que lo que tiene el niño es que se le cayó la mollera. Y eso el doctor no puede levantar. Yo se la compongo».

Los síntomas de la “caída de la mollera” narra las terapeutas o curanderas Lucinda y Marcela, son: “sumida de mollera” y algunos les “agarra diarrea”, “están calientes sin calentura”, “tienen vómito”, los bebés “no quieren comer” o bien los que padecen este mal “están puro babeando”, si es así no tienen diarrea. También se vuelven gangosos y otros pierden la voz como lo relata Alejandra (2007), mujer charquense cuenta que a hijo no le salía la voz cuando lloraba. Entre las causas que provocan este mal están: sacudir a los niños; una caída y en los adultos, como sucede con las mujeres por cargar «cosas muy pesadas sobre la cabeza» que es una costumbre entre las mujeres costeñas de ambos estados explica la curandera o terapeuta copaleña.

c) Susto, espanto y empacho

El “susto” es una variante del fenómeno conocido en diversas partes del mundo, no obstante con variantes de acuerdo a la cultura que a la que se refiera (CATALDO M. 2004: 1). Este síndrome se asocia como pérdida del alma que en México y Latinoamérica adopta un carácter muy particular al

ser considerado como enfermedad. Algunas informantes emplearon indistintamente el concepto de “espanto” o “susto” que al complicarse y conducir a la muerte si no se tratan a tiempo (ZOLLA C. *et al.* 1992).

Por su parte (YSUNZA OGAZÓN A. 1976: 59), argumenta en su estudio de una comunidad de la Sierra norte de Puebla de la Jurisdicción de Santiago Yancuictlalpan, que se trata de una enfermedad difícil de definir porque es un concepto ambiguo e inclusive entre los curanderos que la manejan existe una diversidad de definiciones. No digamos al correlacionarla con los padecimientos reconocidos por la ciencia médica contemporánea. Algunos curanderos la refieren como resultado de una experiencia brusca desde el punto de vista emotivo de la que resulta un estado de tensión o angustia momentánea y lleva al individuo posteriormente a una condición de hipodinamia, anorexia, polidipsia, malestar general, sin estar asociados a otros signos o síntomas de origen digestivo y pulmonar.

Desde la ciencia, el espanto o susto, pueden definirse como un “impacto psicológico” de intensidad variada que se padece a consecuencia de factores diversos entre los que se encuentran los de índole sobrenatural, fenómenos naturales y circunscritos en experiencias personales que emergen como eventualidades fortuitas del todo inesperadas (DÍAZ I. *et al.* 2007). Sobre el espanto y o susto, las mujeres costeñas refieren distintos síntomas. Si la gente está asustada tiene mucho sueño, algunos sienten desgano, los niños se levantan dormidos y lloran. Las causas desencadenantes pueden ser un ruido súbito que produzca sobresalto, una caída, el pleito entre borrachos, un trueno, una mala noticia, un animal como víbora, el ladrido de un perro y otros. No ocurre lo mismo con el espanto que si bien puede tener su origen en las mismas causas citadas para el susto, varía porque con el espanto se pierde la sombra o entra un aire al que también asocian como sombra. Empero, ambas enfermedades pueden complicarse y conducir a la muerte si no se tratan a tiempo.

Ahora bien, el término de sombra existe en varios pueblos de Mesoamérica bajo diferentes vocablos y características, pero todos coinciden en que se desprende del cuerpo de los seres humanos (COLIN A. 2003, MARTÍNEZ R. 2006). Gonzalo Aguirre Beltrán (AGUIRRE BELTRÁN G. 1995) lo observa en Cuijla (hoy Cuajinicuilapan, Guerrero) y lo identifica como vestigio cultural de lo africano, sobre todo de la población subsahariana, pero para (LÓPEZ AUSTIN A. 1980: 251) es un término que pudo haberse traducido del nahuatl *cehuallí* (sombra) que nada tiene que ver con *tonalli*, cuya traducción se difundió entre los Negros africanos: la sombra se describe como algo inmaterial que tiene la forma del cuerpo humano. Ninguna persona

ha podido ver la sombra del vivo, algunas veces han sentido su presencia; en cambio son muchas las personas que han visto la sombra del muerto en el sitio preciso donde el cadáver fue colocado sobre el suelo (LÓPEZ AUSTIN A. 1980: 251). Así, la sombra es un ente anímico puede desprenderse del cuerpo por lo que durante los procesos rituales de sanación, los curanderos y curanderas buscan “que entre” como lo indica la curandera copaleña. Pero si se trata de un aire que entra al cuerpo del individuo, el curandero buscará que “la sombra caiga”, como lo describe Feliciano, (2007), quien relata que acudió a un curandero porque se espantó. En cualquiera de los casos los seres humanos se enferman y exige que los curanderos o curanderas sigan un ritual bastante complejo buscando que “la sombra caiga” lo que indica que ya salió del cuerpo del enfermo; o bien que “entre” al cuerpo, así recobrándola. Lucinda explica un caso:

«si la empecé a soplar, a soplar, a soplar, a soplar, si entró la sombra, ahora si te vas, te espero mañana aquí vamos a haber como amanece, ¡Si se fue! Ay, ya mejore, ya estoy más bien. ¡Bueno!, vamos bien, porque si me dicen que están como siempre, yo ya no las curo, si, porque yo se que la sombra entra, la curo porque la sé. Lo que no sé, no lo curo».

