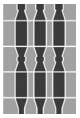
Pubblicazione realizzata con il contributo della  **Regione Umbria**

00-Prime pagine.pmd 2 10/01/2012, 17.19

AM *Rivista della Società italiana di antropologia medica* ISSN 1593-2737

Direttore: Tullio Seppilli (*presidente* della SIAM, *presidente* della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia), già ordinario di antropologia culturale nell'Università di Perugia)

Comitato consultivo internazionale: Naomar Almeida Filho (Universidade federal da Bahia, Salvador) / Jean Benoist (Université de Aix-Marseille) / Gilles Bibeau (Université de Montréal) / Giordana Charuty (Université de Paris X - Nanterre) / Luis A. Chiozza (Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires) / Josep M. Comelles (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Ellen Corin (McGill University, Montréal) / Mary-Jo DelVecchio Good (Harvard Medical School, Boston) / †Els van Dongen (Universiteit van Amsterdam) / Sylvie Fainzang (Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris) / Ronald Frankenberg (Brunel University, Uxbridge - University of Keele) / Byron Good (Harvard Medical School, Boston) / †Mirko Grmek (École pratique des hautes études, Paris) / Mabel Grimberg (Universidad de Buenos Aires) / Roberte Hamayon (Université de Paris X - Nanterre) / Thomas Hauschild (Eberhard Karls Universität, Tübingen) / Elisabeth Hsu (University of Oxford) / †Arouna Keita (Département de médecine traditionnelle, Bamako - Université du Mali, Bamako) / Laurence J. Kirmayer (McGill University, Montréal) / Arthur Kleinman (Harvard Medical School, Boston) / Margaret Lock (McGill University, Montréal) / Françoise Loux (Musée national des arts et traditions populaires, Paris) / †Boris Luban-Plozza (Fondazione medicina psicosomatica e sociale, Ascona) / Ángel Martínez Hernáez (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Raymond Massé (Université Laval, Québec) / Eduardo L. Menéndez (Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, México DF) / Edgar Morin (École des hautes études en sciences sociales, Paris) / Tobie Nathan (Université de Paris VIII) / Rosario Otegui Pascual (Universidad Complutense de Madrid) / Mariella Pandolfi (Université de Montréal) / Ilario Rossi (Université de Lausanne) / Ekkehard Schröder (Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam) / Allan Young (McGill University, Montréal)

Comitato scientifico: *Il Consiglio direttivo della SIAM*: Paolo Bartoli (Università di Perugia) / Roberto Beneduce (Università di Torino) / Andrea Caprara (Escola de saúde pública do Ceará, Fortaleza - Universidade estadual do Ceará, Fortaleza - Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio) / Donatella Cozzi (Università di Venezia) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Alessandro Lupo, *vice-presidente* (Sapienza Università di Roma) / Roberto Malighetti (Università di Milano Bicocca) / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Pizza (Università di Perugia) / Ivo Quaranta (Università di Bologna) / Gianfranca Ranisio, *vice-presidente* (Università di Napoli "Federico II") / Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma) / Tullio Seppilli, *presidente* (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / *Il Delegato della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)*: Giovanni Berlinguer (Sapienza Università di Roma)

Comitato di redazione: Paolo Bartoli (Università di Perugia) / Andrea Caprara (Universidade estadual do Ceará, Fortaleza - Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio) / Giuseppe Cardamone (Azienda Usl n. 4 [Prato] della Regione Toscana) / Donatella Cozzi (Università di Venezia) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Salvatore Inglese (Azienda Usl n. 7 [Catanzaro] della Regione Calabria) / Laura Lepore (Comune di Ferrara) / Alessandro Lupo (Sapienza Università di Roma) / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Enrico Petrangeli (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Pizza (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma)

Segreteria di redazione: Giovanni Pizza, *coordinatore* / Paolo Bartoli / Alessandro Lupo / Massimiliano Minelli

Editing: Paolo Bartoli / Massimiliano Minelli / Giovanni Pizza

Progetto grafico: Alberto Montanucci e Enrico Petrangeli (Orvieto)

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica è una testata semestrale della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) e viene realizzata con la collaborazione della Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia.

00-Prime pagine.pmd 4 26/10/2011, 15.32

AM

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA

La Antropología médica en México

compiladora
ROSA MARÍA OSORIO C.

29-30
ottobre 2010
31-32
ottobre 2011

Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia

ARGO

00-Prime pagine.pmd 5 26/10/2011, 15.32

L'immagine di copertina è tratta dal Codice Borgia, uno dei più importanti documenti pittografici messicani di epoca preispanica, e rappresenta una divinità femminile strettamente connessa alla sfera della fecondità e del parto, della malattia e dei rituali terapeutici. Non è facile attribuirle un nome certo e univoco, anche se le fonti coloniali e un gran numero di studiosi contemporanei oscillano fra due principali denominazioni, Toci e Tlazolteotl. Sia l'una che l'altra risultano figure molto importanti del pantheon degli Aztechi ma le informazioni in nostro possesso non consentono di stabilire con sicurezza se si tratta di due distinte divinità oppure di due diverse incarnazioni di una stessa figura femminile, per molti tratti riconducibile a una Dea Madre. Non si tratta, peraltro, di un caso isolato giacché gli Aztechi, via via che incorporavano nel proprio sistema religioso le divinità delle popolazioni sconfitte, attribuivano a uno stesso dio o dea diverse denominazioni che pure facevano riferimento a caratteristiche e poteri molto simili.

Diego Durán (XVI secolo) non fa mai riferimento a Tlazolteotl ma dedica il cap. XV del libro I alla cruenta celebrazione della festa della dea Toci, «*Madre de los dioses y Corazón de la tierra*», nel corso della quale un ruolo importante era svolto dalle levatrici. Bernardino de Sahagún (anch'esso XVI secolo), nel cap. VIII del libro I, è più esplicito di Durán nel sottolineare la forte valenza medica di Toci: «*Esta diosa era la diosa de las medicinas y de las hierbas medicinales. Adorabanla los médicos, y los cirujanos y los sangradores, y también las parteras, y las que dan hierbas para abortar.* […] *También la adoraban los que tienen en sus casas baños o temazcales*». È da dire che Sahagún in questo capitolo non nomina Toci ma evidentemente si riferisce a lei visto che così lo intitola «*trata de una diosa que se llamaba la madre de los dioses, corazón de la tierra y nuestra abuela*». Anche la descrizione che fa dei suoi ornamenti corrisponde per alcuni aspetti importanti a quella di Durán: la parte inferiore del viso è dipinta di nero, impugna con una mano un piccolo scudo rotondo e nell'altra una scopa.

Delle descrizioni di questi due autori, qui riportate in modo molto sommario, vale la pena sottolineare due elementi. Il primo è il *temazcal*, il bagno di vapore cui si attribuivano importanti proprietà terapeutiche e di purificazione, posto sotto la protezione di Temazcalteci, volta a volta identificata con Toci o con Tlazolteotl. Il secondo elemento, anche questo connesso con la "pulizia" del corpo e dello spirito, è la scopa che di nuovo mostra la sovrapposizione delle due divinità femminili. La festa che si celebrava annualmente in onore di Toci era chiamata *ochpaniztli*, che Diego Durán traduce con *barrer camino* (scopare la strada) o *fiesta barrendera* (festa dello scopare); il rituale, che prevedeva fra l'altro l'uccisione e lo scuoiamento di una donna che impersonava Toci, si concludeva con una generale e accurata pulizia delle case e delle strade. Ma alla pulizia, e alla sporcizia, è strettamente connessa anche Tlazolteotl, il cui nome significa dea dell'immondizia o della spazzatura, chiamata anche Tlaelcuani, mangiatrice di immondizia. Bernardino de Sahagún, e con lui molti cronisti della Colonia, ne hanno sottolineato soprattutto il carattere lussurioso e lascivo: è lei che induce ai peccati sessuali e nello stesso tempo raccoglie la confessione e il pentimento di coloro che commettono adulterio. Studi recenti, tuttavia, hanno voluto vedere simboleggiata nella dualità sporcizia-pulizia, presieduta da Tlazolteotl, la dualità malattia-salute; il fatto che uno dei suoi appellativi fosse Yoalticitl (medica della notte) sarebbe, secondo questi studi, una ulteriore riprova della sua importanza come divinità della malattia e della medicina.

In questo quadro di intersezione e di sovrapposizione fra la sfera religiosa del peccato e del perdono e quella della salute e della malattia, può essere utile, infine, ricordare che secondo la testimonianza di Diego Durán all'ingresso di Tenochtitlán esisteva un piccolo tempio dedicato a Toci e chiamato *Cihuateocalli*, ovvero «*iglesia u oratorio de mujeres*», dove le donne si recavano a tributare il culto alla divinità che, fra l'altro, era la patrona delle partorienti. Proprio qui, secondo Serge Gruzinski (*La guerra de las imágenes. De Cristóbal Colón a "Blade Runner" (1492-2019)*, México, Fondo de Cultura Económica, 1994, cfr. p. 104), sulla collina del Tepeyac, a nord dell'odierna Città del Messico, si sarebbe sviluppato alla metà del sec. XVI il culto della Vergine di Guadalupe, destinata a diventare la veneratissima patrona del Paese.

[Paolo Bartoli]

Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di "longevità", risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

00-Prime pagine.pmd 6 26/10/2011, 15.32

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica

n. 29-30, ottobre 2010
n. 31-32, ottobre 2011

Indice

Presentazione 9 Tullio Seppilli
Sul perché e il come di questo numero "messicano" e su qualche ragione più generale / Sobre el por qué y el cómo de este número "mexicano" y sobre algunas razones más generales / On why and how of this "mexican" volume and on other general reasons

Introduzione 29 Rosa María Osorio C.
La Antropología médica en México: los caminos recorridos y las nuevas veredas de investigación

Ricerche 59 Zuanilda Mendoza González
"Parir en la casa o en el hospital". Saberes acerca del parto de mujeres Triquis migrantes a la Ciudad de México

83 Judith Ortega Canto
Miradas entre biomédicos y parteras Mayas: el proceso reproductivo femenino

123 Antonella Fagetti
Nexikole y texoxa: *el daño por brujería como categoría nosológica Nahua*

153 Luz María Espinosa Cortés - Alberto Ysunza Ogazón
Enfermedades de filiación cultural en comunidades afro-mexicanas de la Costa Chica oaxaqueña y guerrerense

183 Isabel Lagarriga Attias
Espiritualismo trinitario mariano. Viejas y nuevas estrategias terapéuticas

215 Eduardo L. Menéndez - Renée B. Di Pardo
Sector Salud y organizaciones no-gubernamentales: convergencias y articulaciones en torno a la salud reproductiva

253 Diana L. Reartes
El diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano (VPH): construcción social del contagio en parejas mexicanas

279 Leticia Robles-Silva
La autoatención en la enfermedad crónica: tres líneas de cuidado

299 Martha Alida Ramírez Solórzano
Entre el poder y el padecer: un estudio sobre la construcción social de la violencia masculina

325 María Eugenia Módena Allegroni
Religiosidad, ritualidad y relaciones sociales en un grupo de Alcohólicos Anónimos

343 Josefina Ramírez Velázquez
Estrés y emoción entre un grupo de operadoras telefónicas

365 Jesús Armando Haro Encinas
De aciagas oportunidades: Evaluación de un programa de combate a la pobreza en tres regiones indígenas de Sonora, México

403 Roberto Campos-Navarro
Aproximación clínica, etnográfica e intercultural de estudiantes de medicina a pacientes hospitalizados. Una experiencia docente en la Universidad Nacional Autónoma de México

Osservatorio

431 Indice

433 *Presentación*
[Rosa María Osorio C.]

439 *Bibliografía. La investigación social mexicana sobre los procesos de salud/enfermedad/atención [1920-2010]*
[Rosa María Osorio C.]

481 *Directorio de investigadores*
[Rosa María Osorio C.]

495 *Algunas instituciones que desarrollan de investigación socio-antropológica en salud: sitios web*

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 9-28

Sul perché e il come di questo numero "messicano" e su qualche ragione più generale

Tullio Seppilli

direttore di "AM" e presidente della Società italiana di antropologia medica
[seppilli@antropologiamedica.it]

1.

Da molto tempo avevamo pensato di proporre ai nostri lettori, sotto forma di volumi monografici della rivista, panoramiche informative su due fra le più interessanti antropologie mediche contemporanee: quella brasiliana e quella messicana.

Riteniamo importanti, infatti, operazioni di questo tipo, sia per il loro valore intrinseco, sia per le significative caratteristiche dei relativi contesti, sia infine perché esse contribuiscono a sollevare una questione più generale: quale peso abbia, cioè, il fatto che in questi ultimi decenni il circuito di informazioni relativo all'antropologia medica (come un po' a tutte le discipline "sociali") – voglio dire l'attenzione ai testi, alle ricerche, alle proposte innovative, agli autori e ai modelli "che è bene seguire" – si sia andato concentrando in larghissima misura intorno a quanto viene prodotto e/o pubblicato in quella parte del mondo che usiamo definire "anglosassone" o "di lingua inglese".

Certo, nulla accade per caso. Questa situazione è sicuramente dovuta in notevole misura alla qualità (e alla quantità) di ciò che viene da tempo realizzato nell'area nord americana. E lo è, particolarmente, per le discipline antropologiche e per la stessa antropologia medica, che vi risultano positivamente radicate su una solida rete di istituzioni deputate alla formazione, alla ricerca e alla diffusione culturale. Certo, un patrimonio prezioso per tutti noi.

E tuttavia, su questa situazione – che diamo spesso semplicemente per "scontata" – forse vale la pena di riflettere, giacché, per il modo in cui essa si caratterizza ne risultano non indifferenti implicazioni.

Una attenzione meno distratta e meno subalterna ci pone di fronte, infatti, alla esistenza di esperienze di lavoro che si sono venute sviluppando in

00-Seppilli 3 lingue.pmd 9 28/11/2011, 14.56

altri Paesi e che sarebbe assai errato, oltreché dannoso, ignorare. Stiamo parlando di Paesi che per quanto riguarda la ricerca psico- e socio-antropologica, e in particolare l'antropologia medica, producono da tempo abbondanti e significativi contributi, internazionalmente aperti ed aggiornati e tuttavia portatori di una loro "diversità" e di una loro certa autonomia tematica e metodologica, caratterizzata da una forte attenzione ai determinanti sociali e da un diffuso impegno collettivo al superamento delle connesse diseguaglianze in salute. Penso ad esempio all'antropologia medica spagnola e, appunto, a quella messicana e a quella brasiliana [1].

Di questa produzione, in genere, l'antropologia corrente nell'area anglosassone sembra tenere assai poco conto: non ve ne è praticamente traccia nei riferimenti bibliografici dei lavori pubblicati negli Stati Uniti ed è a tutti evidente, d'altronde, quanto poco, della produzione antropologica mondiale, risulti tradotto dalle case editrici di lingua inglese. Per una piccola verifica di questo generale fenomeno basti sfogliare (e invito i lettori a farlo, perché è istruttivo) i riferimenti bibliografici posti in calce agli articoli, e alle stesse rassegne panoramiche, comparsi negli ultimi anni in prestigiose riviste come l' "American Anthropologist" o l' "Annual Review of Anthropology".

È difficile non intravedere, dietro questo atteggiamento dei nostri colleghi statunitensi – pure dei più "critici" –, *anche* qualcosa di non molto dissimile da quell'etnocentrismo che in teoria dovremmo tutti respingere ma che nel caso specifico trova (consapevolmente o no) ben solide fondamenta in un preciso contesto oggettivo: il porsi degli Stati Uniti, da parecchi decenni almeno sino ad oggi, come potenza politico-economica a egemonia mondiale e, di conseguenza il porsi della lingua inglese come punto di riferimento e lingua franca internazionale.

Di tutto ciò non possiamo non preoccuparci. Ci si trova di fronte, è bene sottolinearlo, a una situazione che non può essere semplicisticamente risolta – specie per le discipline storico-sociali – con la rinuncia, da parte di tutti i non-anglofoni, all'uso espressivo della lingua parlata dalla propria comunità nazionale, e tanto meno con una loro improbabile e irrealistica attesa che i propri scritti vengano finalmente pubblicati da un qualche "grande periodico scientifico anglosassone". Peraltro, sulle disparità delle probabilità di accesso, da ogni dove, alle riviste e alla editoria di un solo Paese-leader, e anche sui rischi connessi al concentrarsi dei criteri di selezione e diffusione dei lavori scientifici in una sola area del mondo, esiste già una significativa pubblicistica (anche statunitense, peraltro).

Il fatto è che la pluralità e la rapida circolazione delle idee, delle scoperte, dei modelli interpretativi e anche delle modalità discorsive e degli stessi

00-Seppilli 3 lingue.pmd 10 26/10/2011, 15.36

paradigmi scientifici, appaiono più che mai necessarie nell'orizzonte di un processo di globalizzazione che – malgrado l'emergere di sempre nuovi soggetti "locali" di ricerca anche nel nostro campo – rischia tuttavia di tradursi nell'imposizione di una cultura unica e di un unico stile di vita.

Verso l'obbiettivo, appunto, di favorire il pluralismo e la circolazione delle più significative esperienze, nel nostro campo – in particolare quelle segnate da una loro relativa "autonomia" e "diversità" – la nostra rivista, e la Società italiana di antropologia medica di cui essa è espressione, intendono continuare a impegnarsi. Ed è in questa linea di lavoro che si inserisce, ora, la panoramica sull'antropologia medica messicana: un'operazione sulla quale darò fra poco qualche più specifica informazione.

2.

Mi sono riferito, prima, a una seconda ragione di interesse, relativa – per il Brasile come per il Messico sia pure in forme e con esiti diversi – ai contesti di svolgimento delle ricerche: che si situano in quella vasta parte del continente americano che usiamo chiamare "latina" [(2)].

Appunto l'America latina costituisce uno straordinario teatro in cui nel breve giro di mezzo millennio, e con ricchissime evidenze documentarie, si sono "incontrati" uomini delle più diverse provenienze e delle più eterogenee civiltà, e hanno avuto luogo pesanti e diffusi processi di sterminio e violenza, di egemonia e circolazione culturale, di cambiamento sociale e di stratificazione dei poteri, di conflitto, di integrazione, di sincretismo.

Ci troviamo di fronte, così, a un immenso e variegato territorio in cui – sotto i nostri occhi, possiamo dire – tutti questi processi hanno via via prodotto e condizionato l'incontro e l'intreccio dei più diversi sistemi medici e delle più diverse concezioni del corpo, della salute e delle malattie: quasi un ideale laboratorio vivente tuttora estremamente ricco e variato e per noi di enorme interesse [(3)].

Intorno a queste eterogenee situazioni e a questi complessi esiti le antropologie mediche latino-americane stanno compiendo un enorme lavoro e stanno sperimentando significativi modelli non solo di ricerca ma anche di attenta mediazione e integrazione: che non possono non costituire per noi un importante e prezioso contributo conoscitivo e una insostituibile fonte di riflessione teorico-empirica. È opinione mia e della Redazione di questa rivista, in effetti, che l'ignoranza di tali esperienze finirà per penalizzare proprio coloro che per qualsiasi ragione continuano pervicacemente a non tenerne conto.

00-Seppilli 3 lingue.pmd 11 26/10/2011, 15.36

3.

Come dicevo all'inizio, l'idea di questo volume di *AM* dedicato all'antropologia medica messicana ha una storia abbastanza lunga, quasi quanto la nostra stessa rivista.

Si tratta di un'idea nata a Città del Messico, nell'ormai lontano febbraio del 1997, durante una tranquilla serata trascorsa nella accogliente abitazione di Eduardo Menéndez e Renée Di Pardo. Mi trovavo appunto a Città del Messico, dietro invito dello stesso Menéndez, per tenere presso il CIESAS – il *Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social* – un breve corso seminariale sull'antropologia medica italiana e qualche conferenza presso altre strutture, e anche per conoscere meglio istituzioni e personaggi impegnati sul terreno locale nelle ricerche di antropologia medica e di storiografia della medicina.

Per la sua storia personale e politica, per la sua autorevolezza e per lo spessore dei suoi contributi, Eduardo Menéndez era certo il mio interlocutore privilegiato. Così, affascinato da tutto ciò che avevo potuto vedere e sentire, proposi a lui di curare appunto, e di introdurre con un suo scritto generale, uno speciale volume di *AM* dedicato alle variegate esperienze dell'antropologia medica messicana.

Nacque così, quella sera, una prima idea di "scaletta", poi ritoccata e precisata nel corso di una corrispondenza abbastanza fitta e anche di successivi incontri, in Italia e in Spagna.

Ma questi progetti, si sa, soffrono per le lontananze e l'urgenza degli impegni che via via si presentano. In questo lungo periodo sono avvenute molte cose, e purtroppo Eduardo Menéndez, pur continuando ad esserne l'ispiratore, ha dovuto rinunciare a un impegno diretto nella costruzione del volume. E ha indicato infine una dei suoi migliori allievi, Rosa María Osorio, come effettiva curatrice del volume.

Così, ora, finalmente, Rosa María Osorio ci consegna dopo un lungo e duro lavoro di raccolta, di controlli incrociati, di attente revisioni, una selezione di tredici articoli di differenti autori che compongono, con i loro rapporti di ricerca, una ricca esemplificazione della eterogenea tipologia di ambiti cui gli antropologi medici messicani rivolgono la loro attenzione. A questi articoli Rosa María Osorio fa precedere un suo ampio e impegnativo saggio di introduzione generale. E fa seguire – rifacendosi al titolo e alle funzioni della nostra consueta rubrica *Osservatorio* – tre utilissimi repertori da lei costruiti, aperti da una sua breve premessa esplicativa: (*a*) una nutrita bibliografia (40 pagine) relativa alle ricerche socio-antro-

00-Seppilli 3 lingue.pmd 12 26/10/2011, 15.36

pologiche condotte in Messico, negli ultimi novant'anni, intorno all'area dei processi di salute, malattia e pratiche di cura; (*b*) un registro dei ricercatori impegnati in Messico nell'ambito dell'antropologia medica, per ciascuno dei quali vengono indicate le principali tematiche di lavoro, la istituzione di appartenenza, l'indirizzo postale e (ove possibile) quello elettronico; (*c*) un elenco delle principali istituzioni messicane che conducono ricerche socio-antropologiche su salute, malattie e pratiche di cura, e i relativi siti web.

Crediamo che con queste caratteristiche il volume qui presentato possa dare panoramicamente conto della ricchezza di quanto viene prodotto dai nostri colleghi messicani.

Certo, insieme alla Curatrice, avremmo desiderato che almeno due altre piste di lavoro risultassero più evidenti:

(a) da un lato, l'area delle indagini storico-antropologiche sui drammatici percorsi attraverso i quali sin dal secolo XVI, via via, le cosmovisioni e le pratiche terapeutiche europee si sono venute sovrapponendo a quelle dei vari popoli indigeni locali: specie per il lettore italiano ciò avrebbe consentito una migliore comprensione del variegato assetto di medicine cui gli antropologi rivolgono ora, in Messico, le loro indagini "sul campo";

(b) dall'altro lato, l'area delle verifiche e delle riflessioni antropologiche, assai significative, sulle molteplici ed eterogenee esperienze avviate in Messico (come in altri Paesi dell'America latina) per una integrazione fra le differenti medicine (e fra i loro assai diversi operatori) o anche, più semplicemente, per una "deoccidentalizzazione" di alcuni correlati "non necessari" insiti nelle pratiche sanitarie "ufficiali" e avversati, invece, dalle popolazioni delle aree più tradizionali del Paese: penso, ad esempio, alla adozione sperimentale delle amache da parte di alcuni ospedali locali, al posto dei letti, estranei al costume tradizionale e vissuti, appunto, come estranianti, ineluttabilmente connessi alla sofferenza e alla morte.

Avremmo appunto desiderato che fossero qui presenti anche queste tematiche assai significative, mi pare, nel lavoro degli antropologi messicani. Ma per colmare tali lacune avremmo dovuto attendere, da parte dei possibili autori, ancora troppo tempo, rinviando ulteriormente la pubblicazione del volume.

Perciò licenziamo questo nuovo volume di *AM* – che segna il quindicesimo anno della nostra rivista – con la speranza di aver bene operato nella linea di lavoro fin qui tracciata.

00-Seppilli 3 lingue.pmd 13 26/10/2011, 15.36

Ma desidero, in conclusione, ringraziare Rosa María Osorio per il suo lungo e gravoso lavoro di curatrice del volume, insieme a Eduardo Menéndez, che ne rimane l'ispiratore, amico e compagno di tante comuni speranze; i colleghi messicani che, con i loro scritti, al volume hanno dato corpo e qualità; i colleghi italiani della SIAM – in particolare Paolo Bartoli, Alessandro Lupo, Massimiliano Minelli e Giovanni Pizza – con i quali ho potuto condividere sia il non semplice lavoro di coordinamento con quanto si andava realizzando in Messico sia le varie operazioni di riordinamento e revisione editoriale.

Note

(1) Sull'antropologia medica spagnola la nostra rivista ha pubblicato qualche anno fa un testo predisposto da tre fra i suoi principali protagonisti: Josep M. Comelles - Enrique Perdiguero - Ángel Martínez-Hernáez, *L'antropologia medica in Spagna: una storia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 15-16, ottobre 2003, pp. 507-534. Su quella brasiliana possiamo segnalare la presentazione antologica pubblicata nella collana di monografie edita a latere della rivista tedesca di antropologia medica "Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie": Annette Leibing (curatore), *The medical anthropologies in Brazil*, Vwb, Berlin, 1997, 245 pp. (Curare Sonderband - Special volume, 12), e della stessa Annette Leibing il capitolo III. *Brazil. Much more than medical anthropology: the healthy body and Brazilian identity* alle pp. 57-70 del volume curato da Francine Saillant e Serge Genest, *Medical Anthropology. Regional perspective and shared concerns*, Wiley - Blackwell, Malden (Mass), 2007, 336 pp. Sempre sull'antropologia medica brasiliana è di notevole interesse la relazione di Esther Jean Langdon e Maj-Lis Foller, *Antropologia da saúde no Brasil: sua historia e o diálogo com a antropologia médica hegemônica - Anthropology of health in Brazil: historical overview and dialogue with North-Atlantic medical anthropology*, tenuta nel 47° Gruppo di lavoro ("Globalización y análisis comparado de las antropologías del Norte y del Sur. Perspectivas dialógicas y abordajes teóricos para América Latina") alla VIII Reunión de antropología del Mercosur, dedicata a "Diversidad y poder en América Latina" e svoltasi a Buenos Aires, 29 settembre - 2 ottobre 2009: il testo (15 pp.) è disponibile *online* (sotto il titolo in inglese) e uscirà prossimamente con il nuovo titolo *Anthropology of health in Brazil: a border discourse* nella rivista statunitense "Medical Anthropology. Cross-cultural studies in health and illness".

Sull'antropologia medica messicana, che qui più direttamente ci interessa, un utile disegno storico è comparso abbastanza di recente su "Desacatos. Revista de antropología social", un periodico dello stesso Ciesas cui afferisce la nostra curatrice Rosa Maria Osorio: si veda Graciela Freyermuth - Paola Sesia, *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*, "Desacatos", n. 20, gennaio-aprile 2006, pp. 9-28, e in particolare *La antropología médica en México*, pp. 10-21, e la *Bibliografia*, pp. 24-28. Sempre sull'antropologia medica messicana possiamo segnalare alle pp. 71-85 del già citato volume curato da Francine Saillant e Serge Genest il capitolo IV. *México. Medical anthropology in México. Recent trends in research and education*, steso da María Beatriz Duarte-Gomez - Roberto Campos-Navarro - Gustavo Nigenda. È da dire, infine, che ai temi dell'antropologia medica relativa al Messico la nostra rivista ha rivolto sin dal suo primo volume una significativa attenzione, pubblicando contributi di autori messicani e anche di autori italiani: si veda in merito il quadro bibliografico pubblicato alla fine di questo testo.

(2) Per una non scontata ridiscussione intorno al concetto di America Latina e al suo valore euristico nell'età della globalizzazione, dei grandi trasferimenti di popolazioni e delle "città globali" e, soprattutto, intorno alle specificità di approccio professionale degli antropologi latino-americani

00-Seppilli 3 lingue.pmd 14 26/10/2011, 15.36

verso il proprio oggetto di studio ("posizione duale del ricercatore come altresì co-cittadino", "scrivere come cittadini e non come osservatori distanti", "parlare non solo ai colleghi ma al più ampio pubblico possibile", "intellettuale pubblico", "ricerca come impegno e responsabilità civile", "antropologia come atto politico",...), è da vedere Lynn Stephen, *La reconceptualización de América Latina: antropología de las Américas*, "Journal of Latin American and Caribbean Anthropology", vol. 12, n. 1, 2007, pp. 44-74.

(3) Per un breve sguardo di sintesi sui problemi delle specificità dei contesti di riferimento dell'antropologia medica nell'insieme del continente americano posso rinviare al mio *Editoriale* di apertura (vol. I, pp. 7-11) dei due volumi di "Thule. Rivista italiana di studi americanistici", da me curati insieme a Claudia Avitabile e Carlotta Bagaglia, dedicati a *Questioni di antropologia medica nelle Americhe* ("Thule", n. 18-19, ottobre 2005, alle pp. 7-250, e n. 20-21, ottobre 2006, alle pp. 7-258).

Contributi relativi al Messico pubblicati da AM *nei suoi precedenti volumi (dal n. 1-2 [1996] al n. 27-28 [2009])*

A. Contributi di antropologi medici messicani

- Eduardo L. Menéndez, *Struttura sociale e struttura di significato nel processo salute/malattia/cura: il punto di vista dell'attore*, n. 1-2, ottobre 1996, pp. 111-140.
- Paul Hersch Martínez, *Tlazol e Ixtlazol: persistenza degli "aires de basura" (Estado de Puebla, México)*, n. 3-4, ottobre 1997, pp. 41-67.
- Eduardo L. Menéndez, *Interculturalità e processi di salute/malattia/cura: aspetti metodologici*, n. 21-26, ottobre 2008, pp. 25-52.
- Roberto Campos Navarro, *Esperienze cliniche sul* susto *o* espanto *a Città del Messico*, n. 21-26, ottobre 2008, pp. 233-259.
- Rosa María Osorio Carranza, *Partecipazione sociale e salute in una comunità messicana. Un approccio qualitativo al capitale sociale*, n. 21-26, ottobre 2008, pp. 261-283.

B. Contributi di antropologi medici italiani concernenti il Messico

- Italo Signorini, *Influenze cognitive sulla scelta terapeutica. Il caso degli Huave dell'istmo di Tehuantepec (Oaxaca, Messico)*, a cura di Patrizia Burdi e Alessandro Lupo, n. 1-2, ottobre 1996, pp. 141-154.
- Paolo Bartoli, *Aspettando il dottore? Riflessioni su una ricerca di antropologia medica in Messico,* n. 15-16, ottobre 2003, pp. 291-324.
- Lorenza Menegoni, *Le concezioni del cancro tra gli indigeni maya del Chiapas, Messico,* n. 15-16, ottobre 2003, pp. 325-367.

00-Seppilli 3 lingue.pmd 15 26/10/2011, 15.36

Sobre el por qué y el cómo de este número "mexicano" y sobre algunas razones más generales

Tullio Seppilli

director de "AM" y presidente de la Sociedad italiana de antropología médica
[seppilli@antropologiamedica.it]

1.

Desde hace ya mucho tiempo que tenemos pensado proponer a nuestros lectores una panorámica informativa, presentada en volúmenes monográficos de la revista, sobre dos de las antropologías médicas contemporáneas más interesantes: la brasileña y la mexicana.

Creemos que es importante realizar este tipo de operaciones, ya sea por su valor intrínseco que por las características significativas de los contextos relacionados, y también porque éstas contribuyen a plantearse una interrogación más general: ¿qué peso tiene el hecho que en estos últimos decenios el circuito de información en relación a la antropología médica (como le sucede un poco a todas las disciplinas "sociales") – o sea, la atención a los textos, a las investigaciones, a las propuestas innovadoras, a los autores y a los modelos "que son buenos a seguir" – se haya concentrado sobretodo a lo que se produce y/o publica en la parte del mundo que solemos definir "anglosajona" o de "habla inglesa".

Cierto es que nada sucede a caso. Esta situación seguramente se debe a la calidad (y cantidad) de lo que se viene realizando desde hace tiempo en Norteamérica. Y lo es particularmente para las disciplinas antropológicas y para la misma antropología médica, que están positivamente arraigadas en una sólida red de instituciones dedicadas a la formación, a la investigación y a la difusión cultural. Es en realidad un patrimonio preciado para todos nosotros.

Sin embargo, tal vez vale la pena reflexionar sobre esta situación – que frecuentemente damos por "contado" – ya que, a causa del modo en que se caracteriza se presentan implicaciones nada indiferentes.

Una atención menos distraída y menos sub-alterna nos pone frente a la existencia de experiencias de trabajo que se han estado desarrollando en

00-Seppilli 3 lingue.pmd 16 26/10/2011, 15.36

otros países y que sería incorrecto, además de dañino, ignorar. Estamos hablando de países que producen, desde hace ya bastante tiempo, contribuciones abundantes y significativas (en lo que se refiere a la investigación psico- y socio-antropológica, particularmente a la de antropología médica), abiertos y actualizados internacionalmente, y aun así poseen una "diversidad" propia y una cierta autonomía temática y metodológica, caracterizada por una fuerte atención a los determinantes sociales y por un difuso empeño colectivo para la superación de las desigualdades en la salud. Pienso, por ejemplo, en la antropología médica española, así como la mexicana y la brasileña [(1)].

La antropología anglosajona actual parece casi no tener en cuenta, generalmente, esta producción: prácticamente no se pueden encontrar rastros en las referencias bibliográficas de los trabajos publicados en Estados Unidos, y nos es evidente lo poco que de la producción antropológica mundial es traducida por las editoriales en lengua inglesa. Para revisar este fenómeno general basta sólo hojear (invito a los lectores a hacerlo, ya que es instructivo) las referencias bibliográficas de los artículos, y de las reseñas panorámicas, publicadas durante los últimos años en revistas prestigiosas tal como "American Anthropologist" o "Annual Review of Anthropology".

Es difícil no entrever que detrás de esta actitud de nuestros colegas estadounidenses, aún de los más "críticos", se encuentra también algo que no se aleja mucho del concepto de ése etnocentrismo que, en teoría, deberíamos todos rechazar, pero que en este caso halla (de manera consciente o no) fundamentos bien sólidos en un contexto objetivo preciso: Estados Unidos como una potencia político-económica con hegemonía mundial, al menos desde hace varios decenios, y, en consecuencia, el inglés como punto de referencia y lengua franca internacional.

No podemos dejar pasar por alto todo esto. Vale la pena destacar que nos encontramos frente a una situación que no se puede resolver de manera simplista, especialmente hablando de las disciplinas histórico-sociales, con la renuncia, por parte de todos los no-angloparlantes, al uso expresivo de la lengua hablada por su propia comunidad nacional, y menos todavía, con su improbable e irrealista esperanza de que se publiquen finalmente sus artículos en algún "gran periódico científico anglosajón". Por otra parte, sobre la disparidad en la probabilidad de acceso a las revistas y a las editoriales de un solo país líder, y también sobre los riesgos relacionados a la concentración de los criterios de selección y de difusión de los trabajos científicos en una sola área del mundo, existen ya publicaciones significativas (aún estadounidenses).

00-Seppilli 3 lingue.pmd 17 28/11/2011, 14.57

El hecho es que la pluralidad y la rápida circulación de las ideas, de los descubrimientos, de los modelos interpretativos, y también de las modalidades discursivas, así como de los mismo paradigmas científicos, se presentan como elementos necesarios, ahora más que nunca, en el horizonte de un proceso de globalización que – a pesar del surgimiento de nuevos sujetos de investigación "locales", aun en nuestro campo – arriesga a convertirse en la una imposición de una sola cultura y de un solo estilo de vida.

Encaminándose hacia el objetivo de favorecer el pluralismo y la circulación de las experiencias más significativas en nuestro campo – especialmente las que están determinadas por una relativa "autonomía" y "diversidad" – nuestra revista, y la Sociedad italiana de antropología médica que representa, pretenden continuar a contribuir a ello. Es en esta línea de trabajo que se insiere la panorámica sobre la antropología médica mexicana: una operación sobre la cual daré en breve más información.

2.

He hecho referencia a una segunda razón de interés en relación a los contextos del desarrollo de las investigaciones que se sitúan en esa vasta parte del continente americano que usualmente llamamos "latina" [(2)] – ya sea para Brasil que para México, en formas y resultados diferentes.

Y precisamente, América Latina constituye un teatro extraordinario donde, en un breve periodo de medio milenio y con vastísimas evidencias documentadas, se "encontraron" hombres de proveniencias diversas y de civilizaciones heterogéneas, y donde se presenciaron procesos de exterminio y de violencia fuertes y difusos, de hegemonía y de circulación cultural, de cambios sociales y de estratificación de los poderes, de conflictos, de integración, de sincretismo.

Nos encontramos, así, frente a un territorio inmenso y variado donde – bajo nuestros propios ojos, podríamos decir – todos estos procesos han producido y condicionado el encuentro y la mezcla de diferentes sistemas médicos y de las más diversas concepciones del cuerpo, de la salud y de las enfermedades: casi un laboratorio viviente ideal, al mismo tiempo extremadamente rico y variado, y para nosotros de enorme interés [(3)].

Alrededor de estas situaciones heterogéneas y complejas las antropologías médicas latinoamericanas están realizando un trabajo descomunal. Están experimentando modelos significativos, no sólo de investigación pero tam-

00-Seppilli 3 lingue.pmd 18 26/10/2011, 15.36

bién de mediación y de integración: que para nosotros constituyen una contribución cognitiva importante y preciosa y una fuente insustituible de reflexión teórico-empírica. Nuestra opinión, de la Redacción de la revista y mía, es que la ignorancia de tales experiencias terminará por penalizar a quienes, por cualquier razón, continúan obstinadamente a no tomarlas en cuenta.

3.

Como decía al inicio, la idea de este volumen de AM dedicado a la antropología médica mexicana tiene una historia bastante larga, casi cuanto la de nuestra revista.

Se trata de una idea que nació en la Ciudad de México en febrero de 1997, durante una tranquila velada que transcurrimos en la acogedora casa de Eduardo Menéndez y Renée Di Pardo. Me encontraba en esa ciudad para dar en el CIESAS (*Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social*), a raíz de una invitación del mismo Menéndez, un breve curso-seminario sobre la antropología médica italiana, además de algunas conferencias en otras instituciones, y también para conocer mejor las instituciones y los personajes dedicados a la investigación de la antropología médica y de historiografía de la medicina en el terreno local.

Eduardo Menéndez fue, ciertamente, mi interlocutor privilegiado, dada su historia personal y política, por su autoridad y por el peso de sus contribuciones. Así, fascinado por todo lo que pude ver y sentir, le propuse que editase, y que introdujera con un artículo general, un volumen especial de *AM* dedicado a las varias experiencias de la antropología médica mexicana.

De esta manera nació, esa noche, una primer idea de "guía", que después se fue corrigiendo y precisando durante un intercambio bastante voluminoso de correspondencia, además de diversos encuentros en Italia y en España.

Pero estos proyectos, es bien sabido, sufren por la lejanía y por la premura de otros compromisos que poco a poco se van presentando. Durante este largo periodo pasaron muchas cosas, y por desgracia Eduardo Menéndez, aun continuando a ser el inspirador, tuvo que renunciar a una colaboración directa en la construcción del volumen. Finalmente nos indicó a una de sus mejores alumnas, Rosa María Osorio, como responsable efectiva del volumen.

00-Seppilli 3 lingue.pmd 19 26/10/2011, 15.36

Así, ahora, Rosa María Osorio finalmente nos entrega, después de un largo y duro trabajo de recolección, de control cruzado, de revisiones minuciosas, una selección de trece artículos de diferentes autores que componen, con sus relaciones de investigación, un rico ejemplo de la tipología heterogénea de los ámbitos a los cuales se enfocan los antropólogos médicos mexicanos. Rosa María Osorio precede los artículos con un amplio y desafiante ensayo como introducción general. Justo después le siguen – retomando el título y las funciones de nuestra rúbrica consuetudinaria *Osservatorio* – tres repertorios muy útiles que ella misma elaboró, introducidos por una breve premisa explicativa: (*a*) una nutrida bibliografía (40 páginas) en relación a las investigaciones socio-antropológicas realizadas en México durante los últimos noventa años en relación al área de los procesos de salud, enfermedad y prácticas de curación; (*b*) un registro de investigadores dedicados al ámbito de la antropología médica en México, indicando sus temáticas principales de trabajo, la institución a la cual pertenecen, la dirección postal y electrónica (en caso de disponibilidad); (*c*) una lista de las principales instituciones mexicanas que realizan las investigaciones socio-antropológicas sobre la salud, la enfermedad y las practicas de curación, además de las páginas de internet relacionadas.

Creemos que con estas características el volumen que aquí presentamos pueda proporcionar una panorámica de la riqueza de lo que producen nuestros colegas mexicanos.

Ciertamente hubiéramos deseado, junto a la editora, que al menos dos otras líneas de trabajo resultaran más evidentes:

(a) por un lado, el área de investigaciones histórico-antropológicas sobre las vías dramáticas a través de las cuales se han sobrepuesto las cosmovisiones y las prácticas terapéuticas europeas, desde el siglo XVI, a las de los varios pueblos indígenas locales: especialmente el lector italiano habría tenido una mejor comprensión sobre la variedad de medicinas hacia las cuales los antropólogos en México dirigen sus investigaciones "de campo";

(b) por el otro lado, el área de las verificaciones y de las reflexiones antropológicas, bastante significativas, sobre las varias y heterogéneas experiencias iniciadas en México (como en otros países de América Latina) hacia la integración entre las diferentes medicinas (y entre sus tan diferentes operadores) o también, simplemente, hacia una "des-occidentalización" de algunas prácticas "no necesarias" inherentes en las prácticas sanitarias "oficiales" y opuestas a las de las poblaciones de las áreas más tradicionales del país. Pienso, por ejemplo, a la adopción experi-

00-Seppilli 3 lingue.pmd 20 26/10/2011, 15.36

mental de las hamacas por parte de algunos hospitales locales en vez de las camas, cuyo uso es extraño a lo tradicional y lo cotidiano, que tienden a ser relacionadas al sufrimiento y a la muerte.

Hubiéramos deseado que se pudieran incluir estas temáticas muy significativas, me parece, en el trabajo de los antropólogos mexicanos. Sin embargo, para poder colmar estas lagunas hubiéramos tenido que esperar todavía mucho tiempo, por parte de los posibles autores, posponiendo ulteriormente la publicación del volumen.

Por lo tanto publicamos este nuevo volumen de *AM* – que también seña el quinceavo año de nuestra revista – con la esperanza de haber operado bien dentro la línea de trabajo que aquí hemos trazado.

A manera de conclusión deseo agradecer a Rosa María Osorio por su largo y pesado trabajo de curadora del volumen, así como a Eduardo Menéndez, que sigue siendo el inspirador, amigo y compañero de tantas experiencias comunes; a los colegas mexicanos, que con sus textos han dado cuerpo y calidad al volumen; a los colegas italianos de la SIAM – en especial a Paolo Bartoli, Alessandro Lupo, Massimiliano Minelli y Giovanni Pizza – con quienes compartí el arduo trabajo de coordinación de lo que se estaba realizando en México, así como de las varias operaciones de reordenamiento y de revisión editorial.

Notas

(1) Sobre la antropología médica española nuestra revista publicó hace unos años un texto de tres de sus principales protagonistas: Josep M. Comelles - Enrique Perdiguero - Ángel Martínez-Hernáez, *L'antropologia medica in Spagna: una storia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 15-16, octubre 2003, pp. 507-534. Sobre la brasileña podemos señalar la presentación antológica publicada en la serie editada junto con la revista alemana de antropología médica "Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie": Annette Leibing (curadora), *The medical anthropologies in Brazil*, Vieweg, Berlin, 1997, 245 pp. (Curare Sonderband - Special volume, 12), así como de la misma Annette Leibing el capítulo III. *Brazil. Much more than medical anthropology: the healthy body and Brazilian identity* en las pp. 57-70 del volumen editado por Francine Saillant y Serge Genest, *Medical Anthropology. Regional perspective and shared concerns*, Wiley - Blackwell, Malden (Mass), 2007, 336 pp. Siempre sobre la antropología médica brasileña, es de particular interés, el informe de Esther Jean Langdon y Maj-Lis Foller, *Antropologia da saúde no Brasil: sua historia e o diálogo com a antropologia médica hegemônica - Anthropology of health in Brazil: historical overview and dialogue with North-Atlantic medical anthropology*, que se llevó a cabo en el 47º Grupo de trabajo ("Globalización y análisis comparado de las antropologías del Norte y del Sur. Perspectivas dialógicas y abordajes teóricos para América Latina") de la VIII Reunión de antropología del Mercosur, dedicada a la "Diversidad y poder en América Latina" y realizada en Buenos Aires, 29 septiembre - 2 octubre 2009: el texto (15 pp.) está disponible *en línea* (con el título en inglés) y será publicado próximamente con el nuevo título de *Anthropology of health in*

00-Seppilli 3 lingue.pmd 21 26/10/2011, 15.36

Brazil: a border discourse en la revista estadounidense "Medical Anthropology. Cross-cultural studies in health and illness".

Sobre la antropología médica mexicana, que en este caso nos interesa más, se editó recientemente un diseño histórico muy útil en "Desacatos. Revista de antropología social", una revista del Ciesas, al cual pertenece nuestra curadora Rosa Maria Osorio: véase Graciela Freyermuth - Paola Sesia, *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*, "Desacatos", n. 20, enero-abril 2006, pp. 9-28, y particularmente *La antropología médica en México*, pp. 10-21, así como la *Bibliografia*, pp. 24-28. Siempre sobre la antropología médica mexicana podemos señalar las pp. 71-85 del mismo volumen editado por Francine Saillant y Serge Genest. El capítulo IV. *México. Medical anthropology in México. Recenttrends in research and education*, escrito por María Beatriz Duarte-Gomez - Roberto Campos-Navarro - Gustavo Nigenda. Cabe mencionar que, desde el primer volumen de nuestra revista, hemos prestado atención a los temas de la antropología médica relacionada a México, publicando textos de autores mexicanos y también de autores italianos: véase el cuadro bibliográfico publicado al final de este texto.

(2) Ver a Lynn Stephen, *La reconceptualización de América Latina: antropología de las Américas*, "Journal of Latin American and Caribbean Anthropology", vol. 12, n. 1, 2007, pp. 44-74 para una rediscusión diferente alrededor del concepto de América Latina y a su valor heurístico en la edad de la globalización, de los grandes movimientos de las poblaciones y de las "ciudades globales", pero sobre todo, sobre las especificidades del enfoque profesional de los antropólogos latino-americanos hacia su propio objeto de estudio ("posición dual del investigador como co-ciudadano", "escribir como ciudadanos y no como observadores distantes", "hablar no sólo a los colegas pero también a un público más amplio", "intelectual público", "investigación como compromiso y responsabilidad civil", "antropología como acto político",…).

(3) Una breve síntesis sobre los problemas de las especificidades de los contextos de referencia de la antropología médica en el continente americano se puede encontrar en mi Editorial de apertura (vol. I, pp. 7-11) de los dos volúmenes de "Thule. Rivista italiana di studiamericanistici", editados por mi junto con Claudia Avitabile y Carlotta Bagaglia, dedicados a *Questioni di antropologia medica nelle Americhe* ("Thule", n. 18-19, octubre 2005, en las pp. 7-250, y n. 20-21, octubre 2006, en las pp. 7-258).

[traducido del italiano por Corinne Meléndez]

00-Seppilli 3 lingue.pmd 22 26/10/2011, 15.36

On why and how of this "mexican" issue and on other general reasons

Tullio Seppilli

editor of "AM" and president of de Italian society of medical anthropology
[seppilli@antropologiamedica.it]

1.

We've had, since a long time ago, thought of proposing to our readers an informative view, presented in monographic volumes, on two of the most interesting contemporary medical anthropologies: the Brazilian and the Mexican.

We think that these kinds of operations are important, not only for their intrinsic value but for the significant characteristics they present on the related contexts, and because they contribute to raise a more general question: is it important that in these last decades the circuit of information related to medical anthropology (and all "social" disciplines, as well) – I mean, the attention to the texts, researches, innovative proposals, authors and models "which are good to follow" – is being concentrated, in every large scale, to what is produced and/or published in English?

It's true, nothing happens casually. This situation is certainly due to the quality (and quantity) of what has been produced in the Northern area of the American continent. It is particularly so for the anthropological disciplines, and equally so for medical anthropology, which are well rooted in a solid net of institutions dedicated to the education, investigation and cultural diffusion; and yet, it is a prized heritage for all of us.

However, it is important to reflect on this situation – which we usually take for "granted" – as it presents implications of great consequences.

A less distracted and subaltern view takes us towards the existence of other experiences of work which have been developing in other countries and it would be a great mistake, and detrimental too, to overlook them. We are talking about countries that have been producing, for quite some time now, abundant and important contributions of psycho- and socio-anthropological studies, as well as medical anthropology. They are open and up-

00-Seppilli 3 lingue.pmd 23 28/11/2011, 17.45

to-date internationally, and yet they posses a "diversity" and a certain methodological autonomy, which is characterized by a special attention towards the social determinants and by a diffused collective engagement for the inequities in the health system. I can think now of the Spanish medical anthropology, and the Mexican and Brazilian ones as well [(1)].

Nevertheless, the current English-speaking anthropology seems to have no considerations towards this production. In fact, there is almost no evidence whatsoever in the bibliographical references of the USAmerican published works, and it is evident for all, how little of the foreign anthropological works finish being translated and published by the English-speaking publishing houses. In order to check this phenomenon, you only need to take a look into the bibliographical references (and I invite everyone to do it, as it is quite enlightening) of the articles, and of the reviews, published during the last few years in prestigious journals as "American Anthropologist" and "Annual Review of Anthropology" certainly are.

It's difficult not to perceive, behind this posture taken by our North American colleagues – even the most "critical" ones – something, which is not very different to the ethnocentricity that, in theory, we should all reject. Yet, in this specific case we can find clear postures (whether they be conscious or not) in a precise objective context: the United States have been presenting themselves, since a few decades from now, as a political and economical power, with a world hegemony, and so placing the English language as a reference and as an international *lingua franca*.

We are bound to be worried for all this. We are facing a situation that cannot be resolved in a simple way – especially as we speak of historical and social disciplines – with the sacrifice of the languages spoken by not English-speaking people, or with the improbable and unrealistic expectation of having their work published in some "important English-speaking scientific journal". Moreover, on the uneven probabilities of access, everywhere, to magazines and publishing houses of one single leading country, and also, on the risks related to the concentration, in only one country, of the selection criteria and diffusion of the scientific works, there is already a significant quantity of publications (even USAmerican, indeed).

In this crucial time of globalization, the plurality and rapid circulation of ideas, findings, interpretation models and discursive modalities and, even, the scientific paradigms themselves, seem to be more important than ever – despite the appearance of new "local" subjects of research, even in our field – risks in becoming the imposition of a single culture and way of life.

00-Seppilli 3 lingue.pmd 24 28/11/2011, 17.45

Our journal, and the Italian society of medical anthropology, is committed towards the objective of fostering pluralism and the circulation of the most significant experiences in our field – particularly those which are denoted by their "autonomy" and "diversity". And with this line of work we present you the overview on the Mexican medical anthropology: a task which I will now describe giving some more information.

2.

I have mentioned before a second reason for our interest related to the contexts of the development of the researches – either in Brazil or Mexico, with different methods and results – which are situated in that vast part of the American continent that we usually call "Latin" (2).

Latin America constitutes an extraordinary theatre where men of the most diverse places and heterogeneous civilizations have "met", in a brief half a millennium and with well-documented evidence, and where there has been heavy and diffused process of extermination and violence, of cultural hegemony and circulation, of social change and of stratification of power, of conflict, of integration, and of syncretism.

We are, thus, in front of a immense and varied territory where – just before our eyes, we can say – all these processes have produced and conditioned, little by little, the meeting and interweaving of the most diverse medical systems and of the most diverse conceptions of body, health and illness: it is almost the ideal live laboratory, extremely rich and varied, which is of great interest for us (3).

The Latin-American medical anthropologies are achieving a huge work with these heterogeneous situations and with these complex results. They are experimenting particular models, not only of investigation but also of mediation and meticulous integration. All this is for us an important and precious cognitive contribution and a source of irreplaceable theoretical and empirical reflection. Our opinion, that is, the Editorial Staff's and mine, is that ignoring these experiences will finish by penalizing whoever continues doing so, for whatever reason.

3.

As I was saying in the beginning of this text, the idea of this *AM* volume dedicated to Mexican medical anthropology has quite a long history, almost as long as our magazine's life.

00-Seppilli 3 lingue.pmd 25 28/11/2011, 17.45

It was an idea conceived in Mexico City, on February of 1997, during a quiet evening in Eduardo Menéndez and Renée Di Pardo's comfortable home. I was in Mexico City as Menéndez has invited me to give a brief seminar course on Italian medical anthropology at the CIESAS – *Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social* – and some conferences in other institutions. I was there, also, to understand better the institutions and the people who were on local field for their researches on medical anthropology and historiography of medicine.

Eduardo Menéndez was my privileged interlocutor, due to his personal and political background, the authority and depth of his contributions. So, fascinated by all of what I had seen and felt, I proposed him to edit, and introduce with a general text, a special volume of *AM* dedicated to the various experiences of Mexican medical anthropology.

So, that night, a first "guiding" idea was conceived, which was then corrected and specified over a very thick correspondence, and with other meetings we had in Italy and Spain.

Yet these projects suffer because of the distance and other pressing engagements that gradually tend to come across our paths. During this long period of time many things have happened, and unfortunately Eduardo Menéndez was bound to abandon the direct commitment in the creation of the volume, yet he still remains its inspirer. Nevertheless, he indicated us one of his best students, Rosa María Osorio, as the volume's effective editor.

So, finally now, Rosa María Osorio, after a long and hard work of gathering, controlling, and revising, brings us a selection of thirteen articles written by different authors that depicts a rich example of the heterogeneous typology of subjects, which are being studied by the Mexican medical anthropologists. Rosa María Osorio precedes these articles with a very extensive and challenging general introduction. Then she continues – taking the title and function of our column *Osservatorio* – with three very useful repertories, opened by a brief explanatory premise: (*a*) a very rich bibliography (40 pages) related to the socio-anthropological researches completed in Mexico in the last ninety years, having as specific subjects the health and sickness processes and the curative practices; (*b*) a register of the researchers who have been working on medical anthropology in Mexico, along with their subject of research, the institution they belong, mailing address and, if possible, the e-mail; (*c*) a list of the principal Mexican institutions, and their web sites, that conduct the socio-anthropological studies of health, illness and curative processes.

00-Seppilli 3 lingue.pmd 26 28/11/2011, 17.45

We think that with these characteristics, the volume, which we now present, will be able to provide a panoramic review of the great value of the work that is being produced by our Mexican colleagues.

We would have liked, along with the editor, that at least two other leads could have been more evident:

a) On one hand, the area of historical-anthropological research on the dramatic ways that the European cosmovision and therapeutic practices have been imposing themselves over those of indigenous populations: this would have given better understanding, especially for the Italian reader, of the diversified types of medicines that are being studied by the anthropologists in their "field work";

b) On the other hand, the area of anthropological verifications and deliberations on the various and heterogeneous experiences started in Mexico, as in other Latin American countries, towards the integration between the different kinds of medicine (and between their operators) or even, simply, towards a "de-occidentalization" of some "unnecessary" practices used by the "official" ones and opposed to those of the most traditional populations of the country. I think, for example, on the experimental use of hammocks in some local hospitals instead of beds, which are strange to the traditional and everyday use, and tend to be related to suffering and death.

We would have wished to include these very important subjects given by the Mexican anthropologists. However, in order to fulfil these blanks we would have been constraint to wait even longer, postponing the volume's publication.

Therefore, we release this new volume of *AM* – which also signs the fifteenth year of our magazine – with the hope of having remained in the line of work that we have proposed.

In conclusion, I would like to thank Rosa María Osorio for her long and hard work as the volume's curator, and Eduardo Menéndez, whom remains its inspiration, a friend and a companion of so many common hopes; I also would like to thank our Mexican colleagues whose texts have given body and quality to the volume; to our Italian colleagues of the SIAM – particularly Paolo Bartoli, Alessandro Lupo, Massimiliano Minelli and Giovanni Pizza – with whom I was able to share the coordination of what was being done in Mexico and the numerous operations of reordering and of editorial revision.

00-Seppilli 3 lingue.pmd 27 28/11/2011, 17.45

Notes

(1) On the Spanish medical anthropology our magazine published some years ago one text of three of its principal protagonists: Josep M. Comelles - Enrique Perdiguero - Ángel Martínez-Hernáez, *L'antropologia medica in Spagna: una storia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 15-16, October 2003, pp. 507-534. On the Brazilian one, we can state the anthological presentation published in the series edited together with the German magazine on medical anthropology "Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie": Annette Leibing (editor), *The medical anthropologies in Brazil*, Vieweg, Berlin, 1997, 245 pp. (Curare Sonderband - Special volume, 12), and from Annette Leibing, chapter III. *Brazil. Much more than medical anthropology: the healthy body and Brazilian identity* in pp. 57-70 of the volume edited by Francine Saillant and Serge Genest, *Medical Anthropology. Regional perspective and shared concerns*, Wiley - Blackwell, Malden (Mass), 2007, 336 pp. Still on Brazilian medical anthropology, Esther Jean Langdon and Maj-Lis Foller, *Antropologia da saúde no Brasil: sua historia e o diálogo com a antropologia médica hegemônica - Anthropology of health in Brazil: historical overview and dialogue with North-Atlantic medical anthropology*, which was presented in the 47th Work group ("Globalización y análisis comparado de las antropologías del Norte y del Sur. Perspectivas dialógicas y abordajes teóricos para América Latina") of the VIII Reunión de antropología del Mercosur, dedicated to "Diversidad y poder en América Latina" and carried out in Buenos Aires, 29 September - 2 October 2009: the article (15 pp.) is available *on line* (with its English title) and will be briefly published with its new title: *Anthropology of health in Brazil: a border discourse* in the USAmerican magazine "Medical Anthropology. Cross-cultural studies in health and illness".

As for Mexican medical anthropology, a very useful historical design was recently edited in "Desacatos. Revista de antropología social", a magazine published by Ciesas, institution to which our editor, Rosa María Osorio, belongs: see Graciela Freyermuth - Paola Sesia, *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*, "Desacatos", n. 20, January-April 2006, pp. 9-28, and particularly *La antropología médica en México*, pp. 10-21, as the *Bibliografia*, pp. 24-28. Always on Mexican medical anthropology, we can indicate the pp. 71-85 of the same volume edited by Francine Saillant and Serge Genest. Chapter IV. *México. Medical anthropology in México. Recent trends in research and education*, written by María Beatriz Duarte-Gomez - Roberto Campos-Navarro - Gustavo Nigenda. We have given attention to subjects related to the medical anthropology of Mexico since the first volume of our magazine, publishing articles by Mexican authors and also Italian: see the bibliographical table included at the end of this text.

(2) See Lynn Stephen, *La reconceptualización de América Latina: antropología de las Américas*, "Journal of Latin American and Caribbean Anthropology", vol. 12, n. 1, 2007, pp. 44-74 for a different discussion on the concept of Latin America and its heuristic value in the era of globalization, of great population movements and of "global cities", and mostly on the specificities of Latin-American anthropologists professional look towards their own subject of study ("dual position of the investigator as a citizen", "writing as citizens and not as distant observers", "speaking not only to colleagues but to a wider public", "intellectual public", "research as a civil commitment and responsibility", "anthropology as a political act"...).

(3) You can find a brief synthesis on the problems raised by the specificities of the reference contexts of medical anthropology in the American continent in my opening Editorial (vol. I, pp. 7-11) of both volumes of "Thule. Rivista italiana di studi americanistici", edited together with Claudia Avitabile and Carlotta Bagaglia, dedicated to *Questioni di antropologia medica nelle Americhe* ("Thule", n. 18-19, October 2005, in pp. 7-250, y n. 20-21, October 2006, in pp. 7-258).

[translated from Italian by Evangelici Papazi]

00-Seppilli 3 lingue.pmd 28 28/11/2011, 17.45

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 29-58

La Antropología médica en México: los caminos recorridos y las nuevas veredas de investigación

Rosa María Osorio C.

antropóloga, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (Ciesas), Distrito Federal
[rosorioc@yahoo.com.mx]

Presentación

La idea de conformar un volumen dedicado a la antropología médica mexicana surgió hace varios años, cuando Tullio Seppilli planteó el proyecto a Eduardo Menéndez y entre ambos comenzaron a darle forma. Al cabo de un tiempo, recibí la invitación del profesor Seppilli para coordinar este trabajo. La idea inicial fue madurando y adquiriendo consistencia hasta que finalmente se ha logrado concretar a través de este volumen, que ha sido pensado como una puerta de entrada para que el público italiano y de otros países europeos, pueda conocer una pequeña muestra de la producción mexicana en el campo de la Antropología Médica.

Sería ilusorio pretender que un sólo texto diera cuenta de la variedad de temáticas y líneas de trabajo que se han desarrollado en nuestra disciplina a lo largo de un siglo, periodo en el que se ha logrado consolidar una larga tradición académica y un vasto campo de aportes teóricos y etnográficos. Por esta razón, puede decirse que los artículos aquí incluidos constituyen sólo una muestra destacada en cuanto a calidad y diversidad tanto en sus temáticas como en sus autores. Esta selección de trabajos no ha sido fácil, ya que la posibilidad de incluir algunos implicaba en la práctica – aunque no en la intención – la exclusión formal de un sinnúmero de ellos. Se ha intentado incorporar investigadores de distintas instituciones académicas que trabajan respecto de diversas poblaciones y regiones del país, algunos cuentan con una larga trayectoria y reconocido prestigio, en tanto que otros son investigadores con formación relativamente más reciente. Todos los trabajos que integran este número, son resultado de investigaciones originales desarrolladas en México y recogen aspectos emblemáticos del tipo de producción que se desarrolla en nuestro país.

01-R.M. Osorio C..pmd 29 28/11/2011, 15.18

Considero que este trabajo puede ser ubicado en el marco de las relaciones que las antropologías mexicana e italiana han construido a través del tiempo, en donde cabe destacar los primeros registros formales, como serían el Acuerdo cultural ítalo-mexicano en 1969 o la Misión Etnológica Italiana en México en 1972 (Grottanelli V. 1979). Así mismo, es indispensable mencionar trabajos desarrollados en México por investigadores italianos que se han convertido en referencias ahora clásicas para la antropología mexicana (Signorini I. 1979, Tranfo L. 1975).

En nuestro contexto institucional y académico, las formas de colaboración italo-mexicana han sido de distinto orden, ya sea a través de este tipo de vinculaciones académicas o laborales, intercambio de estudiantes para su formación, influencias de determinados autores y/o corrientes teóricas, una buena cantidad de investigadores italianos que han realizado y continúan realizando investigaciones en y respecto de México, impulsando proyectos compartidos que de alguna manera contribuyen a fortalecer y darle continuidad al vínculo académico (Bartoli P. 2002, 2005, 2006, Santoni R. 2007, Menegoni L. 2002, Lupo A. - López Austin A. 1998, Lupo A. - López Luján - Migliorati L. 2006, Aino V. - Avitabile C. 2006, Avitabile C . 2009, Quattrocchi P. - Guémez M. 2009). También encontramos colegas de origen italiano, quienes han fijado su residencia permanente en México desde hace años y forman parte activa de algún centro de investigación mexicano (Sesia P. 1992, Fagetti A. 2004). Otra muestra de esta relación es la creciente y continuada participación en foros académicos tales como el Congreso de Americanística organizado anualmente por el Circolo Amerindiano, que se lleva a cabo en la ciudad de Perugia [1] y que ha representado un punto de encuentro para los investigadores interesados en el conocimiento y difusión de temas variados referidos a toda América.

Desde este lado del Atlántico, resulta sumamente valioso fortalecer estos lazos y tener la posibilidad de intercambiar puntos de vista, compartir experiencias y comparar resultados de investigación en contextos particulares que, gracias a estas redes de colaboración y a los medios de comunicación electrónica, se favorecen las oportunidades para dar a conocer la producción hecha en México [2] al mismo tiempo que podemos conocer lo que hacen nuestros colegas allende los mares, dentro de sus propias fronteras. Sobra decir que reconocemos las múltiples redes de colegas y tradiciones antropológicas que operan sobre nuestro campo disciplinario y que todas y cada una de estas corrientes han interactuado e influido la propia reflexión socioantropológica sobre nuestras cambiantes realidades, en un contexto internacional de producción científica que tiende a desarrollar de manera más frecuente, una "Anthropology at home", para usar un tér-

01-R.M. Osorio C..pmd 30 25/10/2011, 8.49

mino que recientemente se puso en boga dentro de la antropología europea (VAN DONGEN E. - COMELLES J. 2001) y que refiere a la autorreflexión y a la producción de conocimientos sobre las propias realidades nacionales, por parte de los antropólogos que comparten cultura, lengua y contexto – por decirlo coloquialmente – con sus informantes, volviendo la mirada hacia sus propias culturas.

Las condiciones histórico-estructurales, los contextos socioculturales o geográficos y las trayectorias profesionales e institucionales han ido moldeando el desarrollo de la disciplina en el país y en sus relaciones con otras producciones a nivel internacional. En este sentido, puede decirse que la antropología norteamericana es la que más directamente ha influido en el devenir histórico de nuestra antropología, influencia que se reconoce en los marcos teóricos o interpretativos, en el uso de determinadas herramientas metodológicas y técnicas o en la recuperación de determinados aportes etnográficos que arrojan luz para comprender ciertas problemáticas de nuestra realidad. Adicionalmente estos vínculos se han materializado directamente en el quehacer profesional, compartiendo un mismo objeto de reflexión antropológica, en el sentido de que a través del tiempo, muchos investigadores y estudiantes procedentes de diversas universidades norteamericanas han venido a México a realizar sus investigaciones, fundamentalmente a hacer el trabajo de campo. Es indudable que debido a su diversidad cultural y cercanía geográfica, nuestro país ha ejercido una particular "atracción antropológica" entre los colegas – particularmente entre los vecinos del norte – que le ha llevado a ser un campo fértil para la investigación. Sin embargo, las condiciones institucionales de producción científica, así como las vías de difusión de los resultados de investigación en ambos contextos, han influido en las posibilidades de diálogo y bilateralidad que no son equitativas o aparecen comparativamente limitadas, lo que se muestra en el hecho de que la producción antropológica anglosajona, particularmente la de Estados Unidos, ha devenido su hegemonía a nivel internacional, situación que se manifiesta hasta cierto punto en el desconocimiento o secundarización de las investigaciones desarrolladas en otros países y en lenguas distintas al inglés, así como a través de una creciente y casi obligada referencia de determinados autores – de origen anglo – reconocidos internacionalmente por su aportes. En este sentido, resulta evidente que la barrera del idioma influye en una suerte de exclusión y/o autoexclusión de trabajos publicados en otras lenguas, o en una menor participación de colegas no-angloparlantes en ciertos foros académicos internacionales, lo que limita las posibilidades de diálogo, difusión e intercambio de conocimientos.

01-R.M. Osorio C..pmd 31 25/10/2011, 8.49

Desde esta perspectiva, me parece relevante subrayar la importancia de que este volumen aparezca publicado en idioma español, pues en la actualidad resulta ser no sólo necesario sino imprescindible aprovechar todos los espacios disponibles para difundir la producción propia y entrar en diálogo con otras voces, a ser posible en otras lenguas, – en este caso los de origen latino – a fin de hacerla visible aún a nuestros propios ojos y darle el sitio que se merece [3].

Por todo lo anterior, es muy importante expresar un sincero agradecimiento al profesor Tullio Seppilli, a la Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute y al Comité de Redacción de *AM*, Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, la oportunidad que nos ha brindado no sólo a los antropólogos médicos que participamos de este volumen, sino a todos los que de alguna manera hemos contribuido a construir esta disciplina en México. La posibilidad de mostrar al público europeo, particularmente al italiano, una parte de lo que se trabaja en México, abre nuevos canales de diálogo con otras antropologías y por supuesto, con otros profesionales interesados en la investigación social respecto del proceso salud-enfermedad-atención, a fin de estimular un continuo y fructífero vínculo, en el cual las redes académicas se consoliden y ramifiquen. También quiero expresar mi gratitud al Dr. Eduardo Menéndez quien ha participado como asesor permanente a lo largo de todo el trabajo de coordinación de este número. Su generosidad y sus oportunos consejos han sido sumamente valiosos para el resultado final [4].

Breve panorama histórico de la Antropología Médica en México

A continuación, me interesa presentar en primer término, un breve panorama histórico del desarrollo de la disciplina en el contexto institucional, académico y político del país, que permita conocer los caminos recorridos y las condiciones que han moldeado este proceso, identificando las líneas teóricas y temáticas dominantes. Siguiendo con este eje de análisis, trataré de esbozar cuál es el panorama presente del campo profesional y académico en el que se desenvuelve actualmente la antropología médica mexicana, a partir de identificar a algunos de los colegas y grupos de trabajo que constituyen las redes académicas que en el ámbito nacional le dan vida en términos de investigación y docencia, a partir de un trabajo individual y/o colectivo. Como ya he mencionado, este panorama es global y no pretende ser exhaustivo pues excedería los objetivos básicos de esta introducción, sin embargo sí me interesa mencionar algunas de las contribuciones más relevantes.

01-R.M. Osorio C..pmd 32 25/10/2011, 8.49

Uno de los puntos de partida en este derrotero, necesariamente pasa por definir lo que vamos considerar como antropología médica en este trabajo, ya que como veremos luego, nuestro campo de estudio se ha ido redefiniendo a través del tiempo; los temas, problemas y sujetos de estudio se han ido transformando, siendo la dinámica de la propia práctica profesional la que moldea y a su vez actualiza la definición de la disciplina e incorpora nuevos elementos que delimitan su objeto, teoría y métodos.

En un sentido amplio, la antropología médica se considera como una subdisciplina de la antropología social, enfocada al estudio socioantropológico de los procesos de salud-enfermedad-atención que se desarrollan en determinados conjuntos sociales, que propone analizar los sistemas de saberes, actores sociales e instituciones involucradas en dichos procesos, así como el entramado de relaciones sociales y condicionantes que operan respecto de dichos procesos en el contexto de una realidad sociohistóricamente determinada. Conviene recordar que es a mediados del siglo XX que nuestra disciplina adquiere por así decirlo, carta de ciudadanía profesional. Un trabajo que en la actualidad es una referencia obligada al respecto, es el artículo de (Caudill W. 1953), quien a partir de una revisión relativamente exhaustiva de lo que hasta esa fecha se había producido en la investigación socioantropológica enfocada a los problemas de salud y enfermedad, reconoce la yuxtaposición de campos profesionales relacionados con el tema y nos propone la constitución de una antropología aplicada a la medicina.

Esta tendencia a la diversificación temática se puede apreciar en una definición propuesta por la Sociedad de Antropología Médica, – perteneciente a la Asociación de Antropología Americana – que reconoce a la disciplina como:

> Una subespecialidad de la antropología que se apoya en la antropología social, cultural, biológica y lingüística para entender mejor aquellos factores que influyen en la salud y el bienestar (en un sentido amplio), la experiencia y distribución de los padecimientos, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, los procesos de curación, las relaciones sociales involucradas en el manejo terapéutico, la importancia cultural y la utilización de los sistemas médicos pluralísticos. La disciplina de la antropología médica utiliza diversos enfoques teóricos. Está atenta a la cultura popular de la salud y a la epidemiología biocientífica, se interesa tanto en la construcción social del conocimiento y la política científica, como en el descubrimiento científico y prueba de hipótesis. Los antropólogos médicos examinan la manera en que la salud de los individuos, los conjuntos sociales más grandes y el medio ambiente son afectados por las interrelaciones entre los seres humanos y otras especies; las normas culturales, las instituciones sociales,

01-R.M. Osorio C..pmd 33 25/10/2011, 8.49

> las políticas micro y macro, así como las fuerzas de la globalización y cómo cada uno de éstos afecta a los mundos locales. (http://www.medanthro.net/definition.html. Traducción personal) [5].

En el caso de México, podemos señalar que a lo largo de la primera mitad del siglo XX y hasta finales de la década de los 60, en consonancia con la producción antropológica internacional, la antropología médica mexicana se enfocó al estudio micro de las comunidades, básicamente de poblaciones indígenas en zonas rurales, enfocada de manera predominante al estudio de la llamada Etnomedicina, o si se prefiere al estudio de las medicinas tradicionales o los llamados sistemas médicos folk. Sin embargo, a partir de la década de los setenta, nuestra disciplina se ha transformado vertiginosamente no sólo a nivel nacional sino internacional, diversificando sus temáticas, aproximaciones teóricas y sujetos de estudio (Saillant F. - Genest S. 2007).

Actualmente puede decirse que resulta difícil reconocer las fronteras entre campos profesionales que en antaño se podían perfilar mejor. En la práctica profesional, puede decirse que la distinción pasa más por una adscripción institucional o un reconocimiento académico-laboral, que por una aproximación diferenciada respecto al tipo de temas, sujetos, enfoques teóricos o incluso metodológicos. Ahora más que nunca se hace indispensable el conocimiento de investigaciones desarrolladas desde la sociología médica, medicina social, salud pública, la psiquiatría social, la psicología social, así como también con otras vertientes de la antropología que se enfocan al estudio del cuerpo, las emociones, grupos de edad, género, cada uno de los cuales se analizan los procesos de salud-enfermedad-atención.

Al pretender seguir la pista del camino recorrido por la antropología médica en México y dar cuenta de este proceso de diversificación y expansión, resulta ineludible acudir a los diversos autores que han analizado este proceso, todos los cuales han contribuido a la comprensión del mismo y de los que podemos entresacar varios elementos comunes que nos ayudan a perfilar esta historia (Ramírez A. 1978, Aguirre Beltrán G. 1986, Menéndez E. 1985, 1988, 1990, Campos R. 1992, Vargas L.M. - Santillán C. 1994, Lagarriga I. 1996, Vargas L. - Casillas L. 1989, Freyermuth G. - Sesia P. 2006, Duarte B. Campos R. - Nigenda G. 2007). En este sentido, es relativamente complejo abordar un tema sobre el que se ha escrito tanto y de una manera tan bien documentada para reflejar aquellos aspectos dominantes en nuestro campo de estudio, así como las influencias más relevantes en el devenir de esta disciplina.

A partir de esta revisión de los trabajos antes mencionados y reconociendo la importancia de todos y cada uno de ellos, en este apartado me interesa

01-R.M. Osorio C..pmd 34 25/10/2011, 8.49

centrarme en dos de estos aportes, en la medida en que cada cual refleja un estado de la cuestión desde diferente óptica y temporalidad. Ambos corresponderían a quienes a mi juicio, han sido dos de los más importantes antropólogos que ha dado Latinoamérica y sin duda, – según mi entender – serían los principales exponentes de la antropología médica en la región. Esto a pesar de ser una afirmación demasiado taxativa, tiene su sustento no sólo en la obra y el reconocimiento que cada uno de ellos tiene, sino también en el hecho de que ambos investigadores reflejarían dos maneras de comprender la disciplina y de manera relativamente paradigmática, expresarían dos etapas distintas en cuanto al devenir del pensamiento y la práctica antropológica no sólo a nivel nacional o regional, sino internacional. Me refiero a los trabajos de Gonzalo Aguirre Beltrán y de Eduardo L. Menéndez, cuyas sólidas contribuciones han formado sendas escuelas de pensamiento, incidiendo de manera indiscutible en las formas de práctica profesional tanto teórica como aplicada, así como en la reflexión socioantropológica de los procesos de salud-enfermedad-atención. Ambos autores analizan en sendos trabajos los caminos recorridos por la Antropología Médica en México y ofrecen enfoques diferenciados en sus respectivos análisis. Mi interés al recuperarlos aquí es debido a que ambos autores marcan un modo de pensar en la disciplina en nuestro país, su obra debe ser comprendida como producto de un contexto histórico-social específico, al mismo tiempo que son reconocidos como productores de una determinada manera de concebir los procesos de salud enfermedad en determinados conjuntos sociales estratificados en la sociedad.

La primera aproximación elaborada por Aguirre Beltrán en 1986, en su libro Antropología Médica que es un texto de lectura obligada, define lo que para él sería esta disciplina, como subcampo de la antropología social que «se ocupa de aplicar ciertos conceptos y prácticas a la interpretación y al proceso de cambio de las ideas, patrones de acción y valores que norman el ejercicio de la medicina» (Aguirre Beltrán G. 1986: 13).

A lo largo de su trabajo expone sus propios planteamientos culturalistas que dominaron la antropología mexicana hacia mediados del siglo XX, en una corriente autodenominada indigenismo integrativo. Propone un recorrido histórico a partir de identificar las distintas corrientes de pensamiento y diversos profesionales que contribuyeron a moldear el campo de la antropología médica en nuestro país. Haciendo gala de su erudición, el autor identifica y articula varios ejes de análisis, por un lado ciertos aspectos de la antropología general con la antropología médica, el contexto internacional con la producción nacional, las fuentes utilizadas relacionándolas con los problemas de estudio, el pasado colonial con el siglo XX, la

01-R.M. Osorio C..pmd 35 25/10/2011, 8.49

biología y la cultura, así como entrelaza la historia, la medicina y la antropología. De una manera profusa, desarrolla la influencia que la antropología social norteamericana imprimió en la antropología médica desarrollada en México, fundamentalmente a través del trabajo de antropólogos norteamericanos que trabajaron en el país (Redfield R. 1941, Lewis O. 1986, Foster G. 1951, entre otros), donde lo relevante es la convergencia que distintas disciplinas y autores favorecieron la constitución de este campo imprimiendo un sello particular en su origen, como la vertiente culturalista o cultural-funcionalista, la de cultura y personalidad, el psicoanálisis y la psiquiatría social, todos los cuales ofrecían un ángulo particular desde dónde se pudieran comprender los sistemas de relaciones que guardaba la sociedad mestiza con las poblaciones indígenas de nuestro país, a través de los denominados procesos de aculturación; la antropología física y la biotipología como manera de estudiar algunos procesos bioculturales, como la nutrición, el crecimiento y desarrollo físico o el mestizaje en términos raciales.

Aguirre Beltrán reconstruye el devenir disciplinario remontándose históricamente a quienes identifica como los primeros etnógrafos mesoamericanos, los cronistas y misioneros españoles que vinieron a la Nueva España en el siglo XVI, quienes nos brindan la oportunidad de reconstruir esta sociedad a través de la recopilación de un conjunto de fuentes enfocadas a conocer los saberes médicos nativos (indígenas). Son ellos los primeros interesados en abordar el campo de los procesos de salud-enfermedad-atención que afectaban a las sociedades novohispanas. Su obra es particularmente rigurosa en la identificación y sistematización de las nuevas enfermedades importadas por los colonizadores españoles a Mesoamérica y el impacto sociodemográfico que las epidemias trajeron a la sociedad colonizada (Aguirre Beltrán G. 1986).

Posteriormente y ya enfocado propiamente al periodo en que surge la disciplina antropológica, refiere a los pioneros de la década de 1920-1930 y nos permite reconocer las contribuciones que en el campo de la antropología social impulsarían "la doctrina que respalda la reflexión del hombre sobre el accidente y la enfermedad" (Aguirre Beltrán G. 1986: 21), en donde se menciona a (Rivers W. 1924) quien analiza la relación entre medicina, magia y religión, o los aportes de (Clements R. 1932) sobre los mecanismos causales de la enfermedad. En México, reconoce la influencia de la escuela de Chicago a través de Robert Redfield, quien a través de sus estudios en Tepoztlán (1930) inaugura los estudios de comunidad y en Yucatán (1941), propone su interpretación del cambios sociocultural a través del modelo de un contínuum folk-urbano así como los mecanismos de

01-R.M. Osorio C..pmd 36 25/10/2011, 8.49

cohesión y control social a través de los cuales operaría la medicina pero por supuesto, refiriéndose sólo a la medicina tradicional.

Su planteamiento consiste en enfocarse en una tarea central, que sería por un lado, el reconocimiento y la preocupación legítima por las condiciones de vida de los grupos indígenas que identificaba como de pobreza extrema, de aislamiento geográfico que los obliga a habitar en las "regiones de refugio" (Aguirre Beltrán G. 1967), desnutrición, analfabetismo, con altas tasas de morbi-mortalidad y por otro lado, al mismo tiempo que se respetaban sus culturas, era necesario encontrar la manera de integrarlos a un proyecto de estado-nación orientado hacia la modernización (capitalista), la urbanización y la tecnificación de la zonas rurales.

En esta lógica, el autor también reconoce el papel de los profesores rurales, antropólogos y/o médicos como Moisés Sáenz, Miguel Othón de Mendizábal, Julio De la Fuente y el propio Aguirre Beltrán, que contribuyeron a la reorientación de este proyecto integrativo, impulsando una política indigenista particularmente enfocada a mejorar la problemática sanitaria y educativa, y en sus propios términos, a la aplicación de un enfoque cultural de la medicina y de qué manera la cultura estaría incidiendo en los sistemas sanitarios. Su texto "Programas de salud en la situación intercultural" (1955), constituye una de sus obras más importantes en el campo de la antropología médica y de acuerdo a su propia descripción, en ella se proponen sistemas teóricos que permiten comprender los principales núcleos de estudio de la antropología médica tempranamente identificados por él y que seguían siendo vigentes en los años 80. Estos serían los principales ejes a través de los cuales orientar una antropología aplicada a mejorar la salud indígena: el estudio de los programas de salud, el saneamiento del medio, la relación entre cultura y nutrición, la salud materno-infantil, la medicina preventiva y curativa y la educación higiénica (Aguirre Beltrán G. 1955: 37), temáticas que sin duda siguen preocupando a los antropólogos médicos y a los profesionales sanitarios del XXI [(6)].

Aguirre Beltrán reconoce la influencia que ejercieron disciplinas como la medicina social alemana, la historia de la medicina y la demografía histórica que en su momento contribuyeron de manera muy relevante al surgimiento de nuestra disciplina. Quizás uno de los aspectos más interesantes de su trabajo se centra en el análisis historiográfico de la situación que prevalecía en Mesoamérica en el siglo XVI y el impacto sociodemográfico que tuvo la colonización a través de las epidemias que minaron gravemente la población autóctona, ofreciendo una detallada descripción de estas nuevas enfermedades introducidas por los españoles, desde una óptica médica e histórica.

01-R.M. Osorio C..pmd 37 25/10/2011, 8.49

A partir de su formación profesional como médico, antropólogo, y de su praxis como investigador, político y funcionario público, nos narra en primera persona, la manera en que fue desarrollando su visión y su inserción en los proyectos de desarrollo instrumentados desde el Estado bajo una política indigenista, a través de su paso por varias instituciones en las que se desempeñó, marcando un enfoque eminentemente aplicativo.

La crítica que se le puede hacer es que en su estado de la cuestión hasta la década de los 80, se expresa una determinada concepción de lo que considera como parte de – y por tanto de lo que excluiría – el campo de la antropología médica. En este sentido, el interés de la disciplina se centraría fundamentalmente en aquellos trabajos realizados en comunidades pequeñas y medianas de origen rural, privilegiando el estudio de los grupos étnicos indígenas. Prácticamente no se alude a los trabajos realizados en zonas urbanas, incluso a la problemática derivada de la migración rural-urbana o a las situaciones interculturales que se daban en el medio urbano.

El enfoque se centra en las problemáticas de tipo cultural, los sistemas de creencias en torno a la enfermedad, o en las prácticas curativas y los terapeutas de la medicina tradicional; en menor grado se recuperan algunos aspectos sociales, dejando de lado los aspectos de índole económico-político que condicionan los procesos de salud-enfermedad. En esta perspectiva de análisis, se manifiesta la oposición entre medicina "científica" y medicina "tradicional", en la que los sistemas de creencias y prácticas ideológicas presentes en ésta última, las enfermedades y los terapeutas tradicionales constituirían el objeto de estudio central en la antropología médica y los indígenas, el sujeto a investigar. Esta es la visión que dominará la antropología médica mexicana de este periodo, una perspectiva indigenista, sustentada en la teoría de la aculturación; que proponía la modernización parcial de los pueblos indios, preservando las tradiciones, creencias y costumbres de su propia cultura.

La segunda propuesta que me interesa analizar es la planteada por Eduardo L. Menéndez quien a partir de investigar lo que se ha producido en Latinoamérica y particularmente en México, elabora un análisis complejo y profundo que nos permite comprender las diferentes condicionantes y orientaciones que han ido moldeando el desarrollo de la antropología médica en México (Menéndez E. 1985, 1988, 1990). Lo original de esta propuesta reside en la incorporación en su análisis de la sobredeterminación estructural en lo técnico, en lo ideológico y en lo político que opera en este campo disciplinario, a partir de la red de relaciones que se estable-

01-R.M. Osorio C..pmd 38 25/10/2011, 8.49

cen con las instituciones de salud, la división del trabajo profesional médico derivado, en consonancia con las políticas públicas del estado y la dinámica de transformación del propio campo académico de la antropología.

En esta perspectiva, también se reconoce la influencia que ha tenido la antropología norteamericana desde el culturalismo y el funcionalismo, pero no sólo a partir de la enumeración de los principales antropólogos sino a partir de su impronta en el quehacer profesional, en la delimitación del objeto y sujeto de estudio que durante un tiempo marcó a la antropología, ya que como se ha mencionado, la tradición de la antropología médica en México, como rama de la Antropología social se vincula de manera muy estrecha al estudio de las poblaciones indígenas de este país.

En su análisis, identifica básicamente dos períodos, el primero de 1940 a 1970, reconocido como modelo culturalista e indigenismo integrativo, cuyo sujeto de estudio se centraba en la población indígena del país y su orientación era la incorporación de dichos poblaciones a dinámica de desarrollo socioeconómico "modernizador" en el que se pretendía la mejora en las condiciones de vida y la reivindicación de sus derechos civiles, en el marco del respeto a sus culturas "tradicionales". Menéndez reconoce que en su origen la antropología aparece estrechamente vinculada a esta corriente culturalista-funcionalista, en la cual la salud (o la enfermedad) es recuperada en su dimensión simbólico-ritual como otro más de los aspectos culturales de los que se da cuenta en las etnografías clásicas desarrolladas por los antropólogos durante este lapso. Las temáticas antropomédicas se centraron en las enfermedades y los terapeutas "tradicionales".

El segundo periodo, ubicado entre 1970 y 1990, denominado histórico-estructural, se caracteriza por el cuestionamiento y crítica a este enfoque culturalista, en el que se muestra una diversificación de las temáticas y los conjuntos sociales a los cuales se investiga, se enfoca hacia las zonas urbanas y otros sujetos de estudio, sectores subalternos urbanos, obreros; no obstante, también se observa una continuidad de los estudios enfocados en la etnomedicina, particularmente un despliegue del interés por la etnobotánica. Durante este lapso, se reconoce la influencia de la estrategia de atención primaria impulsada por la Conferencia de Alma Ata (1978) en el que se impulsaba – tanto por el Estado como por las organizaciones no gubernamentales – la recuperación de los sistemas locales de salud como estrategia de extensión de cobertura. En este sentido, se instrumentan desde el sector salud diversos programas de capacitación para promotores y terapeutas populares, principalmente las parteras, en los que directa o indirectamente, los antropólogos han jugado un papel importante.

01-R.M. Osorio C..pmd 39 25/10/2011, 8.49

Menéndez enfatiza el desarrollo que en este periodo tuvieron la Sociología Médica y la Medicina social, como disciplinas que incluyeron un enfoque social y la discusión de la determinación económico, política-ideológica, de los procesos de salud-enfermedad-atención, abriendo la discusión entre aproximaciones estructuralistas, marxistas, teoría crítica, interaccionismo simbólico y la fenomenología (Menéndez E. 1990: 19).

Refiere la importancia de la Reunión de la Organización Panamericana de Salud en Cuenca, Ecuador, en la que se destacaron dos aspectos: por un lado, la crítica al funcionalismo y por otro lado, la necesidad de incorporar otros modelos teóricos dominantes (Menéndez E. 1985: 15) y propone el modelo histórico-estructural. Es en este periodo que se desarrollan los estudios sobre reproducción social y estrategias de supervivencia que determinados sectores subalternos llevan a cabo, tomando en cuenta sus condiciones materiales de existencia y en este periodo la sociología médica se constituye en hegemónica respecto de la antropología. Se introducen otro tipo de discusiones como la salud pública en zonas empobrecidas, la mortalidad asociada al estrato socioeconómico, la salud ocupacional, las industrias de la salud y de la enfermedad y el papel del Estado en la instrumentación de políticas públicas, donde la participación de profesionales en el campo sociosanitario, puede tener cierto peso en el diagnóstico, sensibilización o planificación de dichos programas y políticas. Menéndez logra estructurar un esquema de análisis que permite comprender la dinámica de transformación de la disciplina a lo largo del siglo XXI.

En nuestra propia revisión bibliográfica del campo disciplinar a lo largo del periodo 1920 a 2010, varios aspectos caracterizarían la producción socioantropológica en México. Durante la primera mitad del siglo y hasta la década de los 60, se aprecia una continuidad en los sujetos de estudio – las poblaciones indígenas, comunidades rurales y en menor proporción en zonas urbanas – que son recuperadas a través de etnografías en las que sobresale una aproximación culturalista a los procesos de salud-enfermedad-atención.

Entre los años 40 y 60 destaca la cantidad de monografías clásicas de la antropología social o de los estudios sobre religión, política o economía, en los las cuales se describen y analizan la cosmovisión indígena, en las que es característico dedicar una parte a los sistemas de creencias, conocimientos y prácticas médicas "tradicionales" desde una perspectiva eminentemente simbólico cultural, pormenorizando los rituales que llevaban a cabo los curadores populares, fundamentalmente respecto de los llamados síndromes de filiación cultural y los procesos de atención al embarazo y parto.

01-R.M. Osorio C..pmd 40 25/10/2011, 8.49

En ese periodo se abordaron otras problemáticas desde un punto de vista sanitario como la nutrición, procesos reproductivos y ciclo de vida, el consumo ritual de alcohol y su papel en la integración cultural del grupo, violencia comunitaria, etnobotánica medicinal, el rol de los terapeutas populares y los llamados síndromes de filiación cultural, algunas patologías mentales y sus terapéuticas; toda una corriente de estudios vinculados a la salud pública, programas sanitarios de corte aplicativo, estudios sobre el cambio cultural y técnico que se desarrollaba en ése entonces, la apropiación de las prácticas médicas alopáticas vinculados a los procesos de aculturación, los programas de adiestramiento de promotores en salud indígenas y no-indígenas vinculadas a las políticas indigenistas impulsadas desde el Estado; durante este periodo encontramos también una abundante producción de corte histórico y etnohistórico, referidas a la medicina prehispánica y novohispana, al desarrollo del ejercicio profesional de la práctica médica científica, las epidemias y cambios demográficos producidos en el periodo colonial.

Es hacia finales de los años 60 y principios de los 70, que se aprecia una diversificación temática, se multiplican los sujetos de estudio, surgen de nuevas perspectivas teóricas en un proceso que hasta la actualidad se continúa extendiendo. Además de los temas tradicionales como brujería, nagualismo, terapéuticas tradicionales, o estudios históricos, se identifican nuevas orientaciones que incorporan otros problemas de estudio, mismos que hasta ese momento no habían sido abordados o tan sólo lo habían sido de manera tangencial, en tanto que los viejos problemas se abordaban desde nuevos encuadres teóricos. Así por ejemplo, la etnomedicina se comienza a analizar no sólo de manera unilateral sino que se enfoca a través de la lógica del pluralismo médico y la dinámica de relaciones de hegemonía-subalternidad que esta forma de atención establece con otras formas de atención, más recientemente se recupera el interés por la interculturalidad; los sujetos estudiados antes predominantemente indígenas, se transformaron en campesinos, migrantes, obreros, pacientes, y de manera muy notable, en mujeres.

Los estudios de género – primero femenino, luego masculino y más recientemente estudios trans-género – así como la problemática de salud reproductiva y sexual emergieron como una de las áreas más fructíferas dentro del campo de estudio. Temáticas dentro del campo de la salud reproductiva tales como salud materno-infantil, atención al embarazo, parto y puerperio en distintos contextos de atención, mortalidad materna, aborto, planificación familiar, nuevas tecnologías reproductivas, enfermedades de transmisión sexual (VIH-SIDA, virus del papiloma humano), cáncer

01-R.M. Osorio C..pmd 41 25/10/2011, 8.49

cervicouterino o de mama; ética y derechos reproductivos; un conjunto de estudios sobre programas de prevención y detección oportuna de enfermedades crónicas; diabetes, discapacidad, estrés, enfermedades psiquiátricas; autoatención y cuidado a los enfermos en el ámbito familiar, particularmente a los niños y a los adultos mayores; alimentación, nutrición, anorexia y bulimia. También hay una vertiente de estudios sobre violencia intrafamiliar, violencia hacia la mujer, feminicidios y homicidios; adicciones, alcoholización, grupos de ayuda mutua; estudios sobre religión y salud, espiritualismo, santería, santos, exvotos e imágenes vinculadas a la salud; programas de salud, nutrición y asistencia social, seguro popular en salud; salud ocupacional, salud pública, educación para la salud, promoción y participación popular en salud, formación médica institucional, economía política de la salud, industria farmacéutica, entre otros.

Como puede observarse en este listado, existen temáticas dominantes que han ido cambiando a través del tiempo. Por una parte los estudios sobre poblaciones indígenas y medicina tradicional, terapeutas populares mantienen una continuidad, aunque los enfoques se han ido transformando, adaptándose a las nuevas realidades locales y nacionales. La interculturalidad y la epidemiología sociocultural son aproximaciones que intentan incorporar nuevas maneras de comprender la relación de los grupos indígenas con los sistemas de salud, pero su construcción y análisis no se limita a ellos. La salud reproductiva y los estudios de género principalmente desde un enfoque feminista, mostraron un auge en los años 90 que si bien tiene una presencia relevante, ahora se enriquecen con estudios sobre masculinidades, identidades genéricas y continúa hasta la actualidad, si bien ahora se incorporan enfoques relativamente más dinámicos y flexibles.

Redes de trabajo: instituciones de investigación y docencia

En los últimos veinte años se ha verificado un proceso de expansión de la disciplina en términos de diversificación de las temáticas abordadas, investigadores y grupos de trabajo, así como las instituciones que adoptan un enfoque socioantropológico para estudiar los procesos de salud/enfermedad/atención. Considero que uno de los aspectos más relevantes a destacar es que día a día crece el número de investigadores interesados en este campo y aumenta también la diversidad de tópicos analizados. Esta expansión se verifica también en una tendencia creciente al trabajo interdisciplinario e interinstitucional en el que participan colegas antropólogos, sociólogos, médicos, psicólogos, psiquiatras, historiadores, epidemiólogos,

01-R.M. Osorio C..pmd 42 25/10/2011, 8.49

salubristas. Los vínculos se muestran en las actividades de investigación, docencia y difusión de temas relacionados al proceso salud/enfermedad/atención.

A continuación quisiera mencionar algunas instituciones y colegas que constituyen referencias importantes dentro del campo de la antropología médica mexicana, señalando algunos de los grupos de trabajo que en la actualidad han contribuido a la disciplina y cuentan con reconocimiento en el campo de estudio. Este panorama no tiene la pretensión de ser exhaustivo, sino tan sólo ilustrar un núcleo representativo de las instituciones, regiones y temas en las que se trabaja nuestra disciplina [(7)].

En primer término, se encuentra el grupo de trabajo del Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS) en su sede del Distrito federal, viene trabajando desde hace más de veinticinco años, está conformado por Eduardo L. Menéndez, Sergio Lerín, María Eugenia Módena, Renée Di Pardo y Rosa María Osorio. Entre las líneas de investigación se encuentran Alcoholismo, grupos de alcohólicos anónimos, autoatención y automedicación, salud intercultural, enfermedades crónicas, sistemas médicos y procesos de hegemonización biomédica, medios de comunicación y salud, entre otros. Resulta importante mencionar que este grupo cuenta con un seminario permanente de discusión de trabajos de investigación originales, cuya antigüedad data de cerca de veinte años.