Ahora bien, en Charco Redondo no se identifica el término de sombra en el espanto, en cambio emplean el concepto de espíritu. Ceferina (2009) explica que a través del ritual para curar el espanto busca que el espíritu llegue:

«si va a sanar llega; y si no va a sanar por más que lo cure no llega, ¿Por qué? Porque ya es un espanto viejo que ya no pueden sanar. Ya no pueden sanar, que se hinchan de sus pies. Si están espantados en agua. ¡Ajá! Si están en agua se les hincha sus pies y si se curan con tiempo, sanan, pero si ya se pasó el tiempo... los años que son 3, 4, 5 años hasta 8,10 años; ya se empiezan a hinchar de todo el cuerpo y ya no. Ya no pueden»

El objetivo del ritual es recoger el espanto e identificar dónde y por qué se asustó la persona. En este caso el curandero sigue un proceso terapéutico muy complejo en el que llama al individuo por su nombre hasta por siete veces por sesión, y siete sesiones en un solo día (Verónica y Lourdes, 2007 y Teodora, 2009). Por su parte, Marcela (2009) asegura que acostumbra llamar tres veces. Para ella esta enfermedad se trata de un aire que “se agarra” cuando inesperadamente la persona se encuentra con una culebra o cualquier animal. En ese momento «la sangre se para y allí es donde uno se asusta. Y ya yo vengo... les rezo, porque yo tengo una creencia de que yo rezo... porque así les levanto el espanto».

Todas las curanderas y curandero dividen al espanto en nuevo y viejo, el cual puede ser de río, de lumbre, de muerto, de culebra, lagarto y otros. En general los enfermos presentan distintas molestias: están desganados,

niños y adultos están tristes; están sobresaltados; murmuran; falta de apetito (anorexia); están distraídos, se espantan o tienen miedo por todo; se les quita el hambre; los niños “gritan de pronto”; tienen miedo (Encuesta, 2007); y algunas personas «... cuando están espantadas les pega mucha diarrea, mucho vómito» (Lucinda, 2007). Una mujer Charquense, cuyo papá es originario de un pueblo de Pinotepa y su mamá de Río Grande, costa oaxaqueña, explica en su narración que este mal se identifica: «cuando se hinchan los pies, puro sueño, o no les da sueño en la noche, hasta la madrugada».

Teodora (2009) explica que de acuerdo a la causa serán también los síntomas. Si el espanto es lumbre o fuego, al enfermo le «duele mucho la cabeza»; si es de río o agua se le «hinchan los pies o todo el cuerpo», y si el espanto es de culebra, narra Cirila (2009): «... ya siente uno en sueños que viene y alguna así... como que brinca. En el sueño ve uno que pasa una culebra o que la culebra le va a morder. Y esos son espantos y tiene que curarlos uno. Si se espanta con culebra, allí sale» en la cera derretida que emplean en los rituales de sanación para identificar la causa del daño.

Existen varias técnicas para diagnosticar esta enfermedad. Una de ellas, es a través de los ojos. La terapeuta copaleña, siempre sonriente, explica que los individuos que la padecen “tienen la vista quebrada, opaca”, y algunos pacientes tienen la lengua gruesa y amarilla, lo que indica que están empachadas. Igual puede identificarse a través del pulso o se “pulsea”. Afirma que el espanto y el empacho son dos enfermedades que “andan” juntos por lo que «... si se cura de espanto y no la purga del empacho, deben ser las dos cositas... para que puedan sanar». Hay una asociación entre enfermedad psíquica y digestiva, es decir, la enfermedad sobrenatural se vincula a la enfermedad natural.

En la costa oaxaqueña, las curanderas y pacientes coinciden en que de acuerdo al lugar donde se encuentre el pulso y la intensidad de la palpitación es la gravedad de la enfermedad. Si el pulso “sube” o se recorre hacia la parte superior del brazo significa que el espanto es viejo, por lo que el riesgo a morir es mayor: Ceferina explica:

«Se dice porque uno tiene que darles sus pulsos para que si está espantado, no le funcionan los pulsos y si está espantado y ya tiene años o tiempo, no le pulsan palpitan) sus pulsos donde debe estar. Los tiene muy lentos o si no a veces no se los encuentra uno. Se les encuentra hasta acá (señala la parte superior del brazo). Eso es un espanto viejo».

En pocas palabras, si se recorren las palpitaciones del pulso hacia la parte superior del brazo, la vida se está acortando afirma Guillermina: «... si se va recorriendo, es que ya se va acortando la vida. Y si no se cura uno ya de

allí se muere uno. Que ya le cae el azúcar que ya le... bueno, de distintas enfermedades. Sí, el espanto es malísimo. Así que yo, como yo aquí tengo el pulso mire. Yo no tenía mucho que me fui a curar de espanto».

Para Marcela todos tenemos cuatro pulsos. Dos se encuentran en la muñeca (arteria radial y cúbital) y dos en la coyuntura del codo (región braquial). La terapeuta busca la palpitación del pulso de manera cruzada, y si en alguno de los dos puntos no se encuentra, significa que la persona está enferma de espanto: «No le brinca nada, nada, nada cuando está espantada la persona. Le siente aquí... mire aquí yo lo tengo aquí (presiona su muñeca). Brincan, brincan, brincan y cuando uno está asustada no. No le brincan».

De la explicación de Lucinda, curandera copaleña (2007), hay que rescatar la asociación del espanto y el empacho. Desde su perspectiva son dos enfermedades que “andan juntas” por lo que, afirma: «...si se cura de espanto y no la purga del empacho, deben ser las dos cositas... para que puedan sanar». Descrita así, existe la curandera plantea una asociación entre enfermedad psicológica y digestiva, es decir, la enfermedad espiritual se vincula a la enfermedad natural.

En México el empacho ha sido estudiado por diversos autores (ZOLLA C. *et al.* 1992, CAMPOS R. 2006). En términos generales se trata de una enfermedad natural del aparato digestivo o bien de un trastorno generalmente de la infancia que si no se atiende adecuadamente y a tiempo puede morir. En las regiones de nuestro estudio, algunas mujeres señalan que el empacho se caracteriza por presentar náuseas y a veces fiebre e inflamación (distensión) abdominal (Encuesta, 2006-2007). La curandera lo diagnostica mirando la lengua del paciente, porque algunas personas la tienen “gruesa y amarilla” (Lucinda, 2007), para después sobarlo buscando tronar el empacho y purgarlo con yerbas y aceite comestible.

Las causas del empacho son varias. Puede ser porque a los niños «se les pega las galletas» en el estómago. Lourdes (2007) hizo referencia a la acedia o indigestión como indicador del empacho por comer mucho y luego irse a dormir, e igual, habló del “enrudecimiento”, como variante – que define como mala digestión de los alimentos consumidos – que la padecen los niños y niñas con frecuencia. Los síntomas son cuando «todo lo que come no se le hace cocimiento», por lo que lo “depone” o vomita:

«Yo recuerdo en una ocasión, así estaba, una chamaquita, porque los niños muy delgaditos, muy desnutridos le digo, ¡Ay!, tu nene debe estar enrudecido, porque tu platicas que hace mucha diarrea, y que lo que come no tiene nada de cocimiento (*sic*), como si no le hiciera efecto la comida, porque no le haces eso, y se lo hizo, y sí, sanó la criatura, eso es cuando están enrudecidos».

De tigres y lagartos...

Se aborda aparte el mal del animal o *nahual* porque se ubica entre las enfermedades de índole sobrenatural y acerca de la que (AGUIRRE BELTRÁN G. 1995) habla de la relación hombre/tono. Este mal es percibido como una enfermedad a la que también hacen referencia Lucinda y Feliciano (2007): si el animal se enferma y/o muere, el individuo puede enfermar o morir. Hay que resaltar que el *nahualismo* tiene su origen prehispánico y se refiere al animal con el que se nace y acompaña, en otros pueblos Mesoamericanos remite a la capacidad que tiene una persona de transformarse en animal, sobre todo al anochecer, lo que tiene variantes importantes de una región a otra. La metamorfosis de una persona que ha sido elegida por otro *nahual*, forma parte de la cosmogonía de algunos pueblos entendiendo a este concepto como «un concepto amplio que postula una visión estructurada y coherente del mundo natural, de la sociedad humana y de la interrelación entre ambos, tal vez podríamos hablar de una lógica cosmológica-social, o de un modelo fenomenológico» (GOOD C. - ALONSO M. 2007)⁽⁴⁾.

Para la curandera o terapeuta de Copala cada individuo nace con un animal que es su *nahual* (que es su *alter ego*) que lo acompaña a lo largo de su vida. Desde la cosmovisión de la curandera copaleña, inicialmente camina detrás de los hombres y las mujeres, cuidándolos. Los más comunes son: culebra, tigre, lagarto, águila, león y onza real, pero de todos, el más citado por los lugareños es el tigre, nombre que también adjudican a las personas que son “*nahuales*”. Es importante mencionar que para Feliciano (2007) el *nahual* se hace visible en forma de algún animal, por ejemplo en onza real, y el cual no es muy peligroso si se le encuentra en el camino. Esta afirmación difiere de los relatos de otros pueblos, como en Cuetzalan, Puebla, donde para los lugareños es malo y peligroso, hace bromas. Sobre esto (VÉLEZ J.C. 1996) hace un amplio estudio.

El animal o *nahual* es nuestro “par” o el *alter ego* que nos acompaña a lo largo de la vida, aunque puede ocurrir que muera antes que nosotros sin que pase absolutamente, nada. ¿Cuándo el acompañamiento se puede convertir en un problema de salud? A partir del momento en que sean presentados ser humano y su animal estableciéndose una dualidad, convirtiéndose el primero en tigre, lagarto, etcétera, según sea el animal con el que nació. Para Feliciano (2007) esta dualidad “es como tener una doble personalidad”. No cualquiera puede presentarlos o colocarlos frente a frente, solamente lo hace quien también es animal o *nahual* y nació con el “don de ver” el *nahual* del “Otro”, por lo que no todos son elegidos para experi-

mentar esta asociación: «... Entonces ese animal, ella le gustó, ese animal bonito, que es animal bueno, viene y a la niña nada más dice ¡Hay, la niña está bien bonita!, ¡Bonita! Y ya, con eso se lo aparea...» (Lucinda, 2007).