Otro grupo de trabajo constituido dentro del propio CIESAS, lo conforman Graciela Freyermuth, Diana Reartes, Enrique Erosa, en la unidad Sureste (ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas), quienes trabajan en estrecha colaboración con Paola Sesia, investigadora adscrita a CIESAS-Pacífico Sur (ciudad de Oaxaca, Oaxaca). Entre sus temáticas más relevantes se encuentran los estudios sobre salud reproductiva, mortalidad materna, VIH-SIDA, sexualidad y salud, políticas públicas y programas estatales destinados a la salud, interculturalidad y salud en la población indígena.

En el CIESAS-Golfo (en la ciudad de Xalapa, Veracruz), hay tres investigadores cuyos trabajos lindan con la temática de salud-enfermedad. Felipe Vázquez ha sido pionero en estudios sobre antropología de la vejez en México y de un seminario de discusión sobre este tema propone a la salud como uno de sus ejes de análisis; Patricia Ponce que ha trabajado la temática de género y sexualidades incorpora la temática de migración, población juvenil y VIH-SIDA y por último, Witold Jacorsynski, quien a abordado el tema de enfermedades mentales y población indígena.

Por otro lado, tenemos al grupo de trabajo que labora en el Departamento de historia y filosofía de la medicina, adscrito a la Facultad de medicina de

01-R.M. Osorio C..pmd 43 25/10/2011, 8.49

la Universidad nacional autónoma de México (UNAM). Este departamento con casi sesenta años de existencia, se ha destacado por su interés tanto por impulsar la investigación y reflexión sobre la historia, ética y filosofía de la medicina, así como por resguardar un importante acervo bibliográfico de obras que datan del siglo XV. Constituye un espacio en el que se han documentado importantes contribuciones al conocimiento de la historia de la medicina en el país, desde la época prehispánica hasta nuestros días. Para fines de este volumen, me interesa destacar la labor del grupo de trabajo que encabeza Carlos Viesca y que incluye a Roberto Campos, Zuanilda Mendoza, Elia Nora Arganis, Alfredo Paulo Maya, Adriana Ruiz Llanos y Humberto Villalobos. Varios de estos colegas cuentan con una doble formación de médicos y/o antropólogos y su trabajo se ha caracterizado por incorporar a través de labores de investigación y docencia, el enfoque antropológico a la formación de profesionales médicos, en el centro universitarios más importante del país. Sus temáticas en el campo de la antropología médica son relación médico-paciente, relación entre biomedicina y medicina "tradicional", legalización de la medicina "tradicional", salud intercultural, sensibilización de profesionales sanitarios en la atención a población indígena, migración y salud, vejez y enfermedad, flora medicinal, síndromes de filiación cultural, terapeutas populares y su relación con los médicos.

En el Instituto de Investigaciones Antropológicas (IIA), también adscrito a la UNAM, destaca la labor desarrollada por Alfredo López Austin – en la especialidad de Etnología y Antropología Social – cuya obra sobre el cuerpo y la cosmovisión prehispánica en Mesoamérica ha sido ampliamente reconocida. En el área de antropología física, trabajan investigadores como Luis Vargas, Leticia Casillas, Magali Civera, quienes se han aproximado a la relación entre alimentación y salud, alcoholismo, salud en poblaciones mesoamericanas, medicina tradicional, historia de la medicina indígena, impulsando en 1983, la organización de la Asociación mexicana de antropología biológica.

Dentro del propio Instituto de investigaciones antropológicas, se halla el Programa de investigaciones multidiscplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste (PROIMMSE) cuya unidad se encuentra en el estado de Chiapas, en donde laboran Jaime Page y Oscar Sánchez, quienes trabajan fundamentalmente con población indígena, sobre temas tales como formas de atención a la diabetes, creencias y rituales sobre salud/enfermedad, religión y simbolismo en la atención a enfermedades, terapeutas populares indígenas, organizaciones de médicos tradicionales indígenas, políticas sanitarias y pueblos indígenas. Este instituto trabaja muy estrechamente con el

01-R.M. Osorio C..pmd 44 25/10/2011, 8.49

Instituto de Estudios Indígenas, de la Universidad Autónoma de Chiapas (IIE-UNACH), donde podemos mencionar a Gracia María Imberton y Laureano Reyes, con temas tales como procesos de envejecimiento y enfermedad, etnogerontología, control social y enfermedad.

Otra institución dentro de la UNAM, es el Programa Universitario México Nación multicultural (PUMNMC). con Carlos Zolla como uno de sus líderes, con sus antecedentes en el Instituto Nacional Indigenista, ha dado continuidad al estudio de la medicina tradicional y al diagnóstico de las condiciones de salud en la población indígena así como al establecimiento de espacios de discusión y diálogo entre los diferentes actores sociales involucrados en la problemática de las poblaciones indígenas, con líneas de investigación como condiciones de salud indígena, medicina tradicional, bioculturalidad, sustentabilidad ambiental y problemática alimentaria. Es oportuno aquí, hacer mención de una las contribuciones más importantes editadas en los últimos años, la Biblioteca de la Medicina tradicional mexicana, fruto de un prolongado e innovador trabajo de investigación sobre los recursos, actores y saberes sobre este tema, que primero fue publicada en papel y recientemente lo ha sido en su versión digital [(8)].

Como se ha dicho, sin duda una de los retrocesos más importantes de este periodo, en el campo de la investigación y la aplicación de sus resultados a los grupos indígenas del país, fue la desaparición del Instituto nacional indigenista, (INI) fundado en 1948 y por un decreto presidencial, desde 2003 fue transformado en la Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas (CDI) lo que ha significado una pérdida de atribuciones y funciones y cuyo peso específico se ha mermado sustancialmente, tanto en la investigación como en la promoción de una verdadera política indigenista en el país.

En el Instituto nacional de antropología e historia (INAH), podemos mencionar la Dirección de etnología y antropología social (DEAS), que cuenta con un área de Antropología Médica con investigadores como Carmen Anzures, pionera de esta disciplina, Faustino Hernández y Silvia Ortiz, que trabajan temáticas como medicina tradicional indígena, embarazo, parto y puerperio, salud en mujeres y niños, espiritualismo, salud mental, historia de la homeopatía, curanderismo. Por su parte, en la División de estudios históricos existe una línea de trabajo que impulsó la recientemente fallecida investigadora Elsa Malvido, cuyos seminarios "Proyecto salud-enfermedad de la prehistoria al siglo XX" y el "Taller de estudios sobre la muerte", convocan periódicamente y con una continuidad notable a una gran diversidad de investigadores que trabajan estos temas.

01-R.M. Osorio C..pmd 45 25/10/2011, 8.49

Otras investigaciones de este centro son salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, migración y salud, cosmovisión indígena sobre salud y enfermedad, relación entre salud, simbolismo y religión. El INAH cuenta con diversos centros regionales en todo el país y podemos mencionar entre sus investigadoras más destacadas a Isabel Lagarriga y Selene Díaz quienes laboran en el centro regional del INAH en Veracruz.

La Escuela nacional de antropología e historia (ENAH) cuenta en la actualidad con un grupo de investigadoras que desde el campo de la antropología física se aproxima la problemática de salud y la variabilidad humana. Josefina Ramírez, Anabella Barragán, Florencia Peña, investigan temáticas tales como cuerpo y enfermedad, salud ocupacional, acoso laboral y salud, salud mental, dolor crónico y experiencia del padecimiento, sexualidad y género, ciclos de vida.

Quizás uno de los grupos consolidados en esta disciplina lo constituye el equipo que participa en el Centro de estudios de salud y sociedad, del Colegio de Sonora ubicado al norte del país, (COLSON), con Catalina Denman, Jesús Armando Haro, Patricia Aranda y Carmen Castro, que recuperan el enfoque de la epidemiología sociocultural para entretejerlo respecto de tres ejes temáticos centrales como son el género, la etnicidad y la migración, incorporando las nociones de vulnerabilidad y desigualdad social. Sus trabajos analizan los procesos de salud-enfermedad atención en mujeres que trabajan en la industria maquiladora, salud reproductiva, cáncer en población femenina, relación médico paciente, enfermedades crónicas, sistemas locales de salud en población indígena, VIH-SIDA, así como importantes aportes metodológicos útiles para la investigación cualitativa en salud.

La Universidad de Guadalajara (UDEG), es una de las instituciones más importantes en la región poniente del país, con sus Centros universitarios de ciencias de la salud y de ciencias sociales y humanidades, respectivamente, cuenta con un amplio número de investigadores que abordan distintos tópicos del procesos salud/enfermedad/atención desde el ángulo de la ciencias sociales. En esta institución podemos mencionar investigadores como Francisco J. Mercado, Leticia Robles Silva, Javier Villaseñor, Teresa Torres, entre otros, quienes han sido de los pioneros en abordar desde una perspectiva social el estudio de las enfermedades crónicas en el país, principalmente la diabetes, los cuidados al enfermo crónico y adulto mayor, la etnopsiquiatría, así como un impulso muy relevante al campo de la reflexión teórica y técnica de la metodología cualitativa de investigación.

01-R.M. Osorio C..pmd 46 25/10/2011, 8.49

Hacia el sureste del país, en la península de Yucatán, zona de incontables investigaciones llevadas a cabo por antropólogos nacionales y extranjeros, se encuentra el Centro de Investigaciones regionales "Hideyo Noguchi" que pertenece a la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), que en sus vertientes de ciencias sociales y de ciencias biomédicas, cuentan con investigadores como Miguel Güémez y Judith Ortega, cuyas líneas de trabajo han sido la salud reproductiva, procesos de embarazo-parto y puerperio, terapeutas tradicionales, sistemas de atención a la salud materno-infantil, mortalidad materna, análisis simbólico-lingüístico de los procesos de salud-enfermedad centrándose en la cultura e identidad de la población indígena maya.

Me parece importante mencionar que existen varios grupos de trabajo que desde la vertiente de los estudios de género, han realizado contribuciones que son relevantes, como serían el Programa de estudios de la mujer, de la Universidad autónoma metropolitana unidad Xochimilco (UAM-X), dentro del Programa de estudios de la mujer, donde destaca el trabajo de Dora Cardaci. También podemos mencionar el Programa interdisciplinario de estudios de la mujer, desarrollado en El Colegio de México (COLMEX) donde laboran Soledad González y Karine Tinat. En dichos Programas se han desarrollado trabajos sobre los procesos de salud y enfermedad desde la perspectiva de género incluyendo los temas de cuerpo y sexualidad, significación de los procesos reproductivos femeninos, derechos reproductivos y ciudadanía, de la mujer, mortalidad materna, educación superior y estudios de género.

Existen además un conjunto de instituciones de investigación y docencia en la capital y en diversas regiones del país, cuya planta de profesores también desarrolla labores de investigación en el campo de la antropología médica, como serían la Universidad autónoma del estado de México, universidad del estado de Morelos, Colegio de Michoacán, Universidad veracruzana y la universidad de Puebla, entre otras. Desde las instituciones del sector salud existe un número creciente de investigadores y grupos de trabajo que desarrollan trabajos sociantropológicos o que aplican sus métodos y teorías para abordar sus temas de estudio. Tal es caso del Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición "Salvador Zurbirán" (INNSZ), que cuenta con un área de investigación en estudios rurales y experimentales, donde laboran Alberto Yzunza Ogazón, Sara Elena Pérez-Gil, Monserrat Salas, Luz María Espinosa quienes durante más de veinte años han abordado temáticas relacionadas a la socioantropología de la alimentación, atención primaria a la salud, programas de salud materno-infantil, participación comunitaria en salud, educación nutricional, anorexia, bulimia,

01-R.M. Osorio C..pmd 47 25/10/2011, 8.49

lactancia materna, cultura alimentaria, entre otras líneas que dadas las características de la institución tienen una orientación aplicativa. Dentro de algunas instituciones del sector salud como el Instituto nacional de salud pública o el Instituto nacional de psiquiatría existen colegas que gradualmente aplican técnicas cualitativas y participan del enfoque socioantropológico en sus propios trabajos de investigación.

Otro campo donde se aprecia la diversificación y la expansión de la disciplina es en la docencia. En este período hemos sido testigos del crecimiento e impulso a los programas de formación de alumnos en antropología médica en el nivel de grado y de posgrados de antropología y la oferta educativa cada vez más organizada de cursos de antropología médica a los estudiantes de medicina y otras disciplinas de la salud.

Las políticas educativas nacionales que a partir de la década de los '90 promovieron la formación de programas de posgrado y reestructuraron los sistemas de becas ofrecidas a los estudiantes, han favorecido – con sus virtudes y defectos – la profusión de diplomados, maestrías y doctorados en antropología, en donde se incorpora el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención de manera central o tangencial. Es importante mencionar que existe un contexto nacional de política científica que incide en esta diversificación temática y profesional y favorece la investigación interdisciplinaria e interinstitucional en todos los campos del conocimiento, que influye también en el fortalecimiento de redes académicas. Considero que a nivel regional, las unidades de investigación institucionales y algunas de las organizaciones no gubernamentales, tienen mayores posibilidades de interactuar y formalizar convenios de colaboración y en su caso, obtención de recursos con los gobiernos locales o fundaciones, a fin de desarrollar proyectos que tengan un impacto directo sobre las poblaciones con las cuales se trabaja.

En este breve bosquejo del panorama institucional dedicado a la investigación socioantropológica en salud, resulta complejo reflejar en su total dimensión el dinamismo con que se ha transformado y consolidado este amplio campo de trabajo entre los profesionales de las ciencias sociales, Al mismo tiempo cada vez nos encontramos más frecuentemente con espacios de apertura y diálogo entre los investigadores sociosanitarios, los profesionales biomédicos y los tomadores de decisiones, que atienden y/o diseñan e instrumentan las políticas públicas que inciden directamente en la salud de la población. Si bien el camino es difícil, considero que desde la academia hay indicios de que esta posibilidad se abre día a día. Me refiero a la disposición de ciertos sectores dentro de los profesionales sanitarios,

01-R.M. Osorio C..pmd 48 25/10/2011, 8.49

epidemiólogos, salubristas y médicos, a incorporar dentro de sus equipos de trabajo a científicos sociales, o al menos intentar recuperar métodos y técnicas de investigación cualitativas, a partir de los resultados que han venido demostrando su utilidad para comprender las problemáticas que afectan a los conjuntos sociales. Pienso que en la actualidad, desde los profesionales sanitarios gradualmente se ha ido reconociendo la relevancia de un enfoque socioantropológico aplicado a la clínica y a la salud pública, como una vía de aproximación que facilita la comprensión de las representaciones que los usuarios tienen de los servicios de salud, con vistas a sensibilizar y, en el mejor de los casos, mejorar la calidad de la atención de más amplios grupos de la población.

El volumen de la revista "AM"

Los trabajos que a continuación se presentan son resultados de investigaciones originales llevadas a cabo dentro del campo de la antropología médica mexicana y nos ofrecen un panorama relativamente amplio de los temas y conjuntos sociales sobre los cuales se trabaja en la actualidad. Como se mencionó anteriormente, no ha sido fácil la selección de los temas y los autores por la cantidad y calidad de investigadores que laboran en la disciplina.

En el volumen, se incluyen artículos sobre temas como salud reproductiva, brujería, religión y salud, medios de comunicación, salud ocupacional, cuidado y vejez, programas de salud pública, educación médica profesional. Los grupos poblacionales con quienes se trabaja van desde grupos indígenas – triquis, mayas, nahuas – mujeres, practicantes de espiritualismo, alcohólicos anónimos, adultos mayores, poblaciones en condiciones de pobreza y estudiantes de la carrera de medicina.

En primer término se presentan artículos referidos a los procesos de salud/enfermedad/atención en poblaciones indígenas, padecimientos de filiación cultural y terapeutas populares en su relación con los profesionales biomédicos. El trabajo de Zuanilda Mendoza González *"Parir en la casa o en el hospital". Saberes acerca del parto de mujeres triquis migrantes a la Ciudad de México* aporta elementos de interés al estudio de las creencias, saberes, actitudes y sobre todo, las prácticas que llevan a cabo las familias indígenas triquis, originarias de Oaxaca, respecto del proceso de parto. Lo más relevante del estudio es la comparación que la autora hace entre dos generaciones de mujeres triquis que emigra hacia el Distrito Federal. Da cuenta de una manera extensa de los distintos sentidos y significados que la

01-R.M. Osorio C..pmd 49 25/10/2011, 8.49

población le da al parto, así como la manera en que se ha llevado a cabo la atención al mismo, tanto en el medio hospitalario, como el doméstico, particularmente señalando las condicionantes que influyeron en la decisión de buscar uno u otro tipo de atención. Los datos etnográficos producidos dan cuenta de la manera en que ha ido cambiando la atención al parto, así como otras prácticas sexuales y de salud reproductiva, mostrando la manera en que los procesos de migración, urbanización y "modernización" van permeando a la población indígena más joven.

El siguiente trabajo es de Judith Ortega Canto, se titula *Miradas entre biomédicos y parteras mayas: el proceso reproductivo femenino pone frente a frente las dos maneras de concebir y atender el parto en una localidad maya*. Resulta muy interesante conocer y analizar las diferencias que se establecen entre las parteras tradicionales mayas y los médicos alópatas que atienden una misma población, a fin de dar cuenta de las distancias y diferencias que es posible identificar en estas situaciones de salud intercultural.

El tercer artículo de Antonella Fagetti, se llama *Nexikole y texoxa: el daño por brujería como categoría nosológica nahua*, nos presenta el análisis de los sistemas de creencias respecto de la brujería en una población indígena nahua del estado de Puebla, analizando los distintos sentidos y significados que la población le da al daño, mal puesto o brujería, como se le conoce a este complejo proceso, con la particularidad de utilizar los vocablos nahuas, para dar cuenta de los respectivos significados usados para identificar las acciones, causas, mecanismos y actores sociales que intervienen en la brujería, lo cual viene a enriquecer el material etnográfico y el análisis del mismo.

El cuarto trabajo es el presentado por Luz María Espinosa Cortés y Alberto Ysunza Ogazón sobre las *Enfermedades de filiación cultural en comunidades afro-mexicanas de la costa chica oaxaqueña y guerrerense*, nos describe las condiciones de vida de la población que habita una de las regiones más pobres del país, la de la Costa Chica, situada en la confluencia de los estados de Oaxaca y Guerrero y nos ofrece elementos de análisis para comprender las representaciones sociales acerca de las enfermedades no reconocidas por la biomedicina y que han sido identificadas como síndromes de filiación cultural. De modo sugerente, abre la puerta para la reflexión sobre la permanencia o transformación de la tercera raíz africana en la zona de estudio, ya que pone de manifiesto las dificultades para establecer los orígenes, diferencias y caminos recorridos de diversas creencias culturales, y sobre todo, demostrar su asociación a la matriz cultural africana. Lo anterior, tomando en cuenta los procesos socio-históricos ocurridos en más de

01-R.M. Osorio C..pmd 50 25/10/2011, 8.49

tres siglos y sobre todo, los procesos de mestizaje biológico y de sincretismo cultural que ha vivido nuestro país desde el periodo colonial.

Posteriormente se presentan artículos que enfocan su mirada en otros conjuntos sociales y problemáticas de diversa índole. Isabel Lagarriga Attias propone el estudio de una práctica curativo-religiosa en el texto *Espiritualismo trinitario mariano. Viejas y nuevas estrategias terapéuticas*, a partir de la descripción y análisis de la estructura y funcionamiento de esta corriente religiosa que tiene cierto arraigo en México y nos ofrece valiosos elementos para comprender la manera en que se ha ido transformando a través del tiempo, ya que ofrece una interpretación de las apropiaciones que ha llevado a cabo, así como de las adaptaciones terapéuticas-religiosas y/o filosóficas que se han ido incorporando, haciéndole ganar adeptos y que de alguna manera explican su difusión y permanencia en el tiempo, lo que constituye uno de los aportes sustanciales del trabajo.

Por su parte, Eduardo L. Menéndez y Renée B. Di Pardo presentan su trabajo sobre *Sector salud y organizaciones no gubernamentales: convergencias y articulaciones en torno a la salud reproductiva*. En él, hacen una revisión pormenorizada de la manera en que los medios de comunicación, en este caso, la prensa escrita- abordan la salud reproductiva en la ciudad de México. En la investigación se da cuenta de los datos proporcionados principalmente por el Sector Salud y por las organizaciones no gubernamentales respecto de temáticas que afectan a la mujer en ciertos grupos de edad, como el aborto, la mortalidad materno-infantil, VIH-SIDA, cáncer cervicouterino y de mama, entre otros. Se proporciona una mayor información para este grupo de problemas y en cierto sentido, se deja en segundo plano otras causas que aparecen como las principales causas de mortalidad para este sector de la población.

En su trabajo sobre *El diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano: construcción social del contagio por VPH en parejas mexicanas*, Diana L. Reartes Peñafiel propone analizar las diversas respuestas que un grupo de parejas tienen frente al diagnóstico positivo de virus del papiloma humano (VPH) en uno o ambos miembros de la pareja, señalando los aspectos que condicionan dichas respuestas, como son las representaciones sociales sobre los roles de género, el ejercicio de la sexualidad, las nociones de pareja-fidelidad/infidelidad, así como la historia personal de los sujetos y/o de la pareja en cuestión. Se subraya el papel que juega la información ofrecida por el médico tanto en términos de su contenido como de la forma en que el médico la proporciona a uno o ambos miembros de la pareja, al momento de emitir un diagnóstico. El trabajo ofrece un interesante

01-R.M. Osorio C..pmd 51 25/10/2011, 8.49

panorama respecto de los saberes sobre esta infección y su relación con el cáncer, y enfatiza la relevancia que en este padecimiento juegan los temores, emociones y conflictos a los que se enfrentan los sujetos en su relación de pareja, o en sus expectativas de tener hijos. Estas emociones y situaciones se generan de manera paralela a la trayectoria de atención del VPH.

El octavo trabajo es el de Leticia Robles-Silva quien presenta *La autoatención en la enfermedad crónica: tres líneas de cuidado*, en donde desarrollan los diversos tipos de cuidados que se instrumentan en el entorno doméstico para atender a los enfermos crónicos. Da cuenta de una manera organizada de las diferentes áreas de cuidados desde el punto de los cuidadores (as), en ámbitos que van desde la búsqueda de recursos para la atención de la enfermedad, los aspectos básicos de reproducción como la alimentación o la higiene, hasta aspectos más subjetivos, como el apoyo espiritual, o el apoyo dirigido al enfermo, en términos de suplir o coadyuvar al cumplimiento de roles o funciones que antes eran desempeñadas por el propio enfermo.

Martha Alida Ramírez Solórzano, nos presenta un trabajo intitulado *Entre el poder y el padecer. Un estudio sobre la construcción social de la violencia masculina*, en donde recupera el punto de vista de los varones violentos que a pesar de ser uno de los actores centrales en la violencia de género, su voz ha sido secundarizada por la mayoría de los estudios de género. A partir de este actor social, se identifican las estructuras que van condicionando la violencia masculina a través de la reconstrucción de la trayectoria del padecimiento, reconstituyendo las diferentes etapas a través de las cuáles se fue desarrollando el padecer de la conducta violenta, en un entramado de relaciones de poder intra e intergénericas.

El artículo *Religiosidad, ritualidad y relaciones sociales en un grupo de Alcohólicos Anónimos* que desarrolla María Eugenia Módena Allegroni, analiza el vínculo entre los aspectos religiosos y la red que se establece entre los miembros de un grupo de Alcohólicos Anónimos, describiendo la forma en que se transita o se desplaza por parte de los miembros del grupo, desde una determinada experiencia de religiosidad popular hacia un cierto tipo de "religiosidad" o espiritualidad de acuerdo a la propia concepción, que es marcada por la pertenencia del grupo de Alcohólicos Anónimos. Se enfoca al análisis de los aspectos relativos a la religiosidad de los miembros del grupo, así como la manera en que esta experiencia "religiosa-espiritual" se vincula a la noción de "poder superior". Por otro lado, también resulta sugerente el análisis sobre el papel del ritual, sobre todo de la descripción

01-R.M. Osorio C..pmd 52 25/10/2011, 8.49

que se hace del espacio ritual donde se llevan a cabo las reuniones del grupo de Alcohólicos Anónimos en que se desarrolló la investigación y en el texto se delinean algunos aspectos relativos a la conformación del sentido de pertenencia que se genera en el grupo, una característica particular de los grupos de ayuda mutua.

Por su parte, Josefina Ramírez Velázquez nos presenta el trabajo *Estrés y emoción entre un grupo de operadoras telefónicas* que se ubica en la intersección de múltiples temáticas, como sería la salud ocupacional, la antropología de las emociones y la salud mental de un grupo de trabajadoras. El trabajo de Ramírez intenta analizar tanto el ámbito doméstico como el ámbito laboral y de qué manera las nuevas tecnologías de la comunicación han modificado las relaciones laborales y la presión ejercida sobre las operadoras se traduce en situaciones de estrés y otro tipo de tensiones que afectan su salud mental.

Jesús Armando Haro Encinas, en su texto intitulado *De aciagas oportunidades: evaluación de un programa de combate a la pobreza en tres regiones indígenas de Sonora, México*, representa tan sólo una parte de una evaluación mucho más amplia que un equipo realizó del principal programa de asistencia social, como es el Programa Oportunidades. Las características de la población en su mayor parte indígena que habita la región analizada por Haro nos demuestra que ésta es una zona altamente desprotegida de los sistemas de atención a la salud, debido a su patrón de asentamiento, lo que demuestra que esta zona es una de las más desprotegidas de todo el país.

Por último, Roberto Campos Navarro presenta un trabajo denominado *Aproximación clínica, etnográfica e intercultural de estudiantes de medicina a pacientes hospitalizados*. Una experiencia docente en la Universidad Nacional Autónoma de México, en donde analiza la experiencia con un grupo de estudiantes de medicina a partir de la realización de un trabajo etnográfico y del seguimiento de sus pacientes indígenas en sus localidades de origen. Este trabajo es una muestra de las barreras y resistencias a las que se enfrentan los médicos en su relación con los pacientes y es un gran avance en la sensibilización de los futuros profesionales médicos.

Al final del volumen, la sección *Osservatorio* se haya integrada por dos apartados: la *Bibliografía mexicana sobre los procesos de salud/enfermedad/atención (1920-2010)*, así como el *Directorio de Investigadores*, los cuales han sido pensados como un material de apoyo que permita identificar tanto a algunos de los investigadores, como a las obras que se han producido en el país. Espero que sea de utilidad y que el esfuerzo sea fructífero.

01-R.M. Osorio C..pmd 53 25/10/2011, 8.49

Notas

(1) El Congreso de Americanística se llevaba a cabo de manera semestral, alternando la sede con ciudades americanas (sitio web: http://www.amerindiano.org).

(2) La frase "Hecho en México", se acuñó en la década de los 80 en el marco de una política estatal de fomento al consumo nacional y a las exportaciones. Se acordó etiquetar todos los productos de origen nacional con el logotipo de una estilizada águila y la frase en español "Hecho en México", como parte de una campaña con fuerte dosis nacionalista que a la postre se ha seguido utilizando para identificar productos de manufactura nacional. Se distingue de la hegemónica frase en inglés "*Made in...*" que es usada a nivel mundial para identificar la procedencia de los productos en un mercado global, como por ejemplo *Made in Taiwan* y ahora con mayor frecuencia *Made in China*.

(3) Por citar un ejemplo, recientemente tuve ocasión de asistir a la reunión conmemorativa de los 50 años de la Sociedad de antropología médica americana, llevado a cabo en la Universidad de Yale, en donde se dieron cita algunos de los más destacados antropólogos médicos que laboran en Estados Unidos y Canadá, y una inmensa cantidad de estudiantes de universidades norteamericanas cuyas investigaciones referían en su mayoría a países latinoamericanos. Tuve ocasión de escuchar ponencias desarrolladas en México, Brasil y otros países latinoamericanos en las cuales no se citaban trabajos realizados por antropólogos locales. El encuentro se llevó a cabo en septiembre de 2009 y reunió a cerca de 500 antropólogos médicos de diversas partes del mundo aunque evidentemente la gran mayoría procedía de Estados Unidos, Canadá y Reino Unido. Entre los ponentes magistrales se encontraban algunos de los más destacados – y leídos – antropólogos de nuestra disciplina en la actualidad. Sitio web: http://www.yale.edu/macmillan/smaconference.

(4) Una versión preliminar de esta introducción fue discutida al interior del Seminario Permanente de Antropología Médica del Ciesas-D.F. Agradezco a mis colegas Eduardo Menéndez, Eugenia Módena, Sergio Lerín, Diana Reartes, Catalina Denman, Anabella Barragán, Zuanilda Mendoza, José Sánchez y Jennie Gamlin, sus valiosos comentarios y sugerencias que me permitieron enriquecer el documento final.

(5) La versión original en inglés dice a la letra: «Medical Anthropology is a subfield of anthropology that draws upon social, cultural, biological, and linguistic anthropology to better understand those factors which influence health and well being (broadly defined), the experience and distribution of illness, the prevention and treatment of sickness, healing processes, the social relations of therapy management, and the cultural importance and utilization of pluralistic medical systems. The discipline of medical anthropology draws upon many different theoretical approaches. It is as attentive to popular health culture as bioscientific epidemiology, and the social construction of knowledge and politics of science as scientific discovery and hypothesis testing. Medical anthropologists examine how the health of individuals, larger social formations, and the environment are affected by interrelationships between humans and other species; cultural norms and social institutions; micro and macro politics; and forces of globalization as each of these affects local worlds» (consulta internet: http://www.medanthro.net/definition.html. octubre, 2010).

(6) Si analizamos la lista de los objetivos del milenio que propone la Oms, para mejorar la salud de las poblaciones en condiciones de pobreza, podemos valorar mejor la obra de Aguirre Beltrán y sobre todo, plantearnos lo que se ha podido avanzar a lo largo de sesenta años y si bien las condiciones han mejorado en términos relativos, es obvio que las condiciones sanitarias en las que viven de ciertos sectores subalternos continúa siendo un grave problema y ajeno a que se suscriban o no sus propuestas teóricas y aplicadas, su trabajo se destaca por una perspectiva propositiva solución y mejora a estas condiciones.

(7) A continuación ofrecemos un listado de los sitios web de aquellas instituciones en las que trabajan grupos de investigación en antropología médica y otras disciplinas sociales enfocadas a la investigación en salud: Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (Ciesas), http://www.ciesas.edu.mx

Departamento de historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina. Universidad nacional autónoma de México (Unam), http://www.facmed.unam.mx/palacio/Historiayf/Historiayf.html

01-R.M. Osorio C..pmd 54 25/10/2011, 8.49

Instituto de investigaciones antropológicas (IIA), http://swadesh.unam.mx/default.htm

Programa de investigaciones multidiscplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste (PROIMMSE-UNAM), http://proimmse.unam.mx)

Instituto de estudios indígenas, Universidad autónoma de Chiapas (IIE-UNACH), http://iei.unach.mx/

Programa universitario México nación multicultural (PUMNMC), http://www.nacionmulticultural.unam.mx)

Dirección de etnología y antropología social, Instituto nacional de antropología e historia (DEAS-INAH), http://www.deas.inah.gob.mx)

Escuela nacional de antropología e historia (ENAH), http://www.enah.edu.mx

Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas (CDI), http://www.cdi.gob.mx

Centro de estudios de salud y sociedad, El Colegio de Sonora (COLSON), http://www.colson.edu.mx)

Universidad de Guadalajara (UDEG), http://www.udg.mx

Centro de Investigaciones regionales "Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), http://www.cir.uady.mx

Programa de estudios de la mujer, Universidad autónoma metropolitana unidad Xochimilco, (UAM-X), http://mujer.xoc.uam.mx

Programa interdisciplinario de estudios de la mujer, El Colegio de México, (COLMEX), http://piem.colmex.mx

Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición "Salvador Zurbirán", (INNSZ), http://www.innsz.mx

(8) La Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana se puede consultar en el sitio web: http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx).

Bibliografía

AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1986), *Antropología Médica*, Secretaría de Educación Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1980 [1955]), *Programas de salud en la situación intercultural*, II ed., Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1987 [1963]), *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, XIII reimpresión, Instituto Nacional Indigenista, México.

AGUIRRE BELTRÁN Gonzalo (1967), *Regiones del Refugio: el desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en Mestizo-América*, Instituto Indigenista Interamericano, México.

AINO Vittoria - AVITABILE Claudia (2006), *Dinámicas de la salud. Entre tradición, hegemonía y modernidad en el área popoluca, México. Subproyecto 6 del proyecto 'Ruta de la obsidiana'*, "Thule. Rivista italiana di studi americanistici" (Centro Studi Americanistici "Circolo Amerindiano"), n. 20-21, abril-octubre 2006, pp. 237-248.

AVITABILE Claudia (2009), *Tradición e innovación en un hospital rural de Yucatán*, pp. 231-280, en GORZA Piero - DOMENICI Davide - AVITABILE Claudia (compiladores), *Mundos Zoque y Maya: miradas italianas*, UNAM, Mérida, 2009.

BARTOLI Paolo (2002), *Aspettando il dottore? Riflessioni su una ricerca di antropologia medica in Messico*, "AM. Rivista della Societá Italiana di Antropologia Medica" (Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute), n. 15-16, octubre 2002, pp. 291-324.

BARTOLI Paolo (2005), *¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México*, "Revista de Antropología Social", vol. 14, 2005, pp. 71-100.

BARTOLI Paolo (2006), *Medicina tradizionale in Messico: risorsa indigena o invenzione antropologica?*, "Thule. Rivista italiana di studi americanistici" (Centro Studi Americanistici "Circolo Amerindiano), n. 20-21, abril-octubre 2006, pp. 89-112.

01-R.M. Osorio C..pmd 55 25/10/2011, 8.49

Campos Roberto (1992), *La Antropología Médica en México*, 2 vol., Instituto Mora - Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Campos Roberto (2010), *La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la salud intercultural del siglo XXI*, "Revista Peruana de Salud Experimental y Salud pública", vol. 27, n. 1, pp. 114-122.

Caudill William (1953), *Applied anthropology in medicine*, pp. 771-806, en Kroeber Alfred, *Anthropology today: an encyclopedic inventory*, Chicago, University of Chicago Press.

Clements Robert (1932), *Primitive concept of disease*, Berkeley University of California. Publications in Archeology and Ethnology, Estados Unidos de América, pp. 185-252.

Duarte Beatriz - Campos Roberto - Nigenda Gustavo (2007 [2005, I ed. francés]), *Medical anthropology in Mexico: recent trends in research and education*, pp. 71-86, en Saillant Francine - Genest Serge (editores) (2007), *Medical Anthropology. Regional perspectives and shared concerns*, Blackwell Publishing, Singapore.

Fagetti Antonella (compiladora) (2003), *Los que saben. Testimonios de vida de los médicos tradicionales de la región de Tehuacán*, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad de Puebla y Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

Foster George (1951), *Análisis antropológico intercultural de un programa de ayuda técnica*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Foster George (1964), *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*, Fondo de Cultura Económica, México.

Freyermuth Graciela - Sesia Paola (2006), *Del curanderismo a la influencia aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*, en Freyermuth Graciela - Sesia Paola (coordinadoras), *Antropología médica: visiones contemporáneas*, "Desacatos. Revista de Antropología Social" (Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social), México, n. 20, enero-abril 2006.

Grottanelli Vinigi L. (1979), *Prefacio*, pp. 9-12, en Signorini Italo, *Los Huaves de San Mateo del Mar*, I ed., en español, Colección Instituto Nacional Indigenista, n. 59, México.

Lagarriga Isabel (1996), *La antropología médica en México: situación y perspectivas*, "Revista Salud Problema", nueva época, año I, n. 1, junio 1996, pp. 74-79.

Lewis Oscar (1986), *Ensayos Antropológicos*, Grijalbo, México, [I ed. en inglés, 1982].

Lupo Alessandro - López Austin Alfredo (editores) (1998), *La cultura plural. Reflexiones sobre diálogo y silencios en Mesoamérica (Homenaje a Italo Signorini)*, Universidad Nacional Autónoma de México - Universitá di Roma "La Sapienza", México.

Lupo Alessandro - López Luján Leonardo - Migliorati Luisa (2006), *Gli Aztechi tra passato i presente, grandezza e vitalità di una civiltà messicana*, Carocci Editore, Roma.

Milano Chiara (2004), *La medicina tradizionale a Cuetzalan (Messico). Processi di legittimazione e professionalizzazione*, Tesis de licenciatura en Etnología, Facultad de Letras, Universidad de Roma "La Sapienza", Roma.

Milano Chiara (2007), *La legitimación de las medicinas indígenas en México, el ejemplo de Cuetzalan del Progreso, Puebla*, "Dimensión Antropológica", año 14, vol. 41, septiembre-diciembre 2007, pp. 81-106.

Menegoni Lorenza (2003), *Le concezioni del cancro tra gli indigeni maya del Chiapas, Messico*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica" (Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute), n. 15-16, ottobre 2003, pp. 325-368.

Menéndez Eduardo L. (1985), *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*, "Nueva Antropología", vol. VII, n. 28, octubre 1985, pp. 11- 28.

Menéndez Eduardo L. (1990), *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa Chata, n. 179).

Quattrocchi Patricia - Güémez Miguel (2007), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Asociación de Investigaciones Etnoantropológicas y Sociales de Trieste - Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Unidad Académica de

01-R.M. Osorio C..pmd 56 25/10/2011, 8.49

Ciencias Sociales y Humanidades - Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán - Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, delegación Yucatán, Universidad autónoma de Yucatán, México.

Ramírez Axel (1978), *Bibliografia comentada de la Medicina tradicional mexicana (1900-1978)*, Instituto Mexicano para el estudio de las plantas medicinales – Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México (Serie Monografías científicas, III).

Redfield Robert (1930), *Tepoztlan, a Mexican village. A study of a folk life*, University of Chicago Press, Chicago.

Redfield Robert (1941), *The folk culture in Yucatan*, The University of Chicago Press, Chicago.

Rivers William (1924), *Medicine, magic and religion*, Harcourt Press, New York.

Saillant Francine - Genest Serge (editores) (2007), *Medical Anthropology. Regional perspectives and shared concerns*, Blackwell Publishing, Singapore.

Santoni Romolo (2007), *Il Centro Studi Americanistici "Circolo Amerindiano" di Perugia e il Messico*, pp. 77-82, en *Umbria-Messico, Perugia-UNAM: frammenti di una lunga amicizia. Testimonianze raccolte da Livio Rossetti*, Università degli Studi di Perugia - Universidad Nacional Autónoma de México, Morlacchi Editore, Perugia.

Sesia Paola (editora) (2002), *Confronting neoliberalism: food security and nutrition among indigenous coffee-growers in Oaxaca-Mexico*, Tesis de Doctorado, Departamento de antropología, Universidad de Arizona, Tucson.

Signorini Italo (1979), *Los Huaves de San Mateo del Mar. Ideología e instituciones sociales*, I ed., en español, Colección Instituto Nacional Indigenista, n. 59, México.

Signorini *Italo (1989), Los tres ejes de la vida. Almas, cuerpo, enfermedad entre los Nahuas de la Sierra de Puebla*, Universidad Veracruzana, Xalapa, México.

Tranfo Luigi (1975), *Vida y magia en un pueblo otomí del Mezquital*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Van Dongen Els - Comelles Josep M. (editores) (2001), *Medical Anthropology and Anthropology*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica" (Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute), n. 11-12, octubre 2001.

Vargas Luis A. - Casillas Leticia E. (1989), *Medical anthropology in México*, "Social Science and Medicine" (Pergamon Press), vol. 28, n. 12, 1989, pp. 1343-1349.

Vargas Luz María - Santillán Carlos (1994), *Biblio-hemerografía sobre Antropología Médica (1900-1990)*, Universidad Nacional Autónoma de México - Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Facultad de Medicina-Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina-Instituto de Investigaciones Antropológicas, México.

Nota sobre la Autora

Rosa María Osorio Carranza, antropóloga mexicana, nacida en la Ciudad de México. Realizó estudios de Licenciatura en Antropología Física (1984) y Maestría en Antropología Social (1994) en la Escuela Nacional de Antropología e Historia en la ciudad de México. Obtuvo el grado de Máster en Antropología de la Medicina (1996) y el doctorado en Antropología Social y Cultural (1998) por la Universidad Rovira i Virgili, en Tarragona, España. Ha desarrollado investigaciones en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Unam (1983-1984), el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"

01-R.M. Osorio C..pmd 57 25/10/2011, 8.49

(1984-1985). Desde 1987 a la actualidad es profesora-investigadora titular en el CIESAS-D.F., en el Área de Antropología Médica

Sus líneas de investigación más importantes son la salud materno-infantil enfocada al análisis de la cultura médica materna y la medicina doméstica a través del análisis de la estructura de autoatención a la salud e interrelación de los modelos médicos biomedicina y medicinas alternativa. También ha realizado trabajos sobre género y salud reproductiva y la atención al embarazo, parto y puerperio. Ha desarrollado investigación sobre la evaluación de programas de nutrición y atención primaria. Más recientemente inició una línea de investigación sobre enfermedades crónicas, dolor y discapacidad, en particular enfermedades reumáticas.

Ha sido docente de grado y posgrado en diversas instituciones nacionales e internacionales, tales como CIESAS, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Facultad de Medicina de la UNAM, Escuela Superior de Medicina. Instituto Politécnico Nacional, El Colegio de Sonora, Universidad Autónoma de Barcelona, Universidad Rovira i Virgili, Universidad Ramón Llull. Actualmente es coordinadora de la Línea de Especialización en Antropología Médica en el Doctorado del CIESAS-D.F.

Es autora de diversas publicaciones, entre las que se encuentran el libro: *Entender y Atender la Enfermedad. Los Saberes Maternos frente a los Padecimientos Infantiles*, Coedición Ed. CIESAS - INI - Conaculta - INAH, México, 2001 (Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana) y varios artículos y capítulos de libro, tales como: *La cultura médica materna y la salud infantil. Un análisis de las enfermedades respiratorias desde la epidemiología popular en México*, en SALMÓN M. Fernando - CABRÉ Montserrat (eds.), *Sexo, género y medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*, PubliCan Ediciones de la Universidad de Cantabria, Santander, 2010; *Construyendo puentes y abriendo caminos. La cultura médica materna como vía de aproximación a la Epidemiología Sociocultural*, en HARO Jesús (ed.), *El planteamiento de una Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances*, Ed. Lugar, Buenos Aires, 2010; *La trayectoria de atención en las enfermedades infantiles. Una puesta en escena de las representaciones y prácticas sociales*, en ESTEBAN Mari Luz (ed.), *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Ed. Osalde. Asociación por el derecho a la salud - OP Osasun Publikoaren, Bilbao, 2007; «*¿Te atiendes en casa o mejor te vas al hospital?». Condicionantes de la forma de atención al parto en una localidad suburbana de la Ciudad de México*, pp. 853-860, en *Atti del XXVIII Convegno Internazionale di Americanistica. Perugia (Italia) 3-7 maggio 2006 Mérida, Messico 25-29 ottobre 2006*, Centro Studi Americanistici "Circolo Amerindiano", Perugia - Argo, Lecce, 2006 (Quaderni di Thule. Rivista italiana di studi americanistici, VI).

01-R.M. Osorio C..pmd 58 25/10/2011, 8.49

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 59-81

"Parir en la casa o en el hospital". Saberes acerca del parto de mujeres Triquis migrantes a la Ciudad de México

Zuanilda Mendoza González

Departamento de historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina, Universidad nacional autónoma de México (UNAM)
[zuanilda@hotmail.com.mx]

Introducción

El interés de este trabajo se centra en mostrar a partir de una investigación etnográfica cómo algunas familias indígenas migrantes en la Ciudad de México construyen socioculturalmente saberes respecto de su proceso reproductivo. Cuando nos referimos a la forma en que estos conjuntos sociales construyen socio culturalmente su proceso reproductivo, me estoy refiriendo a la manera en que identifican, viven, aprehenden y significan el proceso a través de un conjunto de representaciones y prácticas. Dicho planteamiento surge de la propuesta de construcción social de la realidad de Berger y Luckman, para quienes el conocimiento relativo de la sociedad es una realización en el doble sentido de la palabra; como aprehensión de la realidad social objetiva y como producción continua de esta realidad (BERGER P. - LUCKMAN T. 1991: 89).

Nuestro objetivo es describir y analizar las representaciones y prácticas de mujeres Triquis respecto del parto, diferencial y comparativo entre dos generaciones, con el fin de identificar las constantes y cambios que sufren dichos saberes a consecuencia de su proceso migratorio.

Resulta importante señalar que la migración del campo a la ciudad de numerosos grupos sociales, incluidos los indígenas, ha sido una de las variables demográficas más importantes en las últimas décadas, estudiada desde diversas perspectivas. Sin embargo en el análisis de este proceso de movilización social, no han sido considerados lo suficiente ciertos aspectos de salud/enfermedad/atención (s/e/a), a los que nosotros reconocemos como centrales para ejemplificar el proceso de transformación sociocultural que enfrentan estos grupos migrantes.

02-Z. Mendoza González.pmd 59 28/11/2011, 15.20

Por lo que es nuestro interés, ilustrar el proceso de continuidad/discontinuidad cultural de grupos domésticos Triquis migrantes a la Ciudad de México a través de sus saberes respecto del parto, poniendo el énfasis en la permanencia de un núcleo cultural indígena en dicho saber. Me interesa en especial hacer evidentes las redes de apoyo que les permiten solucionar o no un problema de salud, los recursos procedentes de su medicina tradicional o de la biomedicina y la eficacia de los mismos. Así como, los significados que le dan al parto, las formas en que se realiza su atención a nivel doméstico u hospitalario y como se toman las decisiones para acudir a uno u otro tipo de atención.

Elegí el parto, por ser este suceso del proceso reproductivo el que hace evidente la mayor medicalización y una constante resignificación de su saber, la síntesis con el saber biomédico y la consecuente subordinación del saber popular.

A partir de nuestra información es posible advertir como los procesos de migración y urbanización constante van incidiendo entre la población indígena de las generaciones jóvenes, siendo central en la explicación la progresiva y constante interacción que dichos actores sociales establecen con una sociedad urbana y en especial con los servicios de salud institucional.

El trabajo está dividido en tres apartados, en el primero presento algunos aspectos de la región de origen y del asentamiento urbano que contextualizan a estas familias y los recursos con los que cuentan, así como los cambios que han tenido con la migración. El segundo apartado contiene la información etnográfica de mujeres de dos generaciones, sus representaciones y prácticas durante sus partos. El último apartado propone las conclusiones de este trabajo, que hace evidente la íntima relación entre la migración indígena y las transformaciones socioculturales de las nuevas generaciones.

Metodología

La información que presento forma parte de un trabajo más amplio realizado con grupos domésticos Triquis migrantes en la Merced, Ciudad de México, la etnografía surge del trabajo con cinco grupos domésticos, tres de ellos residentes actualmente en la área metropolitana y dos de retorno a su región de origen.

Se aplicaron entrevistas a profundidad y observación participante con mujeres y varones de dos generaciones, todos con experiencia migratoria,

02-Z. Mendoza González.pmd 60 25/10/2011, 8.51

pero algunos ya retornados a su región de origen. Mi permanencia con el grupo indígena durante más de 12 meses, me permitió compartir sus espacios sociales cotidianos, en la vivienda, su trabajo y la búsqueda de atención ante procesos enfermantes.

El objetivo era obtener no sólo sus representaciones sino observar sus prácticas respecto del proceso reproductivo y para lograrlo me apoye en mi trabajo médico/clínico en el centro de salud que les da atención.

La asignación a una u otra generación se estableció con base en la edad de los sujetos y a su experiencia migratoria. Siendo la primera generación mujeres entre 40 a 50 años de edad, nacidas y socializadas en su región de origen y las primeras que migraron a la ciudad. La segunda generación, son mujeres jóvenes entre 20 a 30 años de edad, hijas o familiares de estas migrantes originales, algunas nacieron en la región pero fueron socializadas en la ciudad durante su infancia.

Las narraciones que se describen en este trabajo, expresa la voz de dos mujeres Triquis de generaciones diferentes, y muestra de forma general las características de representaciones y prácticas de las mujeres pertenecientes a su generación respecto del parto.

El contexto

Iniciaré con algunos datos contextuales de las familias Triquis con las que trabajé, son migrantes a la Ciudad de México y están asentadas en la Merced, una de las zonas populares más importantes y céntricas de nuestra ciudad capital, con un tiempo de permanencia entre diez a quince años y una constante movilidad de ida y vuelta entre la Ciudad de México y su región de origen.

Los informantes entrevistados son originarios de la región Triqui de San Juan Copala, ubicada en la mixteca alta del estado de Oaxaca, una de las regiones más pobres de México, pobreza que se expresa en elevadas tasas de mortalidad, muy por arriba de la registrada a nivel nacional. La región se caracteriza por una alta incidencia de violencia que ocasiona la muerte de la mayoría de los varones en edad productiva, la muerte violenta ocupa la primera causa de mortalidad entre la población de San Juan Copala, siendo el grupo afectado el de varones entre los 15 y los 44 años. Esto también ha favorecido el desarrollo de una representación colectiva que estigmatiza a los Triquis como "rebeldes", "salvajes", "necios" y a su región como "insegura" por la violencia y los homicidios.

02-Z. Mendoza González.pmd 61 25/10/2011, 8.51

San Juan Copala presenta desde hace varias décadas, al igual que la mayoría de las poblaciones Mixtecas, uno de los índices más altos de migración a zonas urbanas del país, a regiones de agroindustria y agricultura de exportación en la frontera norte del territorio nacional, así como a Estados Unidos de Norteamérica y otros países del norte del continente.

La región de Copala cuenta con una gran diversidad de recursos naturales, es una zona montañosa donde se produce café y platanares, con fuerte erosión y desgaste de su tierra que determina escasez, insuficiente producción de los alimentos básicos de subsistencia, al priorizarse el cultivo del café que les genera ganancias monetarias pero que es acaparado por intermediarios mestizos y caciques de ciertas comunidades, lo que condiciona abuso, acaparamiento y manipulación, enriquecimiento de unos cuantos mestizos con la consecuente pobreza y agotamiento de las tierras Triquis (Millán S. 1982, Huerta C. 1981, Parra L. - Hernández J. 1994).

Las comunidades de las que proceden la gran mayoría de los migrantes del predio de la Merced son poblaciones pequeñas de menos de mil habitantes, cuenta con luz eléctrica y agua a través de hidrantes públicos, no tienen drenaje ni alcantarillado. Pequeños conglomerados de casas a los que se accede a través de caminos de terracería y calles sin pavimentar.

El tipo de vivienda que predomina en estas comunidades es la tradicional vivienda Triqui, construida de piedra, lodo, troncos y tejas, un solo cuarto de aproximadamente cuatro por cinco metros cuadrados con piso de tierra, fogón a ras del suelo, sin ningún mobiliario. No cuentan con letrinas, por lo que defecan en el mismo suelo. Junto a estas viviendas tradicionales, podemos observar las nuevas casas construidas por algunas familias que cuentan con mayores recursos económicos procedentes de la migración. A un costado de la casa tradicional que ahora servirá como cocina, observamos cuartos de material (ladrillo, bloc y loza) con piso de cemento que funcionan como dormitorios. Amueblados con mesa, sillas, camas o catres, aparatos electrodomésticos. Algunas viviendas cuentan con cuartos que hacen las veces de baño, no se cuenta con letrina y en ningún caso con drenaje.

El asentamiento Triqui en la Ciudad de México se localiza en el barrio de la Merced, es un predio de 350 m^2 con 48 viviendas, cada una de seis metros cuadrados de extensión. El predio cuenta con dos baños colectivos, una toma de agua a través de un hidrante público, luz eléctrica en todos los cuartos y drenaje conectado a la red pública. El promedio de habitan-

02-Z. Mendoza González.pmd 62 25/10/2011, 8.51

tes por vivienda es de siete/ocho personas, el total de habitantes es de 426, de los cuales la gran mayoría son Triquis.

Las condiciones de vida de estas familias indígenas mejoran al migrar de zonas rurales de Oaxaca a la Ciudad de México, mejora su ingreso económico, que llega a ser en algunas temporadas hasta de doscientos pesos diarios (equivalente a 15 dólares). Su escolaridad también mejora, casi la mitad de la población del predio tiene primaria completa. Acerca de su alimentación observamos mayor cantidad de nutrientes en su dieta, lo cual se manifiesta en un mejor estado nutricional en todos los grupos de edad. En relación a los recursos sanitarios aunque mantienen condiciones de promiscuidad y hacinamiento, tienen disponibilidad y accesibilidad al uso domiciliario del agua, luz y drenaje, así como a los servicios de salud, lo que posibilita la atención y solución de sus problemas con mayor rapidez y eficacia que en Copala. Su vida cotidiana en el medio urbano favorece mejores condiciones de salud (Mendoza Z. 2001).

Diversos son los cambios entre las generaciones en estos grupos domésticos, asociados con su migración a la Ciudad de México. Lo que nuestro trabajo pretende constatar es que para las nuevas generaciones existe un amplio abanico de opciones, dicho abanico es producto de una compleja madeja de cambios que podrían catalogarse tanto económicos como culturales que dependen de su situación familiar y de su ubicación con respecto a redes de apoyo más amplias así como de condiciones macroestructurales (Ortega H. - Hoil J. - Lendechy A. 1999: 423-443).

Saberes acerca del parto

Como señalé, en este apartado se presenta la información que surge de las entrevistas con dos mujeres Triquis de diferente generación y de la observación de sus prácticas respecto de su proceso reproductivo, en especial de sus partos.

Rosario pertenece a la primera generación, migró durante un periodo a la Ciudad de México pero ahora ha retornado a su región, ella se muestra como representante del saber popular de su grupo de origen, con amplia experiencia en el proceso por sus siete partos, la mayoría de ellos atendidos a nivel domiciliario. Fausta es una joven Triqui de la segunda generación, es sobrina de Rosario y convivió con ella durante diferentes periodos tanto en la región de Copala como en el predio de la Merced, ella expresa la marcada preferencia hacia la atención hospitalaria de sus partos de la nueva generación de Triquis.

02-Z. Mendoza González.pmd 63 25/10/2011, 8.51

Primera generación

Rosario es originaria del barrio de Coyuchi, tiene cuarenta y seis años de edad, es la cuarta hija de nueve hermanos, su escolaridad tercer año de primaria. Es esposa de Juan (maestro bilingüe), se casó a los 18 años sin haber tenido una relación de noviazgo previa, nunca había hablado con el pretendiente, por acuerdo entre su padre y su esposo se realizó el ritual de venta [(1)], concertación y boda en su comunidad. Tiene veintiocho años de casada y siete hijos, dos de ellos casados y migrantes a los Estados Unidos de América (26 y 24 años), dos de sus hijos murieron, uno por violencia y otro en el periodo perinatal, sus otros tres hijos (20, 12 y 5 años respectivamente) permanecen con ella. Ha vivido con su esposo en diferentes barrios de Copala, así como otros lugares fuera de su región, incluso la Ciudad de México. Ella alterna su actividad doméstica con la comercial.

Rosario tuvo siete partos, el primero en el ámbito hospitalario en el Imss (Instituto mexicano del seguro social) Solidaridad de Tlaxiaco [(2)], se atendió ahí porque su esposo estudiaba para maestro en esa población y decidió que la atendiera un médico, era el primer embarazo y tenían miedo que pudiera complicarse. Ella dice recordar esa experiencia sin miedo ni vergüenza, para ella como para su esposo, la atención médica era considerada la mejor, la que le daba seguridad de no tener complicaciones.

Nos narra «Desde que llegue al hospital, ya con los dolores de parto, los médicos y las enfermeras me trataron bien, no sabía lo que iban a hacer, pero si los médicos lo decían, así debía ser, así decía mi esposo y estaba de acuerdo.. Me acostaron en una camilla, las enfermeras me prepararon y rasuraron, tenía "vergüenza" pero como eran mujeres me dio menos pena [(3)], después llegó el doctor y me acomodaron acostada con las piernas levantadas, ahí sentí más "vergüenza", pero no dije nada porque pensé que el doctor se podía enojar y regañar. El parto fue muy rápido, no me cortaron ni nada, porque me porté bien, obedecía todas las órdenes que daban los médicos y todo resultó bien. Salí del hospital al otro día y me fui a mi pueblo, por un mes me cuido mi mamá y mi abuelita».

Los otros seis partos los tuvo en su domicilio atendida por una partera o ayudada por alguna mujer de la familia. Ella dice que no tuvo nunca miedo, sabía que iba a tener dolor pero no le duraba mucho sus partos fueron rápidos. Reconoce que el dolor que se tiene al parir es la forma como el "nene" puede salir, se presenta porque la placenta y el agua de la fuente van "quebrando" (haciendo camino) para que el niño salga, el dolor es necesario y hay que tolerarlo. En cuanto se iniciaba el trabajo de parto, por indicación de la partera o de su abuelita tomaba un té de una hierba

02-Z. Mendoza González.pmd 64 25/10/2011, 8.51

medicinal ampliamente conocida en la región con la que se discrimina si es tiempo del nacimiento o es una falsa alarma. «En cuanto empiezan los dolores uno toma la hierba y con eso luego se sabe, si ya es hora los dolores arrecian cada vez más y rápido nace el nene, si todavía no es hora se quita el dolor». Después de un par de horas con fuertes dolores se prepara el agua caliente, los lienzos limpios que van a hacer falta, la navaja de rasurar y con ayuda de la partera, de sus cuñadas o de su esposo atienden el parto.

Juan nos dice. «Se pone en cuclillas (la mujer), la agarran de la cintura arriba de la panza y se aprieta bien fuerte el *zoyate* (4) para que el nene vaya bajando y ella empieza a pujar, así poco a poco el nene va cayendo en los trapos que ella o la partera prepararon, le cortan el cordón con una navaja y envuelven al nene en unas cobijas».

Algunas veces la abuelita de Rosario cauterizó el muñón del cordón umbilical del "nene" con un machete caliente colocado en las brazas hasta que se pusiera al rojo vivo, «eso hacía que el cordón se secará más rápido y se cayera, también ese calor que entraba por el cordón evitaba el dolor en su panza y la diarrea en el nene».

En los partos en que estuvo presente la partera, Rosario nos dice: «ella (la partera) esperaba que el nene cayera (naciera), sólo cuando no sale rápido entonces algunas meten su mano por abajo, en las partes de la mujer, para verificar si no hay ningún problema. Es cuestión de unos minutos, rápido se presenta el nacimiento, entonces se recuesta uno para esperar la salida de la placenta, apretando muy fuerte el *zoyate*, porque existe el riesgo de que la placenta se vaya para arriba y muera la mujer. Le dan nuevamente de beber el té o la inyectan para que la expulsión de la placenta sea más rápida, normalmente tarda de quince a treinta minutos en salir.

La partera recoge la placenta, revisa cuantos nudos tiene el cordón, ahí se ve cuántos hijos más vas a tener, si son dos o tres bolitas, esos hijos más hay, a veces la partera puede tronar esas nudos y con eso evitar más embarazos. Exprime toda la sangre que tiene la placenta, se envuelve en un trapo y se pone en una bolsa de plástico para llevarla después al árbol de las placentas (5), «esa bolsa no se debe dejar cerca del nene, porque es carne muerta, tiene mucho aire y lo puede enfermar».

Las mujeres Triquis saben que después del alumbramiento (expulsión de la placenta), se aprieta el *zoyate*, se limpia los genitales con unos lienzos, no se lavan porque el agua las puede enfriar y hacer que se presente dolor o mucho sangrado, tampoco se baña al "nene" por la misma razón, si acaso se limpia con aceite caliente.

02-Z. Mendoza González.pmd 65 25/10/2011, 8.51

La parturienta se debe quedar recostada sobre unos *petates* y cobijas, bien envuelta. La indicación es permanecer acostada durante veinte días, sólo se levantará para ir al baño y para bañarse cada tercer día en el *temazcal* (6); así lo hizo Rosario en sus dos primeros partos porque la atendieron su mamá y su abuelita, pudo cuidarse como debe de ser. Pero los otros partos fueron en su casa, ya tenía dos hijos que atender además de su marido y no había quién hiciera los quehaceres, por esa razón tuvo que levantarse antes.

Entre las representaciones de Rosario, identifica la placenta como una bolsa llena de sangre donde se está criando el "nene", en esa sangre es donde el "nene" crece, es parte de él, por eso es que debe de llevarse a colgar al árbol, para poder pedirle al santo que el nene crezca bien y no se enferme. Las placentas de todos sus hijos, menos del primero que nació en hospital, se han colgado en el árbol de las placentas de cada pueblo en donde han vivido, eso es algo que hizo siempre su esposo.

Ella sabe que el dolor fuerte y regular antecede al parto, es reconocido como necesario pero con una duración corta, menciona con orgullo que sus partos fueron rápidos y casi los tuvo sola. El dolor que antecede al nacimiento del niño es intenso, pero no como para gritar ni hacer "desfiguros", ella sabe que es necesario para el nacimiento, con cada dolor va "quebrando" la placenta, va haciendo camino, va haciendo "cavidad". También el agua que se expulsa durante el parto se reconoce útil, hace la fuerza y ayuda a hacer el camino. Cuando se presenta la salida del líquido (la fuente) es una señal de que el nacimiento es inminente, a dicha señal la mujer debe colocarse en posición sentada para parir.

Rosario reconoce que hay mujeres que sufren mucho durante sus partos porque duran muchas horas con dolor, señala que una de las razones del parto prolongado es que dichas mujeres son avariciosas. «Mi abuelita me dice siempre, cada que alguien llegue a mi casa le debo ofrecer lo que se pueda, aunque sea agua, porque ni se va a acabar lo que uno tiene y sí puede hacernos daño. Lo que dicen que se debe hacer (con la parturienta), es colgarle pedazos de tortilla, plátano, café, fríjol en su *huipil* para ya se alivie. Dicen que eso ayuda bastante a estas mujeres». Otras causas reconocidas por las mujeres en un trabajo de parto prolongado y difícil, es el castigo por incumplimiento de normas comunitarias, tal es el caso de haber huido en vez de casarse, la infidelidad y/o las envidias. Se pone especial cuidado en terminar todos los trabajos pendientes de las mujeres antes de la atención del parto, ya que se considera que todo aquello que se quede inconcluso (un tejido, una comida) causará que el "nene no caiga" (descienda) y el parto se prolongue.

02-Z. Mendoza González.pmd 66 25/10/2011, 8.51

Durante el desarrollo del parto los recursos médicos alopáticos son tan valorados como los herbolarios y algunas mujeres en la comunidad, incluida Rosario los prescriben. Tal es el caso del uso de oxitócicos inyectables que se utilizan para la expulsión de la placenta y/o para acelerar el parto, conjuntamente con hierbas calientes como el *ocote*, la hierba santa, la canela y el aguacate que son utilizadas con el mismo fin.

Desde la perspectiva de Rosario, el esposo tiene varias funciones durante el parto. Debe estar al pendiente para, llegado el momento, traer a la partera, llevar a la parturienta al hospital si así lo deciden o auxiliar a alguna mujer que haga las veces de partera en su domicilio, cuando la curadora no está presente.

Juan llevó a Rosario al hospital y permaneció esperando hasta que le dieron la noticia del nacimiento de su primer hijo entonces regresó a la comunidad para avisar a las familias. En tres de los partos restantes estuvo presente, le correspondió ir por la partera, apoyar a su esposa y sujetarla para facilitar el parto, colgó la placenta en el árbol de las placentas y enterró el cordón umbilical en el terreno de la casa para propiciar el apego y el cariño del hijo a su familia.

También al esposo le corresponde financiar y pagar los honorarios de la partera en dinero, con cerveza, refresco o con aguardiente y así lo hizo Juan. Una vez atendido el parto e indicado el manejo de la placenta, la partera recibirá por parte del esposo, los suegros y los padres un cartón de cerveza que ella compartirá con el resto de los asistentes, incluso hasta llegar a la embriaguez.

En los tres últimos partos de Rosario, Juan no cumplió de forma integra con sus obligaciones, en uno de ellos se encontraba borracho con otros señores de la comunidad, estaban festejando el día de muertos, en los dos últimos partos Juan se encontraba fuera de la comunidad en un curso de capacitación y en una reunión jurisdiccional. No obstante, los gastos del pago a la partera, la compra de la cerveza para ofrecerle a ella y la familia, así como la preparación del baño fueron responsabilidades con las que cumplió cabalmente. Sin embargo, la ausencia del esposo en el momento del parto es frecuente entre estos grupos domésticos, ya sea por la migración, la borrachera o las salidas por trabajo, en la mayoría de los partos que presencié en la comunidad, estaban las mujeres parturientas acompañadas de otras mujeres y ellas resolvieron este proceso.

Una vez desencadenado el parto es obligación del esposo avisar a las familias del acontecimiento e invitarlos a compartir cerveza y refresco. En este

02-Z. Mendoza González.pmd 67 25/10/2011, 8.51

festejo no participa la parturienta, ella se encuentra recostada en el *petate* (7) envuelta en cobijas junto con su hijo.

Otra de las obligaciones que debe cumplir el esposo es la de lavar la ropa del parto, atender a su mujer e hijos durante los días que ella permanece en cama, darles de comer, bañarlos, lavar su ropa. Durante el primer parto generalmente es la suegra o la madre la que cumplen estas funciones y en partos posteriores las hijas mayores u otras mujeres de la familia que tengan cercanía con el grupo doméstico. El varón es quien se encarga de solicitar y autorizar esta ayuda.

La mayoría de las mujeres de estas comunidades Triquis tienen sus partos en el domicilio, con ayuda de una partera o un familiar. Incluso las maestras y las esposas de los maestros que cuentan con el servicio médico del ISSSTE (Instituto de seguridad social para los trabajadores del estado) y tienen mayor información acerca de los riesgos de un parto en casa, generalmente tienen confianza en la capacidad de la partera para resolver los problemas.

Para Rosario, la atención hospitalaria es útil en los casos que la partera y la enfermera no pueden resolver el parto de forma normal. La primera alternativa de atención es siempre la partera o en forma conjunta la atención de una enfermera, a la que mujeres de Copala consultan con regularidad. Entre las razones para la elección del curador, está el lugar en donde realiza la atención del parto, la confianza y la posibilidad de intervención que tiene la parturienta y la familia. Esta enfermera/partera atiende los partos en su casa o en casa de la paciente, les permite tomar té de hierbas medicinales o si prefieren las inyecta, les da a elegir la posición durante el parto «la enfermera le dijo que cómo quisiera, sentada o acostada. Celia quiso mejor acostada porque así se agarraba de la cabecera». Esta relación también se tiene con la partera, pero de ninguna manera con el médico, en el hospital la mujer tiene que obedecer las indicaciones del equipo de salud acerca de la posición y los procedimientos preestablecidos.

El saber acerca del parto de la primera generación es congruente con el patrón cultural que manejan las mujeres mayores de la comunidad y las curadoras especializadas en esta área, las parteras. Podemos afirmar que Rosario es conocedora de este saber popular, pero aún ante un saber como el de esta generación, encontramos la presencia de representaciones y prácticas que la escuela y la biomedicina introducen en los conjuntos sociales. Sobre todo si ponemos atención en que este grupo tiene como jefe de familia a un profesor.

02-Z. Mendoza González.pmd 68 25/10/2011, 8.51

El parto es considerado un evento natural para la mujer, pero se identifican los riesgos que conlleva. Si bien la muerte materna ha decrecido en forma importante en la región y en los integrantes de esta familia no existe el antecedente, se reconoce que el parto es un suceso peligroso que puede poner en riesgo la vida de la mujer, las mujeres en Copala se siguen muriendo de parto y cuando esto ha sucedido se le da una explicación relacionada con el castigo de la deidad.

Un aspecto a señalar es la atención especial que se tiene para mantener el equilibrio frío/caliente, durante todo el proceso reproductivo las familias tratan de conservar y propiciar el calor para asegurar el desarrollo normal y sin complicaciones, es en función a esta relación frío/caliente que se prohíben ciertos alimentos y se recomienda el baño de *temazcal*.

Identificamos un saber comunitario que tiene como eje la reproducción del grupo. Si bien el embarazo se considera un proceso natural, es el cuidado y la vigilancia constante de la partera lo que permite que la evolución se dé sin complicaciones, se reconocen una serie de cuidados indicados por las parteras que permitirán a la madre transitar por este período con los menores malestares posibles, realizando su vida diaria sin limitaciones y sobre todo le asegurarán una buena posición y presentación de su niño, que le llevará a un parto normal. Pero también la vigilancia médica es reconocida necesaria y se utiliza de forma regular, asociada con la posibilidad de fortalecer al producto y prevenir posibles complicaciones al nacimiento.

Sólo las mujeres débiles y aquellas que han roto las normas son las que pueden ser castigadas. Pero hay que estar al pendiente, la visita constante con la partera, el brujo y el médico prevendrá complicaciones. Lo que se busca es llegar a un parto normal.

El parto es el proceso identificado de mayor riesgo, en un lapso corto se pueden desencadenar una serie de acontecimientos que si la partera no tiene la capacidad de manejar, pueden llevar a la muerte a la mujer o a su hijo. Sin embargo, la experiencia de varios partos le dan a la mujer de esta familia la aparente seguridad de transitar por este proceso casi sola, la presencia de la especialista no es requerida más que tardíamente. El saber respecto de este período permite identificar una serie de técnicas y rituales que se deben realizar en caso de que la evolución no sea normal. Las complicaciones se asocian con la falta de cumplimiento de normas sociales, envidias o brujería, las cuales ocasionarán mal posiciones, sangrados o retraso en la expulsión de la placenta. Durante este período la presencia médica aunque no fue solicitada, si se reconocía como una posibilidad en

02-Z. Mendoza González.pmd 69 25/10/2011, 8.51

caso de cualquier complicación, quizá la diferencia entre la vida y la muerte de la madre y el nene. El manejo de la placenta es un aspecto a resaltar, por su expresión ritual, que agradece, solicita sobre vida y buena salud para el recién nacido.

Se considera posible recurrir a todas las instancias en la atención del parto, aunque se tiene preferencia por el parto domiciliario. Pueden transitar este momento con la partera o con la enfermera, pero en un espacio doméstico, ahí está la compañía de su esposo o las mujeres de su familia, están acompañadas de su gente, su espacio y su cotidianidad. Se realizan rituales necesarios, festejando, emborrachándose, manejando la placenta según su tradición. Se apropian del proceso con los suyos, con sus curadores, con sus recursos. Pero existe miedo de que algo pueda no salir en forma conveniente, todo puede estar ahí y causar un daño, los aires, los muertos, las envidias, por eso es importante la vigilancia continua y el conocimiento de diferentes opciones.

La segunda generación

La joven que integra la segunda generación de esta familia es Fausta, tiene treinta años de edad y es originaria de Copala; estudió hasta tercer año de secundaria, es ama de casa y ocasionalmente vende artesanía en la calle con su hermana o su mamá. Está casada con Aureliano desde hace ocho años y con él tiene cuatro hijos, tres mujeres y un varón. Ella mantuvo relaciones de noviazgo y huyó con su esposo, posteriormente pidieron disculpa a sus familias y realizaron el casamiento tradicional en su comunidad [(8)]. Es la segunda hija de una familia de siete hijos, sus padres migraron a la Ciudad de México hace quince años y viven en el predio Triqui del centro de la Ciudad de México. Ella y su familia viven en el predio de la Merced.

Esta joven ha tenido cuatro partos, tres de ellos fueron atendidos en el hospital, sólo el último parto fue atendido por una partera. Sus primeros embarazos evolucionaron en el pueblo bajo el control prenatal de la partera, en el momento de la atención del parto llegó al hospital por decisión de su esposo que consideró más segura la atención biomédica, pero no la del centro de salud sino del hospital.

> «Estuve en Copala hasta que nació la nene, ya que iba a nacer nos fuimos a la Ciudad de Putla (Oaxaca), ahí nos quedamos hasta que nació, porque él (esposo) no quería que naciera en el centro de salud, decía que ahí no había todas las cosas que hacían falta» (Fausta).

02-Z. Mendoza González.pmd 70 25/10/2011, 8.51

Ella refiere una marcada preferencia por la atención hospitalaria, señala la ventaja de tener medidas de higiene personal posteriores al parto, situación que no es posible en el domicilio. «A mí me gusta más en el hospital porque ahí se baña la mamá y el nene y así limpiecitos se siente uno mucho mejor». Para ella fue importante también la presencia y supervisión continúa de los médicos, lo que a su parecer le asegura una mejor atención y disminuye las posibilidades de complicaciones.

La atención doméstica del parto se representa como una opción no deseable para las mujeres de la segunda generación, se considera sucia y con alto riesgo por no poder resolver complicaciones o inconvenientes, por eso ellas tienen la precaución de contar con la vigilancia prenatal del centro de salud y así obtener una referencia hacia un hospital del Sector salud. En el caso de atención del parto en el ámbito domiciliario, se da más por circunstancias imprevistas que por el deseo de que así sea.

> «Ahora con el último nene me ganó el parto, no es que yo haya querido quedarme aquí, sino que no pensé que fuera tan rápido, me arreciaron los dolores en la noche y ya cuando mi esposo quiso ir por un taxi no lo conseguía y ya no pudimos esperar más, me tuve que meter al cuarto y ahí mi mamá y una señora me ayudaron y nació. La verdad así no me gusta, porque aunque nació rápido y no pasó nada malo, pues ahí en el suelo sobre unos trapos y luego todo lleno de sangre, yo y la nene todos llenos de sangre y esa agua que sale. Se queda una toda pegajosa y apestosa. Luego (el cuarto) no tenía el hoyo (*resumidero*) [9] para sacar el agua, toda la sangre se quedaba aquí adentro del cuarto, no me gusta porque todo se va a quedar aquí» (Fausta).

Entre las acciones que se realizan al iniciarse el dolor del trabajo de parto, esta joven sólo reconoce la utilización de un té de hierbas medicinales traídas del pueblo, que según dice, todas las mujeres Triquis toman al iniciar el dolor, para discriminar si se trata de un trabajo de parto efectivo o no. El té le fue proporcionado por alguna mujer próxima, ya sea su suegra, su mamá, su madrina o la partera, es decir que al iniciar el parto ella se encontraba acompañada y contaba con el apoyo de personajes femeninos que la apoyaron haciendo lo necesario. Pero también el esposo estuvo presente en todos los casos, aún cuando se trata de varones que constantemente se encuentran fuera de su hogar por razones de trabajo, en los días cercanos al parto permanecen cerca de sus mujeres para realizar las acciones que les corresponden.

Aureliano tomó la decisión del parto hospitalario, consiguió y pagó el traslado, permaneció en el hospital hasta su egreso y pagó las cuotas de recuperación, trasladó a su hogar a su esposa y su hijo. Aún cuando después del parto, nuevamente dejó sola a su mujer para continuar con sus actividades laborales.

02-Z. Mendoza González.pmd 71 25/10/2011, 8.51

Respecto a las causas que desencadenan el dolor que acompaña al parto, esta joven no tiene una representación acerca de su origen o función, sólo sabe que se presenta porque es el momento del nacimiento, "es lo que avisa". Lo que sí reconoce, es que son muy fuertes y que duran muchas horas, aunque han variado en sus diferentes partos, fue más doloroso el primero que los siguientes. «A mí sí me dieron bien fuertes los dolores, aunque yo no gritaba cuando me daban, porque me daba mucha vergüenza. Otras señoras si gritaban bien fuerte, pero yo no, nada más pujaba».

Esta joven reconoce ciertas acciones que la partera realiza durante el parto sabe que soba y mantea a la mujer, le administra un té y espera que el "nene caiga", al nacer lo limpia y lo viste. Pero desconfía de su intervención, al no realizar como los médicos una revisión más a fondo de la parturienta que le permita saber con certeza, si el parto es inminente o no. «Los doctores sí saben porque ellos revisan y por eso dicen ya va a nacer o falta» (Aureliano).

La atención del parto en el ámbito hospitalario se identifica como de mayor seguridad y le proporciona comodidad, ya que la atención domiciliaria le condiciona una posición incómoda (en cuclillas) por largo tiempo, insegura y sin las debidas condiciones de higiene.

> «Se cansa uno bastante de estar así, medio sentada en el suelo, puje y puje. Luego mi esposo me agarraba un poco de la cintura para ayudarme, yo me agarraba de su cuello, pero también él se cansaba y nada que nacía» (Fausta).

Ella dice preferir la exploración médica, dolorosa y muchas veces agresiva a su pudor, pero a la que considera necesaria para que "los doctores puedan saber", exploración que se acompaña de la espera en una camilla o cama, la vigilancia/control de enfermeras y médicos, la atención del parto en una posición incómoda y sin respeto de su intimidad, incluso con la realización de una episiotomía (herida para ampliar el canal del parto) dolorosa y molesta, pero efectuada por el profesionista que sabe todo sobre eso, el médico.

Otro aspecto importante a considerar ante la preferencia del parto hospitalario es la condición legal que adquiere el parto así atendido, al proporcionar a los padres una constancia por escrito que sirve para poder realizar el registro del recién nacido en las oficinas del Registro civil. En el caso del parto domiciliario, ellos no cuentan con este documento y les es difícil realizar el trámite, muchas veces tienen que recurrir a registrar al niño en el pueblo, donde no se les exige este requisito.

> «Ahora que tuvimos a la nene en la casa tuvimos que ir con la doctora Páez (médica del Centro de salud) a que nos hiciera favor de darnos un papel

02-Z. Mendoza González.pmd 72 25/10/2011, 8.51

> para que en el Registro civil nos apuntaran a la nene, porque no querían, como no llevábamos el papel del hospital dicen que así no se puede. Muchos dicen que es mejor apuntarlos en el pueblo, porque eres más de allá, en cambio los que están apuntados aquí se creen que son de aquí y no Triquis» (Aureliano).

La incidencia de cesáreas es baja entre las mujeres de este grupo, solamente algunas se han expuesto a esta cirugía. Para estas jóvenes, las mujeres que tienen necesidad de recurrir a la cesárea, es por un mal cuidado durante su embarazo, que no permitió que el nene se acomodara o propició que se pegara. Ellas le temen a la indicación de una cesárea, consideran que su cuidado puerperal es más delicado y prolongado, lo que trae por consecuencia limitaciones en sus actividades domésticas, laborales y sexuales.

El saber que esta joven tiene respecto del parto contiene representaciones y prácticas que proceden del saber popular de su grupo étnico, aunque muchas de estas prácticas ya no encuentran explicación en ella. Incluso pone en duda la utilidad de realizarlas, ante la evidencia de que no existe sanción o complicación cuando se han roto las normas al desarrollarse estos procesos en la Ciudad, donde las condiciones de atención no les permiten continuar con ciertas prácticas tradicionales. Sin embargo en las prácticas lo que se presenta es una reproducción parcial, resignificada y mezclada, pero presente.

Algunos rituales durante el embarazo, parto o puerperio se ponen en entredicho, como la satisfacción de antojos [(10)], manejo de la placenta. Aunque hay otros que sí se realizan, pero modificados, como el uso del *zoyate*, el baño con agua caliente y sobre todo la fiesta del baño [(11)]. No se tienen explicaciones casi para ninguna práctica, se sabe a través de la primera generación que hay que realizarlas, pero no el porqué.

Hay diversas representaciones y prácticas que se adquieren de la biomedicina, pero aunque se repiten tampoco se conoce su explicación. Se mezclan representaciones tradicionales que dan explicación, o intentan hacerlo, a prácticas médicas, como la duda o el temor de una cesárea ante el riesgo del frío para la mujer. Por lo que podemos afirmar que existe una persistencia y adecuación de ciertas representaciones populares a las prácticas nuevas que se adquieren del saber médico, se resignifican dentro de su patrón cultural.

La polaridad frío/caliente sigue siendo un eje importante de la explicación del proceso, que se expresa en diversas etapas de su proceso reproductivo (embarazo, puerperio, lactancia), pero se pone en duda la posibilidad de daño, aires o envidias como causa de trastornos. La presencia y reconocimiento de la biomedicina en este proceso reproductivo es evidente. Cada

02-Z. Mendoza González.pmd 73 25/10/2011, 8.51

vez más, ciertas prácticas biomédicas se van integrando al saber de estas jóvenes de la segunda generación, combinando su saber popular y reinterpretándose a través de él.

Se cuestiona la eficacia de ciertas prácticas propiciatorias que realiza la partera, como sobar [12], se piensa que pueden lesionar al nene. Se pone en duda su capacidad de solucionar problemas complejos que puedan surgir y que pongan en riesgo la vida de la mujer o el nene. Pero aunque cuestionada y infravalorada, la partera aun tiene presencia en la vigilancia constante y minuciosa del embarazo, de ello dependerá el adecuado desarrollo, la detección oportuna y el manejo adecuado de complicaciones, como la mala posición y "el nene pegado [13]", que de no ser detectadas a tiempo llevarán a un mal parto, una cesárea e incluso a la muerte. Son indiscutibles, diferentes niveles de relación y congruencia entre las representaciones, las prácticas y las representaciones de las prácticas de estas jóvenes madres.

Son las condiciones de higiene y comodidad de la mujer las más valoradas en la elección de un parto en el ámbito hospitalario, pero tras ellas se encuentra el reconocimiento de la vulnerabilidad y el riesgo de complicación y muerte en estos períodos, que dirigen las decisiones al elegir al médico como conocedor de estos procesos y por lo tanto dador de mayor certidumbre ante los riesgos.

Podemos observar poca intervención del varón en el proceso del cuidado y atención al parto, principalmente por su ausencia, aunque en los casos en que se da el parto en el pueblo, vuelven a retomar el rol que se les asigna, aunque sea por unos días.

En la Ciudad la intervención del varón se cubre a través de su aportación económica y es sustituido por la institución biomédica, así como por la red de apoyo femenina de la mujer. Su intervención está marcada por la autoridad. La ausencia del varón genera en las mujeres la posibilidad de acción y decisión sobre ellas y sus hijos.

Respecto a las transformaciones generacionales, se pone entre dicho lo que padres y padrinos dicen respecto del proceso reproductivo. Es tangible que muchas cosas del pueblo (lo que se hace allá y se dice allá) en la Ciudad ya no tienen cabida, se ha comprobado, que así no sucede. Aunque otros consejos y representaciones sí se escuchan y reproducen, aunque no se sepa la explicación o se ponga en duda. Es decir, que aunque se dude y se critique, se reproducen parcial o totalmente.

Esta segunda generación mantiene un saber acerca del proceso reproductivo, reconoce los cuidados que su grupo indica, también identifica los

02-Z. Mendoza González.pmd 74 25/10/2011, 8.51

riesgos. Fausta tiene un saber mezclado y sintetizado con numerosos elementos del saber biomédico ya que desde pequeña mantuvo un contacto estrecho con personas mestizas que le dio la posibilidad de adquirir saberes de una cultura diferente que ella mezcla con la propia. No obstante, a partir de su matrimonio cumple de forma parcial y fragmentada con algunos lineamientos de su grupo. Llevó a cabo prácticas tradicionales en sus embarazos y puerperios, acompañada de la red familiar del varón. Ella pone en duda o no reconoce claramente el conocimiento que sustenta esas prácticas aunque las reproduzca, pero se subordinó a la autoridad de su suegra, ya que ese momento se encontraba bajo su protección y tutela. En su discurso, el reconocimiento está en la biomedicina, en sus prácticas muestra una constante ida y vuelta entre la intervención de la curandera y el médico. Se pone en duda lo que la gente del pueblo dice o hace pero indiscutiblemente hay espacios que la biomedicina no puede llenar.

Los partos aunque hospitalarios se dieron en su región y en la ciudad, a excepción de uno. Su esposo decidió que para tener a sus hijos era mejor regresar al pueblo, ahí estaban sus apoyos, la seguridad de su familia, en el pueblo era más fácil seguir el ritual puerperal, incluso el baño de *temazcal* para recuperar su capacidad de gestar.

Algunas conclusiones

La migración es un detonador o facilitador del proceso transformador de estos grupos, ya que al poner a estos sujetos en contacto directo con otros actores sociales e instituciones les permite obtener elementos transformadores de su saber. Al acortarse la distancia espacial y simbólica entre una sociedad campesina-indígena y la metrópoli, se generan interacciones con otros interlocutores que les permite adquirir nuevos conocimientos, cuestionar, sintetizar y transformar (Bonfil Sánchez P. - del Pont Lalli R.M. 1999: 279-298).

Una comunicación más fluida es quizá una de las características fundamentales en la sociedad urbana, a través de los medios masivos, las instituciones y el contacto con gran variedad de actores. Para estos grupos sociales indígenas debemos reconocer condiciones de desigualdad, aún así la interacción seguramente será más posible y fácil que en el caso de sus paisanos que no han salido de su región, aunque en ellos también repercutan estas características de la sociedad moderna (García Canclini N. 1990).

En este complejo proceso de incorporación a una sociedad cosmopolita se establecerán necesariamente cambios inmediatos, pero también continui-

02-Z. Mendoza González.pmd 75 25/10/2011, 8.51

dad de aquello que constituye parte de su cosmovisión y que se hace visible a través de sus saberes acerca de la procreación, aquello que da cuenta de su diferenciación cultural ante una sociedad masificada, una sociedad que tiende a homologarlos, dispersarlos, integrarlos, sumirlos en el anonimato (Giménez G. 2000: 45-70).

La gran urbe crea patrones de uniformidad, moldea los hábitos a un estilo moderno. Pero aún ante esta tendencia homogeneizante de la sociabilidad, no se diluyen las particularidades. La construcción social de los saberes no es el resultado de una sola variable aún cuando sea preponderante, sino la constante interacción de múltiples variables que entrelazan en forma recíproca (Oemichen C. 2001).

Poder dar cuenta de esta dinámica de continuidad/discontinuidad cultural de este grupo étnico migrante nos permite explicar la manera en que estos conjuntos sociales se apropian de elementos de otras culturas, los sintetizan y transforman. Es indispensable hacer visible la heterogeneidad, la coexistencia de diversos códigos simbólicos en un mismo grupo y las interacciones culturales.

Desde nuestra perspectiva teórica es importante considerar a todo grupo social en proceso de cambio, reconocer al proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) como parte esencial de las características socioculturales de un grupo a través del cual se expresan gran parte de sus saberes y de sus transformaciones culturales; aceptar que la interacción con diferentes actores sociales en la urbe, incluidos los representantes de la medicina alópata tienden a penetrar y a modificar las prácticas y representaciones tradicionales, pero a partir de un proceso de reinterpretación propio del grupo (Mendoza Z. 1994: 21).

Las transformaciones de los saberes de estas familias migrantes reproducen las tendencias predominantes de la vida social, como un elemento más de un sistema donde se articulan relaciones de poder. No pretendemos afirmar que esta situación no se presente en la región de origen, sino que al migrar dichas contradicciones se hacen más aparentes y las transformaciones se agudizan. Para nosotros, lo fundamental es establecer los procesos que operan en la producción y reproducción de los fenómenos de interacción al interior del grupo doméstico y con otros actores sociales, al igual que en el proceso s/e/a en esta población migrante, donde no es posible establecer la exclusión de unas prácticas por otras sino describir los procesos a través de los cuales lo hegemónico obtiene el consenso y se fundamenta (Menéndez E.L. 1981: 380).

Es importante centrar la atención en aquellos aspectos que nos permiten

02-Z. Mendoza González.pmd 76 25/10/2011, 8.51

reconocer la articulación del saber biomédico y tradicional, hacer evidente una relación hegemonía/subalternidad. Dichos aspectos serán los saberes sobre el parto de estos hombres y mujeres Triquis en constante movilidad. Serán también los procesos de interacción que estos conjuntos sociales manejan en su relación con el saber biomédico y los representantes de la biomedicina en los diferentes espacios sociales donde ésta se da, y la búsqueda de las constantes y transformaciones de dicho saber.

La reconstrucción de los saberes es posible a partir de observar la trayectoria terapéutica en este proceso biocultural, el análisis de las representaciones asociadas a dichas prácticas, la racionalidad que les da origen, las estructuras, recursos y terapeutas que entran en acción en cada proceso. Ya que el concepto de saber supone asumir la existencia de un proceso de síntesis continua que integra aparentes incongruencias, a partir de que lo sustantivo es el efecto del saber sobre la realidad (Menéndez E.L. - Di Pardo R. 1996: 58).

Esta construcción social de los saberes remite a una relación dinámica entre representaciones y prácticas reconocidas por medio de la reconstrucción de la trayectoria reproductiva que nos permite analizar los procesos desde la perspectiva del actor, que identifica, nombra, interpreta, significa desde su cultura y reconocer prácticas específicas que se ponen en juego como una respuesta social. Es definitivamente a través de las prácticas que se hacen operativos los saberes, haciendo manifiesta la construcción sociocultural del mismo. Es a través de las acciones concretas que reconocemos la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, las dimensiones reales de la atención doméstica y la importancia que para estos grupos tienen los diferentes curadores (Osorio R.M. 2001: 31).

Es esencial centrarse en la síntesis, complementariedad y conflicto de los saberes reproductivos de estos grupos domésticos migrantes. La apropiación del saber biomédico resignificado a partir de su propia medicina para reconocer su articulación, así como la estructura social y los significados que dan cuenta de la construcción sociocultural de los procesos reproductivos.

Notas

(1) Entre la población Triqui se realiza una práctica tradicional en el casamiento, que consiste en el pago de una cantidad de dinero o especie, que entrega la familia del varón a la familia de la mujer, y corresponde el precio de la novia.

(2) Tlaxiaco: cabecera municipal cercana de la región triqui de Copala.

(3) Pena remite a la noción de vergüenza.

02-Z. Mendoza González.pmd 77 25/10/2011, 8.51

(4) *Zoyate*: cinturón de palma y telar que utilizan las mujeres Triquis para sujetar su nahua.

(5) Árbol de las placentas: encino negro ubicado en uno de los extremos de la comunidad orientado hacia la salida del sol en donde se colocan todas las placentas de los niños Triquis para pedirle a Dios su protección y sobrevida.

(6) Baño de *temazcal*: baño de vapor de origen prehispánico, utilizado en el puerperio.

(7) *Petate* es un tapete tejido de palma que se coloca en el suelo para dormir.

(8) Cuando una pareja rompe la regla comunitaria de solicitud, compra y casamiento. Una vez unidos pueden pedir disculpas a sus familias y realizar el casamiento tradicional pero sin el pago correspondiente.

(9) *Resumidero* es el orificio en el piso para el desagüe hacia el drenaje.

(10) Los antojos que la embarazada tiene deben ser satisfechos por la familia, de lo contrario se puede presentar un aborto o el nene puede nacer marcado por dicho antojo.

(11) Fiesta del baño: festejo comunitario realizado al terminar las sesiones de baño en el *temazcal*, para agradecer la sobrevida de madre y recién nacido.

(12) La partera soba o masajea el abdomen de la embarazada para acomodar al nene y evitar complicaciones en el parto.

(13) Nene pegado: complicación ocasionada por falta de movilidad de la embarazada, la vigilancia prenatal de la partera puede evitarla al realizar masajes.

Bibliografía

Berger Peter - Luckman Thomas (1991), *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires [ed. or: *The social construction of reality: a treatise its the sociology of knowledge*, Anchor Books, Garden City (New York), 1966].

Bonfil Sánchez Paloma - del Pont Lalli Raúl Marco (1999), *Las mujeres indígenas al final del milenio,* Fondo de Población de las Naciones Unidas - ConMujer, México.

García Canclini Néstor (1990), *Culturas híbridas, poderes ocultos*, pp. 263-327, en *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, Ed. Grijalbo, México.

Giménez Gilberto (2000), *Identidades étnicas. Estado de la cuestión*, pp. 45-70, en *Los retos de la etnicidad en los estados nación del siglo xxi*, Instituto Nacional Indigenista - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Miguel Ángel Porrúa, México.

Huerta Cesar (1981), *Organización sociopolítica de una minoría nacional. Los triquis de Oaxaca*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Menéndez Eduardo L. (1981), *Poder estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Ediciones de la Casa Chata, n. 13).

Menéndez Eduardo L. - Di Pardo Renée (1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes, Atención primaria y proceso de alcoholización (Miguel Othón de Mendizábal)*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Mendoza Zuanilda (1994), *De lo biomédico a lo popular: el proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca*, tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Mendoza Zuanilda (2001), *Cuestionarios aplicados en la Merced*, México.

Millán Saúl (1982), *San Juan Copala, cacicazgo y represión*, Universidad Autónoma de Guerrero, México.

Oemichen Cristina (2001), *Mujeres indígenas migrantes en el proceso de cambio cultural. Análisis de las normas de control social y relaciones de género en la comunidad extraterritorial*, tesis doctoral en antropología, Facultad de filosofía y letras, Universidad nacional autónoma de México (Unam), México.

02-Z. Mendoza González.pmd 78 25/10/2011, 8.51

Ortega J. - Hoil J. - Lendechy A. (1999), *Proceso reproductivo femenino: género, representaciones y actores sociales. Una reflexión desde el contexto yucateco en género y salud en el Sureste de México*, El Colegio de la Frontera Sur - Fondo de Población de las Naciones Unidas - Consejo Estatal de Población, México (Colección Estudios de género en la frontera sur, vol. 2).

Osorio Rosa María (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Instituto Nacional Indigenista, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Parra L. - Hernández J. (1994), *Violencia y Cambio social en la región triqui, Instituto de investigaciones sociológicas*, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México.

Nota sobre la Autora

Zuanilda Mendoza González nació en México, Distrito federal, el 8 de noviembre 1957. Es profesora-investigadora del Departamento de historia de la medicina, en la Facultad de medicina de la Universidad nacional autónoma de México. Realizó estudios de licenciatura en medicina con especialidad en medicina familiar (Unam) y cursó la maestría en antropología (Escuela nacional de y antropología e historia, México. D.F.) y el doctorado en antropología social (Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social.) con la especialidad en antropología médica.

Se ha desempeñado durante veinticinco años como médica familiar en el Instituto mexicano del seguro social. Actualmente labora como profesora de carrera en antropología médica en la Facultad de medicina de la Unam. Ha participado como docente en diversos programas de posgrado en la Escuela nacional de antropología e historia, Ciesas y Unam.

Autora de diversos artículos en revistas especializadas en antropología médica y un libro en la misma temática.

Dirección: Retorno Central Oriente #10 Colonia Unidad Modelo. México, D.F., C.P.08990, México. Email. zuanilda@hotmail.com.mx

Resumen

"Parir en la casa o en el hospital". Saberes acerca del parto de mujeres Triquis migrantes a la Cd. de México

La noción que orienta este trabajo es el análisis del proceso reproductivo como un proceso biocultural, que visto a través de los saberes de migrantes indígenas Triquis nos permite descubrir de que manera los sujetos elaboran representaciones colectivas in-

02-Z. Mendoza González.pmd 79 25/10/2011, 8.51

fluidas por la realidad que lo circunscribe. Los datos cualitativos ilustran la mirada de los actores sociales respecto de su proceso de salud/enfermedad/atención en un marco de relaciones y significados culturales, reproducidos y transformados por las circunstancias sociales en continuo cambio y específicamente los cambios entre las generaciones ante la migración. El estudio del parto como proceso y no como un acontecimiento permite entrever la importancia de recuperar una visión integral y sumamente compleja de su reproducción sociocultural

Riassunto

"Partorire a casa o in ospedale". Saperi sul parto delle donne Triquis migranti a Città del Messico

La prospettiva teorica che orienta questo lavoro riguarda l'analisi del processo di riproduzione nella sua dimensione bioculturale. L'osservazione dal punto di vista dei saperi migranti indigeni triquis, consente di scoprire in che modo i soggetti elaborano rappresentazioni collettive e come queste subiscano l'influenza della realtà circostante. I dati qualitativi mostrano la visione degli attori sociali rispetto al processo di salute/malattia/cura nel quadro di rapporti e significati culturali, riprodotti e trasformati dalle circostanze sociali in constante mutamento, con particolare attenzione al cambiamento generazionale in seguito alla migrazione. Lo studio del parto come processo e non come evento, fa emergere l'importanza del recupero di una visione integrata e il più possibile completa della riproduzione socioculturale.