Para Ceferina, Nicolás, Sara y Juan (2009), el animal o tono es “otorgado”. Explican que existe la creencia que una forma de “hacer animal” a la niña o al niño es cuando las personas que son *nahuales* o animal: I) «agarran al niño tierno y lo tiran tres veces para arriba, así como que lo hacen en juego...»; o bien, II) «agarran (al niño/niña) y le echan saliva en la oreja y ya lo hicieron tigre. Nada más, dicen, que le echan saliva aquí (en el lóbulo de la oreja) y ya los hacen... ya la dañaron, así de fácil». Todos estos informantes coinciden en sus narraciones que el *nahual*, *tonal* o tono, por la noche roba a los bebés recién nacidos o “moros” que son aquellos que aún no están bautizados, sin que la madre se dé cuenta para llevarlos a donde se cruzan los caminos. Sara (2009) narra que allí, «acuestan al nene y le pasan todos, muchos animales, lo saltan y saltan. El último que lo salta ese es su tono». Puede ser tigre, lagarto, onza real, tejón, jabalí u otro animal.

Los motivos de “hacer animal” a los bebés son varios. Puede ser porque le gustó el animal con el que se nace como lo explica Lucinda y Feliciano; por el deseo de hacer daño a los padres afirman Ceferina y Eusebia, ya que una vez hecho el bebé en animal, tono o *nahual*, los animales mayores lo abandonan, golpean o dejan bajo el sol. El resultado de estos actos puede ser la muerte del bebé si no atiende a tiempo de este mal. Un tercer motivo, explica Juan, curandero copaleño, por otorgar un “don”, por lo que no puede comunicarlo a nadie que lo tiene porque: «los que me hicieron allá me lo quitan, o bien castigan a mi *nahual*, lo encuevan, y allí lo golpean».

La asociación hombre-*nahual* lleva a dos mundos paralelos o dimensiones: el de los seres humanos y de los animales acompañantes. La curadora con su característico acento costeño – empleando palabras del español antiguo – describe el lugar en donde habitan y a donde viajan las personas que nacen con el don de ver el animal del “Otro”:

«Bueno, como ora ella, es más difícil que, yo, ¡Fíjate! ella es más difícil porque ello dice que como por allá están, dicen que son unas peñas, que eran horriblísimo que están esos animales. Se llama el cerro las Tandas. Dicen que allí las peñas no entran ni las gentes, para allá donde están, luego dicen que allí en donde está una laguna de agua. Esa no se seca, allí bajan a beber agua, hay leones, culebra, lagarto, todas esas que están, nada más que no pueden topar. Como el león no puede toparse con el tigre, se agarran, así cada quien tiene que estar en su lugar».

Para Feliciano el cuidado del animal por el *nahual* es sólo mientras es pequeño, etapa en que seres humanos y animales requieren de muchos

cuidados porque no pueden valerse por sí mismos. Así, el animal acompañante cuando es cachorro no puede cuidarse «de los animales más grandes ni puede conseguir su alimento». Depende de los mayores por lo que continúa narrando: «y esa persona, si tiene el don de hacer animal a otro, porque le caiga bien o algo así, lo hacen, pero ellos mismo se encargan de cuidarlo a su *nahual*, andan en el monte ellos metidos, pero ellos se encargan de cuidarlo. Cuidan nada más que cuando comen, como esos son chiquitos, les dan nada más las tripas así de lo que casan por allá, ellos se come lo mejor y ellos le dan las tripas, por eso cuando un niño animalito siempre está enfermo del estómago porque le dan de comer las tripas, lo que no quieren los demás, los grandes, y hasta que ya va creciendo, ya que él ya caza su presa, ya come lo que quiere».

Existen diversas causas que hacen que el animal se enferme, entre ellas, por el abandono o descuido de quien presentó al hombre su animal, o quien lo “hizo” tigre, lagarto u otro animal; puede deberse a que el animal del individuo comió algo que le hizo daño; sufrió un accidente y está herido, se enfermó, o bien porque se peleó con otros animales. Todo puede ser causa para que el hombre o la mujer enfermen sin explicación de la misma manera: «cuando ellos tienen riña por allá, le dejan a quien andan cuidando. Allí se los dejan, y allí se golpean y ellos se van, los grandes golpean a los medianos, porque no se pueden defender, y se golpen allí, y se enferma el niños también, porque a su animal le pegaron...» (Feliciano, 2007).

La sintomatología del mal del animal son variados dependiendo de la enfermedad o heridas que sufra el animal acompañante. Un indicador puede ser cuando los médicos no logran curar al enfermo, cuando éste se levanta dormido “tomando el camino del monte”, o cuando a veces presenta convulsiones. Cuando se levantan dormidos es porque van en busca de quien cure a su animal o porque lo va a buscar, señala Feliciano (2007) quien relata que su hermana murió porque no la dejaron adentrarse al monte en busca de su animal. Otro indicador es cuando aparece una enfermedad sin explicación. Romperse un hueso sin darse cuenta puede ser un indicador de que su animal se rompió un hueso (Verónica, 2007), presentar una hemorragia nasal, tener bastante sed y otros síntomas. El tratamiento de este mal puede ser costoso «... cuesta miles de pesos! afirma Zenaida» (2007), porque quien cura también es *nahual* o animal y tiene que ir a pelear en el monte para rescatar el animal, tono o *tonal* atrapado, dicen Eusebia, Nicolás, Ceferina (2009). Es decir, es un mal que exige la presencia de un especialista. Los tres informantes coincidieron en el uso de *timorreal* en baños cuando se trata de niños y niñas, o en baños y té para los adultos.

Ahora bien, como el daño ocurre cuando son bebés, dos mujeres Charquenses que dicen no creer en el mal del animal, manifiestan temor de que sus hijos también los hayan hecho “tigrillos” o “nahuales”, sin saberlo (Zenaída y Verónica, 2007), ya que este mal ahora que son jóvenes o adultos aparezca el daño en cualquier momento.