Résumé

"Donner naissance à la maison ou à l'hôpital". Les connaissances sur l'accouchement chez les femmes Triquis migrants à la ville de Mexico

Le postulat à la base de ce travail consiste à analyser le processus reproductif comme un processus "bio-culturel". Ce processus est appréhendé à partir des savoirs de migrantes indiennes qui nous renseignent sur la manière dont les représentations collectives sont influencées par la réalité environnante. Les données qualitatives illustrent comment les acteurs sociaux conçoivent le processus santé/maladie/attention dans le cadre de relations et significations culturelles reproduites et transformées par des circonstances sociales en perpétuelle évolution, en particulier les changements générationnels face à la migration. En étudiant l'accouchement en tant que processus et non comme événement, une vision intégrale de la reproduction socio-culturelle peut être appréhendée et analysée dans toute sa complexité

02-Z. Mendoza González.pmd 80 25/10/2011, 8.51

Abstract

"Delivering at home or in hospital". Knowledges about delivery among female Triquis migrants to Mexico City.

The notion that orients this work is the analysis of the reproductive process as a biocultural one, seen through the knowledge of indigenous Triquis migrants who permit us to discover that the individuals elaborate collective representations influenced by the reality that circumscribes then. The qualitative data illustrate the view of the social actors with regard to the process of health/illness/care in a framework of relations and cultural significance, reproduced and transformed by the social circumstances in the continuous change and specifically the changes between generations. The study of the childbirth as a process and not as an event permit us to hint at the importance of recovering an integral and complete vision of a sociocultural reproduction.

02-Z. Mendoza González.pmd 81 25/10/2011, 8.51

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 83-122

Miradas entre biomédicos y parteras Mayas: el proceso reproductivo femenino

Judith Ortega Canto

Centro de investigaciones regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad autónoma de Yucatán
[ocanto@uady.mx]

Introducción

En México existen 40 millones de Mexicanos en pobreza, de los cuales una tercera parte se halla en condiciones de pobreza extrema, lo que explica la mortalidad de millares de Mexicanos y Mexicanas de los que sobresalen las muertes maternas e infantiles [(1)] asociadas a la inequidad. Se deduce entonces, la falta de acceso a servicios de salud de calidad dado el decremento paulatino de la inversión del Estado en este rubro, a lo que se suma al subregistro de muertes de las mujeres, muertes que derivan de la pobreza existencial y de la pérdida de los lazos de ayuda mutua, sobre todo en municipios de alta expulsión y migración.

A lo anterior se agrega – en los últimos tiempos – el gran número de muertes asociadas al narcotráfico y la guerra entre cárteles; muertes de personas de ambos sexos y de casi todas las edades, en varias latitudes de las que sobresalen los estados del norte y sureste de la república. Desde antes, el abuso y daño a la naturaleza como consecuencia de las políticas financieras, lo que lleva a pensar en el desinterés por los seres humanos. Este desinterés conlleva a la asfixia de las culturas nativas a expensas de una franca erosión que desplaza saberes construidos a lo largo de generaciones, y centrados – para muchos grupos – en el bienestar, el autocuidado y la salud colectivas.

Los resultados que aquí se presentan, forman parte de un trabajo amplio sobre el estudio de las representaciones sociales respecto al proceso reproductivo de mujeres Mayas de Yucatán, mismas que son elaboradas en el marco relacional con sus parejas masculinas, sus curadores populares y el personal de salud de la clínica alópata de campo de la seguridad social. Para fines de este artículo, se seleccionaron los resultados que ilustran el

03-J. Ortega Canto.pmd 83 28/11/2011, 15.21

entretejido de representaciones de actores sociales representantes por cada sistema de salud: médicos alópatas y curadores populares respecto al proceso de embarazo/parto/puerperio, que si bien pareciera un tema ampliamente estudiado y debatido, no lo es en cuanto a las transformaciones socioculturales en los grupos humanos especialmente a nivel de grupos familiares, generacionales y entre los géneros. Transformaciones de especial interés en la medida que van deteriorando el tejido social que mantenía un saber a favor de la vida y la salud de la mujer y sus hijos e hijas con fuerte participación de los compañeros-padres-esposos, y la guía sabia de las parteras. Este trabajo presenta la mirada que de sí mismos tienen los curadores populares, los médicos alópatas o biomédicos, y para analizar luego, los contrastes entre cada grupo. Se aporta una experiencia etnográfica reveladora de la cultura que cada sistema de salud maneja respecto al proceso de embarazo/parto/puerperio.

Los resultados muestran los aportes del sistema de salud maya en cuanto a su eficiencia cultural y su eficacia simbólica, distinguiendo elementos que la medicina alópata está dejando de considerar para otorgar servicios de calidad a la población yucateca, y con ello evitar sufrimiento y muertes maternas e infantiles. Es así que no solo debiera resultar importante para la biomedicina la fisiopatología de los órganos sexo-reproductivos, sino el conocimiento heredado de las y los curadores populares en relación a la detección de signos y síntomas que avisan de riesgos tales como abortos, hemorragias, eclampsia, pero también de síndromes como "pasmo", "susto", "sobreparto" – no reconocidos por la biomedicina –.

El desplazamiento que han vivido las parteras, y el consecuente desprestigio predispone a que las generaciones más jóvenes las desconozcan o las desprecien. Simultáneamente, la empatía masculina para con las jóvenes esposas-madres, declina, sin que el saber biomédico sea accesible a su cultura, y por lo tanto conozca las demandas de la gente, el sabio comportamiento de las parteras, y otorgue una consecuente calidad en la atención.

De esta manera, la ausencia de comunicación entre representantes de ambas medicinas, construye dos mundos, en medio de los cuales está la gente, probablemente con un saber confuso respecto al cuerpo, su funcionamiento y su proceso hacia la salud o la enfermedad.

El enfoque intercultural en salud como política anunciada [(2)] en una agenda para disminuir la brecha en la calidad de los servicios de atención a la población indígena, ha quedado como discurso (Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud 1997), o como esfuerzos aislados de capacitación y profesionalización de recursos humanos a

03-J. Ortega Canto.pmd 84 25/10/2011, 8.53

los que se les provee de contenidos sobre antropología social y antropología médica (Cunninham M. 2002, Solis G. 2003, Lerín S. 2004), sin que ello trascienda por ejemplo, en la formación de recursos humanos en el país, de manera que el saber biomédico mantiene la hegemonía a pesar de sus claras limitaciones para atender las enfermedades y las muertes previsibles y prevenibles. De manera particular, la presencia de la Seguridad social en las áreas rurales – en especial en la ex zona *henequenera* – desplaza el saber de la medicina maya y a sus actores sociales con efectos importantes de analizar.

Se pierde la atención al cuerpo en su proceso de salud/enfermedad/atención en relación con la naturaleza y el marco social relacional (medicina maya); el pensamiento y la acción del personal de salud alópata se centra en la organicidad y la psique, ésta última si es que existe la demanda por parte del paciente. En realidad, la elaboración de cada sistema podría ser pieza clave que propicie un diálogo entre ellos, dando reconocimiento al autocuidado y la prevención que cada conjunto social maneje, para luego entender la importancia de aprovechar los aportes tecnológicos – de la biomedicina.

La pregunta es ¿Cómo generar elementos empáticos, respetuosos e inteligentes, hasta demandas de un sistema a otro como pautas que contrarresten la cosificación que la medicina moderna hace del cuerpo de las mujeres, el desplazamiento de los hombres, y la medicalización de la vida? La respuesta va en el sentido de construir ejes de comunicación permanentes entre sistemas culturales de atención, y el cuidado de la salud.

Primera parte: cuerpo y reproducción

El proceso reproductivo femenino [3] es «La categoría de análisis que dinamiza la reproducción como conjunto de eventos y etapas vividas en los cuerpos femeninos que motivan variadas características de interacción en cada conjunto social y en los grupos familiares que lo conforman. Esta categoría permite aprehender la relación entre biología y factores socioculturales. De esta manera, las percepciones, experiencias y respuestas de las mujeres y demás actores fundamentales que intervienen en este proceso que inicia con la menarca y la menstruación, y continúa con el embarazo, parto y puerperio, y entre estos, la anticoncepción y el aborto, son influidos por los cambios contextuales que impactan a través del tiempo, las formas de entender y atender el proceso de salud-enfermedad-atención a la salud reproductiva y la sexualidad». (Ortega J. 1999: 8).

03-J. Ortega Canto.pmd 85 25/10/2011, 8.53

Es en relación al concepto de prevención, que las representaciones sociales adquieren relevancia por ser la guía cultural de las prácticas en este sentido. Bien pueden ser acertadas o no, las poblaciones construyen un saber preventivo ante todo lo que amenace la salud. Así, los síndromes culturalmente delimitados como ejes de atención a enfermedades a veces llamadas "tradicionales", integran elementos explicativos y por lo tanto remediales y preventivos con un importante componente de eficacia simbólica.

Algunos investigadores (Redfield R. - Park M. 1940) atraídos por el conocimiento de una cultura como la maya, realizaron estudios sobre la salud en los que aportaron elementos respecto al embarazo y el parto en mujeres de Dzitáz Yucatán, rescatando las representaciones sociales de grupos Mayas, a manera de recuperar parte de su concepción del mundo (Aguirre G. 1986, Menéndez E. 1997 [1981]). De esta manera, las representaciones sociales permiten diferentes niveles de análisis del proceso salud/enfermedad/atención. Si bien es cierto que cada persona podrá tener una interpretación diferente respecto a un malestar o una enfermedad, las representaciones variarán de acuerdo a la visión del grupo al cual se pertenezca, o sea, las que provienen de la sociedad como totalidad (representaciones colectivas), junto aquellas que provienen de la propia experiencia o conciencia individual, y que por lo tanto no son comunes a los demás integrantes de un mismo grupo. Sin embargo, las primeras matizarán a las segundas en el proceso de socialización que todo individuo vive, cuando comparte y confronta lo suyo con el sentido común dominante, proceso a través del cual se construyen las representaciones sociales (Jodelet D. 1989: 37).

El cuerpo como expresión de significados, también recibe miradas diferenciales por parte de los modelos médicos. Para la biomedicina, el cuerpo como máquina, requiere ser reparada si alguna disfunción ocurre, como por ejemplo, en los partos distócicos, la cesárea es una opción reparadora. El cuerpo en las sociedades occidentales refiere desde el saber biomédico, al saber anatomo-fisiológico en el que se apoya la medicina moderna. De esta manera, el saber basado en las tradiciones, consensuado y compartido por el conjunto social de referencia, va siendo suplido por el saber especializado, dado que proviene de un modelo hegemónico, por encima de la historia y las culturas. «Es así que son dos saberes, el de las "tradiciones de cura" y la "cultura erudita" o biomédica». «El saber biomédico es la representación oficial, en cierta medida del cuerpo humano de hoy, es el que se enseña en las universidades, el que se utiliza en los laboratorios de investigación, el fundamento de la medicina moderna...» (Le Breton D. 2002). Sin embargo, agrega Le Breton, que como es un saber que pertenece a la

03-J. Ortega Canto.pmd 86 25/10/2011, 8.53

cultura erudita no es compartido por un amplio número de población de manera que mucha gente tiene un conocimiento vago de su cuerpo, un saber confuso, de ahí que se recurra a otras referencias.

Es así que respecto a un mismo elemento o parte corporal, cada persona puede tener más de una representación, y estas podrán ser semejantes, diferentes y hasta antagónicas. En un pueblito de Francia (Verdier I. 1979), y en grupos familiares de un municipio de Yucatán (Ortega J. 1999), el sangrado menstrual tiene significados negativos y positivos. Si bien se evidencia el buen funcionamiento del cuerpo, también tiene un significado, el de la infertilidad, como contrario a la vida, un tanto mortuorio, y que puede extenderse hacia las tareas de los demás. En el pueblito francés, una mujer en el periodo menstrual, no deberá acercarse y menos intentar batir claras de huevo, o hacer salsas, o preparar una mayonesa; nada que requiera que "agarre". La mujer Maya de Yucatán en esta misma condición fisiológica, no deberá entrar a la *milpa* porque puede arruinar la cosecha, ni tampoco ir a la pesca porque puede significar el fracaso de los trabajadores.

Los ejemplos anteriores ilustran que en las culturas populares, el cuerpo está ligado al contexto, a la vida relacional, al cosmos o universo, está hecho de la misma materia prima de este último. Existe un vínculo simbólico entre los seres humanos y el medio (Le Breton D. 2002: 87).

En su estudio sobre Mayas del sur, en Dzan Yucatán, (Pacheco J. 2007) logra una magnífica caracterización de la cosmovisión de los Mayas sacralizada bajo la influencia del capitalismo. De esta manera, el autor encuentra que:

> «Continúan representándose la cosmovisión de su vida, del universo y del *ethos* que subyace a su manera de ser, sentir y percibir y de ordenar el mundo de las cosas y de los elementos de la naturaleza... en dos dimensiones, una sagrada y otra profana... entre éstas establecen un punto de referencia y orientación... sin riesgo de extraviarse... en el centro de las cosas: de sus cuerpos, casas, solares, *milpas*, parcelas y pueblo. Refiere Pacheco, deidades relacionadas con las actividades productivas: dioses o "dueños" del monte, de la tierra, del agua, de las enfermedades, de los vientos, de la *milpa*, los *Aluxes*, los *Balames*, y todos los *Yùumtsilo´ob* o vientos, que en su conjunto han ejercido influencias y decisiones en todas las actividades productivas... como en todos los demás ámbitos de la vida» (Pacheco J. 2007: 98-132).

El estudio amplio del cual se obtiene la información que aquí se presenta fue realizado en un municipio *henequenero*-pesquero (*Kaal-káaj* o "pueblo hermano") de aproximadamente 3,500 habitantes, en su mayoría maya hablantes y bilingües, con fuerte migración a las ciudades de Mérida o del estado de Quintana Roo. La mayoría de las familias apegadas a la tierra,

03-J. Ortega Canto.pmd 87 25/10/2011, 8.53

otras en el transitar a la vida urbana, comparten la pobreza material en sus vidas como otra característica sobresaliente.

Con apego a la medicina de sus antepasados, la cual mezclan con contenidos biomédicos, dado que las últimas dos generaciones son usuarios y usuarias de los servicios de la clínica local perteneciente al Instituto mexicano del seguro social (Imss) mismo que representa el fortalecimiento de la biomedicina en el área rural yucateca desde la década de los Setenta.

Segunda parte: terapeutas biomédicos y populares

A continuación se exponen los saberes respecto de los terapeutas biomédicos (Juan y Mateo), y populares (doña Lol-bé, doña Mora y don Máximo) en relación al proceso reproductivo, es decir, se exploran las representaciones sociales relacionadas a todos los procesos reproductivos básicos con énfasis en el proceso de embarazo, parto, puerperio.

El municipio donde se realizó el estudio fue seleccionado como representativo de los nueve municipios *henequenero*-pesqueros de Yucatán en términos demográficos, socioeconómicos y culturales, sin que ello quiera decir que los resultados etnográficos sean representativos de estos municipios, sin embargo, las características socioculturales podrán ser tomadas como puntos de partida para establecer semejanzas y diferencias. De un censo realizado, fue posible distinguir dos grandes tipos de grupos familiares, aquellos aún apegados al cultivo de la tierra, a la familia extensa en muchas ocasiones, y otros que recurren a la migración para emplearse como albañiles, taxistas, entre otros oficios. Se seleccionaron grupos familiares de uno y otro tipo, teniendo como informantes claves a las mujeres de tres generaciones consanguíneas por cada grupo familiar seleccionado, los esposos de éstas, las parteras y los médicos de la clínica de campo del Imss de la localidad. Se diseñaron matrices etnográficas; una para embarazo, otra para parto, una más para el puerperio, en ellas estaban los guiones para explorar las representaciones sobre menarca, menstruación, dismenorrea, sexualidad y menopausia. Cada matriz etnográfica tuvo componentes diferenciales por sexo, o si se trataba de las parteras, o de los médicos alópatas o biomédicos. Es así que se aplicaron quince instrumentos, cada uno con sus guiones de entrevista, y por cada informante "clave" se realizaron entre tres y cinco entrevistas con un promedio de una hora y media. En este artículo se plasma un extracto de los hallazgos logrados con las parteras y los biomédicos exclusivamente.

03-J. Ortega Canto.pmd 88 25/10/2011, 8.53

En términos numéricos, el poblado de *Kaal-káaj* cuenta en total, con tres curadores populares y dos médicos que atienden la clínica de campo del Imss, de manera que existen un curador popular o biomédico por cada 545 habitantes. Solo desde la relación población/ curadores populares, corresponden 908 habitantes por cada terapeuta, mientras que son 1362 personas por cada médico de la clínica local. En términos de grupos familiares (622), corresponden 124 grupos familiares entre el total de curadores populares y biomédicos; si es en relación con los tres curadores populares, son 207 grupos familiares por cada médico popular, y, 311 grupos familiares por cada médico alópata. Datos que informan del escaso apoyo en servicios de salud con el que cuenta la gente de este municipio. El desplazamiento de las curadoras populares como efecto del dominio del saber biomédico, aunado a la escasa inversión en servicios de salud, evidencia que los grupos humanos en los municipios *henequeneros* enfrentan graves deficiencias en servicios de atención, no se diga en materia de prevención.

Doña Lol-bé es la partera, contaba con 75 años de edad, laboró en su juventud en el Hospital general O´Horán en la Ciudad de Mérida como auxiliar de intendencia en los antiguos pabellones de "maternidad", de ahí que presenciara cómo eran atendidas las mujeres antes, durante y después del parto. Posteriormente, un médico le preguntó si quería atender a una mujer que estaba pariendo y ella accedió, momento a partir del cual (1941) se inició en tales labores. Es importante hacer notar que la trayectoria de doña Lol-bé es diferente de la mayoría de las parteras, pues primero trabajó en una institución hospitalaria, y después ejerció como partera.

Doña Lol-bé relató que cuando se instrumentó el programa de entrenamiento a parteras durante la instalación de la clínica del Imss de la localidad (1972), fue integrada al mismo, y recibió apoyos económicos para acudir a los cursos que se llevaban a cabo en diferentes localidades del estado, así como dotación de material obstétrico (antisépticos locales, tijeras, hilos, entre otros). Después de un tiempo, solamente se les encargó promover la atención del parto en las clínicas del Imss, así como llevar el registro de las mujeres en edad reproductiva, y un control de su paridad; también, les fue encomendada la tarea de proveer de anticonceptivos orales a las mujeres e indicarles la importancia de que se practicaran la salpingoclasia una vez que hubiesen tenido tres o cuatro hijos; si no fuera así, darles dotaciones de condones para los maridos. En los inicios de la clínica local del Imss, era a ella a la que llamaban las mujeres. Les indicaba que era mejor la atención en la clínica del Imss, sobre todo cuando aparecía algún signo de complicación obstétrica. Cuando se trataba de pacientes antiguas

03-J. Ortega Canto.pmd 89 25/10/2011, 8.53

y grandes multíparas que le pedían que fuera ella quien las atendiera, lo hacía, labor que le permitía obtener cierta remuneración monetaria o en especie. A través del tiempo, los subsidios económicos fueron espaciándose; los médicos o las enfermeras acudían a revisarle sus libretas de registro para verificar que la labor de promoción de medidas anticonceptivas y de atención del parto institucional se estuviera llevando a cabo. Este proceso de control del Imss sobre su imagen – antes autónoma –, es el factor al que la curadora le atribuye que el prestigio de las parteras fuera decayendo, al grado de que algunas personas las calificaran de incompetentes y las llamaban «hechiceras». Considera que por ello las mujeres interesadas por continuar con este oficio no pudieran expresarlo abiertamente y menos llevar a cabo un entrenamiento cuestionado de antemano. Desnutrida y decepcionada de la vida, doña Lol-bé pudo relatarnos – con dificultad – sus valiosas experiencias.

Doña Mora de 54 años de edad, fungía como sobadora del lugar desde hacía siete años y al parecer también era partera cuando las circunstancias así lo requerían. Dejaba ver cierto recelo al referir dicho oficio, ya que ella tuvo experiencias difíciles con los médicos del Imss cuando acudía a los entrenamientos. Al hablar casi exclusivamente lengua maya y no saber leer ni escribir el español, tenía dificultad en el aprendizaje, por lo que fue vista con escepticismo y refiere haber sufrido la burla por parte del personal médico y de enfermería, circunstancia que la llevó a desertar de dicho programa. Es probable que al no contar con el reconocimiento de la institución alópata, su práctica obstétrica sea vivida y realizada con mucha discreción. El arte de sobar lo aprendió de su abuela, quien era partera.

La profesionalización entre estas dos mujeres y el hierbero es diferente, para ser hierbero se requiere de un designio divino que permite un entrenamiento desde temprana edad. La profesión de las parteras tiene un origen más terrenal; es la vocación y luego la destreza para el desempeño de sus funciones lo que las califica. El hierbero solo atiende problemas tales como el "pasmo" e inflamaciones pélvicas, nunca un parto.

Medicina Maya: menarca, "pasmo" y menstruación

Para las dos curadoras populares, hablar de menarca implica al mismo tiempo la «llegada de la hora», que puede variar entre los 10 y 15 años de edad, junto con el «cuidarse del ombre... de la maldad», y asumir la «vergüenza o *a zu ta´h*». Doña Lol-bé menciona que las jovencitas se asustan porque no tienen información y algunas desde este primer evento referi-

03-J. Ortega Canto.pmd 90 25/10/2011, 8.53

rán molestias pasajeras. Ha tenido la experiencia de atender a púberes que son llevadas por sus madres por presentar el primer sangrado menstrual, y su función fue confirmarle a la madre dicho evento, y explicarle a la niña que lo que le estaba pasando era natural por su edad.

En la lengua maya, doña Lol-bé describe la menarca como *tun yeémel a k'oja'an yáaxih*, que significa: «que le está bajando su enfermedad por primera vez... su regla». La menstruación deberá bajar cada mes si la mujer es soltera; si es casada, su suspensión evidencia la presencia de embarazo. Menstruar sin dolor es sinónimo de salud; cuando sucede lo contrario, es el "pasmo" ocasionado por algún descuido con el cuerpo, como el enfriamiento por lavarse el pelo, o en los hábitos alimentarios. La partera opina que cuando se trata de un "pasmo" en su inicio, el médico alópata podrá curarlo, pero si se trata de uno crónico o recurrente será sólo la partera quien con sus brebajes calientes de hojas de *Chalché*, Santa María, *Kanán* y hojas de *Chiople* para ingerir tres veces al día durante dos días, logrará que pase la molestia abdominal. Cuando el sangrado desaparezca o "queden limpias" las sobará, las amarrará y acostará durante un rato; es importante que el brebaje de cada día sea fresco y no un preparado del día anterior; después de esta terapia, la menstruación se presentará sin molestias cada mes.

Doña Mora, la sobadora, asocia el "pasmo" con la «mancha» difícil de eliminar en la prenda interior femenina; asimismo, considera que sólo el hierbatero puede curar dicho trastorno, y menciona el mismo *Chalché* o anís en grano con aguardiente isleño. Agrega que si lo tomara una mujer casada que no puede embarazarse por "pasmo", podrá engendrar enseguida. Esta curadora, siempre enfatizó la importancia de que tanto los padres como las propias adolescentes, deberán cuidarse de que algún hombre pueda hacerles "maldad" y embarazarlas. Recuerda que en su época, los novios no debían ni tocar la mano a las novias a partir de que empezaban a menstruar. Su madre le decía: «si te pasa algo, nos mata tu papá». Narró que hasta hace algunas décadas, las madres podían llevar cierto control de sus hijas adolescentes, "cuando lavaban su ropa", era indicio de que estaba presente el período menstrual; ahora esta forma de control ya no es tan fácil por el uso de las toallas sanitarias. Concluye que la joven «se deberá cuidar de lo que come para que no tenga "pasmo", y del hombre para que no tenga bebé».

Doña Lol-bé (partera) distingue tres tipos de "pasmo": negro, rojo y verde. El negro se caracteriza porque el fluido es negro y se acompaña de dolor intenso, siendo a veces rebelde al tratamiento, por lo que el mismo se

03-J. Ortega Canto.pmd 91 25/10/2011, 8.53

prolonga entre ocho y quince meses consecutivos, hasta que «Dios tire su bendición». Mencionó que puede llegar a ser mortal, por lo que cuando le han tocado estos casos se desespera tanto que cree volverse "loca". El "pasmo" verde es llamado así, por el color del fluido menstrual acompañado de dolor leve. El rojo no produce dolor, sólo "flojera" y podría corresponder a los períodos en los que existe, con cierta frecuencia, cambios en el estado de ánimo.

Cuando alguna joven se la han llevado con dolor intenso al grado de provocarle llanto, ella efectúa una "sobada" que más parece referirse a una palpación, ya que dice encontrar una «bola al lado de la matriz», y agrega que después de la "medicina" empezará el sangrado menstrual. O sea, hizo referencia a molestias del período premenstrual, al que llama "pasmo frío", cuadro que a diferencia de los pasmos de colores, presenta molestia previa al sangrado. Este pasmo "frío" lo asocia a las jóvenes o mujeres que al estar trabajando en la casa, salen al patio, se lavan la cara y los pies con agua fría.

A diferencia de las curadoras, don Máximo el hierbero ubica el "pasmo" en las mujeres solteras como un "retraso" o como una menstruación dolorosa, debido al consumo de limón «cuando la mujer está en su mensual». Para el "retraso", cuece hojas de *maguey* en un horno hecho en el suelo, y ya que están cocidas las exprime y al jugo le agregará miel: lo receta para beber. A tomar nueve noches evitándose cualquier alimento helado; recomendará consumir agua "natural". Cuando se trata de un sangrado acompañado de dolor abdominal, busca un fruto que se llama "*sidrón*" muy parecido a la naranja; sólo utiliza la cáscara, la que remoja en anís, lo deja reposar unas horas y será ingerido cada tres o cuatro horas.

Las representaciones de los curadores podrían guardar una casi total correspondencia con las vertidas por las mujeres y los hombres de los dos tipos de grupos familiares analizados; sin embargo, existen algunos aspectos sobresalientes a considerar. La partera goza de una presencia o jerarquía social mayor que la sobadora. También cumplía en la comunidad cierta función de ginecóloga, de ahí su amplio conocimiento de los trastornos del período menstrual que le permiten construir una tipología o clasificación respecto al síndrome cultural del "pasmo", y cierta especificidad en la práctica de atención en cuanto a la selección de materias primas, indicaciones en la preparación y consumo de los brebajes.

El compromiso que establecen con su paciente ilustra la dimensión moral de su práctica que respaldan con la ayuda divina para lograr la curación.

03-J. Ortega Canto.pmd 92 25/10/2011, 8.53

La partera aparece como una clara reforzadora o transmisora de los contenidos culturales respecto a la menarca y la menstruación, y una curadora formal del síndrome cultural del "pasmo". Al igual que las mujeres entrevistadas, las curadoras explican la menarca y la menstruación como eventos naturales de la mujer; como signos del inicio y persistencia de la capacidad reproductiva. Ante el temor al embarazo adolescente, aparecen instrumentados desde hace ya muchas generaciones, recomendaciones que fomentan el temor a los hombres y a su "maldad". Otro mecanismo de control en las mujeres en general, es el énfasis en el pudor que debe condicionar a que las jóvenes adopten conductas apropiadas que no inciten al sexo opuesto a "fijarse" en ellas, por lo menos en los días menstruales considerados fértiles.

Doña Mora recomienda el anís para el "pasmo" – con sus diferencias – como lo hace don Máximo el hierbero. Don Máximo parece ser, junto con la partera, otro experto en la atención del "pasmo", pero sólo cuando se trata de mujeres solteras. Para el hierbero, la «inflamación» constituye la tercera enfermedad más frecuente, después de los cólicos y la diabetes, en las mujeres por él atendidas. En su descripción, es claro que dicha «enfermedad» corresponde a la inflamación del cérvix o a los «flujos blancos», como él les llama. Como tratamiento, él emplea un litro de agua fríe un macito de 13 hojas de *x-k'aanlol* y *altaniza*, solución que servirá para lavados vaginales una vez al día, cada segundo día y sólo por nueve aplicaciones, debido a que la matriz queda tierna por el efecto potente de las plantas que se emplean. El tratamiento de este problema ginecológico, es considerado como una especialidad de este curador. No realiza ningún examen físico, solamente se basa en la descripción que la paciente hace de sus signos y síntomas. De esta manera, la voz de la mujer enferma, respecto a su alivio, es relevante en el proceso de atención.

Medicina maya: embarazo, parto y puerperio

Al analizar ciertos elementos sustanciales del entretejido con las narrativas de las curadoras, algunos aspectos ameritan un mayor énfasis, por ejemplo: consideran que la atención del parto es una práctica tirante ante la gran carga de responsabilidad, sin dejar de reconocer que es una bella experiencia. El miedo a la muerte, la identifican como una representación común. La toman en cuenta como factor que agudiza o acrecienta la afectividad de la mujer ante los malestares prodrómicos y las contracciones o dolores intensos. O bien – en sentido inverso –, que en realidad son tan

03-J. Ortega Canto.pmd 93 25/10/2011, 8.53

intensos que las llevan a sentir que mueren, que no serán capaces de soportar su intensidad.

Al repasar las descripciones que las parteras hacen de su práctica profesional, no es casual que a doña Lol-bé la apoden "Mami", ya que su actitud protectora, alentadora y directriz del escenario, hacen que el proceso del parto se organice en gran parte para darle continuidad al bienestar afectivo de la parturienta. Los rezos, las velas, los santos, el esposo partícipe, tienen en sí mismos la ratificación de que Dios, la Virgen, el esposo y ella como partera propician la cohesión; aglutina, organiza y vigila eficientemente, que la evolución del proceso sea la adecuada.

Resulta claro que en todo el proceso, la doble dimensión cuerpo-alma es el eje ordenador del parto. Es obvio también, que el discurso de la partera realza la importancia de la participación masculina. Se evidencia una gran sensibilidad en estas curadoras para percibir qué tanto el embarazo y el parto constituyen una experiencia que debe ser vivida por la pareja y no sólo por la mujer. Si bien es cierto que solamente el cuerpo femenino tiene la capacidad biológica de parir, el lugar que la partera le da al varón, ilustra cómo el saber popular propicia una masculinidad que, por lo menos alrededor de la vida reproductiva, establece empatía por su par femenino. Así, son descritas la variedad de actitudes masculinas: quienes ayudan, rezan, suplican a Dios, quienes no soportan la escena y la evaden; en fin, el varón que está presente e intenta o logra fungir como un apoyo definitivo de este proceso. Ambas curadoras lamentan la actual ausencia del varón al momento del parto atendido en las instituciones de salud.

El impulso vital de la mujer se ve dirigido a enfrentar con valentía, sin la más mínima muestra de vergüenza o pudor ante la partera, la exposición de sus partes corporales más íntimas. Un mal parto es aquel que terminará siendo atendido por la medicina alópata, vía la cesárea. La cesárea es el final de un mal parto, y su significado para el cuerpo "cortado" es haber vivido una devaluación; sin embargo, ese cuerpo intervenido quirúrgicamente será motivo de una convalecencia prolongada, a manera, tal vez, de reconfortar a la mujer que vivió tal afrenta. Como dice la partera, le han provocado una «segunda llaga».

Reconocen que en tiempos pasados (antes del Imss), la alta mortalidad materna se debía a que ellas carecían de conocimientos para identificar y canalizar los partos complicados. No se contaba con el recurso de la cesárea como práctica que aunque tiene un significado negativo en términos de la construcción social del cuerpo operado, también es una práctica benéfica en términos de conservar la vida a muchas mujeres.

03-J. Ortega Canto.pmd 94 25/10/2011, 8.53

El énfasis de la partera durante el puerperio está puesto en la abstinencia sexual durante un período de tres a seis semanas posteriores al parto, debido al riesgo del embarazo. La "llaga" es un lugar propicio para engendrar otro "chiquito" si se tienen relaciones sexuales antes de que ésta haya curado. El indicador de dicha curación, es el cese de los loquios a los quince o hasta treinta días. Ambas curadoras traducen la «etapa de cuidados» como *kaláankabaj*, que según doña Lol-bé significa que «te tienes que cuidar de tu marido, de las comidas, de los vientos...». De ahí que ambas recomiendan alimentos recién preparados, encierro, reposo, vigilancia de los loquios para detectar el momento de una probable hemorragia. Con esta descripción queda evidenciada que si la gente de las comunidades rurales contaran con nuevas generaciones de parteras, habrían recibido información de los cuidados básicos durante el puerperio, y los signos a cuidar para detectar riesgos y prevenir la muerte.

El cuerpo que no debe enfriarse se traduce en aquél que debe evitar las «batidas por los vientos», someterse a baños calientes con «nueve hojas diferentes a partir del tercer día», comer la comida caliente, y si es posible, preparada a base de carne de gallina. Doña Mora narró que durante su primer puerperio – cuando tenía quince años –, consumió carne de pavo a pesar de haber sido contraindicada por su abuela, por ello sufrió un cuadro de diarrea intensa; a los quince días comió carne de res, y sucedió lo mismo; afirmó haber quedado «hueso y pellejo». Otras recomendaciones alimentarias -fueron el consumo de chocolate, café, avena o harina, que favorecen la secreción láctea. Enfatizaron que la mujer que lacta no debe consumir ningún líquido helado, ya que el recién nacido puede "pasmarse" (diarrea y vómito).

Hasta que terminen los loquios, la mujer podrá ingerir algún alimento helado. Refirió que estas creencias datan de las abuelas, lo que contrastó con hábitos modernos de mujeres que ingerían grasas y carne de pavo considerada «fresca» o *síis o kuch*, en el sentido del efecto frío, lo cual no se le atribuye a la carne de gallina.

El puerperio ideal será entonces el que transcurre alrededor de los cuidados de higiene femenina (cuerpo y alimentación), y durante el cual, la mujer y su esposo son felices y su vida transcurre sin problemas. Un buen puerperio es aquel en el que las "manchas" desaparecen y la mujer puede ir retornando a la vida normal, bajo la vigilancia de la partera. El mal puerperio será el que se complica y se reconoce como "sobreparto"; este sucede cuando la mujer se descuida y no tiene la "sangre fuerte" para evitarlo. Es identificado por la calentura, la anemia, y la diarrea; un día se

03-J. Ortega Canto.pmd 95 25/10/2011, 8.53

puede estar bien y otro mal, y existe un alto riesgo de muerte por el «cuerpo que se va consumiendo». La manera de prevenirlo es extremando los cuidados durante un mes; después, la mujer ya podrá volver a su vida normal. Doña Lol-bé puntualizó que ella o el hierbatero son quienes saben de las prácticas de curación. Ella utiliza nueve tipos de plantas medicinales a las que sancocha y utiliza para bañar y preparar brebajes para ingerir durante nueve días. Entre las que pudo recordar están: el *chiople, kanán*, hojas de Santa María, hojas de verbena, de *maguey*.

Las curadoras describieron un cuerpo cansado, debilitado, «abiertos sus huesos», que fácilmente puede perder su calor, pero, que tiene la capacidad para lactar al recién nacido; tiene una "herida" en la pared de la matriz, la cual, sangrará hasta resolverse. Cuando aparece la complicación del "sobreparto", el cuerpo se torna adolorido, los «ovarios pueden tener enfermedad» – dice doña Mora –, puede haber "hemorragia", «enfermo el *chuchú* que está tomando» (la leche que amamanta el niño). Así, ellas pueden distinguir con claridad entre un cuerpo delicado por el momento del parto recién vivido, y uno que enferma por complicaciones.

Como funciones durante esta etapa están las de dirigir las tareas de los actores participantes, y atender personalmente a la puérpera. La importancia del reposo y de los cuidados alimenticios a partir del segundo día como responsabilidad del esposo, de la madre o de la suegra. La partera una vez que el niño ha nacido y lo ha atendido «cordón, baño, talco, aceite y "cantos de niños y a veces de Dios"», ha recibido la placenta y ha aseado a la mujer, le prepara chocolate caliente batido con huevo para ayudarla en su recuperación energética. Luego la baña con agua caliente, la tapa y después la acuesta. Le aplica lavados vaginales cada segundo día durante la primera semana, con agua oxigenada o con Benzal. El baño con hierbas el segundo o tercer día, seguido de baños normales, será responsabilidad de los demás actores; no tanto en términos de bañar a la puérpera sino de calentarle el agua y llevársela al lugar donde tomará el baño. Este espacio deberá estar bien cerrado para evitar corrientes de aire.

A los ocho días, la práctica de la "sobada" de pies a cabeza en el piso, va seguida de la "amarrada" y después, la mujer es alzada entre la partera y otra persona y depositada en su hamaca; horas después, las amarras empezarán a soltarse y se decidirá cuánto tiempo transcurrirá para retirarlas [4] (Quattrocchi P - Guemez P. 2007). Esta costumbre tiene como fin, prevenir los dolores de espalda por los huesos que quedaron "abiertos" y que, con la "amarrada", volverán a "acomodarse", se previene por ejemplo, dolores al reiniciar labores domésticas. Con frecuencia, ésta misma práctica es repetida al final de los cuarenta días.

03-J. Ortega Canto.pmd 96 25/10/2011, 8.53

La participación masculina descrita por las curadoras consistió en proporcionar todo tipo de ayuda. La partera refirió casos de esposos que no asumen tal responsabilidad, y delegan el cuidado de la mujer, su hijo y las tareas domésticas a su madre o a la suegra. Ante la actitud de no respetar la abstinencia sexual, la partera emite dos criterios al respecto: uno, es el cumplimiento de los treinta a cuarenta días; otro, como mínimo, es esperar que los loquios desaparezcan del todo. Sin embargo, «muchos no aguantan, viene y empieza a acariciar a la mujer y al rato ya están en la hamaca; yo les digo que no deben hacer eso porque la mujer está lastimada, que se esperen, hay que sí lo hacen, hay que no».

La sobadora consideró que los esposos deben «aguantar» y si ello no fuera posible, tendrán que acudir con otra mujer; el «aguantar» es una prueba de amor hacia la esposa. Relató que «actualmente es diferente, los varones que tienen esposas ya grandes e hijos mayores, acuden a la "zona"», de esta manera, cierto número de mujeres ya no se embarazan con tanta frecuencia o dejan de embarazarse debido a que los esposos acuden a este lugar. Al parecer, el acudir a la "zona" en lugar de solicitar la atención de las "particulares", mujeres que fungen como prostitutas en los periodos del puerperio de otras mujeres, y que son apreciadas por las propias mujeres, dado que se considera que los hombres no pueden controlar por tanto tiempo el deseo sexual, y que ellas, cumplen entonces una función social valorada. Las "particulares" – como se les llama – son mujeres del poblado a diferencia de las que laboran en la "zona roja", vienen de lugares ajenos y pueden trasmitir enfermedades.

Así como la partera fungió como apoyo fundamental a la mujer durante el embarazo y el parto, en el puerperio asume un papel preponderante, en cuanto a que vigila el desarrollo de rituales alrededor del cuerpo que ha parido, que lacta y en un alto riesgo de enfermar y morir, como el eje que orienta la conducta de cada persona involucrada con la mujer y su hijo. La partera entonces, reconforta, alimenta, higieniza y vigila los signos que pueden indicarle alguna complicación que ponga en peligro la vida de la madre y su hijo. Todo esto, lo informa a la gente que rodea a las mujeres.

El énfasis de sus recomendaciones está en la abstinencia sexual, que, así como puede ser vista como represiva de la sexualidad de la pareja, también es una medida que protege de un embarazo inmediato, y de la posibilidad de que la mujer adquiera algún tipo de enfermedad transmitida sexualmente, que pudiera entorpecer la conservación de su salud y el amamantamiento de su hijo.

03-J. Ortega Canto.pmd 97 25/10/2011, 8.53

Fue notable la capacidad del manejo de indicadores clínicos: el seguimiento de los loquios, la temperatura corporal, la producción láctea, el estado general de salud, son cada uno de ellos, referentes populares de la "etapa de cuidados" o *kaláankabaj*, junto al "sobreparto", la "amarrada" y la "sobada", combinando contenidos biomédicos como agua oxigenada, Benzal, hemorragias, anemia, diarrea, matriz; en conjunto, logrando representaciones organizadas alrededor de un sistema de prevención.

La curación del "sobreparto" es una cualidad de su «medicina caliente». La atención para esta complicación sucede con muy poca frecuencia, en virtud de que las familias parecen poder arreglárselas solas; también es probable que las complicaciones sucedan con poca frecuencia, aspecto relacionado tanto con una adecuada atención del parto, como con un sistema bien armado de atención a la puérpera y el recién nacido. La meta de la partera es que la mujer recupere tanto el bienestar de su estructura ósea, como la homeostasis de los órganos de gestación, y se revitalice, ya que tendrá que volver a sus tareas cotidianas, si es posible, con la misma resistencia que antes.

Una certidumbre insoslayable en los relatos de las curadoras, fue el papel de la partera como promotora de una participación y responsabilidad masculinas, dado que los varones son considerados posibles factores de riesgo, principalmente en relación a las pautas de comportamiento sexual. Si las relaciones coitales no son llevadas con la sensatez prescrita, traerán un embarazo no esperado o complicaciones del estado de salud de la puérpera.

La menopausia es para doña Lol-bé un fenómeno «justo y natural» que no requiere consulta; a una gran multípara, este evento se presentará a veces antes de los 35 años [5]. Es más, ella misma no sabía qué le podía suceder alrededor de la suspensión definitiva de la menstruación, y como imaginando, comenta: «a mí no me dio nada de comezón, nada de rasquera (de rascar), ni flujo blanco ni amarillo, nada... yo no sabía que eso me iba a pasar, sólo cuando me di cuenta ya no volví a ver mi regla». En general, opina que las mujeres «nunca lo dicen». La ausencia de menstruación es «la muerte de la mujer», la asocia a quedarse «como hombre». En la lengua maya, menopausia se dice *xu'uli ts'o'ok u p'atken in k'oja'an*. Cabe mencionar que para las mujeres del estudio amplio, la menopausia no representó haber vivido problemas físicos y emocionales. Sus parejas no las consideraron por ello, menos mujeres.

Las parteras se reconocieron como agentes de la medicina popular respecto a la salud reproductiva de las mujeres. Promueven la continuidad de

03-J. Ortega Canto.pmd 98 25/10/2011, 8.53

representaciones populares en las que la mujer, su bienestar conyugal, la aceptación al futuro bebé, y contar con insumos mínimos materiales son responsabilidad de una red de relaciones. Hicieron el análisis de su gremio, en cuanto que, en número disminuyen, y que su presencia, dejaba de gozar del prestigio de tiempos pasados; a ello le atribuían no contar con aprendices de oficio, o, si las hubiera, se mantendrían en el anonimato para no ser incorporadas como extensiones de la institución oficial de salud.

Esta pérdida de autonomía es un claro efecto del control médico alópata sobre la medicina popular. Todavía más delicado, fue la falta de incentivo económico que habían dejado de recibir en la última década; circunstancia que las ha llevado a enfrentar una vida en condiciones de pobreza extrema. Sin dinero, prestigio y cuestionadas por las generaciones de parejas más jóvenes, el oficio de partera ha dejado de ser atractivo.

Las parteras que quieran reconocimiento social, tendrán que pasar el filtro de la institución alópata, para plegarse a tareas un tanto antagónicas a ciertos preceptos de su cultura maya. Un primer punto de tensión es que, de haber sido quienes por excelencia atendían el parto, ahora promovían el parto institucional – sólo en caso de complicaciones – no obstante, promover a otro como experto, puede resultar un callado cuestionamiento a la propia práctica. Otra tensión, la experimentaban entre su creencia respecto a la maternidad como don divino, y, tener que ser promotoras de métodos anticonceptivos entre los que sobresale la "ligadura" o salpingoclasia cuando se trata de mujeres que tienen entre cuatro y cinco hijos. Si temían la cesárea porque implicaba cortar el cuerpo, necesariamente les era contradictorio promover dicha cirugía. Lo mismo con los dispositivos intrauterinos (DIU) y las pastillas que las mujeres asocian con la aparición del cáncer según ellas mismas informaron.

Como complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de la madre y el niño, las dos curadoras identificaron las hemorragias relacionadas con la retención de restos placentarios y los cuadros de eclampsia o "ataques". Doña Mora mencionó la retención de placenta, y doña Lol-bé el circular de cordón y la placenta previa, complicación que asocia a que no se guarda cierta medida en la frecuencia de las relaciones sexuales una vez avanzado el embarazo. El acobardamiento de la mujer es otro factor que ella identificó como factor predisponente; circunstancia que a veces ha resuelto adoptando actitudes autoritarias.

El aliento, el acrecentamiento de la fe religiosa y del valor personal contra el temor, sumados a la práctica de la "sobada" y la exploración ginecológica,

03-J. Ortega Canto.pmd 99 25/10/2011, 8.53

junto a conducir adecuadamente a la parturienta, son las funciones y al mismo tiempo, las recomendaciones fundamentales de estas curadoras. Las curadoras piden la confianza de las mujeres en sí mismas; en la posibilidad de creer que su cuerpo y su valentía serán las armas que posibilitarán un parto exitoso. Esto es, la confianza en su propia capacidad reproductiva.

Medicina alópata o biomedicina: organicidad y psique en el proceso de embarazo-parto-puerperio

Los médicos entrevistados nacieron en poblados rurales mayas y realizaron sus estudios en la Facultad de medicina de la Universidad autónoma de Yucatán. Al momento del estudio ambos cumplían con el año de servicio social, mismo que corresponde al séptimo y último año de la profesión, y consiste en residir y trabajar durante un año en alguna clínica rural de los servicios oficiales de salud. Posteriormente con la elaboración y defensa de su tesis sobre algún tema médico, recibirán el título de médicos cirujanos. Por consecuencia, las clínicas que son atendidas por este tipo de personal, cambia de médicos cada año, entonces, la población enfrenta la atención de un médico diferente cada vez. Juan de 25 años y Mateo de 24 años de edad, eran casados y residían en la Ciudad de Mérida. Por su edad, resultaron pares de los matrimonios de tercera generación de los grupos familiares del estudio amplio. La enfermera Mari de 52 años de edad, cumplía para ese entonces, diez y siete años de desempeño, de los cuales, los nueve últimos los había laborado en la clínica rural de Kaalkáaj; ella era soltera y residía en la Ciudad de Mérida con su madre y hermano.

A través de las llamadas "fajinas", contaban con mano de obra de habitantes no derechohabientes, como condición para acceder a la atención médica, quedando de esta manera, inscritos al "sistema de derechohabientes".

Para los médicos la menarca es el inicio de la vida reproductiva, expresada como el establecimiento «inmaduro» de ciclos menstruales «anovulatorios», entre los once y trece años de edad. Para Mari la enfermera, la primera regla en la púber marca el inicio de su vida como mujer. Para ellos, el significado social de este evento, es la capacidad procreativa.

La menstruación para los médicos fue referida como el signo que informa la ausencia de embarazo, y su regularidad en el tiempo es sinónimo de «estabilidad hormonal». La irregularidad menstrual es percibida cuando la mujer enfrentaba la dificultad de concebir, trastorno que deviene de "ciclos anovulatorios". De manera específica, la menstruación la describen

03-J. Ortega Canto.pmd 100 25/10/2011, 8.53

como la «salida transvaginal del producto del desgarro endometrial que se produce normalmente cada 28 días... existen varias características sobre este sangrado menstrual que pueden variar, como son: cantidad, color y en ocasiones el olor».

El "pasmo" y su consecuencia aparece como una representación coincidente entre parteras y médicos. Refirieron que cuando la mujer inicia su menstruación se le ve socialmente como «preparada para la vida... ya que puede embarazarse, empieza a tener responsabilidades en el hogar» de ahí la necesidad de buscarle pareja.

La dismenorrea había sido motivo de consulta en mujeres casadas entre veinte y treinta y seis años; pocas púberes habían acudido, y cuando lo hacían eran acompañadas de su madre o abuela, describiendo dolor en el «tronco de la barriga» y sangrado (6). El doctor Juan describió que ante este trastorno, las mujeres recurrían a fomentos con paños calientes y a brebajes preparados a base de anís y «hierbas frescas», a utilizar de manera tópica o en brebajes. Reuniendo las explicaciones y descripciones de ambos médicos, la dismenorrea resultó ser un cuadro doloroso del abdomen, debido a la irritación o inflamación de los órganos sexuales internos, específicamente los ovarios, por descargas hormonales que provocan la ovulación por ruptura ovárica, o también por la supresión hormonal, misma que desencadena la menstruación; también, la describen asociada a procesos fisiológicos que impliquen contracción de trompas y útero. En ocasiones, refieren que las mujeres usaban analgésicos de patente.

Los médicos no manejaban la asociación entre el consumo de limón o alimentos "frescos" y la presencia del "pasmo", junto a que tampoco lo describían como síndrome (7) tal como lo maneja la concepción popular. Para el doctor Juan, eran las mujeres mayores quienes lo referían, argumentando no tener el suficiente conocimiento del mecanismo de acción del limón asociado con la presencia del dolor y alteraciones en el sangrado menstrual, que bien podían ser «creados por la mujer». Describió que en la dismenorrea se suceden «contracciones espásticas de útero y anexos tanto durante la ovulación como durante la menstruación», de tal manera que las mujeres parecen estar utilizando como sinónimos "espasmo" y "pasmo".

La referencia respecto a que son las mujeres de más de veinte años y con vida sexual activa, las que demandan atención por dismenorrea, va de la mano con la información recabada respecto a que las jóvenes púberes y adolescentes resuelven estos problemas en el marco de la red femenina, la madre, la abuela y la partera, cuya respuesta consistió en una serie de

03-J. Ortega Canto.pmd 101 25/10/2011, 8.53

recomendaciones de higiene corporal, pudor y moralidad. Esto respalda la percepción médica de que una gran parte de las jóvenes cuentan con información, pero cabe aclarar, que en estos grupos, la misma es proporcionada por las progenitoras y la partera, no por los profesionales de la salud. Así, mientras que a nivel popular, la dismenorrea es debida a un enfriamiento, a nivel biomédico, son las descargas hormonales las que propician tales malestares. Lo importante será comprender que desde ambas culturas en salud, existe una explicación distinta de un mismo fenómeno, generando diferentes recomendaciones en la atención.

Para el doctor Juan y la enfermera Mari, el embarazo fue un evento natural y obligado de toda pareja, en la medida que evidencia «su nivel reproductivo y crea... estabilidad en la pareja». Para el doctor Mateo, el embarazo «es el mecanismo mediante el cual dentro del útero se gesta, en condiciones normales, durante 9 meses solares o 10 meses lunares el ser humano... producto de la unión de dos gametos, masculino y femenino»; lo describió también como algo «normal en esta comunidad, habitual en las que tienen marido, y últimamente también están habiendo muchas madres solteras». Aunque percibe que la gente no se escandaliza por ello, no se advierte el rechazo o la alegría normales ante el embarazo «legal»; comenta que la gente sólo dice «ella lo buscó».

La enfermera se refería a la dimensión religiosa como condicionante de que la mujer tienda a aceptar cuantos embarazos «Dios les mande», sobre todo cuando son esposas de hombres que se dedican a la pesca; sin embargo, también identificó otro grupo femenino que acude a recibir información sobre planificación familiar, consumiendo «pastillas y tienen hasta sus dispositivos».

Respecto al proceso del embarazo, los médicos mencionaron los «síndromes neurovegetativos» molestos, como las náuseas, mareos y vómitos durante los dos o tres primeros meses, mismos que han identificado en una minoría femenina y se prestan a que la mujer los tome en el sentido que el médico orienta; luego, pueden sucederse una especie de «latidos» a los tres o cuatro meses y que se traducen posteriormente en los «movimientos del bebé» al cuarto o quinto mes de la gestación; la gran mayoría de las mujeres que ellos han atendido en esta comunidad, logran un «embarazo a término».

A un nivel más específico, el inicio del embarazo consiste en «la unión celular de los gametos sexuales en la trompa de Falopio, posteriormente evoluciona en el útero hasta desarrollarse y crecer por espacio de cuarenta semanas, mismas que se dividen en tres trimestres durante los cuales

03-J. Ortega Canto.pmd 102 25/10/2011, 8.53

se realizan los cuidados pertinentes para el desarrollo normal del producto...».

Ante el mismo enunciado, la enfermera hizo referencia a las funciones de enfermería, dedicadas a la vigilancia de signos que puedan estar anunciando una "eclampsia", tales como «hinchazón de pies cuando son hipertensas». Comentó que actualmente una embarazada que no regresaba a su control prenatal debería ser visitada por el personal de enfermería para saber el motivo, ya que «si se muere o le pasa algo a nosotros nos va mal, nos hacen responsables, sobre todo a las promotoras voluntarias...». Una competencia más del personal de enfermería era investigar si la gestante había recibido la vacuna contra el tétanos, si había recibido el refuerzo y si no, aplicárselo (toxoide tetánico en dos dosis). Otro programa de interés era el de la vacunación a niños menores de cinco años.

Los médicos enfatizaron los indicadores que guían – la vigilancia durante el embarazo: «las condiciones de la pelvis que debe ser amplia ginecoide y condiciones cervicales, al igual que la adaptación a los cambios fisiológicos de acuerdo al embarazo». Resaltan la importancia de la capacidad del cuerpo para ser receptor y luego parir, misma que puede ser equiparable con la percepción de las curadoras cuando describen un «cuerpo que se abre».

Los médicos saben de creencias que ellos no comparten, «creencias religiosas y culturales» como aquellas que hablan de los «vientos», tomar o no «agua de coco». La importancia de que la mujer cuente con el apoyo de un familiar y en especial del esposo, influye de manera positiva. Perciben la naturalidad, con que socialmente es visto el embarazo, de manera que nunca es motivo de «trauma o maltrato o cambios en las relaciones conyugales»; aunque en ocasiones han tenido referencias de mujeres con malestares que «no pueden dormir con sus maridos... tienen que estar a solas», lo cual, describen que es vivido por el esposo, con el mayor respeto, dada su temporalidad. Consideraron que el embarazo impacta física y psicológicamente a la mujer, a la cual, deberá evitársele cualquier situación que pudiera propiciar un «desequilibrio emocional o físico que puede conducir a un embarazo no deseado, producto desnutrido o complicaciones durante el parto, y también a un parto prematuro».

La enfermera identificó el embarazo como dimensión obligada, idea que condiciona a que los esposos no muestren interés en acordar etapas de abstinencia sexual; por eso, a ellos les resulta molesto cuando las mujeres tratan de convencerlos de lo contrario. Mencionó que cuando las mujeres cursan con el tercer trimestre del embarazo, se les recomienda evitar las relaciones coitales dado que ello implica un riesgo para la madre y el niño.

03-J. Ortega Canto.pmd 103 25/10/2011, 8.53

Los médicos mencionaron que las relaciones sexuales no son un aspecto a tratar durante el control prenatal, a menos que la propia paciente formule alguna pregunta al respecto. Cuando es así, ellos indican tener cuidado con los movimientos bruscos y abstinencia sexual durante las últimas semanas. Este aspecto es mencionado si la gestante interroga al respecto. En este mismo sentido, el doctor Juan hizo referencia a que este aspecto debe «individualizarse», no necesariamente debe prescribirse la abstinencia sexual, sino promover ciertas recomendaciones según la circunstancia del embarazo, y de ahí se derivan: «posiciones, higiene y tipo de relación de pareja». Como percepción refirieron que las mujeres viven sus prácticas sexuales, con temor, junto a «un grado mayor de su tendencia al deseo sexual» y la satisfacción masculina por supuesto, ya que por lo general, se ven obligados a «respetar las condiciones de su esposa».

Como riesgos a la vida de la madre y el hijo, mencionaron la eclampsia y los cuadros hemorrágicos, las distocias de presentación, alguna enfermedad exantemática, alguna infección generalizada, la infección de vías urinarias, la hepatitis, la diabetes, y los antecedentes obstétricos de la mujer. Los tres profesionistas resaltan como más grave, la eclampsia, de ahí la importancia de controlar la tensión arterial durante el embarazo. La enfermera mencionó la epilepsia. Así, el control prenatal tiene como función, detectar factores de riesgo que predispongan a alguna complicación obstétrica.

El embarazo ideal es aquel que se desarrolla en condiciones óptimas mesurables en términos o indicadores precisos tales como: «edad entre 20-35 años, antecedentes obstétricos sin complicaciones (preclampsia, eclampsia, hemorragia, cesárea, sufrimiento fetal, nivel socioeconómico y cultural adecuado que favorezcan su estabilidad emocional...»; uno de ellos mencionó la buena nutrición. La estabilidad emocional mencionada fue asociada a la aceptación o deseo del embarazo en adecuadas condiciones materiales de vida y la capacidad técnica del médico para detectar riesgos.

Ambos médicos coincidieron en que un buen embarazo es el que se sustenta en un adecuado control prenatal y el bienestar emocional. Un mal embarazo puede ser producto de un estado emocional negativo debido, por ejemplo, a la falta de aceptación por parte del esposo, lo que puede propiciar «estrés o estado de depresión». Saben que si ocurriera en los primeros meses, puede provocar amenaza de aborto, o si no, conducir a complicaciones al momento del parto. Agregaron la importancia de considerar los «indicadores clínicos» (altura uterina, frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales perceptibles por la madre), y concluyeron que «no existen pará-

03-J. Ortega Canto.pmd 104 25/10/2011, 8.53

metros establecidos para considerar si un embarazo se está llevando como debe ser... puede decirse que todo lo que altere el buen funcionamiento de un embarazo debe ser tomado en cuenta y tratar de corregirse».

La participación masculina durante el embarazo no fue interés del programa institucional del IMSS – coinciden los doctores –; sin embargo, creen que es responsabilidad de la pareja, y que sería benéfica la presencia masculina al momento de la atención prenatal. El doctor Juan atribuye la escasa participación masculina a las condiciones socioeconómicas de pobreza que imperan en la población campesino-pesquera, lo que obliga a que los hombres deban estar trabajando, sin poder hacer un espacio para acompañar a sus parejas, y, al propio desinterés institucional. La experiencia les había mostrado que algunas mujeres acudían acompañadas de su pareja masculina, circunstancia que aprovechan para involucrarlos en el proceso educativo que conlleva el control prenatal. En ocasiones los invitaban a escuchar el "latido fetal", pudiéndose observar el agrado con que el varón responde a tal derecho.

La enfermera Mari identificó la presencia de una sobadora y una partera en la comunidad, y sabe que sus funciones consisten en informarle a la gestante cuándo nacerá su bebé, en "sobar" para saber si la posición del mismo es correcta, promover que acudan con ella cada mes, y que no coman en demasía para evitar un bebé grande que tenga dificultades para nacer. En su relación con la partera, Mari dice: «nosotros les explicamos a las parteras cómo deben de decirle a las enfermas los riesgos que corren, pero no sabemos si lo hacen».

Asimismo, los médicos expresaron su consenso respecto a la "sobada" como el conjunto de cuidados alrededor de los cuales las parteras construyen su control prenatal. Sin embargo, el doctor Juan le atribuyó una trascendencia mínima a esta costumbre, aunque reconoce que juega «un papel muy importante en la estabilidad emocional de la embarazada, generándole tranquilidad y confianza, aspecto que propicia el logro de un embarazo y parto ideales». Juan relató que por lo general las mujeres llegan a su control clínico refiriendo con temor, que las han sobado, y preguntan si ello es bueno o malo; cuando el médico no se contrapone, la embarazada se tranquiliza, si el médico argumenta en contra, la mujer enfrenta entonces, el dilema entre sus costumbres familiares y las indicaciones médicas.

El doctor Mateo refirió no estar muy enterado de las costumbres de atención de las parteras, pero consideró positivo el contacto de la mujer embarazada con la partera, atribuyéndole a dicha relación, la posibilidad del bienestar afectivo de la gestante, así como «"acomodar al bebé en posición

03-J. Ortega Canto.pmd 105 25/10/2011, 8.53

adecuada"... así le dicen ellas», aunque, no creía que ello fuera posible. Reconoció la capacidad de las curadoras para detectar una posición inadecuada del bebé, e informar a la mujer de la posibilidad de «que la corten»; sabe que utilizan aceites y que sus maniobras no son traumáticas. Les recomendaría a las parteras no sobar de manera enérgica al final del embarazo ya que ello «influye en el encajamiento y la presentación del bebé». Ambos médicos no se contraponían a la costumbre de la "sobada", salvo en el tercer trimestre, por considerar que podría influir en el mecanismo del parto, y, si el bebé es de gran tamaño, propiciar complicaciones. Los médicos y la enfermera no habían presenciado una "sobada".

En relación al parto, los médicos lo refirieron como un evento de la biología y una experiencia que mide su calidad profesional: «un momento crucial entre el inicio de una vida o una vida truncada por complicaciones del mismo...; es una descarga interna que logra una máxima satisfacción al momento de escuchar el llanto del niño; es una experiencia emocionante que implica estrés, responsabilidad, entusiasmo, destreza, capacidad para sortear lo que se pueda presentar durante o posterior al parto, alguna complicación con el bebé, la madre, los familiares... es una experiencia rara, ya que cada parto siendo de la misma mujer es muy distinto uno de otro». Refirió el de una mujer que paría por tercera vez: se le tuvo que atender en la silla del consultorio, con buena colaboración de su parte; el esposo auxilió con el instrumental y los resultados fueron satisfactorios. Considera «normal» aquél parto resuelto por vía vaginal, «procedimiento en el que participan de manera conjunta el médico, la paciente y el producto... la integración de los tres logra que se lleve a cabo de forma satisfactoria, de lo contrario surgiría una complicación que posiblemente terminaría en la interrupción del embarazo por vía abdominal».

Ambos médicos hicieron énfasis en el parto como experiencia médica intensa, en la que se miran como protagonistas fundamentales, ya que de su destreza depende la vida de ambos, – de la madre y de su hijo –, y que la colaboración femenina es la corresponsable de esta eficiencia. Refirieron el alivio y la satisfacción femenina, una vez que se escucha el llanto del recién nacido. La enfermera Mari percibe el parto como una experiencia en la cual su eficiencia técnica es importante para lograr la participación adecuada de la parturienta. Si se trata de «primerizas», deberá fomentarles su colaboración bajo el criterio de que de otra manera «puede tener sufrimiento el nene», en el mismo sentido se les promueve a las multíparas recordándoles que «ya saben qué es». Mencionó a manera de evaluación, que en estos momentos se ha encontrado con mujeres que están «alegres... y otras molestas... porque creen que nada más es ir con una persona, aco-

03-J. Ortega Canto.pmd 106 25/10/2011, 8.53

starse y ya estuvo, que no tiene su consecuencia...». Lo describe también, como una experiencia dolorosa para la mujer, característica que condiciona que un buen número de ellas decidan no volver a embarazarse, aunque con el tiempo, este propósito se olvidará.

Las percepciones corporales mencionadas por ambos médicos, pueden quedar circunscritas a las mismas referencias que la enfermera: contracciones y dilatación del cérvix, que condicionan la altura uterina y el estado de salud del bebé. El doctor Juan describió un parto tipo dividiéndolo en dos fases: una «pasiva, cuando las contracciones uterinas son irregulares, de poca intensidad y duración y la dilatación cervical es de hasta tres a cuatro centímetros»; y una fase «activa, en la que las contracciones uterinas se vuelven cada vez más regulares, de mayor intensidad y mayor duración llegando a tener tres contracciones de treinta y cinco, cuarenta y cinco y cincuenta segundos durante diez minutos, hasta alcanzar la dilatación completa con borramiento del cuello uterino, antes de llegar al periodo expulsivo del parto». Refirieron que en esta «fase de expulsión, en una paciente modelo no debe ser mayor de una y media horas y en la placenta un máximo de media hora, en lo que debe pujar la paciente para el nacimiento. Cuando ya está 'perineando' se realiza la episiotomía media lateral derecha de preferencia, por lo general a todas las primigestas y según sean las multigestas aconsejándose de preferencia a todas. Una vez nacido el producto se espera el alumbramiento que debe ser de 5 a 15 minutos; después, se cuida que no queden restos placentarios».

Lo que no aparece en estas narrativas son: la vivencia femenina ni la función de su naturaleza como paridora natural; parecería que todo va a depender del acto médico, dimensión que le impide a estos profesionales, reconocer que es la mujer y no el médico, la actora primera y definitiva de este momento. Ellos refirieron que será el control prenatal la circunstancia que permitirá a la mujer el logro de un parto ideal, como una experiencia repetida para lograr una concientización de lo importante que es participar positivamente durante el parto. Argumentaron que si la mujer enfrentara un parto «distócico» o difícil, si el desempeño femenino permitiera resultados satisfactorios, los médicos darán mayor reconocimiento al protagonismo femenino. Para la enfermera Mari, el logro de un parto ideal dependerá del buen estado de salud de la mujer y de que en ese momento se le haya instalado un «suero para rehidratarla y poder ponerle cualquier medicamento y la ergonomina para el sangrado».

Cuando hablaron del buen o mal parto, los médicos inicialmente hicieron mención de los factores «médicos, psicológicos y físicos», para luego cen-

03-J. Ortega Canto.pmd 107 25/10/2011, 8.53

trarse en los signos y síntomas referidos a los cambios uterinos, del cérvix, la cantidad del sangrado, la intensidad de las contracciones y sus distocias, la frecuencia cardíaca fetal, y la posición "del producto". Los factores médicos fueron «aquellos factores que de alguna manera evitan que el médico realice la identificación a tiempo de complicaciones del parto, tratando de prevenirlos», esto aludió a la ineficiencia médica. Los factores psicológicos, atribuidos exclusivamente a circunstancias afectivas de cada mujer, y asociados a una «mala orientación», lo que, como consecuencia propicia una actuación inadecuada y perjudicial. Los físicos, como: «estrechez pélvica... y los referidos a los problemas de dilatación del cérvix». Consideraron que la relación previa «entre médico-paciente influye satisfactoriamente en la colaboración de la madre», además, de esta manera es posible que el médico pueda tomar en cuenta los factores individuales de cada embarazada.

Los médicos y la enfermera identificaron el pudor y vergüenza de la mujer, en ocasiones, el médico hace comentarios o hace evidente su desesperación o impaciencia. Mari dice: «a ellas no les gusta que las vean, se les dice que se les quite la vergüenza y se dejen atender porque se les va ayudar a que tengan a su nene y que eso no va a salir de la clínica». Reconocen este pudor, «principalmente en el momento de la primera valoración, pero cuando el proceso comienza (refiriéndose al parto), el pudor aparentemente desaparece o por lo menos no se siente en el ambiente».

Como complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre y el niño, los médicos mencionaron: eclampsia, sufrimiento fetal, placenta previa, retención de restos, retención de placenta, defectos de contracción, de presentación, circular de cordón, hemorragias. Cuando estas complicaciones suceden, a excepción del circular de cordón que en algunas ocasiones puede resolverse dándole reanimación y calor al recién nacido, son casos que se canalizan a instituciones del segundo nivel de atención.

La presencia del esposo al momento del parto fue analizada en primera instancia por los propios médicos, desde el discurso de la institución misma. En términos de la importancia de la asepsia y antisepsia que debe guardarse en la "sala de expulsión", a los esposos no se les permite más que estar un momento antes que la mujer sea trasladada a este espacio en el que la mujer junto con el médico y la enfermera es vestida con ropa "estéril". Sin embargo, coinciden en que cuando el cónyuge ha participado en el control prenatal y se muestra interesado en estar presente, uno de ellos lo ha permitido en una ocasión, y cree que la presencia del esposo de manera rutinaria, permitiría que la mujer no se sintiera «sola o abandona-

03-J. Ortega Canto.pmd 108 25/10/2011, 8.53

da en un momento difícil, dado que puede ser muy prolongado». Piensan que estando el esposo, «se sienten más seguras de la situación».

Estos tres profesionales no sabían de la presencia del esposo en el parto atendido por partera. Describen las funciones de la partera, como "parecidas" a las del médico, y reconocen la confianza que mucha gente en la comunidad le otorga a estas curadoras. La desventaja – el doctor Juan – es que no son capaces de vigilar los signos vitales de la madre y el «producto», y que en ocasiones no cuentan con medidas adecuadas para la atención del parto, refiriéndose a la asepsia rigurosa. El doctor Mateo mencionó que el contacto de las parteras con ellos para tratar las complicaciones que puedan surgir, es una circunstancia positiva junto con la capacitación que reciben desde la institución alópata para identificar dichas complicaciones y canalizar estos casos a la institución biomédica.

La cesárea fue para ambos médicos y la enfermera, el fin del embarazo por vía abdominal ante alguna complicación que amenaza la vida. Su indicación fue motivo de una variedad de eventos mórbidos que la justifican.

Resulta importante analizar el contexto en donde el desempeño de estos profesionales sucede; son pequeñas clínicas de campo con equipamiento básico. El entrenamiento alcanzado les permite la atención de un parto normal; algo más complejo sería riesgoso. Uno de ellos ilustraba que durante el turno nocturno el médico se quedaba sin ayuda, por lo que la responsabilidad asumida era un factor de tensión emocional.

La etapa del puerperio reunió un conjunto de representaciones centradas en el proceso evolutivo del útero y en la función de amamantar. La mujer fue vista como un órgano a observar, y como proveedora de alimento.

Es importante hacer notar que un número importante de las muertes de mujeres en el periodo puerperal ocurren en zonas en las que las mujeres ya no cuentan con las parteras que vigilan los loquios durante el puerperio. Ello debe hacer pensar en el efecto negativo de esta ausencia, la pérdida de expertas en zonas donde no llegan los servicios oficiales de salud, o si están presentes, las mujeres no cuentan con la información suficiente que las haga mirar con un criterio adecuado, un sangrado que no cesa o aumenta en intensidad. Al no tener ellas este referente de alarma, carecen del mismo, los esposos y demás integrantes de las redes sociales de las mujeres.

Un mal puerperio está condicionado por factores médicos referidos a un mal manejo del parto, ilustrado por «desgarros o restos placentarios que conllevan sangrado uterino y loquios fétidos y hasta atonía uterina», y so-

03-J. Ortega Canto.pmd 109 25/10/2011, 8.53

cioculturales como el «miedo» durante el parto, aspecto que puede complicar este momento y luego la etapa del puerperio, en la que se tiene miedo de morir por "sobreparto".

El doctor Juan sabía que en la comunidad se llamaba «sobreparto», a las complicaciones del puerperio, y que el término hace alusión a loquios fétidos, sangrado abundante, desgarros y retención de restos placentarios.

La abstinencia sexual hasta de tres meses fue referida y apoyada por el doctor Juan como una creencia popular importante en las parejas, ante el riesgo del coito como causa de «sangrado y desgarros». Los "desgarros" fueron también asociados posteriormente con "dispareunia" (relaciones coitales dolorosas).

Los dos médicos comentaron que a la clínica de campo nunca había llegado un caso de puerperio complicado. Evaluaron como ventajosa la atención médica del puerperio, en términos de la prevención de complicaciones que pueden ser causa de muerte materna. Para Mari, esta etapa representaba el momento de promover la instalación del "dispositivo"; comentó que por lo general las mujeres durante esta promoción «no dicen nada, nada más te oyen y si el marido dice que sí...».

Existe una total correspondencia entre la práctica biomédica y la popular, respecto a la importancia de vigilar que la mujer no sufra complicaciones que pongan en entredicho su salud, su vida y su capacidad de amamantar. Sin embargo, resalta la ausencia de un programa institucional que sustente tal interés, a diferencia de la medicina popular que cuenta con un sistema de representaciones que involucra toda una red de relaciones sociales. Así, aunque los conocimientos médicos poseen la certeza de su cientificidad, queda la responsabilidad del cuidado materno en manos de la red femenina, que provee de medidas preventivas y reparadoras del daño. Los médicos no sabían que en la comunidad, la participación de los esposos en esta etapa, es fundamental.

Para la enfermera Mari, la suspensión definitiva de los períodos menstruales o menopausia, son tomados por las mujeres como algo «natural», explicado por el «cansancio del cuerpo». El doctor Juan, condicionado por los comentarios principalmente de los maridos, sabía de la creencia femenina respecto a que «se deja de ser mujer», lo que genera además, problemas conyugales. De ahí que considerara que la comprensión por parte de la pareja masculina es definitiva en el apoyo que la mujer debe recibir. Los médicos describieron uno o dos casos al mes, de mujeres que acudían por trastornos premenopáusicos, no por la suspensión definitiva de la menstruación. Dichos trastornos estaban centrados en manchas intermenstrua-

03-J. Ortega Canto.pmd 110 25/10/2011, 8.53

les, sangrado excesivo, retrasos, así como por irritabilidad, depresión y hasta agresividad; las mujeres demandaban sus «vitaminas» y agregaban: «si son pinchadas, mejor (inyectables)».

La clara descripción de las representaciones corporales y afectivas que ambos médicos manejaban fueron una herramienta diagnóstica importante; sin embargo, las referencias femeninas y masculinas indicaban que la menopausia era percibida como signo que informa que la capacidad reproductiva llegó a su fin, ello sin mayores trastornos en la esfera afectiva, ya que «desde la experiencia clínica en esta comunidad», las mujeres lo asumían como un evento natural de la vida femenina, postura que les permitía sobrellevar y hasta menospreciar trastornos que iban más allá de lo orgánico.

En términos de calidad humana, los médicos parecían tener una postura más considerada que la enfermera, al momento de la atención de las mujeres. La enfermera preocupada por un desempeño técnico, y su menosprecio para con el saber popular, aunque mujer tiende a asumir una postura más racional y fría con sus pares, en lugar de ser solidaria y empática.

Los médicos fueron capaces de percibir la disposición de los esposos para presenciar y hasta participar en el embarazo y el parto; la enfermera no coincidió con ellos. Ellos defendieron igual que la partera, la importancia de que la presencia de los hombres ayudaría en gran medida a las mujeres, en su desempeño a la hora del parto. Reconocieron que aunque el deseo del varón puede influir en la decisión de la mujer al momento de decidir quién le atenderá el parto, identificaron que son ellas quienes tienen la última palabra. Aspecto que también las parteras asumen como tal.

El temor a las complicaciones, orientó en gran medida las recomendaciones en ambos saberes. Son los objetivos intermedios los que establecen diferencias substanciales entre ambas formas de atención. Veamos si en el apartado siguiente es posible distinguirlas.

Tercera parte: los contrastes entre cultura popular y cultura médica en la atención del proceso de embarazo/parto/puerperio

El bienestar afectivo de las mujeres, eje central alrededor del cual, parteras y sobadoras construyen su sistema de atención, se concreta a través del ritual de ayuda cultural alrededor del cual se organiza la atención a la demanda femenina. La mujer será una buena gestante, una buena parturienta y una buena puérpera si enfrenta con esmero y valentía cada mo-

03-J. Ortega Canto.pmd 111 25/10/2011, 8.53

mento. Ello dependerá de cómo transcurrió su vida desde el momento del inicio de la gestación, de si su esposo le cumplió sus deseos, le evitó disgustos, la llevó a sobar, procuró contara con una alimentación adecuada, estuvo pendiente del inicio de su parto, la ayudó durante el mismo y luego en las tareas domésticas durante los primeros ocho a quince primeros días del puerperio, y, si supo cumplir pacientemente los días de abstinencia sexual, como los aspectos más importantes.

Esta construcción popular habla de un compartir el proceso reproductivo. Si bien la biomedicina y la cultura en general, han hecho de la reproducción un proceso que refiere al cuerpo de las mujeres, la cultura a través de las parteras, ilustra el papel del varón como protagónico. Del varón y su desempeño dependerá en gran medida dicho bienestar, cuyo significado social refiere a una interrelación indispensable para que la mujer enfrente dicho proceso. El varón es el otro cuerpo que dará de sí para que el cuerpo femenino albergue durante nueve meses al nuevo integrante. Testimonio de cuerpos sanos, de "sangre fuerte". Este hecho otorgará mayor valía a la mujer, quien se hará merecedora de mayores atenciones por parte del marido y demás actores participantes.

El inicio de la madurez biológica aparece como algo que se resuelve de manera predominante entre la red femenina; sin embargo, la partera es una figura que certifica si se trata de la primera menstruación o menarca, y ayuda a las madres como proveedora de información y significados sociales que las púberes deberán incorporar a su saber. El "pasmo" y su clasificación es para las curadoras y el hierbero, un síndrome que involucra conocimientos que aportan una semiología clínica, junto a prácticas especializadas en herbolaria. Este trastorno es motivo de demanda femenina, junto con las recomendaciones anticonceptivas de las que no aceptó hacer mayor alusión nuestra informante. El "pasmo", junto con el "sobreparto", son síndromes culturales que imbrican procesos bio-sociales en los que el proceso de salud/enfermedad/atención puede ser visto como una construcción en la que cuerpo, naturaleza y sociedad se integran de manera armónica.

La maternidad es para las parteras una función primordial de la mujer, destinada por Dios. Es esta función en sí misma que permite contar con beneficios de todo tipo, especialmente del esposo comprometido moralmente con ella. La partera es la actora que reproduce y transmite las representaciones sociales alrededor de la maternidad, los derechos y obligaciones femeninas y masculinas respecto a la reproducción. Las continuidades y discontinuidades culturales tienen que ver con lo que ella promueve. Así como el inicio de la madurez biológica y la etapa puerperal son patrimo-

03-J. Ortega Canto.pmd 112 25/10/2011, 8.53

nio de la red femenina, el embarazo y el parto los comparte con la biomedicina ante el reconocimiento de la eficiencia técnica de estos profesionales para resolver complicaciones obstétricas y perinatales a nivel de lo medicamentoso y de lo quirúrgico, como es la operación cesárea.

La partera es también una consejera de la relación entre hombres y mujeres: recomienda que el embarazo no suceda antes del matrimonio, ya que este ritual garantiza que el hombre se haya preparado como proveedor. Respecto a la relación conyugal durante el embarazo, promueve el derecho femenino a demandar atenciones y afecto, y el derecho masculino de ejercer la paternidad desde la residencia en útero. Si no son satisfechos los «deseos», o la mujer sufre disgustos, ello «pasará al bebé» ocasionando que pueda nacer enfermo, nacer prematuramente, o ser abortado.

Así como la partera maneja representaciones que contraindican las relaciones sexuales durante la menstruación, por considerar que son días fértiles, así también recomienda la abstinencia sexual al final del embarazo y durante el período puerperal. Restricción que previene riesgos enunciados como temores genéticos, de higiene y protección a la salud femenina durante el embarazo, y como reguladores de la fecundidad.

Al momento de la "sobada" las curadoras proveen de información, reconfortan y recomiendan conductas a seguir. Asimismo, auscultan, diagnostican la posición del bebé, y la buena o mala evolución del embarazo. Durante el parto organizan un escenario en el que los distintos actores tendrán funciones específicas. La eficiencia técnica tiene relación con el ambiente en el que la invocación divina está presente; el esposo como el ser más cercano y necesitado después de la partera, y la suegra o la madre que cocinan, vigilan a los demás niños y rezan, son aquellos elementos que alimentarán el valor femenino.

La parturienta tiene el derecho a seleccionar el lugar y cuantas posiciones quiera probar al momento del período expulsivo. Puede pararse, caminar o sentarse cuantas veces ello implique un intento por aminorar su malestar. Puede preguntar, hablar, llorar, siempre y cuando responda a la conducción de la partera. La partera tiene la capacidad para diagnosticar la altura de la presentación, así como el rango de dilatación del cuello del útero. Ante un parto tardado, la mujer es quien decide si se toma un tiempo más, o ya no puede seguir adelante, circunstancia que la partera tomará como definitiva para canalizar la atención a nivel institucional. El valor como factor que salvará a la mujer de acobardarse y sufrir distocias y "ataques", va en relación directa con evitar «un cuerpo cortado» (cesárea), ya que le provoca una segunda "llaga" y prolonga la recuperación.

03-J. Ortega Canto.pmd 113 25/10/2011, 8.53

Las curadoras conocen la superioridad técnica de los médicos, teniendo como ejemplo de ello, la operación cesárea que salva vidas de mujeres y niños. Al mismo tiempo que identifican la incredulidad por parte de este personal, respecto a la medicina que ellas practican. Algunos ejemplos fueron: no saber sobar para evitar la cesárea, y la cura del "sobreparto" con su «medicina caliente». Aunado a ello, saben que la gente de la comunidad demandaba con cada vez mayor frecuencia, la atención de los médicos en el proceso de embarazo-parto, ante lo cual, pronosticaron mayor número de cesáreas y "sobrepartos", debido a que los médicos no sabrán dar recomendaciones, ni cuidar y vigilar a la manera de las parteras.

La partera evaluó como positiva la atención médica, y estableció diferencias cualitativas entre los dos modelos de atención. En el modelo popular, el bienestar afectivo es el garante del proceso, pues la mujer convencida, lucha por su vida y la de su hijo; en el biomédico, predomina la eficiencia técnica de los médicos, de la que parece depender casi todo.

En el período puerperal, la partera efectúa un seguimiento estrecho de los loquios, de la producción láctea y del amamantamiento del bebé junto con la cicatrización del ombligo. El encierro, los baños, la alimentación especial, la sobada y la amarrada son las prácticas en las que se apoya para prevenir el "sobreparto".

Es claro que el saber de los médicos está construido sobre representaciones sistematizadas y de alta complejidad técnica-conceptual, dada su referencia a la anatomía y fisiopatología de los procesos relacionados con cada momento o etapa de los procesos reproductivos, y, conforma un cuerpo especializado del conocimiento científico. En la relación de consulta que establecen las mujeres y sus esposos con los médicos, la función diagnóstica domina dicho quehacer, para derivar a una práctica de atención. Así, si se trata de una mujer que acude a su control de embarazo, los médicos poseen una metodología de trabajo que impone una rutina a seguir, orientada a la búsqueda de la alteración, que pueda provocar un trastorno, o informar claramente de algún padecimiento. Es la alteración anatomofisiológica la que rige la atención del médico respecto a sus pacientes. Solamente si la mujer o su esposo solicitan atención hacia otra esfera, como la afectiva y la social, el médico abrirá un espacio diferente en su proceso de auscultación, diagnóstico y tratamiento. Esta postura es una ausencia metodológica.

El cuerpo femenino es visto desde su comportamiento fisiológico, el cual está basado en estándares clínicos en los que signos vitales, altura uterina y frecuencia del latido fetal durante el embarazo, por ejemplo, son indica-

03-J. Ortega Canto.pmd 114 25/10/2011, 8.53

dores de qué tan bien marcha el proceso. Esta predisposición hacia lo orgánico está cifrada en la responsabilidad que siente el médico respecto a la importancia de una evolución normal de las etapas del proceso reproductivo en cada paciente. Si esta eficiencia se descuidara, el riesgo de que la mujer pudiera sufrir alguna complicación que ponga en peligro su vida y la de su hijo o hija, impacta de manera importante esta alerta permanente del personal médico.

Por ende el médico vive con tensión cada acto clínico, está predispuesto a observar a su paciente, de manera cosificada, es decir, el bebé dentro del útero durante el embarazo; los signos y síntomas que le indican si el proceso de parto está desarrollándose satisfactoriamente a fin de no perder de vista algún otro signo de alarma; la involución del útero durante el puerperio, como los ejes alrededor de los cuales los médicos construyen la relación médico-paciente. La enfermera en su desempeño tecnificado, sólo puede distinguir como importante su propio desempeño. Difícilmente ella ha podido desempeñar una función más cercana a la realidad de las mujeres que acuden en demanda de atención.

Los médicos son expertos conocedores de cuanta complicación pueda suceder en cada momento o etapa, y las medidas de atención urgentes contrastan con el poco espacio que esta carga eficientista le deja. Este posicionamiento les impide representarse a la mujer más allá de un cuerpo proclive a la gestación, o que ha perdido tal función, aunque su discurso haga siempre mención de la esfera psicoafectiva. El personal de salud, sean médicos o enfermeras no exploran las representaciones que la mujer maneja respecto a su cuerpo, sus afectos, su relación conyugal, su sexualidad, sus temores, angustias y ansiedades, sus ilusiones, la importancia que para ellas y ellos adquiere la red de apoyo; los espacios para recibir al recién nacido, las posibilidades alimenticias, dejando de reconocer que en su conjunto, estas dimensiones de la vida cotidiana, influyen en el proceso reproductivo.

Sin embargo, en la narrativa de los médicos pudo observarse que reconocen la existencia de representaciones populares para con las que nunca mostraron una franca oposición o rechazo, y sí condescendencia; una postura conciliatoria y respetuosa. Ello tal vez, pueda deberse a que el médico reconoce que también ha heredado representaciones de su grupo familiar, que no coinciden a las de su acervo biomédico, de ahí el lugar que pueda permitirse hacer para con las representaciones de los y las usuarias de los servicios.

Esta dimensión que se filtra entre representaciones biomédicas, podrá estudiarse a futuro, investigando si el ejercicio de la profesión les impone a los

03-J. Ortega Canto.pmd 115 25/10/2011, 8.53

médicos y demás personal de salud una ideología que irrumpe la riqueza de los contenidos recibidos en el seno del grupo familiar. Si existiera el reconocimiento al saber de los otros, la mirada médica lograría una visión más integral de los procesos y actores de la salud/enfermedad. Un ejemplo es la menopausia; la narrativa de signos y síntomas no fue aplicable a la población femenina a la que atienden. Es claro que el personal de salud conoce el proceso reproductivo, pero, desde un lente que limita su interacción con los grupos humanos, y una mejor apreciación de los procesos de relación humana involucrados.

La narrativa médica, su investidura, espacios y formas organizativas muestran una cultura ajena a la de los grupos familiares. Los espacios y la imagen aséptica del médico y de la enfermera, sus representaciones técnicas, evidencian una visión biológica de manera preponderante. La vida de la mujer en su relación de pareja, así como sus hijos, familiares y vecinos, no forma parte del historial que el médico recoge; como si la vida en sociedad no influyera en el proceso de salud/enfermedad/atención. El saber popular integra el proceso reproductivo femenino como un proceso sociocultural, lo hace ante sus carencias tecnológicas. La cultura médica vigila la vida, lucha contra la muerte y se olvida de que las mujeres no sólo enfrentan un cuerpo en constantes transformaciones, sino que dicho proceso va ligado a implicaciones sociales determinantes.

La relación de los médicos con los grupos familiares no existe en el sentido estricto del término. Se relacionan con la persona que demanda atención hacia algún órgano en particular, sin reconocer que cada paciente en sí mismo, es una construcción social. A través de la mujer que consulta, se hacen presentes las percepciones y entendimientos de varios grupos familiares por el que demandan atención, y que distan de sus contenidos biomédicos. Los médicos parten de que su saber, por ser "científico", no requiere de conocer el saber de los otros, perdiendo de vista que en la concepción del síntoma más sencillo, la interpretación del otro influye en la vivencia de la enfermedad.

Si el contexto económico, político y social desplaza el saber popular, en cuanto al método para atender la salud-enfermedad, la construcción de los grupos familiares en relación a este proceso, no es importante. Cómo lograr las pretensiones de una medicina integral desde la biomedicina, si la salud-enfermedad de las mujeres es vista y atendida desde una posición de poder en cuanto a saber, aislando a las mujeres de las circunstancias de su contexto y de los actores con ellas involucrados. La práctica médica deberá reconocer que se limita a la función técnica de disminuir las muer-

03-J. Ortega Canto.pmd 116 25/10/2011, 8.53

tes maternas e infantiles, no pudiendo atender la reproducción humana como proceso en el que la biología es la dimensión en la que se concreta la diversidad de factores de la realidad social.

Solamente el reconocimiento de cada saber, fundamentalmente, del biomédico al popular hará posible que puedan darse servicios de atención más empáticos, más humanos, y que la formación de parteras como patrimonio cultural continúe en el tiempo, en los términos de la propia medicina maya. Los estudios de esta naturaleza no buscan evaluar la asertividad o no de las representaciones populares, sino restituirlas al saber del que forman parte.

Notas

(1) Méndez, García y Cervera realizaron un estudio estadístico sobre las muertes infantiles en los tres estados de la Península de Yucatán: Campeche, Yucatán y Quintana Roo, asociados a niveles de marginación, en el periodo de 1990-2000, encontrando una desigual distribución entre los municipios seleccionados por cada estado. Lo notables es que si bien a nivel nacional y estatal, los datos informan de una disminución de estos fallecimientos, el estudio de las autoras evidencia que analizando estos valores a nivel municipal, la mortalidad infantil se agravó en la península de Yucatán. Destacan en este sentido, algunos municipios ubicados en la costa y en la ex-zona *henequenera* (Méndez R. M. - García. A. - Cervera D. 2004).

(2) "La Interculturalidad en salud puede definirse, como la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos de cuerpo biológico, social y relacional (...) en el plano operacional se entiende la interculturalidad como potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena (...) respetando y manteniendo la diversidad (...)" (Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud 1997). Esfuerzos de autores como Gonzalo Solís (Solís G. 2003), Piñón Lerín (Lerín P. 2004), Manuel Martín (Martín M. 2008) logran aportes conceptuales y operativos que sirven para una mejor comprensión y aplicación de este enfoque a través de grupos intelectuales y políticos en México.

(3) El proceso reproductivo femenino (Prf) es conceptualizado en el trabajo de la autora como una categoría de análisis que dinamiza la reproducción como el contínuum de eventos y etapas que conforman un todo difícil de escindir; vivido y compartido por mujeres y hombres, motivando variadas formas de interacción en cada grupo social. Esta categoría permite aprehender la relación entre factores biológicos y socioculturales de manera que las representaciones y significados sociales de las mujeres y sus parejas heterosexuales, así como demás actores fundamentales que intervienen en este proceso que inicia con la menarca y la menstruación, para seguir con el embarazo, el parto y el puerperio, y terminar con la menopausia, contempla además, las prácticas de la anticoncepción, el aborto y el infiltrado de la sexualidad, las representaciones y prácticas durante el PRF son influidos por los cambios sociales e ideológicos que impactan a través del tiempo, las formas de entender y atender el proceso de salud-enfermedad-atención.

(4) La sobada y la amarrada son las prácticas de atención por excelencia de las sobadoras y parteras, en términos de su capacidad diagnóstica y psicoterapéutica, así como de prevención de alteraciones en la posición del bebé.

(5) Del estudio de (Beyene Y. 1978) en el que compara las vivencias de la menopausia en mujeres de sociedades no industrializadas: griegas y mayas de Yucatán México, la autora aporta una explicación biológica y social a la edad en la que se presenta este evento en uno y otro grupo

03-J. Ortega Canto.pmd 117 25/10/2011, 8.53

estudiado. Explica que en el grupo de mujeres mayas se da de manera temprana (42 años), mientras que a las griegas (47 años), de ahí su hipótesis respecto a la influencia del ambiente (dieta y actividad física) y el patrón reproductivo. Para las mujeres mayas, su mala alimentación afecta no solamente el crecimiento y desarrollo, sino también el desarrollo hormonal; su matrimonio temprano, sus embarazos consecutivos y los continuos periodos de amenorrea después de los alumbramientos y durante los períodos de lactancia, protegen el cuerpo de la estimulación de estrógenos evitando la presencia de bochornos y de la osteoporosis.

(6) Se intentaron cuantificar los casos de un año, lo cual no fue posible debido a que este tipo de trastorno quedaba integrado al registro de casos referidos como amenorrea y sangrados disfuncionales.

(7) Es necesario aclarar que la palabra "síndrome" no la usa la gente como tal, sino que nos referimos a la capacidad de la cultura para elaborar y sistematizar experiencias que se traducen en conocimientos que a la medicina maya le han permitido comprender desde la etiología, sintomatología, una propia fisiopatología, y la respuesta individual y colectiva en la que los significados sociales juegan en el arsenal diagnóstico y terapéutico, logrando una eficiencia cultural. Lo mismo ocurre en la medicina alópata o biomedicina. De ahí que cada medicina presta atención al "itinerario diagnóstico y terapéutico" del enfermo a manera de la búsqueda de modelos explicativos (Kleinman A. 1978). Así, es necesario contar con varios niveles de concreción (Hersch P. - Haro A. 2007) a fin de distinguir desde posicionamientos, grupos, roles, circunstancias lo que involucra dicho itinerario. Esto es, la perspectiva médica clínica (desease) la perspectiva de la persona enferma, sus familiares e integrantes de su red social y su respuesta a los signos y síntomas, e incapacidad o padecimiento (*illness*), así como el malestar (*sickness*) o la manera como se socializa la enfermedad en un contexto dado.

Bibliografía

Aguirre Gonzalo (1986), *Antropología Médica*, Ediciones de la Casa Chata - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Beyene Yewoubdar (1989), *From Menarche to Menopause. Reproductive lives of peasant women in two culture*, State University of New York Press, Albany.

Cunninham Myrna (2002), *Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua*. www. paho.org/spanish/hdp/hdd/etn/.

Hersch Paul - Haro Armando (2007), *¿Epidemiología sociocultural o Antropología Médica? Algunos ejes para un debate interdisciplinar*, Universitat Rovira i Virgili, Conferencia de clausura en el VII Coloquio de Redam: *Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente*, Tarragona.

Jodelet Denise (1989), *Les représentations sociales*, Press Universitaire de France, Francia.

Kleinman Arthur (1978), *Concepts and model for the comparision of medical systems as cultural systems*, "Social, Science and Medecine", vol. 12, 1978, pp. 85-93.

Le Breton David (2002), *Antropología del cuerpo y modernidad*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

Lerín Piñón (2004), *Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta*, "Desacatos", n. 15-16, 2004, pp. 111-125.

Martín Manuel (2008), *Multiculturalismo, Interculturalidad y Comunicación*, Ediciones Maldonado Editores del Mayab, México.

Méndez Rosa M. - García Ana - Cervera María D. (2004), *Mortalidad Infantil y marginación en la península de Yucatán. Investigaciones geográfica*, "Boletín del Instituto de Geografía Universidad Nacional Autónoma de México", 2004, pp. 140-163.

03-J. Ortega Canto.pmd 118 28/11/2011, 15.22

Menéndez Eduardo (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo (1990), *Antropología Médica, Orientaciones, Desigualdades y Transacciones*, Ediciones de la Casa Chata - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa Chata, n. 179).

Menéndez Eduardo (1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo (1997), *El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad,* "Revista Relaciones", vol. XVII, n. 69, invierno 1997, pp. 238-270.

Menéndez Eduardo (1998), *Estilos de vida, riesgos y construcción social conceptos similares y significados diferentes*, "Estudios Sociológicos de El Colegio de México", vol. XVI, n. 46, 1998, pp. 37-67.

Osorio Rosa M. (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos y los padecimientos infantiles*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Ortega Judith (1999), *Proceso reproductivo femenino: saberes, géneros y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*, Tesis de doctorado en antropología, El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán, México.

Ortega Judith (2006), *Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los mayas de Yucatán*, "Salud Colectiva. Salud y Género", n. 2, 2006, pp. 75-89.

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (1997), *Memoria del "Primer Encuentro nacional de Salud y Pueblos Indígenas: hacia una Política Nacional Intercultural en Salud"*, Saavedra, Región de la Araucaria, Chile.

Pacheco Jorge (2007), *Cambio y continuidad sociocultural en la región sur del campo yucateco*, Universidad Autónoma de Yucatán - Ediciones Plaza y Valdés, México.

Quattrocchi Patricia - Guemez Miguel (2007), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Asociación de Investigaciones Etnoantropológicas y sociales de Trieste - Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" Universidad Autónoma de Yucatán - Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades Mérida - Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del estado de Yucatán - Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Delegación Yucatán, México.

Redfield Robert - Park Margaret (1940), *Enfermedad y su tratamiento en Dzitáz, Yucatán*, Carnegie Institution, Washington D.C.

Rodríguez Elsa - Uicab Francisco - Ortega Judith (2003), *Las muertes maternas en Yucatán. Un llamado para Investigación-acción*, "Revista Biomédica", n. 14, 2003, pp. 215-216.

Solís Gonzalo (2003), *Modelo Intercultural de atención a la salud con los pueblos indígenas de México: una perspectiva de equidad y democracia*, Honorable Cámara de Diputados LVIII Legislatura, México.

Verdier Yvonne (1979), *Facons de dire, facons de fair*, Editions Gallimard, Paris.

Young Allan (1982), *The anthropologies of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", vol. 11, 1982, pp. 257-285.

Nota sobre la Autora

Judith Ortega Canto: Mexicana, profesora-investigadora del Centro de investigaciones regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Unidad de investigaciones biomédicas y Departamento de medicina social y salud pública. Universidad autónoma de Yucatán. Es médica

03-J. Ortega Canto.pmd 119 25/10/2011, 8.53

cirujana egresada de la Universidad autónoma de Yucatán, con maestría en medicina social por la Universidad autónoma metropolitana - Unidad Xochimilco, y doctorada en ciencias sociales por El colegio de Michoacán. Ha dirigido programas universitarios de extensión de cobertura en salud para población en colonias populares; fundadora de la Red regional de estudios de género en el sureste mexicano; socia fundadora de la Sociedad yucateca de historia y filosofía de la Medicina. Ha presidido las propuestas del Museo Universitario de la historia de la medicina en Yucatán, así como del Observatorio de la violencia social y de género para el mismo estado, entre otras obras sociales.