Consideraciones finales

En fin, ¿Qué nos deja este trabajo? Solamente acercarnos a las representaciones sociales de la salud enfermedad y atención a partir de las explicaciones de un grupo de mujeres y hombres teniendo en cuenta que las representaciones sociales no pueden ser valoradas en términos de verdad o falsedad, sino como construcciones sociales que emergen de la realidad de los individuos en su grupo étnico. Es un acercamiento inicial y nos falta escudriñar más sobre este tema. No obstante, creemos que este trabajo nos abre un universo de posibles líneas de investigación, fundamentalmente desde la epidemiología sociocultural a través de la que se conocen las condiciones de vida, económicas y salud de una población, que aún en este momento, es invisible y negada culturalmente, la cual para escapar de la marginación y la pobreza, tal como también lo hace la población de las comunidades Indígenas, tiene que migrar ya que viven en poblaciones donde con frecuencia los servicios de salud son ineficientes o inexistentes, por lo que la presencia de los terapeutas es importante, como también lo es en el resto de las poblaciones Indígenas oaxaqueñas y guerrerenses.

La autoatención, parte del primer nivel de atención a la salud, la mujer desempeña un rol fundamental en la detección, diagnóstico y a veces tratamiento de la enfermedad como parte del “oficio” de ser mujer y madre, afirmó una de las mujeres entrevistadas (Alejandra, 2007). Incluso la medicina tradicional está en manos de las mujeres, porque además de curar algunos de los síndromes y padecimientos, también son parteras. Es decir, en ellas es en quienes se forjan y transmiten las distintas representaciones sociales del grupo (CORREA E. 1996).

Las narraciones dejan ver precisamente la imbricación del sufrimiento también construido socialmente. Ante la enfermedad la familia incluyendo los niños y las niñas, por principio, tienen que enfrentarla en medio de un sinnúmero de carencias que empeoran cuando el jefe de familia es quien se enferma. Para la población en situación de pobreza y marginación, una enfermedad significa actuar no solamente llevando al enfermo al médico de cualquiera de los sistemas médicos hegemónico o no hegemónico, sino

incorporarse al mercado de trabajo asalariado si no estaba en él. Madre e hijos tienen que salir a trabajar.

En cuanto al sistema médico construido a partir de los saberes y creencias amerindias, africanas y europeas presenta características distintas a las observadas en poblaciones Afro-descendientes de Latinoamérica y el Caribe, las cuales han sido determinadas por el mismo proceso histórico desde la colonia. En su sistema médico que no es tan distinto al de las poblaciones indígenas, comparten las mismas enfermedades, y con frecuencia los mismos terapeutas quienes también están especializados. Los hay quienes son sobadores, sopladores y pulsadores, si bien existen quienes realizan todas estas especialidades. Empero, no en todas las enfermedades sus saberes y prácticas son indispensables, solamente en aquellas que exigen un tratamiento complejo como el espanto, susto o en el mal del animal. En el sistema médico no hegemónico de estas poblaciones, las yerberas son importantes porque son las encargadas de la preparación de los remedios. Generalmente a estas mujeres se les encuentra en los mercados locales a quienes acuden pacientes y curanderos.

La yuxtaposición de saberes está presente a todo lo largo de la atención de la salud, de modo que mujeres y curandero o curandera combinan algunas veces los cocimientos, té, rituales terapéuticos y medicamentos farmacológicos (antiácidos, terramicina, antidiarreicos).

Coincidimos con (HOFFMAN O. 2006) cuando afirma que no es posible identificar elementos africanos como si lo es en otras partes de Latinoamérica y el Caribe, al menos en el sistema médico de estas poblaciones no nos atrevemos a secundar a Aguirre Beltrán sobre los conceptos de animal y sombra, a los que señala como elementos culturales africanos. Para las mujeres “Morenas” el mal del animal se refiere a la enfermedad del *nahual* o acompañante del ser humano, quien sufre el mismo padecimiento de su *nahual*, pero únicamente si estableció una relación, si fue elegido.

La sombra es un concepto que también forma parte del cuadro de enfermedades entre los Amuzgos y Mixtecos cuyo origen parte del mundo prehispánico como lo han demostrado algunos estudios sobre este periodo. La diferencia se encuentra en su explicación y tratamiento. Incluso las diferencias existen entre una comunidad y otra, y entre un estado y otro.

Así, la enfermedad para los entrevistados resulta de factores externos que pueden ser poderes o fuerzas externas o sobrenaturales que provocan la enfermedad o el daño, pero también obedecen a un estado de ánimo, a relaciones interpersonales. Las condiciones ambientales, sociales, las relaciones son importantes en la construcción de una representación social, de

ahí que el mal de ojo, el espanto, susto o el mal del animal se asocien al medio ambiente que rodea a los individuos, de su cotidianidad. Como poblaciones vinculadas a la agricultura, pesca y ganadería, su mundo de simbolizaciones nos remiten a los animales, campo, ríos, monte, cerros y montañas.

Notas

⁽¹⁾ En el siglo XIX, una vez obtenida la independencia desaparecieron Negros y Castas. A partir de ese momento de se volvieron invisibles por dos siglos hasta que en 1991 se inició a nivel internacional la lucha por el reconocimiento del aporte cultural de la Tercera Raíz en la construcción de las naciones latinoamericanas y caribeñas. En esta búsqueda se incluyeron algunos sectores académicos y organizaciones no gubernamentales (ONGS).