Sus publicaciones se vinculan a los grupos que viven la marginalidad social, evidenciado en un amplio número de productos entre los que sobresalen, su libro *Henequén y salud*, sus artículos sobre *El perfil de salud-enfermedad en internos del centro de readaptación social del estado, El perfil social y psicológico de los internos del hospital psiquiátrico del estado*, y el estudio sobre *Leishmaniasis en milperos de Campeche*: una experiencia desde la antropología médica. En relación a sus estudios sobre salud, género y servicios de salud ha generado artículos tales como: La salud reproductiva, su dimensión epidemiológica y sociocultural: estudio de caso en Yucatán; Proceso reproductivo femenino: género, generaciones y actores sociales. Una reflexión desde el contexto yucateco. Género y generaciones: la conducta reproductiva en los Mayas de Yucatán. Su libro en prensa: Género, generaciones y transacciones: reproducción y sexualidad en Mayas de Yucatán. Actualmente desarrolla estudios médico-antropológicos sobre los cánceres en mujeres Mayas. Dirección electrónica: ocanto@uady.mx

Resumen

Miradas entre biomédicos y parteras Mayas: el proceso reproductivo femenino

El artículo refiere a la construcción sociocultural de actores sociales representativos de dos sistemas de salud respecto al proceso de embarazo-parto-puerperio, iniciando con la primera menstruación y terminando con la menopausia. Las representaciones sociales abstraídas del análisis antropológico, ilustran el quehacer de estos actores sociales en términos de sus relaciones interpersonales y grupales, la mirada a las mujeres como cuerpos gestantes o en el alumbramiento, los elementos que sobre autocuidado y prevención son fundamentales, la manera de influir en la actuación de quienes rodean a las mujeres y el peso que se otorga a la vida afectiva y de relación. Las diferencias en el pensamiento entre los terapeutas Mayas y biomédicos, nos trasladan al papel social o tarea que cada medicina tiene. La mirada entre ambos grupos corresponde a la posición de poder de la biomedicina, y a las razones que explican la trascendencia y resistencia de la medicina popular maya.

03-J. Ortega Canto.pmd 120 25/10/2011, 8.53

Riassunto

Incroci di sguardi: bio-medici e levatrici maya intorno al processo riproduttivo femminile

L'articolo affronta la questione della costruzione socioculturale di attori sociali rappresentativi dei due sistemi di salute (biomedico e tradizionale) rispetto al processo di gravidanza-parto-puerperio, dal menarca alla menopausa. Le rappresentazioni sociali emergenti dall'analisi antropologica illustrano l'operato di tali attori nei termini delle loro relazioni interpersonali e di gruppo, la visione delle donne come corpi gestanti o partorienti, gli elementi fondamentali dal punto di vista dell'autocura e della prevenzione, i modi di agire e influenzare le azioni da parte di persone che ruotano alle donne, e il peso conferito alla vita affettiva e relazionale. Le diversità di pensiero fra operatori maya e bio-medici, ci portano a valutare consapevolmente il ruolo sociale di ogni forma di medicina. Lo sguardo incrociato fra i due gruppi riflette la posizione di potere della biomedicina e insieme evidenzia ragioni che spiegano la trascendenza e la resistenza della medicina popolare maya.

Résumé

Surveillées entre biomédecins et des sages-femmes Mayas: le processus reproducteur féminin

Cette étude concerne la construction socioculturelle des acteurs sociaux représentatifs de deux systèmes de santé par rapport au processus de grossesse-accouchement, tout en commençant avec la première menstruation et finissant avec la ménopause. Les représentations sociaux dérivées de l'analyse anthropologique montrent les activités de leurs représentants, en ce qui concerne leurs rapports personnels et de groupe, le regard aux femmes comme corps gestants ou accouchants, les composants fondamentaux sur auto-soin et prévention, la façon d'agir de ceux qui entourent les femmes, l'importance consacrée a la vie affective et de relation a fin de préserver la santé. Les différences dans la pensée entre les thérapeutes mayas et les biomédecins nous remontent au rôle social que chaque médecine possède. Le regard entre les deux groupes entraine la place de pouvoir de la biomédecine et les raisons qui expliquent la continuité et la transcendance de la médecine populaire maya.

Abstract

Crossing glances: bio-physicians and Mayan midwives around the female reproductive process

The paper refers to the socio-cultural construction of representative social actors from two systems of health in relation to the pregnancy-childbirth-puerperium process, that

03-J. Ortega Canto.pmd 121 25/10/2011, 8.53

begins with the first menstruation and finishes with the menopause. The social representations abstracted by the anthropological analysis, illustrates the labor of this social actors in terms of their group and interpersonal relations, the glance to the women like pregnant bodies or in the childbirth, the elements about self care and prevention which are fundamental, the way to influence in the performance by those who surround to the women and the weight that is granted to the affective life and of relation. The different perspectives between the Mayan therapists and those from Biomedicine and their social role or the ways in that they are working must be considered. The analysis of both groups shows the power position of biomedicine, and to the reasons that explain the importance and resistance of the Mayan folk medicine.

03-J. Ortega Canto.pmd 122 25/10/2011, 8.53

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 123-152

Nexikole y texoxa: *el daño por brujería como categoría nosológica Nahua*

Antonella Fagetti

Instituto de ciencias sociales y humanidades, Benemérita Universidad autónoma de Puebla
[antonellafagetti@yahoo.com.mx]

Introducción

Procurar el mal sin la necesidad de enfrentarse abiertamente a quien se quiere perjudicar es ciertamente una de las ventajas que ofrece la brujería, digamos que es su premisa. La brujería y la hechicería son tan viejas como la humanidad. Noticias y pruebas de su existencia las encontramos en la historia de los pueblos antiguos y en las etnografías de los pueblos llamados "primitivos", y sigue siendo todavía hoy en México una de las principales causas de todo tipo de infortunios y padecimientos que podemos resumir bajo el nombre comúnmente usado de "daño por brujería" (1).

En el ya muy célebre libro *Brujería, magia y oráculos entre los Azande*, Evans-Pritchard presenta la peculiar diferenciación que este pueblo africano establece entre brujos y hechiceros. Los primeros serían aquellos que pueden hacer el mal «en virtud de una cualidad inherente», es decir, por contener en su cuerpo una «materia de brujería» que es propiamente la causante del daño, por lo cual el brujo no necesita celebrar ritos, pronunciar conjuros y tampoco poseer medicinas. Por el contrario, los hechiceros enferman «mediante la celebración de ritos mágicos con medicinas malas» (Evans-Prtchard E.E. 1976 [1937]: 47).

La distinción operada por los *Azande* entre brujería/hechicería y brujo/hechicero, o las características propias de la brujería y las brujas estudiadas por (Baroja C. 1968 [1961]) y (Ginzburg C. 2008 [1989]), quienes a partir de siglo XV fueron objeto de persecución, no necesariamente corresponden a las propias definiciones e interpretaciones que los pueblos indígenas de México han creado de lo que, de manera general, podríamos definir como los conocimientos y las prácticas que pretenden provocar enfermedades, infortunios, accidentes, e incluso la muerte, mediante la manipulación

04-A. Fagetti.pmd 123 28/11/2011, 15.23

de fuerzas y poderes no ordinarios, por parte de personas facultadas para hacerlo, sea por poseer el "don" de nacimiento, sea por haber aprendido los procedimientos necesarios o por haber suscrito un pacto con el diablo (Fagetti A. 2004: 53) (2).

Si bien cada pueblo tiene a sus propios "agentes del mal" (3), no siempre su definición coincide con las connotaciones implicadas en términos como brujo y hechicero que ofrece la lengua española. No obstante, existe consenso en reconocer que quienes procuran el mal a otros poseen ciertos poderes que les son otorgados por revelación por parte de un ente no humano (4) y/o han adquirido gracias a la enseñanza de otros especialistas en la materia. Esta definición es sin duda aplicable también a los curanderos, aquellas personas dedicadas a curar las "enfermedades tradicionales", conocidas también como síndromes de filiación cultural (Zolla C. *et al.* 1992, Fagetti A. 2004), aunque no todos tienen la capacidad de liberar a las víctimas de los maleficios hechos por brujos. Lo que distingue a unos y otros no es sino la intencionalidad, la finalidad que acompaña la acción y, finalmente, la dirección que ésta toma: hacia el bien o hacia el mal. También sabemos que el brujo y el curandero (5) no son figuras opuestas e irreconciliables en todos los casos; es frecuente que sus cualidades maléficas y benéficas se fusionen en un solo personaje, el cual – según las circunstancias y el solicitante de sus servicios – actuará en un sentido o en otro.

Ambos especialistas celebran rituales en los que recitan plegarias, encienden veladoras, invocan a sus auxiliares, pronuncian el nombre de la persona a la que dirigen la acción haciendo explícito también lo que quieren obtener, lo que varía – como decía – es el objetivo perseguido (6). Uno daña y el otro repara, uno pone y el otro quita. El principio que subyace a ambas prácticas, por tanto, es el mismo: la capacidad de quien ejecuta el rito, poseedor de facultades extraordinarias reveladas o adquiridas, de influir en la persona que está en el centro del acto perjudicándola o beneficiándola.

El potencial del que todo brujo está dotado se refleja en numerosas habilidades que pone en práctica cuando le son requeridos sus servicios o por iniciativa propia. Una de ellas, y probablemente la más extendida, se dice que es la capacidad de perjudicar a la víctima enviándole una sustancia portadora del maleficio. Se afirma también que los brujos lanzan objetos al cuerpo de sus víctimas, mismos que son extraídos por el curandero del lugar donde se han alojado. El vehículo se introduce en el cuerpo; siendo extraño a él, y al estar cargado de una fuerza negativa, comienza su labor: produce malestar, dolor en la parte afectada y, en general, altera el equili-

04-A. Fagetti.pmd 124 25/10/2011, 8.54

brio vital de la persona. Sustancias, piedras, cristales de roca, dardos y flechas invisibles se ocultan en el cuerpo del especialista; son el arma que éste utiliza, de la que a menudo ha sido dotado en el proceso de iniciación y adquisición de poderes, cuando algún ente no humano u otro especialista la introduce en su persona. Son claros, en este sentido, los ejemplos referidos por Hubert y Mauss sobre los "poderes mágicos" de los "magos" pertenecientes a diversos pueblos australianos (1951); o el caso ya citado de los Azande, quienes adjudican al brujo la capacidad de enviar la "materia de brujería" al cuerpo de la víctima (Evans-Pritchard E. E. 1976 [1937]). Jean-Pierre Chaumeil describe como una característica de los chamanes de la región del Alto Amazonas la posesión de proyectiles invisibles que recibieron de los espíritus de la selva durante su iniciación. Las flechas son guardadas en estómago, pecho, brazos, y son nutridas con sangre y jugo de tabaco, para que puedan crecer y auto reproducirse (Chaumeil J.-P. 1995: 27).

En México, encontramos una característica muy parecida a la señalada anteriormente, según explican los curanderos. El que sabe hacer daño también introduce huesitos, plumas, cáscara de café, granos de maíz, piedritas, en el cuerpo de quien es objeto de maleficio, lo que a menudo el especialista "extrae" mediante succión, es decir, "chupando" la parte afectada. Ésta podemos considerarla una técnica muy antigua y difusa en gran parte de los pueblos indígenas. La introducción de un agente patógeno siempre tiene como contraparte su extracción, la cual, si se realiza mediante la succión, permite la salida del daño materializado, es decir que el especialista le presenta al paciente lo que estaba provocando su malestar (7). No obstante, hay quien "chupa" sin tener contacto con el cuerpo del enfermo, o quien "desaparece el daño" mediante una limpia, procedimiento por medio del cual el curandero pasa por el cuerpo del paciente huevos, piedra alumbre, veladoras, plantas aromáticas y chiles, que se utilizan justamente para absorber el daño y alejar las energías negativas causantes del maleficio (Fagetti A. 2004: 53 y siguientes).

Ocurre que el daño sea suministrado por medio de alimentos o bebidas que se mezclan o espolvorean con sustancias previamente "preparadas", uno de los ingredientes puede ser un polvo obtenido con huesos molidos, sustraídos de un panteón. El maleficio ingerido produce los mismos síntomas que aquél contenido en un envoltorio – también arreglado con tierra de panteón o sal – el cual se deja cerca de la casa de la persona que se quiere maleficiar. En ambos casos, por ingestión o contacto, aunque no directo, son las emanaciones nefastas del preparado las que enferman. Lo interesante es que, mientras que en el segundo ejemplo el daño se retira

04-A. Fagetti.pmd 125 25/10/2011, 8.54

con una limpia, en el primero, además de la limpia, es necesaria una purga que expulse "físicamente" – mediante evacuación – el "mal puesto".

Otras técnicas empleadas para "dañar" responden a dos tipos de magia evidenciados por James Frazer, cuya teoría sigue siendo válida para el estudio de la brujería, a pesar de que este autor considera que los presupuestos de ambas son "equivocados": «La magia homeopática cae en el error de suponer que las cosas que se parecen son la misma cosa; la magia contagiosa comete la equivocación de presumir que las cosas que estuvieron una vez en contacto siguen estándolo» (Frazer J. G. 2003: 35). El procedimiento se describe de este modo: el especialista inflige a un "representante" de su víctima el daño que quiere causarle. Es así que se sirve de una fotografía o fabrica un "muñeco", por ejemplo, con una de sus prendas, utilizando también sus cabellos, y le introduce espinas o alfileres, o lo entierra en el panteón o en el bracero. De este modo, la persona sufre dolores en todo el cuerpo, o se extingue lentamente porque está enterrada con un muerto o en un lugar caliente que le causa fiebres continuas. Estas prácticas responden a los principios de la magia simpática, que remite a la identidad existente entre el objeto y la víctima, y de la magia contagiosa, que apela al vínculo entre el todo y sus partes, por lo cual recortes de uñas, cabellos, excreciones corporales, en suma, todo lo que "perteneció" a la persona, incluyendo prendas, zapatos y cualquier objeto personal, puede ser utilizado en su contra. No existe una distinción tajante entre magia simpática y contagiosa, como el mismo Frazer apunta; por el contrario, los componentes de ambos tipos de magia se mezclan y se funden en uno solo.

El nombre de la víctima también es pronunciado por el malhechor, lo cual denota nuevamente la existencia de un lazo simbólico que lo une a la persona objeto de brujería. Mientras que el nombre evoca a la persona, sus pertenencias contienen su esencia, su fuerza vital, por lo cual el "representante" no es simplemente imagen o símbolo de la persona, como una de las acepciones que tiene el verbo "representar", sino que es la persona misma que se hace presente en el acto perpetrado en su contra. El mal, por tanto, se inflige directamente a ella en virtud del vínculo que el objeto del maleficio tiene con el maleficiado. Cada parte del cuerpo y cada objeto que ha estado en contacto con él «..."se contagian" de la energía vital y por ello comparten con la persona una relación de consubstancialidad y se convierten en su extensión, la sustituyen y la representan en un contexto simbólico en el cual, acorde con los principios de la medicina tradicional, es posible manipularlos para influir en la persona u obtener determinados fines, como puede ser propiciar la curación o provocar el infortunio, la enfermedad y la muerte» (Fagetti A. 2007a: 74-75).

04-A. Fagetti.pmd 126 25/10/2011, 8.54

Más allá de los medios empleados para perjudicar y procurar el mal y las habilidades de sus practicantes, debemos recalcar que el daño por brujería responde a un padecimiento complejo, que no puede ser calificado simplemente como enfermedad, puesto que un dolor en una pierna, tener el cuerpo cubierto de granos purulentos, haber sufrido un accidente, la sensación de estar enloqueciendo, o la mala suerte en el trabajo y en el amor, se postulan como algunas de sus múltiples manifestaciones.

La limpia es el recurso más usado por los curanderos para hacer frente a padecimientos, aflicciones, infortunios y desgracias; constituye la piedra angular de la medicina tradicional mexicana, porque sustenta uno de sus principios generales que puede ser explicado así: «el cuerpo humano es un "cuerpo energético" que produce energía para vivir, la cual circula en cada una de sus partes para mantenerlo con vida. El cuerpo es permeable y receptor de fuerzas externas a él, está en continua comunicación con su entorno con el cual intercambia y recibe energía buena y mala» (Fagetti A. 2004: 153). La existencia del ser humano está vinculada a y propiciada por esta energía vital que le infunde fuerza y vitalidad, y que se ubica generalmente en el corazón, en la cabeza y en todo el cuerpo, porque circula a través de la sangre. La limpia, además de emplearse para hacer el diagnóstico-pronóstico del paciente – cuando el curandero, por ejemplo, rompe el huevo en un vaso con agua y lo observa – es aplicada, como la palabra lo dice, para limpiar o despojar a la persona de todo mal.

En el cuerpo, se albergan energías negativas que la persona misma genera por enojo, ira, tristeza, o que le son enviadas por otros, por ejemplo, por individuos dotados de una "vista pesada", lo cual genera el padecimiento conocido como el "mal de ojo", o energías que recibe al estar en presencia de un muerto o al deambular por lugares solitarios donde se encuentran los "aires". La enfermedad también se concibe como consecuencia de la ausencia del principio vital, cuando éste abandona al cuerpo por un susto, una impresión provocada por una caída o la súbita aparición de un ser fantasmagórico. Mientras que el aire y el mal de ojo implican la presencia de una fuerza nefasta que debe ser desalojada, el susto se relaciona con la ausencia del "espíritu" – como se nombra a menudo la parte anímica del individuo que sale temporalmente no solamente cuando la persona sufre una fuerte impresión, sino durante el sueño – que debe ser "llamado" por el curandero para ser reintegrado al lugar que le corresponde. De hecho, la eficacia del ritual curativo se debe a que éste «atiende al individuo en su totalidad, al cuerpo, cuyas funciones han sido alteradas y a la persona, cuya integridad ha sido vulnerada». Por tanto, la medicina tradicional es una medicina holística, que contempla al ser humano como un todo con-

04-A. Fagetti.pmd 127 25/10/2011, 8.54

formado por una parte material y otra espiritual, de cuyo bienestar depende la vida del individuo (Fagetti A. 2004: 155-156).

Podemos decir que el mal de ojo, el aire y el susto, con el daño por brujería, son las categorías nosológicas que con más frecuencia encontramos en los pueblos indígenas, que han sido objeto de estudio de antropólogos, tanto en el ámbito de la medicina tradicional como de la antropología médica (Campos R. 1997, Gallardo, J. 2002, Hersch P. 1997, Holland W. 1989 [1962], Lozoya X. - Zolla C.1986 [1983]).

Nexikole y texoxa: *la brujería entre los Nahuas de la Sierra Negra de Puebla*

En la región sudoriental del estado de Puebla, se encuentra Tlacotepec de Díaz, enclavado entre cerros y montañas que conforman la Sierra Negra. Su población está conformada por Nahuas, mientras que el municipio, San Sebastián Tlacotepec, del cual es la cabecera, también está habitado por Mazatecos (8) Según don Mario, el pueblo debió llamarse Tlahcotepetl, que significa "en medio de los cerros".

San Sebastián Tlacotepec es un municipio pobre, con un alto índice de marginalidad. La mayoría de las localidades se ubican a varias horas a pie de la cabecera por veredas y caminos de tierra poco transitables. El clima cálido y húmedo da lugar a precipitaciones pluviales casi todo el año. Esto explica el verdor perenne de la selva que recubre los cerros y los pastizales destinados a la cría de bovinos, así como el crecimiento de maíz, frijol, chile, café, y la abundancia de fruta: mangos, mameyes, naranjas, mandarinas, plátanos, anonas, guayabas.

El municipio ofrece atención médica en la clínica de salud del Instituto mexicano del seguro social y en el Hospital integral de la secretaría de salud, que también atiende a la población de los municipios colindantes de Eloxochitlán, Puebla, y Tezonapa, Veracruz. Desde 2009, en el Módulo de Medicina Tradicional, ubicado a un costado del Hospital, atienden curanderos, parteras y hueseros (9). En la cabecera viven varios terapeutas tradicionales, consultados por lo general por quienes consideran que su padecimiento debe ser tratado por un especialista de la medicina tradicional, por el padecimiento mismo, por la falta de recursos o simplemente por costumbre. A veces, la gente busca alivio con ellos después de haber consultado a un médico alópata sin resultado, o viceversa, primero recurre a los servicios del curandero y después busca a un médico.

Desde hace varios años con algunas estudiantes hemos realizado trabajo de campo con curanderos y parteras, sobre todo de la cabecera (Fagetti A.

04-A. Fagetti.pmd 128 25/10/2011, 8.54

2003 comp., Glockner V. 2003, Mateos E. 2009, Moreno E. 2003, Romero L. 2006a y 2006b). Mis propias investigaciones con algunos *ixtlamatkeh* (10), pero sobre todo con don Mario, me han puesto frente a un hecho irrefutable: si bien los especialistas rituales atienden los principales padecimientos (11) que encontramos por lo general en todos los pueblos indígenas y campesinos de México, a los cuales me referí anteriormente, es decir, el aire, el mal de ojo, el susto y el daño por brujería, es tal vez este último el que aparece como la categoría nosológica que más afecta a la población adulta. No tengo números que soporten esta afirmación, me baso sobre todo en los casos atendidos por don Mario y los comentarios escuchados con los vecinos acerca de algunas muertes que tuvieron lugar en los últimos años. Por otra parte, el de la brujería no es un tema del que se hable abiertamente, lo cual dificulta tener una idea de cuántas personas supuestamente la han padecido, o incluso, han muerto por "maldad".

"Envidia", "maldad" y "brujería" son las palabras más usadas en las conversaciones en español, que traducen y corresponden no solamente a diferentes expresiones del náhuatl, sino a nociones propias que denotan una particular concepción vinculada a este complejo fenómeno. *Nexikole*, remite a la envidia y *mitsnexikolita* significa "te envidian", pero estos términos no hacen referencia simplemente a un sentimiento, sino a la acción, es decir, que alguien que te envidia también te está haciendo daño. Por otra parte, se dice *okitlalilihke*, "le pusieron algo...", que en un contexto discursivo específico alude ciertamente a una maldad. En el mismo sentido, *omitskavilihke*, "te lo dejaron...", significa que el daño se ha colocado en un determinado lugar con la intención de afectar a una determinada persona. *Okinexikolitake* se puede traducir como "lo envidiaron con la vista", o sea, "le echaron ojo". *Mitsnavalkua* a su vez significa "el *nahual* te come", cuando el *nawalli* se apropia del tonal de la víctima y lo devora, es decir, que le provoca una muerte repentina (12).

Otras formas de hacer daño son: *techihcha*, "te escupe", cuando alguien escupe y al mismo tiempo piensa en el perjuicio que pretende causar. *Tepipina*, "te chupa", cuando alguien en la noche, bajo la forma de un murciélago, penetra en la casa para chupar la sangre de quienes están dormidos. *Okitokake* se *kokonetl*, significa "enterraron un muñeco"; éste representa a la víctima y se confecciona con una de sus prendas previamente sustraída de su hogar. Finalmente, *okixoxke* también se traduce como "le pusieron algo..."; sin embargo, don Mario y sus familiares ponen énfasis en que el término se utiliza cuando quien ejecuta la acción "es fuerte", tiene mucho poder, pues piensa en el daño y éste tiene efecto de manera inmediata. Anteriormente, el mal debía ser desalojado por algún especialista que

04-A. Fagetti.pmd 129 25/10/2011, 8.54

supiera "chupar", ahora es común que se recurra a una limpia. Entre las diversas formas de procurar un daño, esta última es sin duda la que expresa de manera directa la acción de embrujar, de hecho, *xoxa* significa hechizar o aojar (Molina A. 2001 [1970]) (13).

Las nociones Nahuas que aluden a actos perpetrados por unos en perjuicio de otros se relacionan con una determinada representación y explicación del mundo, es decir, con la cosmovisión como conjunto de ideas, conceptos y creencias que surgen de las interrogantes que todo grupo humano se formula sobre la vida, la naturaleza, el universo y todos los seres que lo habitan. Estas representaciones y símbolos compartidos ordenan sus actos y guían su práctica, especialmente las relaciones que los Nahuas establecen entre sí y con las divinidades, los seres de la naturaleza y los muertos, seres no humanos que pueblan el otro mundo, el mundo invisible, donde también existen los dobles, los Tonalme de hombres y mujeres que habitan el mundo de la vigilia (14). Una característica del *tonal* es la de desprenderse del cuerpo físico y, durante la noche, cuando la persona duerme, acceder a esta otra dimensión de la realidad, donde tiene encuentros afortunados, pero frecuentemente desafortunados, pues se topa con espíritus malévolos o con algún *nawalli* (15) que lo persigue para hacerle daño. *Nawalli* es todo hombre o mujer cuyo tonal, casi siempre cobijado por la oscuridad de la noche, abandona el cuerpo dormido para convertirse en animal (*mokopa okuilli*) (16) y acercarse a alguna casa o aparecerse ante alguien y asustarlo. El poder del nawalli por tanto reside en la capacidad de hacer que su alter ego tome las apariencias de algún animal: guajolote, cerdo, gato, burro, "tigre", perro, tecolote, murciélago, víbora, entre otros (17), así como enviar "con el poder del espíritu", "con el pensamiento", algún animal para que agreda y asuste a la persona que éste quiere perjudicar, o dirigir sus embestidas al doble de su víctima actuando en el otro mundo, de tal manera que ésta soñará, por ejemplo, que muchas víboras la están atacando. Todo lo que sucede en el otro mundo y es experimentado por el *tonal* afecta a la persona, puesto que el tonal es su *alter ego*, es su otro yo que alejado del cuerpo físico puede sufrir todo tipo de percances (18).

Don Mario, *ixtlamatki*, afirma que en ese otro mundo está *teohcan*, donde se encuentran y «trabajan los espíritus malos», que en las experiencias oníricas aparece como un lugar «feo, ni para meterse», donde hay cerros, cuevas, sótanos, selvas, animales salvajes, hierbas que no se pueden tocar porque le pertenecen al *Tepechane* ("Dueño del cerro"), y donde existen también «otras personas que viven allá en el cerro». En las veredas de *teohcan*, donde «casi vas a ver como si fuera de día», los tonalme se pierden y ya no

04-A. Fagetti.pmd 130 25/10/2011, 8.54

encuentran el camino de regreso; de hecho no deberían pasar por ahí, pues se arriesgan a ser capturados y si «se descuidan» son llevados al *teohcan*. «Si andamos sanos, andamos bien, – explica don Mario – pero a veces no faltan los malos, los atacan a medio camino, le decimos *teohcan*. Tú vas en una calle, encuentras un asaltante y no puedes llegar donde tú quieres llegar, así le pasa al espíritu». Estos encuentros causan irremediablemente enfermedad porque, como comentaba anteriormente, lo que le sucede al doble afecta a la persona física y anímicamente, como explica el mismo *ixtlamatki*: «Nosotros no valemos nada sin nuestro *tonal*, si nuestro espíritu lo atacan, nosotros podemos ir en cinco minutos al panteón, nos morimos. El espíritu es el que nos hace vivir».

Entonces, el *nawalli*, especialista del mal, dirige sus actos hacia el *tonal*, la entidad anímica fuente de vitalidad y fortaleza para todo ser humano, de la cual depende su bienestar y salud, es decir, su existencia. Son muchas las formas en que lo hace, los casos atendidos por don Mario muestran varios métodos y medios que al mismo tiempo ejemplifican la práctica común a los *nawalme* de Tlacotepec.

¿Quién hace el daño? ¿Cuáles son los motivos que inducen a alguien a dañar a otro? ¿Cómo lo hace y qué consecuencia tiene para el afectado? Son todas preguntas que se hace el investigador frente a personas que se declaran enfermas y que buscan el alivio con el *ixtlamatki*.

Está ampliamente comprobado que el móvil de la brujería son los problemas que se suscitan entre vecinos, familiares cercanos y parientes. Conflictos no resueltos o que no dejan satisfecha a una de las partes, o la envidia que suscita el individuo que posee lo que otros no tienen: un sinnúmero de razones que despiertan el deseo de revancha, venganza, castigo, ante el cual la brujería se presenta como una solución relativamente fácil, un arma silenciosa, oculta, discreta, que le hace sentir al agraviado que su ofensa ha sido vengada o su carencia compensada [(19)].

Suele ocurrir que el agraviado recurra a un especialista para ver satisfecho su deseo de venganza, sin embargo, por lo que concierne a los pacientes atendidos por don Mario, al parecer, la mayoría de las veces el daño había sido causado por la misma persona involucrada en los hechos, es decir, que ésta se había valido de sus propios poderes como *nawalli* para obtener los efectos deseados. Según don Mario, siempre «hay más malos que buenos», lo cual a su manera de ver explica, por un lado, por qué existe tanta "maldad" y tanta gente resulta perjudicada, y, por otro, por qué no siempre se necesita buscar un mediador que cometa el daño, sino que la mayoría de las veces es el mismo agraviado el que actúa por su cuenta.

04-A. Fagetti.pmd 131 25/10/2011, 8.54

Cuando el *ixtlamatki* observa el huevo con el que ha limpiado al paciente, siempre le pide que recuerde con quién discutió, a quién encontró en el cafetal, quién fue a verlo a su casa, o por dónde anduvo. Aunque él lo supiera con certeza, no revelaría la identidad del culpable, pues éste es un asunto delicado y peligroso tanto para él como para el enfermo, lo cual obviamente no impide que este último saque sus propias conclusiones y sepa de quién se trata. El huevo es un medio de adivinación que le permite "al que sabe" "ver" lo que otros no pueden ver y hacer un diagnóstico de la enfermedad, es decir, encontrar su causa y determinar el procedimiento a seguir para su curación. «Te pusieron algo» o «agarraron tu *tonal*»: así don Mario explica a sus pacientes por qué están enfermos. A esta conclusión puede llegar también limpiando una prenda del paciente, pues a veces éste se encuentra imposibilitado para acudir a la casa del curandero.

Según don Mario, ésta es la lógica que priva en los actos perpetrados por el *nawalli*: siempre arremete contra la persona atacando a su *tonal* en los sueños o encerrándolo en una botella que contiene abejas; "preparando" unos huevos y enterrándolos cerca de la casa o en el sendero que suele recorrer la víctima, o en su *milpa*; sirviéndose de una prenda que al estar en contacto con su propietario se ha impregnado de su *tonal*, su fuerza anímica; pronunciando su nombre, pensando en ella y "concentrándose" en lo que persigue porque «él se concentra cuando se acuesta, se concentra cuando amanezca, está en su mente, ¡Quiere acabar con él!». Por medio del pensamiento y la concentración, actúa "espiritualmente" y por tanto vulnera a sus víctimas no lesionando su cuerpo físico, sino atacando su cuerpo sutil, su *alter ego*, aunque finalmente el daño se refleja infaliblemente en su salud [(20)].

La "maldad" tiene múltiples manifestaciones, y responde exclusivamente a los métodos elegidos y a las ocurrencias del hacedor del mal. Algunos se conforman con hacer sufrir un rato a su víctima, otros persiguen su muerte. Igualmente, existen múltiples formas de perjudicar a un enemigo: mediante los sueños, el pensamiento, un muñeco, un escupitajo, la "vista"... Los casos atendidos por don Mario revelan por lo general que los Nawalme se valen de poderes que ellos, por su naturaleza, detentan. Por su especial condición, por haber nacido con el don, como explico más adelante, tienen la capacidad de "concentrarse", como sostiene este *ixtlamatki*, porque su poder reside en su pensamiento, o como explica su esposa: «Es *nawalli*, nomás por decir algo en su corazón, alguien se va a enfermar». En *toyollo*, "nuestro corazón", donde reside también la fuerza anímica del individuo, se generan los pensamientos y los deseos que, en virtud de los poderes especiales del *nawalli*, se convierten en realidad.

04-A. Fagetti.pmd 132 25/10/2011, 8.54

Los casos reportados por don Mario y por otros especialistas de la curación, la observación de limpias y los testimonios de personas que sufrieron un daño por brujería o que relataron lo ocurrido a algún pariente o vecino, indican que existen varias maneras de procurar el mal y a continuación menciono algunas para darle al lector una idea de la amplia gama de medios empleados, la variedad de resultados obtenidos, las características de víctimas y victimarios, además de las razones por las cuales se recurre a la brujería. A menudo se usa la ropa: dos mujeres robaron una prenda de otra mujer, la esparcieron de chile y la llevaron al panteón; cuando la víctima, presa de intensos ardores en todo el cuerpo, pidió ayuda al *ixtlamatki*, era ya demasiado tarde. Un hombre – también paciente de don Mario – amaneció con unos arañazos en el abdomen, como consecuencia de que en la noche soñó un animal, no distinguió si era perro o gato, que arremetió contra él. El "culpable" fue un vecino al que le había medido un terreno y por no estar conforme con su trabajo lo atacó. Otro hombre "soñaba feo": se le acercó un animal monstruoso que repentinamente se convertía en el vecino con el quien había discutido por unos terrenos y le pegaba. Lo mismo le ocurrió a un hombre, quien vió en sueños un toro de dos cabezas con los ojos negros y dos bocas que abrió para decirle: «– ¡Ahora te voy a comer!». Fue un "mal aire" enviado por su sobrino, a quien demandó por no quererle pagar unas cañas que sus borregos habían comido en su *milpa*. El joven "hizo *muina*" porque lo encerraron en la cárcel y se desquitó. También por un problema con un vecino, a un hombre se le estaban pudriendo los dedos de los pies. Hace ya muchos años, una niña pagó las consecuencias de que su padre no le hubiera convidado carne de *tepezcuintle* a su compadre, porque éste en venganza "puso" la cabeza del animal en la cabeza de la pequeña, la cual durante días sufrió dolores intensos antes de morir.

Desde que comenzó a trabajar como *ixtlamatki*, don Mario ha atendido a varios pacientes, que él considera han sido afectados por la acción de algún *nahual*: un hombre enfermó por el "mal aire" que le causó el encuentro en su *milpa* con una víbora enorme, conocida como "palanca", que "fue a dejar en su camino" una anciana *nawalli*. Una mujer al caminar por la vereda que lleva a su cafetal sintió cómo una espina se clavaba en su pie, la herida no podía sanar y le impedía caminar. Un anciano tenía las piernas hinchadas y cubiertas de "granos" porque su hermano, a causa de la envidia que le tenía por la abundante cosecha de maíz, en el terreno que el primero cultivaba, le "habló" a la Tierra y le pidió que se quedara con su *tonal*. Por los problemas que se suscitan entre vecinos, algunas mujeres sufrieron dolores de cabeza, de "cintura", hemorragias, punzadas en el

04-A. Fagetti.pmd 133 25/10/2011, 8.54

vientre; otra sentía un peso en el pecho que no la dejaba respirar. Un hombre estaba cubierto de llagas, otro sentía una "bola" en el estómago. Un niño – hijo de don Mario – peleó con un compañero de la escuela y al día siguiente tenía una "bola en la garganta" que le lastimaba y le impedía comer, que le "puso" la abuela del contrincante, cuyos poderes la califican como *texoxa*. Una joven mujer sufrió agudos dolores de cabeza y vientre y al cabo de unos meses murió como consecuencia de la venganza de la madre del novio a quien abandonó para casarse con otro hombre. En la iglesia, una anciana mujer "envidió" a un niño de brazos y lo aojó, provocándole vómito y diarrea. Alguien "escupió" en el camino que suele recorrer su adversario y a esté le "salieron granos en la cabeza". En fin, un sinnúmero de síntomas y signos considerados por el especialista como propios de la acción nefasta del *nawalli* sobre el *alter ego* de su víctima, que se manifiesta en dolencias, malestares y afecciones graves que pueden llevar a un debilitamiento y consunción generales del cuerpo y provocar la muerte.

En Tlacotepec, se cuenta que hace tiempo los Nawalme tenían como aliados a los Teyome, ídolos de piedra a quienes ofrecían siete huevos, su alimento favorito, a cambio de favores: «Tienen su oración para despertarlos, si alguien no quiere a la persona o no le prestó algo, nomás los van a ver sus muñequitos, les va a rezar qué quiere, ellos van a trabajar para esa persona y esa persona se enferma» (21).

La gente se cuida de vecinos y parientes, pues «no sabe uno qué corazón tienen». Cuidan de no dejar ropa tendida afuera de la casa en la noche; se vigila que nadie entre a la cocina y entierre ropa, muñecos o huevos "preparados" debajo del fogón; se inspecciona alrededor de la vivienda cuando se escuchan pasos, cuando se ve una sombra atravesar el patio, si algún animal araña el techo de lámina o los perros ladran con insistencia. Se procura convidarle mole de guajolote a la vecina, porque ésta podría desquitar su enojo "poniéndole" en la espalda a la cocinera un hueso del animal que no pudo comer. A los niños se les reprende cuando juegan y hacen mucho ruido porque podrían molestar a quienes viven cerca de la vivienda. Se les asusta diciéndoles que alguien en la noche podría ir a "chuparlos" y al otro día amanecerán con el cuerpo cubierto de moretones. A veces la maldad la propicia alguien muy cercano a la persona, de quien difícilmente se sospecharía: el compadre, la abuela, el hermano, el hijo, la tía, la suegra, la nuera, la madre o el padre, el novio o la novia despechados...

El caso que relato a continuación ejemplifica y esclarece el proceso de sanación que una mujer, víctima de una "maldad", vivió cuando acudió con don Mario buscando auxilio ante su estado de salud.

04-A. Fagetti.pmd 134 25/10/2011, 8.54

La curación de una mujer

Doña Lourdes, de cincuenta años, vive en Zacatilihuic, una ranchería ubicada a unos cinco kilómetros de la cabecera municipal. Un día[22] llegó acompañada por su madre a la casa de don Mario, caminaba con mucho esfuerzo por su aparente embarazo. Cuando se sentó le explicó al *ixtlamatki* que no podía respirar y se cansaba al caminar. Como siempre, don Mario tomó un par de huevos, rezó ante el altar y comenzó a limpiar a la mujer. Al terminar, los vació en un vaso con agua y los observó con cuidado; en seguida le dijo a la paciente que se sentía mal porque algún familiar, en su propia casa, le estaba haciendo daño. El embarazo, que le provocaba tanto agotamiento, en realidad no era tal. Durante la entrevista que sostuve con ella, explicó que unos días antes de la visita a don Mario, al ir a recoger unas hierbas para barrer su casa, sintió de improviso un dolor agudo y poco a poco su vientre fue creciendo.

La mujer confirmó la sospecha de don Mario: sabía que no estaba embarazada y que el abultamiento del vientre, que aparentaba casi nueve meses de gestación, se debía a otra causa, porque ya le había sucedido algo parecido. Le reveló que tenía problemas con su suegra y que por segunda vez se encontraba "encinta". Narró que ella y su esposo vivían con la madre de éste, la cual quería a toda costa sacarlos de la casa para entregársela a una hija. El hijo obviamente no estaba conforme, pues había trabajado mucho tiempo como albañil en la Ciudad de México para poder construir una casa amplia de dos pisos.

Don Mario le pidió a la mujer que regresara al día siguiente con el "material" que iba a necesitar para la limpia y la protección que suele prepararle al paciente: seis huevos de rancho, siete flores blancas y siete rojas, siete granos de maíz rojo, siete dientes de ajo, dos veladoras chicas y una veladora de "siete potencias". Le aclaró que ella debía estar dispuesta a perdonar a su suegra, debía pasar a la iglesia a rezar y a dejar unas flores y las dos veladoras: «Vas a cumplir con todas las medidas para que la curación te haga efecto y vas a salir del problema», le dijo a doña Lourdes.

Unos días después, cuando la paciente regresó con las cosas que le había pedido el *ixtlamatki*, éste inició el ritual. Más que una oración, la que sigue podemos considerarla una súplica que acompañó la bendición y preparación de la "curación" que la enferma tenía que llevar a su casa:

> «Ahorita, aquí te pido lo que tu hija necesita en esta tierra, en donde ella vive, en esta comunidad que se llama Zacatilihuic. Se llama María Lourdes y ahorita te pongo aquí a tu hija María Gloria, es la persona que le está haciendo maldad a su nuera. Ahora te estoy pidiendo a ti, a los Cerros, que

04-A. Fagetti.pmd 135 25/10/2011, 8.54

> me tienen que escuchar lo que tu hija necesita: Cerro Tsitsintepetl, Istaktepetl y Kovatepetl, ustedes están viendo cómo está su hija, lo que ella pide, ahora le tienen que dar camino. Ahorita me tienen que escuchar porque estoy hablando con ustedes, porque a su hija le duele hasta sus venas, hasta sus huesos, hasta su sangre, donde ella tiene la enfermedad que no es buena. Ahora te estoy pidiendo que todo lo que tiene lo vas a juntar, todo aquello que le duele, todo lo que le está haciendo mal. En esta noche lo tienes que hacer para que ella se cure, porque nadie lo puede hacer más que ustedes que son los Cerros y más que tú, Señor Jesús, moverás todo lo que hay tanto arriba como aquí en la Tierra, todo lo que hay en el aire para que tu hija sane de todo lo que le está doliendo, que sienta la señal.
>
> En esta comunidad de Zacatilihuic, donde ella descansa, donde está su sangre, ahí tiene que sentir la señal, ahora en esta noche, le vas a dar fuerza y la señal a la hora que sea. Ahora tiene que sentir para que se cure, para que ella salga de todo lo que tiene en este momento. Tu hija no sabe lo que tiene, pero tú Señor sabes qué es lo que siente. Estos ojos tienen que mirar, tienen que soñar... Ella va a ver con sus propios ojos en su sueño qué es lo que tiene y no hay nadie más poderoso que le puede sacar eso más que Dios, no hay nadie más poderoso en esta tierra que ustedes, los Cerros, a los que les estoy hablando.
>
> Le tienen que dar camino a esta enfermedad, por medio del viento, ustedes tienen que sacarle esta enfermedad, que se vaya lejos todo lo que es malo, donde nadie la alcance porque a ella le duele, le hace daño y ya no está tranquila. Todo lo que no pertenece a esta Tierra en este momento te estoy pidiendo para que le quites a esta hija tuya esta enfermedad que no es buena, por eso ahora en este día le tienes que dar lo que necesita de curación, en esta noche del día martes» (23).

El *ixtlamatki* pronuncia el nombre de la víctima y de su victimario y les ruega a Jesucristo, a los Cerros (*Tepeme*) y al Viento (*Ehecatl*) que intervengan para eliminar la enfermedad que agobia a su paciente. Pide la ayuda de los Cerros, antiguas divinidades protectoras de sus hijos, que viven en los pueblos que los mismos cerros rodean. Éstos escuchan las oraciones que les dirigen los Nawalme, quienes los invocan cuando cometen sus fechorías, para esconder en las profundidades de una cueva a los Tonalme de sus enemigos; pero los Cerros también cumplen las peticiones de los curanderos, cuando éstos les suplican en sus plegarias que busquen al espíritu extraviado por un susto, prisionero de un *nawalli* o "quedado" en la tierra o en el agua y por tanto retenido allí por su Dueño. Los Cerros auxilian a los dos dejando ver su naturaleza dual, benévola y malévola.

Don Mario, después de la oración, terminó el ritual manifestándole a su paciente que él no acostumbra "chupar" como suelen hacer en Caxapa, pueblo perteneciente al municipio de Tlacotepec famoso por sus brujos y curanderos, donde acude mucha gente a curarse y en busca de alguien dispuesto a hacer maleficios. Hace muchos años, el especialista en la ex-

04-A. Fagetti.pmd 136 25/10/2011, 8.54

tracción de un mal enviado o "puesto" "chupaba" en el lugar donde éste se localizaba, como narra la partera Jovita Lezama, recordando cómo su abuela "chupó" la espalda de una mujer para sacarle la víbora causante del daño (Glockner V. 2003).

El *ixtlamtki* también le advirtió a doña Lourdes de lo que acontecería en la noche: «Si quieres que salga todo lo que tienes, si pones de tu parte, te hago la curación y tú misma vas a ver lo que va a salir y vas a sentir como a las once o a la una de la noche, vas a sentir algo muy raro. Tú no vas a tener nada de miedo, concéntrate con Dios y Dios sabe qué señal te va a dar. Al amanecer vienes». Le recomendó que llegara a su casa y le ofreciera de comer a la "viejita", su suegra: «Tú ya no pienses que te está haciendo mal, como que no está pasando nada». Le explicó cómo tenía que enterrar lo que él había preparado: tenía que escarbar un hoyo en cada esquina y otro en medio de los dos lados más largos de la casa, en total seis. En cada uno tenía que depositar un huevo, dos granos de maíz y el ajo, éste como protección del maíz, puesto que la enfermedad estaba muy fuerte.

Al tercer día llegó doña Lourdes, ya no tenía el vientre abultado, caminaba bien y tenía un mejor semblante. Ella misma relató lo que ocurrió la noche del martes, lo que vio y sintió, atenta a la señal que el mismo *ixtlamatki* le había anunciado. Eran como las once de la noche, estaba acostada y sintió ganas de vomitar, entonces de su boca salió una pelota que cayó al piso y se alejó rebotando. Al poco rato, tuvo la misma sensación y esta vez comenzó a salir una víbora que desapareció inmediatamente. No se asustó porque recordó las palabras de don Mario. Para ella fue «como un parto, cuando alguien hace fuerza para que nazca el niño, pensó que era un niño que iba a nacer», se sintió agotada y permaneció todo el siguiente día en cama.

Mientras la paciente experimenta la liberación del maleficio, la liberación de la pelota que le impide respirar y de la víbora que crece en su vientre, el *ixtlamatki* – según el mismo don Mario relata – «antes de dormir va a estar concentrado, va a estar durmiendo, pero al dormir ya se concentró de lo que va a pasar, o lo que va a ver en el sueño, al chico rato, cuando despierta, él ya sabe». De hecho, don Mario esa misma noche soñó a doña Lourdes llegando a su casa: «ya no tenía nada». Las oraciones dirigidas a Cristo y a los Cerros, la protección con los huevos y el maíz, la fe y disposición de la mujer para curarse, el poder de sanación que posee el curandero, la capacidad para "concentrarse" y auxiliar al paciente en el difícil trance que implica, en este caso, el desalojo de la maldad... todo participa en el proceso de sanación.

04-A. Fagetti.pmd 137 25/10/2011, 8.54

Para proteger a su paciente de los influjos perniciosos del *nawalli*, don Mario utiliza huevos y granos de maíz rojo, más "potente" que el blanco y por tanto más útil en este tipo de circunstancias. «Cuando está uno enfermo del espíritu es cuando da uno el maíz; si una persona está mal por la mentalidad [24] de otra persona, tienes que darle maicito para que la proteja y no la esté molestando». El maíz defiende y aleja la maldad, porque: «está vivo, si lo tiras allá afuera, allí nace, adentro tiene su corazón, *iyollo*. El maicito, por eso nosotros estamos viviendo, de allí viene el alimento, de allí venimos, por eso cura a los pacientes». Además, el maíz bendecido por el especialista propicia los sueños, esenciales en el proceso de diagnóstico y sanación. «El paciente se va a dar cuenta de quién lo está envidiando», así como el curandero sabrá «cómo se va a recuperar, por dónde se vino esa enfermedad. Vas a ver como en la pantalla, como película ¡Bonito!» [25].

El vínculo que une a los Nahuas con el maíz se sustenta en el mito, cuando Jesucristo hizo al primer ser humano de barro y le dió vida colocando sobre sus labios un grano de maíz y soplando sobre él su propio aliento (Romero L. 2008: 63). Ahora, el maíz alimenta a la gente y la protege con su espíritu bondadoso que siempre ayuda a los necesitados.