⁽²⁾ Le agradecemos a la Organización de México Negro, A.C; al Profesor Gonzalo Gallardo García, ex presidente Municipal de Copala; e igual a Silvia Diez Urdanivia Coria por su apoyo a través del programa Herdez-Nutre. También agradecemos la participación de todas las mujeres y hombres como informantes en las entrevistas a profundidad y en la encuesta.

A las Licenciadas en Nutrición Gabriela Romero Juárez y Soledad Ochoa Cruz quienes nos apoyaron en el levantamiento de la encuesta, a Juan Antonio Espinosa Castro, estudiante de Biología, FES-Zaragoza UNAM quien capturó la encuesta; a José Francisco Gutiérrez Morales, estudiante en antropología física de la Escuela nacional de antropología e historia quien realizó su servicio social (abril-octubre, 2009) apoyándonos en las entrevistas, y a Pilar Moreno, secretaria, por su trabajo de transcripción de las entrevistas.

⁽³⁾ Para algunos afro-descendientes este concepto, representa un derecho ganado frente a “lo Negro” que implica discriminación, marginación y a veces es empleado como insulto. Lo “Moreno” viene a representar igual el múltiple mestizaje que no sólo se inicia en América, sino en Europa, especialmente en la región mediterránea de España: lo Andaluz, lo Castizo o lo Moro son un ejemplo. Lo “Moreno” se circunscribe en el sistema de relaciones raciales, más que en la búsqueda de retención de lo “Africano”, de acuerdo con Livio Sansone (SANSONE L. 2001: 5).

⁽⁴⁾ «La cosmovisión no es inmutable ni eterna, sino que surge en un contexto social específico, y se modifica a través del tiempo en distintas coyunturas socio-políticas; por eso se habla de cosmovisiones en plural. Pueden existir en ellas contradicciones internas e incongruencias lógicas porque las cosmovisiones son productos históricos colectivos. La organización social y las prácticas rituales expresan de manera empíricamente observable la cosmovisión, por lo mismo éstas son el punto de partida para su estudio. La cosmovisión se manifiesta no solo en la ritualidad y en las conductas, sino también en otros tipos de eventos mentales comunicados, tales como los movimientos sociales y especialmente en los procesos mesiánicos» (GOOD C. - ALONSO M. 2007: 17).

Bibliografía

AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1972), *La población Negra de México. Estudio etnohistórico*. México, Ediciones Fondo de Cultura Económica, México.

AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1985 [1958]), *Cuijla. Esbozo etnográfico de un pueblo negro*, Ediciones Fondo de Cultura Económica - Secretaría de Educación Pública (Lecturas 90 mexicanas), México.

AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1992), *Obra antropológica VIII. Medicina y Magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial*, INI - Gobierno del Estado de Veracruz - Universidad Veracruzana - Ediciones Fondo de Cultura Económica, México.

- ALFONSO Ilette (2007), *La teoría de las representaciones sociales*, Psicología Online, Cuba.
- ALBERRO Solange (1988), *Inquisición y sociedad en México, 1571-1700*, Ediciones Fondo de Cultura Económica, México.
- ARAYA Sandra (2002), *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Costa Rica.
- BALAY Mayo (2001), *Creencias y enfermedades de la Costa Chica*, "Periódico Sur Acapulco", 29 de junio 2001.
- CAMPOS Roberto (2006), *Textos peruanos sobre el empacho*, Ediciones Universidad Nacional Autónoma de México - AMARES - Ministerio de Salud y Programa de Apoyo a la modernización del sector salud y aplicación en una región del Perú, Perú.
- CATALDO Miriam (2004), *Susto o espanto: en torno a la complejidad del fenómeno*, "Dimensión Antropológica", vol. 32, periodo año 2004, s.p. [revista en línea].
- COLÍN Araceli (2003), *La crianza del niño en la cosmovisión Nahuá*, "Revista Voces Universitarias", Nueva Generación, Año 1, Num. 2, primavera, s.p. [revista en línea].
- CORREA Etelvina (1996), *Población negra y alteridentificación en la Costa Chica de Oaxaca*, "Dimensión Antropológica", vol. 8, periodo octubre, s.p. [Revista en línea].
- DEEDS Susan M. (2002), *Brujería, género e inquisición en Nueva Vizcaya*, "Desacatos", n. 10, otoño-invierno, 2002, pp. 30-47.
- DÍAZ Imelda - JUÁREZ Maribel - FERNÁNDEZ Maribel - HAMAUI Alicia (2007), *El «espanto» o «susto» en el medio popular y bajo el enfoque médico*, "Órgano Informativo del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina", Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 14, n. 1, enero-febrero 2007, pp. 1-3.
- DOMÍNGUEZ José M. (2004), *Dermatología Popular en Extremadura (I)*, "Revista de Folklore", tomo 24 a, n. 281, 2004, pp. 155-165.
- GONZÁLEZ Lilian - HERSCH Paul (1993), *Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural*, "Revista Salud Pública", vol. 35, n. 4, 1993, pp. 393-402 [Revista en Línea].
- GOOD Catharine - ALONSO Marina (2007), *Cosmovisiones y mitología. Segunda Línea de Investigación: documento rector*, "Diario de Campo" (Instituto Nacional de Antropología e Historia), enero/febrero 2007, pp. 16-25 [Revista en Línea].
- HERNÁNDEZ J. (2009), *Y Cuando la diversidad despertó, los afrodescendientes ya estaban aquí*, "Oaxaca Población Siglo XXI" (Dirección General de Población, Oaxaca), 2009, pp. 11-14 [Revista en Línea].
- HERSCH Paul W. - HARO ENCINAS Jesús Armando (2007), *La salud pública como suprema ley. Un manifiesto por la salud de los mexicanos*, "Diario de Campo" (INAH), n. 95, 2007, pp. 116-125.
- HOFFMAN Odile (2006), *Negros y afroestizos en México: viejas y nuevas lecturas de un mundo olvidado*, "Revista Mexicana de Sociología", vol. 68, n. 1, enero-marzo 2006, pp. 103-135.
- HOFFMAN Odile (2007), *Población de origen africano y afrodescendientes: las américas negras*, "Diario de Campo", n. 42, marzo-abril, 2007, pp. 4-9 [Suplemento].
- HOFFMAN Odile (2007), *De las «tres razas» al mestizaje: diversidad de las representaciones colectivas acerca de «lo negro» en México (Veracruz y Costa Chica)*, "Diario de Campo" (Instituto Nacional de Antropología e Historia), n. 42, marzo-abril, 2007, pp. 98-109 [Suplemento].
- KLEINMAN Arthur - BENSON Meter (2004), *La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina*, "Monografías Humanitas" (Fundación Medicina y Humanidades Médicas), n. 2, 2004, pp. 17-26.
- LÓPEZ AUSTIN Alfredo (1980), *Cuerpo humano e ideología. La concepción de los antiguos nahuas*, Serie Antropológicas 39, Tomo I, Instituto de Investigaciones Antropológicas - Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- MARTÍNEZ Roberto (2006), *El Ihiyotl, la sombra y las almas-aliento en Mesoamérica*, "Revista Cuicuilco", año-vol. 12, n. 38, septiembre - diciembre 2006, pp. 177-199.
- MARTÍNEZ Ángel (2008), *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Editorial del Hombre Anthropos, Barcelona.

- MARTÍNEZ LUZ M. (2005), *Inmigración y diversidad cultural en México. Una propuesta metodológica para su estudio*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (2005), *Intencionalidad, experiencias y función: la articulación de los saberes médicos*, "Revista de Antropología Social", vol. 14, 2005, pp. 33-69.
- SANSONE LIVIO (2001), *De África a lo afro: uso y abuso de África en Brasil*, The South-South Exchange Programme for Research on the History of Development (SEPHIS) - The Council for the Development of Social Science Research in Africa (CODESRIA), Amsterdam - Dakar.
- SERNA J. Jesús M. (2008), *¿Nosotros? Interrogantes sobre cultura latinoamericana*, [manuscrito], Centro de investigaciones sobre América Latina y el Caribe, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- VÉLEZ Jorge C. (1996), *El nahualismo y los tapahtianil/nahualmej de Cuetzalan, Sierra Norte de Puebla*, "Revista Alteridades", vol. 6, n. 12, 1996, pp. 33-38.
- VILLASEÑOR Sergio - ACEVES Martha - REYES José R. - GONZÁLEZ Irma P. (2004), *La cultura y las enfermedades mentales*, "Revista Universidad de Guadalajara", n. 30, invierno 2004, s.p. [Revista en Línea].
- YSUNZA OGAZÓN Alberto (1976), *Estudio bio-antropológico del tratamiento del 'susto'*, pp. 59-73, in VIESCA TREVIÑO Carlos (compilador), *Estudios sobre etnología y antropología médica*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México.
- ZOLLA Carlos - BOSQUE Sofía - MELLADO Virginia - TASCÓN Antonio - MAQUEO Carlos (1992), *Medicina tradicional y enfermedad*, pp.71-104, en CAMPOS Roberto (compilador), *La Antropología Médica en México*, tomo 2 [Colec. Antologías Universitarias], Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Nota sobre los Autores

Alberto Miguel YSUNZA OGAZÓN: médico cirujano, egresado de la Facultad de medicina de la Universidad nacional autónoma de México (1973), fundador y Co-Director del Proyecto de seroepidemiología del Centro de investigaciones ecológicas del sureste (CIES) (1975), realizó estudios de posgrado en nutrición humana en la Universidad de Londres (1980). Dirigió el centro de salud de Yancuictlalpan, Puebla. Maestro en desarrollo rural egresado de la Universidad autónoma metropolitana-Xochimilco (1994) y actualmente candidato al doctorado en antropología en el Instituto de investigaciones antropológicas de la UNAM.

Es miembro de la Asociación de médicos del Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición "Salvador Zubirán" desde 1977 a la fecha, miembro fundador de Foro nacional de alimentación y nutrición de 1985 a la fecha; miembro de la Asociación internacional de médicos para la prevención de la guerra nuclear (IPPNW), miembro del Comité interinstitucional de expertos en lactancia materna del sector salud, miembro del Comité de apoyo al consejo nacional de médicos tradicionales Indígenas.

Dentro de su producción científica cuenta con 20 artículos en revistas con comité editorial, autor y/o coautor de 5 Libros, 27 artículos en capítulos de libros y 95 presentaciones en congresos, coloquios y seminarios de los cuales 18 han sido publicados.

Es jefe del Departamento de estudios experimentales y rurales del Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición “Salvador Zubirán” desde 1977 y Director del Centro de capacitación integral para promotores comunitarios (CECIPROC, A. C.) desde 1991 a la fecha.

Luz María ESPINOSA CORTÉS nació en la ciudad de México el 25 de marzo de 1952 e investigadora adscrita al Departamento de estudios experimentales y rurales del Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición “Salvador Zubirán”. Se graduó de licenciada en historia en 1983 y obtuvo el grado de Doctora en Estudios latinoamericanos en 1997, ambos en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad nacional autónoma de México (UNAM).

Ha sido profesora en la Escuela de trabajo social, Facultad de filosofía y letras y en la Facultad de ciencias políticas y sociales, UNAM; también en la Escuela nacional de antropología e historia. Pertenece al sistema nacional de investigadores nivel 1 2007-2009.

Durante veinte años ha desarrollado varias líneas de investigación: “Historia del hambre en México: colonia y época contemporánea”; “Políticas y dependencia agroalimentarias en México y el Caribe”; “Niños y niñas en situación de calle en el Df”; “Epidemiología socio-histórica”. Actualmente desarrolla el proyecto: “Epidemiología sociocultural en siete poblaciones afrodescendientes de la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca desde la visión de las mujeres, 2008-2011” (CONACYT 2008-2011). Asimismo ha sido editora y coeditora de seis libros; de 23 artículos en México, Italia y Cuba; y de 8 capítulos de libro.

Resumen

Enfermedades de filiación cultural en comunidades afro-mexicanas de la Costa Chica oaxaqueña y guerrerense

No es fácil identificar las raíces africanas en la representación social del proceso salud-enfermedad entre la población afro-mexicana de la región de la Costa Chica, en la costa del Pacífico sur de México, contrario a lo que ocurre en las zonas del Caribe y otros países de América latina, donde el “Medicina tradicional Yoruba” se ha reproducido y reiventado. El médico y antropólogo mexicano Aguirre Beltrán identificó dos elementos culturales africanos en la medicina tradicional: “el mal del animal” y “la sombra”. El presente trabajo incluye los síndromes mencionados y otros a partir de la explicación de un grupo de mujeres y hombres. Las mujeres por lo general son las primeras en diagnosticar si algún miembro de la familia se encuentra enfermo, así como identificar los síndromes culturales que lo afectan y que cura la medicina tradicional local. Algunos de los síndromes han sido identificados por otros grupos étnicos, por lo que estamos ante un paralelismo cultural.

Riassunto

La genesi culturale delle malattie nelle comunità afro-messicane della Costa Chica oaxaqueña y guerrerense

Non è facile identificare le radici africane nella rappresentazione sociale del processo salute/malattia fra la popolazione afro-messicana della Costa Chica, la costa del Pacifico meridionale del Messico. Si tratta di una difficoltà che invece non si riscontra nelle aree del Caribe e in altri Paesi dell'America Latina, nei quali la "medicina popolare yoruba" si è riprodotta e reinventata. L'antropologo e medico messicano Aguirre Beltrán ha identificato due elementi culturali africani nella medicina tradizionale: "il male dell'animale" e "l'ombra". Il presente articolo include queste e altre sindromi a partire dalla inchiesta svolta in un gruppo di donne e uomini. Le donne in generale sono le prime a diagnosticare se un membro della famiglia si ammala, e anche appaiono in grado di identificare le sindromi culturali che lo affliggono e che vanno curato con la medicina tradizionale locale. Alcune sindromi sono state identificate in altri gruppi etnici così che ci si trova di fronte a un parallelismo culturale.

Résumé

Maladies de filiation culturelle dans des communautés afro-mexicaines dans la Costa Chica oaxaqueña et guerrerense

C'est pas facile d'identifier les racines africains dans les représentation sociales du processus santé-maladie entre les populations afro-mexicaines de la région de la "Costa Chica" dans la Côte Sud-Pacifique du Mexique. Contraire aux région du Caraïbe et des autres pays du l'Amérique Latine, où la "médecine traditionnel yoruba" été reproduits et réinventer. Le médecine et anthropologue mexicain Aguirre Beltrán a identifié comme des éléments culturelles africains, deux syndromes dans la médecine traditionnelle: "mal des animaux" et "l'ombre". Ce travail comprend les syndromes renvoyés de l'explication d'un groupe de femmes et les hommes. Normalement sont elles qui font le première diagnostic de la malade quand quelqu'un de la famille tombe malade; ou bien elles font référence aux maladies traditionnelles, qui sont guéris pour la médecine traditionnelles locales. Certains de ces syndromes ont été identifiées dans d'autres groups ethniques, c'est qui parle d'un parallélisme culturelle.

Abstract

The cultural genesis of illness in Afro-Mexican communities of the Costa Chica oaxaqueña y guerrerense

It has not been easy to identify the African roots of the health disease social representations among the Afro-Mexican population in the "Costa Chica" region, in the South

Pacific Mexican coast. In contrast, there are regions such as the Caribbean and other Latino-American countries where the Yoruba medical practices have been reproduced and reinvented as well. Aguirre Beltran, an eminent Mexican medical anthropologist identifies as African cultural elements within the Traditional Medicine, two basic traditional diseases: “*mal del animal*” (animal sickness) and “*la sombra*” (the shadow). The present paper includes both of the mentioned syndromes and other with variations in their own explanation. Direct interviews were realized in a group of Afro-Mexican women and men are responsible for the welfare of their families. Women are usually those who first diagnose a sick member of the family; as well as those who make reference to the different cultural syndromes, which are cured by the local traditional medicine. Some of these syndromes had been identified by other ethnic groups as a evidence of the existing cultural parallelism.