Los granos de maíz pueden ser siete o doce, según el estado en que se encuentra el enfermo. Siete, si no está grave, y doce, si su vida peligra. Con ellos, don Mario forma un círculo en la palma de la mano y reza. El círculo encierra en su interior al *tonal* del paciente y lo defiende al no permitir que los influjos nefastos de la maldad lo vulneren. Los siete y doce granos hacen referencia a la constitución del ser humano porque toda persona posee *matlaktli ivan ome tonalme*, "doce espíritus", y *chikome tonalme* sería la mitad. Esto explica por qué utiliza siete o doce dependiendo de la gravedad del paciente; no se pueden preparar doce maíces para alguien cuyo estado de salud no sea grave porque, según don Mario, «el paciente no lo va aguantar», es decir, que la fuerza que contiene el espíritu del maíz en lugar de ayudarlo lo perjudicaría. Según la concepción Nahua de la persona, ésta posee doce espíritus, que don Mario en sus oraciones nombra de diferente manera: *itonal, isitlalli, ichikavalis. Isitlalli* es "su estrella" y significa tal vez que el espíritu también está "arriba", en el cielo, mientras que *ichikavalis* es "su fuerza". Los tres representan lo mismo: el espíritu del ser humano fuente de energía, fuerza y vitalidad, uno y múltiple a la vez, ubicado en doce puntos del cuerpo, también llamados *matlactli ivan ome totlalnamikilis* ("nuestros doce sentidos"): coronilla, garganta, nuca, muñecas, coyunturas de los brazos, ombligo, corvas de las piernas, tobillos [26]. *Matlactli ivan ome tonalme o totlalnamikilis*, por tanto, representan a la persona.

04-A. Fagetti.pmd 138 25/10/2011, 8.54

Mis preguntas durante la entrevista para tratar de entender cómo don Mario explicaba que su paciente hubiera sanado, propiciaron por su parte una reflexión interesante acerca de todos los elementos que intervienen en el proceso curativo, del papel del curandero y de la enferma:

> «El Diosito tiene que escuchar para que la paciente salga bien, pero, también, si la paciente tiene fe... Yo aquí voy a rezar por la persona, pero si ella no cree, su mente está en otro lado, ¡de nada sirve! Yo le dije: – Si lo crees, te hago la curación y se entregó con todo su corazón la señora. Se preocupaba por ella misma, su hija, su esposo, su mamá, ella quería saber qué tenía adentro, sentía que se movía y no podía respirar, le molestaba feo. Yo tuve miedo, cuando vi la señora, dije: – ¿Qué hago? Nunca había curado a alguien así».

Don Mario argumenta que otros casos tratados por él fueron más "sencillos", él mismo estaba asombrado por los resultados de su trabajo. Sabía que:

> «se tiene que aplicar todas las fuerzas, o sea, te concentras por la persona, cierras tus ojos, lo rezas el maicito, lo rezas todo el material que tienes en tus manos, pero tú te concentras, tú no vas a ver a otro lado, tú te vas a concentrar adentro de su panza y lo pronuncias, pero muy así de corazón... ese día ocupé un Santuario, Jesucristo, y cuando acabé todo, ella lo besó. Yo le dije: – Él te va a curar, aquí nadie es tan poderoso, a nosotros nomás nos dicen: – Tú haces la curación y yo sé cómo lo voy a quitar».

En la perspectiva del *ixtlamatki*, sólo si el paciente tiene fe en el poder de curación de Dios y del curandero, como su emisario, encontrará alivio. Cuando un paciente le agradece a don Mario lo que hizo por él, él le contesta: «Dale gracias a Dios, él te curó, yo no soy nadie». La fe y confianza en Dios también son indispensables para quien cura, don Mario sabe que Dios siempre está a su lado protegiéndolo, sabe que no debe tener miedo porque se podría enfermar. Pero, además, confía en su capacidad de "concentrarse" en el mal que afecta al enfermo, sabe que las limpias que realiza son efectivas. Cuando limpia a una persona, lee el huevo, ora por ella y le entrega el maíz como protección, sabiendo que «le va a hacer el efecto» [(27)].

Don Mario cura desde hace siete años. Tenía cuarenta y uno cuando soñó que se encontraba en una cueva y escuchó la voz de Dios, quizá el "Dios de la Cueva", del Cerro, a quien ahora invoca, quien le decía que llevara a los pacientes graves a curar allá. La voz le indicó cómo debía hacer la limpia y lo que debía emplear. Estas experiencias oníricas, que muestran que la persona ha sido elegida por las divinidades para curar, son muy comunes entre los curanderos y constituyen una señal irrefutable del don que identifica al *ixtlamatki* como chamán (Fagetti A. 2007b y 2009). Corresponden

04-A. Fagetti.pmd 139 25/10/2011, 8.54

a una iniciación que a menudo, como en el caso de don Mario, es acompañada por otros sueños en los que el neófito conoce las plantas medicinales, los objetos, las oraciones indispensables para su labor y aprende cómo utilizarlos.

En Tlacotepec se dice que el *ixtlamatki*, "el que sabe", nace con la "ropita blanca", con un "velo" que recubre todo el cuerpo o sólo la cabeza, mientras que su enemigo, el *nawalli*, viene al mundo cubierto por la "ropita negra" (28). Para ambos la presencia del amnios adherido al cuerpo es señal de que tienen el don: el primero ayudará a la gente de su pueblo, mientras que el segundo sólo causará enfermedad y muerte. La ropita (*itzotzol*) blanca o negra indica por tanto la naturaleza buena o mala del niño o la niña que acaba de nacer. El *nawalli* se define como *yolchichic*, o "de corazón amargo"; se dice que *iyollo amo cualli*, "su corazón no es bueno", "su don es el negro" y "está para dañar a la gente", mientras que el *ixtlamatki* posee un "corazón fuerte", o *yolchicavac*, y sabe curar porque "tiene un don bueno". El corazón, *iyollo*, "su corazón", es más que un órgano vital: constituye la naturaleza misma del individuo, y de acuerdo a su condición genera sentimientos y pensamientos, determina su carácter, sus preferencias e inclinaciones (Cf. López Austin A. 1984 [1980]: 207 y 255, Romero L. 2006a: 115).

El antagonismo entre *ixtlamatki* y *nawalli* se manifiesta en los sueños (29), cuando este último se aparece como *tekwani*, "tigre", el animal más peligroso del mundo invisible, porque es "el que come a la gente". En el ideario de don Mario, el *tekwani*, que camina en el suelo, se opone al ave en la que se transforma el *ixtlamatki* para huir de sus ataques (30) de los cuales a menudo no se salvan los futuro *ixtlamatkeh*, quienes abandonan en la noche el vientre materno, durante la gestación, para ir a los cerros y reunirse con otros niños y con los curanderos de los cuales aprenden los conocimientos que en un futuro, todavía lejano, necesitarán para desempeñar su trabajo como curanderos y adivinos (Glockner V. 2003, Romero L. 2003, 2006b). En efecto, dice la gente que los Nawalme, al darse cuenta de que el niño «va a venir de otra forma, no van a permitir que viva» y tratan de impedir el nacimiento de un niño con el don, su futuro enemigo, capturando a su *tonal* que sale en la noche o quitándole la "ropita" antes de que nazca, es decir, quitándole el *iixtlamachillis*, "su don de conocer las cosas"; o una vez nacido le hacen alguna "maldad" para que enferme. La expresión *vits okse tlamantle* ("vino de otra cosa o forma") significa que la persona posee "otra" condición, diferente del común de la gente, porque "trajo un don", que puede ser para hacer el bien o hacer el mal.

04-A. Fagetti.pmd 140 25/10/2011, 8.54

Pensando en la brujería...

En el campo nosológico tradicional Nahua de la Sierra Negra, el daño por brujería es considerado probablemente el padecimiento que más a menudo pone en riesgo la salud y la vida de la gente. Los motivos que inducen a alguien a solicitar los servicios de un brujo, o a valerse – en tanto *nawalli* – de sus propios "conocimientos", son la envidia, la rivalidad, los conflictos entre individuos y familias a quienes la brujería ofrece una salida y desahogo ante sentimientos y emociones como el rencor, el deseo de venganza, el despecho, la ira, la codicia y los celos. En lugar de buscar un enfrentamiento abierto y una solución directa a la disputa, quien promueve la brujería obtiene lo que persigue sin necesidad de exponerse y corriendo menos riesgos de ser descubierto. De hecho, son pocos los casos en que alguien que se considera víctima de brujería denuncie ante las autoridades del municipio a su presunto victimario. Por lo general, la acusación no prospera, puesto que difícilmente se pueden presentar pruebas que sostengan la culpabilidad del denunciado [31]. De cualquier manera, para evitar ser descubierto, quien promueve el daño recurre con frecuencia a un especialista que reside en otro pueblo, incluso lo suficientemente lejano con tal de no levantar sospechas.

Si bien algunas personas tratan de mantener buenas relaciones con sus vecinos y parientes con el afán de evitarse problemas, las circunstancias de la vida no siempre lo permiten. La costumbre de dirimir las diferencias y de buscar secretamente una solución a los conflictos por medio de la brujería se encuentra bastante extendida y arraigada en Tlacotepec. De hecho, está tan presente en la cotidianeidad que podemos afirmar que es parte del *ethos* de sus habitantes [32], forma parte su *modus vivendi* que regula e influencia la vida misma. Se perfila, por tanto, como la contraparte de las relaciones que la gente establece públicamente con vecinos y parientes, donde un componente fundamental es la reciprocidad, una de cuyas expresiones son los vínculos de parentesco de toda índole – por afinidad, consanguinidad y compadrazgo – que de alguna manera constituyen los cimientos de la vida social de todo pueblo indígena.

Mientras que en México las causas y motivaciones que sustentan la brujería han sido suficientemente dilucidadas, así como se ha estudiado el entorno social y cultural que las propicia (Gallardo J. 2002, Knab T. 1998 [1995], Olavarrieta M. 1992, Thomas N. 1974, Tranfo L. 1990 [1974]), no sucede lo mismo con los aspectos relacionados con la práctica de sus especialistas, los brujos. Por experiencia, puedo decir que es prácticamente imposible que alguien se asuma como tal y revele sus secretos, hecho que sin duda

04-A. Fagetti.pmd 141 25/10/2011, 8.54

nos impide comprender cabalmente este fenómeno. Por tanto, contamos únicamente con los testimonios, descripciones y puntos de vista de quienes se consideran especialistas de la curación, de los pacientes y de la gente en general, por lo cual cabe preguntarnos: ¿Dónde nos lleva su propia interpretación o explicación acerca de la práctica de la brujería? Los testimonios recopilados apuntan, de manera similar, hacia el reconocimiento de la naturaleza maligna del especialista del mal: *nawalli*. Se afirma que el don también lo dota de poderes extraordinarios que le permiten perjudicar a otros por medio del pensamiento y la palabra, preparando huevos que se entierran cerca de la víctima, manipulando objetos que le pertenecen, transformándose en animal para aparecerse ante ella, o para agredir a su *tonal* en los sueños.

Muchos enfermos señalan que acuden al médico y no encuentran alivio, recurren entonces al *ixtlamatki* y éste, si las condiciones de salud del paciente todavía lo permiten y si se considera competente para contrarrestar el poder de su adversario, encuentra el remedio. La limpia es actualmente el medio más usado para alejar el mal y restablecer la salud. Obedece al principio según el cual el brujo envía a su enemigo o al enemigo de su cliente una energía perniciosa por medio del pensamiento, puesto que, en virtud de sus poderes, le basta pensar e imaginar el mal que le quiere infligir o crear una representación del daño, para que éste se convierta en realidad. La limpia y el maíz por tanto le infunden al paciente una energía contraria a la que lo está afectando, una energía curativa y protectora. El pensamiento positivo y los buenos deseos que se reflejan también en las plegarias del *ixtlamatki* contrarrestan el principio destructor que, como decía, actúa sobre el *tonal* de la persona y tiene innegables consecuencias para su salud.

La capacidad de curar también se remite a la posesión del don por parte del especialista ritual, a su fortaleza anímica, a la capacidad de "concentrarse", que le permite desafiar al *nawalli*, porque él también tiene un poder fuera de lo ordinario. Ambos poderes, el del bien y el del mal, se asumen como manifestaciones de la predestinación, de la existencia de un destino predeterminado para unos cuantos elegidos. Claramente, la gente reconoce que la capacidad de enfermar y curar reside en el don, cuya manifestación es la presencia de la "ropita negra" o "blanca". *Nawalli* e *ixtlamatki* poseen así las mismas facultades, crean situaciones y condiciones mediante la concentración, el pensamiento, las palabras, los gestos, que se oponen entre sí porque, mientras que el primero causa desgracia y sufrimiento, el otro proporciona alivio y liberación. *Nawalli* e *ixtlamatki* encarnan la eterna lucha entre el bien y el mal.

04-A. Fagetti.pmd 142 25/10/2011, 8.54

Por otra parte, de las opiniones de la gente entrevistada se deducen algunos principios que operan en la práctica orientada a la persecución del mal o a la propiciación del bien. Uno de ellos es la idea de que el *tonal*, el principio vital constitutivo de toda persona Nahua, aquel que le infunde fuerza y vitalidad, es uno y múltiple a la vez, es decir, no sólo existe en el individuo, sino que puede separarse durante el sueño y viajar por el otro mundo, abandonarlo repentinamente a causa de un susto y, al mismo tiempo, estar presente en cada porción del cuerpo (uñas, cabello, humores y excreciones) aún separado de él y en todo lo que ha estado en contacto con él.

Las raíces ancestrales de la magia, los principios de la "magia simpática y contagiosa", las encontramos en los elementos que definen la práctica de la brujería y la terapéutica tradicional nahuas: la idea de la existencia de una consubstancialidad entre el individuo y lo que ha estado en contacto con él, de la cual se deriva la posibilidad de dañarlo, pero también de curarlo, presupuesto que se extiende también al nombre propio. Una prenda, la fotografía y el nombre representan y son la persona misma, y cualquiera de estos elementos la evoca y simboliza, colocándola al centro del acto que tiene como finalidad enfermar o curar. Por tanto, lo que distingue brujería y curación es la intencionalidad, la finalidad, la voluntad que orienta la acción del *nawalli* y del *ixtlamatki*, adversarios acérrimos. El primero se concentra en el daño que quiere que sufra su víctima; pronunciando conjuros y oraciones, se dirige a los Cerros y a los "espíritus malos" y les pide auxilio, "prepara" los huevos o "reza la ropa": todo se orienta al mal. El segundo, en cambio, se concentra en la salvación del paciente, ora e intercede por él ante Dios y los Cerros, "prepara" los huevos y el maíz como protección: todo se encauza al bien. La eficacia de la práctica de buenos y malos se ciñe, nuevamente, a un mismo principio: el sujeto, el maleficiado o beneficiario de la acción es el *tonal*, el principio vital, que recibe influjos dañinos o benéficos según el caso y cuyo estado se refleja finalmente en la persona, en su condición y salud física, emocional y espiritual.

Mientras que los Nahuas atribuyen la capacidad de hacer daño o de curar a cualidades inherentes a ciertos especialistas, *nawalli* e *ixtlamatki*, de procurar el mal y propiciar el bien en función de que tienen el don, y no dudan en reconocerlo, porque es parte de la explicación que su cultura ha formulado ante el infortunio, la enfermedad y la muerte, el antropólogo se pregunta desde su propia perspectiva – que surge de la interpretación de las mismas ideas y concepciones Nahuas – ¿Por qué se enferman los Nahuas y por qué se curan? Quienes hemos estudiado la medicina tradicional mexicana, no hemos puesto la suficiente atención en el proceso de

04-A. Fagetti.pmd 143 25/10/2011, 8.54

diagnóstico y sanación de los enfermos; en los aspectos que conciernen a la vivencia del paciente y a su visión del padecimiento; a la relación que se instaura entre aquél y el especialista ritual; a los métodos que éste utiliza para la curación, a los elementos que la hacen posible y el grado de eficacia de estas prácticas terapéuticas. Por lo que concierne al daño por brujería, indagar los elementos subyacentes al proceso de curación-sanación implica necesariamente escudriñar la lógica misma de la brujería, intentar comprender de qué técnicas se valen sus especialistas y si realmente pueden tener incidencia, y de qué manera, en la salud y bienestar de sus víctimas.

Siguen siendo sugerentes, en este sentido, los ensayos de Claude Lévi-Strauss *El hechicero y su magia* y *La eficacia simbólica*. En el primero, el autor sostiene que la eficacia de la magia reside en la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas; en la del enfermo o la víctima en el poder del hechicero y en la confianza y la opinión colectiva en cuyo seno se definen y sitúan las relaciones entre el brujo y aquellos que hechiza, lo que lo lleva a reconocer, más allá de «los conocimientos positivos y de técnicas experimentales» que posee el chamán, el papel que juega la terapia psicológica, ante la cual «las enfermedades psicosomáticas ceden» (Lévi-Strauss C. 1972 [1958]: 162-163). Igualmente, en el segundo ensayo, que toma como punto de análisis un ritual chamánico cuna, Lévi-Strauss apela a la función del rito y a su capacidad de «atravesar la pantalla de la conciencia y llevar su mensaje al inconsciente», de este modo, la cura chamánica logra «inducir una transformación orgánica consistente en una reorganización estructural haciendo que el enfermo viva intensamente un mito». La eficacia simbólica, por tanto «consistiría precisamente en esta propiedad inductora que poseerían ciertas estructuras formalmente homólogas capaces de constituirse con materiales diferentes en diferentes niveles del ser vivo: procesos orgánicos, psiquismo inconsciente, pensamiento reflexivo» (Lévi-Strauss C. 1972 [1958]: 180-182).

Considero esta propuesta de sumo interés: es evidente la importancia que asume la relación brujo/víctima y curandero/paciente en un contexto donde se comparte un conjunto de ideas sobre la salud y la enfermedad. Es en el proceso de sanación donde encontramos evidencias de la eficacia simbólica, en la confianza y la "fe" que el paciente deposita en el curandero y de cómo estos factores inducen la sanación, además de la importancia que revisten – como sugiere Lévi-Strauss – los conocimientos empíricos y las técnicas también aplicados en el proceso curativo. Asimismo, este autor recalca – refiriéndose a un estudio de Walter Cannon – las consecuencias del hechizo sobre sus víctimas. Efectivamente, Cannon se basa en varios testimonios de médicos relativos a la "muerte por vudú", reportada en

04-A. Fagetti.pmd 144 25/10/2011, 8.54

algunos pueblos aborígenes australianos, para argumentar que el miedo, producto de la sugestión que experimenta la víctima de hechicería al ser apuntada con un hueso por un temible hechicero, desencadena un proceso patológico que conduce en pocos días a la muerte del sujeto (Cannon W.B. 1942).

En el contexto nahua de la brujería, debemos partir de las opiniones vertidas por la gente y hacer hincapié en que el blanco del *nawalli* es el *tonal* de su enemigo; los actos de brujería, al operar sobre su energía vital, producen severos cambios en el organismo a nivel físico, pero también a nivel anímico y emocional, en quienes los sufren. En consecuencia, si el "trabajo" está hecho para que alguien enferme – sabemos que hay daños cuyo objetivo es causar mala suerte – el individuo sufre un padecimiento real que se manifiesta en dolor, falta de sueño y apetito, desgano, ansiedad, en fin, malestares físicos y psíquicos de cualquier índole que deterioran paulatinamente su estado de salud.

Por otra parte, la interpretación Nahua destaca el papel que juegan otros factores que no se han considerado hasta el momento. Me refiero a las facultades inherentes al don, asumidas como rasgos distintivos tanto del *nawalli* como del *ixtlamatki*, como la capacidad de "concentrarse" y dirigir el pensamiento, que les permite influir en la existencia de las personas, valiéndose también de la presencia de su fuerza vital en lo que ha estado en contacto con ellas, principios que con la eficacia simbólica representan nuevas líneas de búsqueda para futuras investigaciones.

Notas

(1) Entre las diez principales causas de atención de la medicina tradicional referidas por los 13 067 terapeutas encuestados en 1984 en zonas rurales atendidas por el programa Imss-Coplamar, el daño por brujería ocupa el lugar número nueve, después de: mal de ojo, empacho, susto, caída de mollera, disentería, aires, diarrea y torceduras (Zolla C. *et al.*, 1992:72-73). Con base en el trabajo de campo que he desarrollado desde 2002 en el estado de Puebla, puedo afirmar que el daño por brujería se encuentra entre las causas más frecuentes de padecimientos de diversa índole atendidos por los curanderos y las curanderas con quienes he trabajado, según ellos mismos me mencionaron y mis propias observaciones de los procesos curativos y entrevistas a pacientes.

(2) En la caracterización del daño por brujería en Tlacotepec de Díaz, Puebla, me baso en las entrevistas realizadas a don Mario y a doña Carmen (Fagetti A. 2003) y en los testimonios de varias personas recopilados a lo largo de varias estancias de investigación en el marco del proyecto financiado por el Consejo nacional de ciencia y tecnología (Conacyt): "Iniciación, sueños y curación: el chamanismo en México" (2004-2007). Mis afirmaciones acerca de la brujería se sustentan en la observación participante y las entrevistas realizadas con especialistas rituales y pacientes del estado de Puebla con quienes he trabajado desde 2002, por lo cual presento a lo largo del texto tanto conceptos "próximos a la experiencia", que alguien « usaría de manera natural y sin esfuerzo para

04-A. Fagetti.pmd 145 25/10/2011, 8.54

definir lo que él o sus compañeros ven, sienten, piensan, imaginan, etc. », y « conceptos distantes de la experiencia », es decir, aquellos que yo, como antropóloga, empleo para presentar mi propia argumentación (Geertz C. 1991: 103).

(3) En este contexto, el término "agente" puede significar tanto persona que obra, produce un efecto, como aquella que gestiona asuntos ajenos o presta determinados servicios (*Diccionario de la real lengua española* 1984).

(4) Según (Descola P. 2001), las sociedades basadas en un sistema animista consideran a los no humanos como personas que comparten algunos de los atributos ontológicos de los seres humanos.

(5) Utilizaré brujo y curandero como nombres genéricos que, en un contexto general, me permiten categorizar al hacedor del mal y al hacedor del bien.

(6) Horton advierte sobre « el poder de las palabras, pronunciadas en las circunstancias apropiadas, para provocar los fenómenos o estados que simbolizan » (Horton 1991 [1967]: 93).

(7) Los especialistas que en las sesiones de curación "pueden materializar el daño" han sido considerados a menudo como charlatanes; se dice que esconden en la boca o entre la ropa lo que después presentan como el objeto del maleficio.

(8) Según el II Conteo de Población y Vivienda 2005, el municipio cuenta con 12,688 habitantes, de los cuales 10,401 hablan una lengua indígena. El municipio colinda al norte con el estado de Veracruz y el municipio de Eloxochitlán, al sur con el estado de Oaxaca, al este con el estado de Veracruz y Oaxaca y al oeste con los municipios de Eloxochitlán, Coyomeapan y Zoquitlán. *Enciclopedia de los Municipios de México*: www.puebla.gob.mx.

(9) La Secretaría de Salud del estado de Puebla cuenta con módulos de medicina tradicional ubicados en los Hospitales Integrales de Ayotoxco, Cuetzalan, Huehuetla, Zapotitlán, Tulcingo, Coxcatlán y San Sebastián Tlacotepec.

(10) Plural de *ixtlamatki*. López Austin traduce el verbo *ixtlamati* como "conocer las cosas por medio de la percepción". Argumenta que el prefijo *ix* remite al conocimiento y a la percepción. *Ixtlamatki* sería por tanto "el que conoce las cosas", aludiendo a la capacidad de percibir y saber (López A. 1984 [1980]: 213). Para la trascripción de las palabras en náhuatl me baso en la ortografía empleada por (Romero l. 2006a, 2006b).

(11) Utilizo este término por referirme no sólo a una enfermedad, sino a un conjunto de agravios, como son: daño, injuria, dolor, pena, castigo.

(12) La capacidad del *nahual* de comer el corazón de su víctima, homólogo al *tonal*, era la característica del *toyollocuani*, "el que come los corazones de la gente" (López A. 1967: 92).

(13) López Austin traduce *texoxani* como "el que hechiza a la gente" y "el que envía granos a la gente", (López A. 1967: 88).

(14) *Itonal* se traduce como "su espíritu" (plural *tonalme*) y como *iyollo*, "su corazón", remite al principio vital del que todo individuo está provisto.

(15) Una característica del náhuatl hablado en Tlacotepec es la sustitución de la U por la V. Utilizo el término *nawalli*, plural *nawalme*, aunque la gente también pronuncia *navalli*. El concepto de nahual es muy amplio, por lo cual remito a algunas obras de consulta: (Aguirre Beltrán G. 1987 [1963], Fábregas A. 1969, Foster G. 1944, López A. 1984 [1980], Martínez R. 2006, Villa Rojas A. 1987), entre otras.

(16) Viene de *cuepa*, "volverse".

(17) Según el diccionario de náhuatl, el verbo *nahualtia* significa "esconderse a la sombra de algo" (Molina 2001).

(18) Acerca del *nahualismo*, Romero afirma lo siguiente: "Con base en los datos etnográficos, considero que el poder de nagualización consiste en la capacidad de 'introducir' el *tonal* en el cuerpo de un animal, gracias a lo que se adquieren las facultades de éste" (Romero l. 2006b: 76). Es probable que las diferencias entre sus interpretaciones del nahualismo y las mías se deban a los diferentes puntos de vistas de nuestros informantes.

(19) Sobre envidia y brujería, véase: Knab T. 1998 [1995], Olavarrieta M. 1992, Thomas N. 1974, Tranfo L. 1990 [1974].

04-A. Fagetti.pmd 146 25/10/2011, 8.54

(20) Siguiendo la concepción *nahua* de la brujería, podemos reiterar que en el centro del acto mágico que persigue el daño de la persona está el ente que la constituye, es decir, el *tonal*, entidad anímica que le infunde vida y le permite estar viva. El *nawalli* no puede enfrentarse por obvias razones directa y abiertamente a su víctima, sólo puede actuar con el pensamiento imaginando lo que quiere que ésta sufra o representando el daño, por ejemplo, por medio de un muñeco, de tal manera que padezca en su persona y en su organismo ese mismo daño.

(21) Romero señala que los *teyomeh xantilmeh* son « cómplices de los brujos, quienes – a cambio de sus favores – los alimentaban con grandes cantidades de huevos de gallina » (Romero L. 2006b: 46).

(22) 26 de diciembre 2007. La entrevista con don Mario fue realizada en febrero 2008; la entrevista con la paciente fue en mayo del mismo año y en náhuatl por lo cual don Mario y su esposa fungieron como intérpretes.

(23) Traducción de la hija de don Mario.

(24) Don Mario se refiere a la fuerza de la mente que posee y ejerce el *nawalli*.

(25) El maíz y el tabaco son homólogos, puesto que ambos cumplen la función de favorecer los sueños. Don Mario no utiliza el tabaco porque a él el "dios de la cueva" le enseñó cómo emplear el maíz y sostiene que "el tabaco siempre sirve para el bien y para los malos". Sobre el uso del tabaco y la importancia de los sueños en la práctica de los *ixtlamatkeh*, véase Romero L. 2006b.

(26) Laura Romero enumera las siguientes ubicaciones: « coronilla, boca del estómago, corazón, ombligo, coyunturas de los brazos, muñecas, corvas y tobillos. » (Romero L. 2006b: 63). La misma autora traduce *totlalnamikilis* como "recuerdos", argumentando que el *tonal* dota a la persona de la capacidad de "recordar" (2006b: 126 y siguientes), mientras que Mateos traduce como "nuestro recordatorio aquí en la tierra". Es interesante señalar que los informantes de Mateos señalan que «son doce espíritus los que conforman al *tonal*» (2009: 124). Considero apropiadas todas las traducciones del nombre, dado que *tlalnamiquiliztli* significa – según Molina (2001) – «pensamiento, memoria, reflexión».

(27) Una forma de curación empleada frecuentemente por este *ixtlamatki* consiste en limpiar al paciente con un huevo y pedirle a un familiar que lo vaya a tirar hacia donde vino la maldad: «como de allí sale el mal, es de allá, de esa familia, entonces tiene que regresar otra vez»; mientras que el segundo se entierra en la casa del enfermo.

(28) La "ropita negra" podría deberse a la presencia de meconio (excremento) adherido al cuerpo del recién nacido, comunicación personal de Lilián González Chévez.

(29) A propósito del *nawalli*, don Mario dijo: "El *nawalli* tiene don, se dice *ixtlamac* ¡pero *nawalli*!".

(30) Romero señala: «La nagualización forma parte de los poderes atribuidos, desde el punto de vista emic, únicamente a los brujos, a los que en lengua náhuatl se les llama, precisamente, *nawalme*. Sin embargo, al profundizar sobre los conocimientos y poderes de los curanderos, específicamente, los *ixtlamatkeh*, podemos afirmar que igualmente son poseedores de este poder» (Romero L. 2006b: 73-74).

(31) Se sabe que, en Tlacotepec, hace algunos años, un hombre y una mujer curanderos fueron llamados por el juez de paz con el fin de dar seguimiento a una denuncia en su contra presentada por el padre de un muchacho de catorce años, quien murió por haber sido supuestamente víctima de un daño por brujería.

(32) Clifford Geertz entiende por *ethos* de un pueblo: «el tono, el carácter y la calidad de su vida, su estilo moral y estético, la disposición de su ánimo» (Geertz C. 1989 [1973]: 118).

Bibliografía

Aguirre Beltrán Gonzalo (1987 [1963]), *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Campos Roberto (compilador) (1992), *La Antropología Médica en México*, Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana, México.

04-A. Fagetti.pmd 147 25/10/2011, 8.54

Cannon Walter B. (1942), '*Voodoo' death*, "American Anthropologist", vol. 44, 1942, pp. 169-181.

Caro Julio (1968 [1966]), *Las brujas y su mundo*, Ediciones Alianza, Madrid.

Chaumeil Jean-Pierre (1995), *Del proyectil al virus. El complejo de las flechas mágicas en el chamanismo del oeste amazónico*, pp. 21-43, en Lagarriga I. - Gallinier J. - Perrin M. (coordinador), *Chamanismo en latinoamérica*, Ediciones Plaza y Valdés - Universidad Iberoamericana - Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos, México.

Descola Philippe (2001), *Construyendo naturalezas. Ecología simbólica y práctica social*, pp. 101-123, en Descola P. - Pálsson G. (coordinador.), *Naturaleza y sociedad. Perspectivas antropológicas*, Ediciones Siglo XXI, México.

Evans-Pritchard Edward E. (1976 [1937]), *Brujería, magia y oráculos entre los Azande*, Ediciones Anagrama, Barcelona.

Fábregas Andrés. (1969), *El nahualismo y su expresión en la región de Chalco-Amecameca*, Tesis de Maestría en Ciencias Antropológicas, Escuela Nacional de Antropología e Historia - Instituto Nacional de Antropología e Historia - Secretaría de Educación Pública, México.

Fagetti Antonella (compilador) (2003), *Los que saben. Testimonios de vida de los médicos tradicionales de la región de Tehuacán*, El Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad Autónoma de Puebla - Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

Fagetti Antonella (2004), *Síndromes de Filiación Cultural. Conocimiento y práctica de los médicos tradicionales en cinco Hospitales Integrales con medicina Tradicional del Estado de Puebla*, Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Puebla, México.

Fagetti Antonella (2007a), *El cuerpo sutil. Consustancialidad y "contagio" entre el cuerpo humano, las partes que lo conforman y los objetos que lo rodean*, pp. 63-76, en Fournier P. - Millán S. - Olavarría M. E. (coordinador), *Antropología y simbolismo*, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, El Programa de Mejoramiento del Profesorado - Secretaría de Educación Pública, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Fagetti Antonella (2007b), *Chamanes. Una tetralogía sobre el chamanismo en México (2007)*, Documental, El Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México.

Fagetti Antonella (2009), *Iniciaciones, trances y sueños... Investigaciones sobre el chamanismo en México*, El Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad Autónoma de Puebla - Ediciones Plaza y Valdés, México.

Foster George M. (1944), *Nahualism in Mexico and Guatemala,* "Acta Americana", n. 2, 1944, pp. 85-103.

Frazer James G. (2003), *La rama dorada. Magia y religión*, Ediciones Fondo de Cultura Económica, México.

Gallardo Juan (2002), *Medicina tradicional p'urhépecha*, El Colegio de Michoacán e Instituto Michoacano de Cultura, México.

Geertz Clifford (1989 [1973]), *La interpretación de las culturas*, Ediciones Gedisa, Barcelona.

Geertz Clifford (1991), *Desde el punto de vista de los nativos: sobre la naturaleza del conocimiento antropológico*, "Alteridades", año 1, n. 1, 1991, pp. 102-110.

Ginzburg Carlo (2008 [1989]), *Storia notturna. Una decifrazione del sabba*, Einaudi, Torino.

Glockner Valentina (2003), *Jovita Lezama Sánchez, Temaquixti Partera*, pp. 21-51, Fagetti Antonella (compilador), *Los que saben. Testimonios de vida de los médicos tradicionales de la región de Tehuacán*, El Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

Hersch Paul (1997), *Tlazol e Ixtlazol: persistenza degli 'aires de basura' (Estado de Puebla, México)*, "AM Revista della Societá italiana di antropología medica", n. 3-4, octubre 1997, pp. 41-67.

Holland William R. (1989 [1962]), *Medicina maya en los Altos de Chiapas*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Horton Robin (1991 [1967]), *El pensamiento tradicional africano y la ciencia occidental, en Ciencia y brujería*, Ediciones Anagrama, Barcelona.

04-A. Fagetti.pmd 148 25/10/2011, 8.54

Hubert Henri - Mauss Marcel (1951), *Origine dei poteri magici nella societá australiane*, en Durkheim Émile, *Le origini dei poteri magici*, Einaudi, Torino.

Knab Timothy (1998 [1995]), *La guerra de los brujos*, Ediciones Diana, México.

Lévi-Strauss Claude (1972 [1958]), *Antropología estructural*, Ediciones Eudeba, Buenos Aires.

López Alfredo (1967), *Cuarenta clases de magos del mundo náhuatl*, "Estudios de Cultura Náhuatl", Instituto de Investigaciones Históricas - Universidad Nacional Autónoma de México, vol. VII, 1967, pp. 87-117.

López Alfredo (1984 [1980]), *Cuerpo humano e ideología*, 2 tomos, Instituto de Investigaciones Antropológicas - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Lozoya Xavier - Zolla Carlos (1986 [1983]), *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional en México*, Ediciones Folios, México.

Martínez Roberto (2006), *Sobre el origen y significado del término nawalli*, "Estudios de Cultura Náhuatl", Instituto de Investigaciones Históricas - Universidad Nacional Autónoma de México, n. 37, 2006, pp. 95-106.

Mateos Elizabeth (2009), *Las hierbas mágicas del tonal. El uso de herbolaria y animales con fines curativos en Cuaxuchpa, Sierra Negra de Puebla*, Tesis de licenciatura en Etnohistoria, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Molina Fray Alonso de (2001 [1555-1571]), *Vocabulario en Lengua Castellana y Mexicana y Mexicana y Castellana*, Ediciones Porrúa, México.

Moreno E. (2003), *Castro R. Huesero*, pp. 119-125, en Fagetti Antonella (compilador), *Los que saben. Testimonios de vida de los médicos tradicionales de la región de Tehuacán*, El Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

Olavarrieta Marcela (1992), *Magia en los Tuxtlas, Veracruz*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Romero Laura E. (2003), *Casilda Valdivia Ramírez, Tepopova, La que hace limpias*, pp. 85-105, en Fagetti Antonella (compilador), *Los que saben. Testimonios de vida de los médicos tradicionales de la región de Tehuacán*, El Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

Romero Laura E. (2006a), *Cosmovisión, cuerpo y enfermedad: el espanto entre los nahuas de Tlacotepec de Díaz, Puebla*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Romero Laura E. (2006b), *Saber ver, saber soñar: el proceso de iniciación y aprendizaje de los curanderos nahuas de San Sebastián Tlacotepec, Puebla*, Tesis de maestría en Estudios Mesoamericanos, Facultad de Filosofía. y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México.

Romero Laura E. (2008), *La noción de persona. La cosmovisión de los nahuas de la Sierra Negra de Puebla*, "Arqueología Mexicana", vol. XVI, n. 91, mayo-junio, 2008, pp. 62-65.

Thomas N.D. (1974), *Envidia, brujería y organización ceremonial. Un pueblo zoque*, Sepsetentas 166, México.

Tranfo Luigi (1990 [1980]), *Vida y magia en un pueblo otomí del Mezquital*, Instituto Nacional Indigenista y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.

Villa Alfonso (1978 [1987]), *Los elegidos de Dios. Etnografía de los mayas de Quintana Roo*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Nota sobre la Autora

Antonella Fagetti nació en Chiavenna, Sondrio, Italia, en 1957. En 1996 obtuvo la nacionalidad mexicana. Es doctora en Antropología por la Escuela nacional de antropología e historia (2001), profesora-investigadora del Instituto de ciencias sociales y

04-A. Fagetti.pmd 149 25/10/2011, 8.54

humanidades de la benemérita Universidad autónoma de Puebla y pertenece al Sistema nacional de investigadores, nivel II. Imparte la asignatura: Pensamiento simbólico y medicina tradicional en la licenciatura en Etnohistoria, Escuela nacional de antropología e historia.

Desde 2002, ha desarrollado varios proyectos sobre medicina tradicional y chamanismo. Ha coordinado el proyecto financiado por el Consejo nacional de ciencia y tecnología (Conacyt): "Iniciación, sueños y curación: el chamanismo en México" (2004-2007). Es productora y directora del documental Chamanes. Una tetralogía sobre el chamanismo en México (2007) y autora de los libros *Tentzonhuehue. El simbolismo del cuerpo y la naturaleza* (Premio Inah Fray Bernardino de Sahagún a la mejor investigación en Antropología social y etnología, 1997); *Mujeres anómalas. Del cuerpo simbolizado a la sexualidad constreñida* (2006); *Síndromes de filiación cultural* (2004) y *Saber, experiencias y vivencias de las parteras tradicionales en el estado de Puebla* (2008), publicados por la Secretaría de salud del gobierno del Estado de Puebla; coordinadora de los libros *Los que saben. Testimonio de vida de médicos tradicionales de la región de Tehuacán*, publicado en 2003 e *Iniciaciones, trances y sueños. Investigaciones sobre el chamanismo en México*, (2009). Actualmente desarrolla el proyecto de investigación: "Procesos de adivinación/sanación/reparación/propiciación en el contexto del conocimiento y la práctica del chamanismo de los pueblos indígenas" (Conacyt, 2009-2012).

Domicilio de contacto: Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2 Oriente 409. C.P.72000 Puebla, Pue. Correo electrónico: antonellafagetti@yahoo.com.mx

Resumen

Nexikole y texoxa: el daño por brujería como categoría nosológica Nahua

El artículo aborda el tema de la práctica de la brujería en un pueblo Nahua de la Sierra Negra de Puebla. Se presenta, por un lado, la caracterización de lo que en el campo de la medicina tradicional mexicana se conoce como "daño por brujería", que – con el "susto", el "aire" y el "mal de ojo" – constituye una de las categorías nosológicas que con más frecuencia encontramos en los pueblos indígenas. Por otro, se analizan las concepciones en torno a las prácticas que, en Tlacotepec de Díaz, Puebla (México), apuntan a provocar diferentes males. En este pueblo Nahua, el agente del mal se conoce como *nawalli*, término que la gente traduce como "brujo", mientras que al agente del bien, el que cura, nombrado *ixtlamatki* ("el que sabe"), es quien se encarga de la recuperación de la salud del enfermo. A lo largo del texto, se establecen los motivos que inducen al *nawalli* a perjudicar a sus enemigos, los medios que emplea para hacer daño y las consecuencias que sus acciones tienen sobre sus víctimas. Por medio de la

04-A. Fagetti.pmd 150 25/10/2011, 8.54

descripción del caso de una mujer, víctima de un daño por brujería perpetrado por su propia suegra, analizamos el ritual de curación llevado a cabo por un *ixtlamatki* y nos preguntamos cuáles son los factores que intervienen en el proceso de curación y el papel que juega la eficacia simbólica.

Riassunto

Nexicole e texoxa: il male per stregoneria come categoria nosologica Nahua

L'articolo affronta il tema della stregoneria in un villaggio nahua della Sierra Negra di Puebla. Si presenta, da un lato, la caratterizzazione di quello che nel campo della medicina tradizionale messicana è noto come "danno di stregoneria", male che – con il *susto*, l'*aire* e il *mal de ojo* –, costituisce una delle categorie nosologiche che incontriamo con maggiore frequenza nei villaggi indigeni. Dall'altro lato, si analizzano le concezioni connesse alle pratiche che, a Tlacopetec di Diaz, Puebla (Messico), mirano a provocare diversi malesseri. In questo villaggio nahua, l'agente del male è noto come *nawalli*, termine che la gente traduce come "stregone" (*brujo*), mentre l'agente del bene , colui che cura, è chiamato *ixtlamatki* ("colui che sa"), ed è colui che prende in carico il malato per ripristinarne lo stato di salute. Nel presente lavoro si ricostruiscono i motivi che inducono il *nawalli* ad attaccare i suoi nemici, i mezzi che impiega per arrecare danno e le conseguenze che le sue azioni hanno sulle vittime. Attraverso la descrizione di un caso specifico, riguardante una donna vittima di una aggressione stregonica perpetrata dalla suocera, si analizza il rituale di cura messo in atto da un *ixtlamatki*, e ci si chiede quali siano i fattori che intervengono nel processo di cura, nonché il ruolo giocato in esso dalla efficacia simbolica.

Résumé

Nexicole et texoxa: les dommages par sorcellerie comme catégorie nosologique nahua

L'article aborde la pratique de la sorcellerie dans un village Nahua de la Sierra Negra de Puebla (Mexique). Il présente, en premier lieu, la caractérisation de ce qui, dans la médecine traditionnelle mexicaine, se connait comme la "blessure de sorcellerie". Celle-ci avec le "susto", le "aire" et le "mal de ojo" constitue une des catégories nosologiques les plus fréquemment rencontrées chez les peuples autochtones. En second lieu, il analyse les conceptions touchant les pratiques qui, à Tlacotepec de Diaz, Puebla, visent à provoquer différents maux. Dans ce village Nahua, l'agent du mal se connait sous le nom de nawalli, terme que les gens traduisent comme sorcier. L'agent du bien, celui qui guérit, ixtlamatki ("celui qui sait"), est celui qui s'occupe de restaurer la santé du mala-

04-A. Fagetti.pmd 151 25/10/2011, 8.54

de. Dans le texte, on établit les motifs qui induisent le nawalli à nuire à ses ennemis, les moyens qu'il utilise pour provoquer le mal et les conséquences que ses actions ont sur ses victimes. Par la description du cas d'une femme, victime d'une blessure de sorcellerie de la part de sa propre belle-mère, on analyse le rite de guérison réalisé par un ixtlamatki et on se questionne sur les facteurs qui interviennent dans le processus de guérison et le rôle joué par l'efficacité symbolique.

Abstract

Nexicole and texoxa: damage by witchcraft as a Nahua nosologic cathegory

The article raises the theme of witchcraft in a Nahua village in the Sierra Negra, Puebla (Mexico). On one hand, it presents the characterization of what is known in Mexican traditional medicine as damage by witchcraft. This – along with "susto", "aire" and "mal de ojo" – constitutes one of the most frequent nosological categories found in indigenous villages. On the other hand, the article analyses the conceptions of acts destined to provoke different illness in Tlacotepec de Diaz, Puebla. In this Nahua village, the agent of evil is known as nawalli, name that the people translate as «brujo» (witch). The agent of good, he who cures, ixtlamatki ("he who knows") is the one responsible for the restoration to health of the sick. Are established, in the text, the motives which induce a nawalli to harm his enemies, the means he uses to harm them and the consequence his actions have on his victims. By means of the case description of a woman, victim of damage by witchcraft caused by her own mother in law, we analyze the healing rite performed by an ixtlamatki and ponder the factors which intervene in the healing process and the role of symbolic effectiveness.

04-A. Fagetti.pmd 152 25/10/2011, 8.54

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 153-182

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 afromexicana, 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 Afromexicanos (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.

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 153 28/11/2011, 15.25

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-

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 154 25/10/2011, 8.55

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 afrodescedientes 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, veáse 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 objetivo son: (*a*) identificar los principales problemas de salud y síndromes de filiación cultural en las comunidades del estudio y (*b*) analizar los sáberes 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.

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 155 25/10/2011, 8.55

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 Tututepec de Melchor Ocampo*
7. *El Azufre, Tututepec 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

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 156 25/10/2011, 8.55

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 Cacahuatepec, 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 anos 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.

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 157 25/10/2011, 8.55

Existen otros que emplean para autodefinirse como las actividades socioeconómicas: 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 etáreo de 6 a 15 años. Algunos informantes explican que los jóvenes a partir de los 16

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 158 25/10/2011, 8.55

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

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 159 25/10/2011, 8.55

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-

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 160 25/10/2011, 8.55

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,

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 161 25/10/2011, 8.55

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

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 162 25/10/2011, 8.55

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),

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 163 25/10/2011, 8.55

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»

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 164 25/10/2011, 8.55

(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 bueno-malo» 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

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 165 25/10/2011, 8.55

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, ajenjo, 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

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 166 25/10/2011, 8.55

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 chinqueteo *(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

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 167 25/10/2011, 8.55

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, polidispsia, 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

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 168 25/10/2011, 8.55

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,

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 169 25/10/2011, 8.55

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

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 170 25/10/2011, 8.55

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 nauseas y a veces fiebre e inflación (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 acedía o indigestión como indicador del empacho por comer mucho y luego irse a dormir, e igual, habló del "encrudecimiento", 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 encrudecida, 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 encrudecidos».

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 171 25/10/2011, 8.55

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-

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 172 25/10/2011, 8.55

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 niñito 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

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 173 25/10/2011, 8.55

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.

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 174 25/10/2011, 8.55

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 "tigritos" o "*nahuales*", sin saberlo (Zenaida 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

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 175 25/10/2011, 8.55

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 fármaco-químicos (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, la relaciones son importantes en la construcción de una representación social, de

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 176 25/10/2011, 8.55

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 cotidianeidad. 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.

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 177 25/10/2011, 8.55

Alfonso Ibette (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.

Baloy 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 Nahua*, "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.

Diaz Imelda - Juárez Maribel - Fernández Maribel - Hamaui Alicia (2007), *El «espanto» o «susto» en el médio 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 afromestizos 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.

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 178 25/10/2011, 8.55

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 (complilador), *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.

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 179 25/10/2011, 8.55

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 afrodescedientes 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.

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 180 25/10/2011, 8.55

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-Pacific du Mexique. Contraire aux région du Caraïbe et des autres pays du l'Amérique Latine, où la "médicine traditionnel yoruba" été reproduits et réinventer. Le médicine et anthropologue mexicain Aguirre Beltrán a identifié comme des éléments culturelles africains, deux syndromes dans la médicine 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 médicine 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

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 181 25/10/2011, 8.55

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.

05-Cortés-Ysunza Ogazón.pmd 182 25/10/2011, 8.55

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 183-214

Espiritualismo trinitario mariano. Viejas y nuevas estrategias terapéuticas

Isabel Lagarriga Attias

Departamento de etnología y antropología social, Instituto nacional de antropología e historia (INAH), México

Introducción

El credo denominado Espiritualismo trinitario mariano se originó en 1866 en México. Constituye una religiosidad popular que cuenta en la actualidad con millones de adeptos en ese país y varios miles en los Estados Unidos de América. Es seguido, sobre todo, porque proporciona alivio a las aflicciones de salud con sus prácticas, además de que ayuda a sobrellevar, con el consuelo que otorga, la difícil existencia de los marginados de la población, originalmente urbanos y actualmente también del medio rural, tanto mestizos como pertenecientes a algunos grupos indígenas.

En lo que se refiere a la salud cuenta con estrategias terapéuticas adaptadas de prácticas de la denominada medicina tradicional. Su trayectoria comenzó, en un principio, con una amalgama del Judaísmo, del Catolicismo y el Espiritismo kardeciano, a la que recientemente se agregaron elementos de la Santería. En este trabajo presentaremos esas estrategias adaptativas, lo que a nuestro parecer ha constituido su éxito y asegurado su supervivencia.

La investigación realizada sobre este credo ha constituido un largo trabajo cuyo inicio se remonta a 1965, año en el que en la Ciudad de Xalapa, en el estado de Veracruz, quien esto escribe comenzó a estudiar los templos espiritualistas. Hasta ese momento, la única mención existente sobre esa religiosidad se debía a (KELLY I. 1965) que la había encontrado en la región de la Laguna en el Norte de México [1]. La obtención de esos primeros datos en Xalapa se llevó a cabo durante año y medio en el que en los siete templos descubiertos se registraron rituales, sus ejecutantes, feligreses y características físicas de los locales. La atención se centró en uno de esos lugares de culto. El Templo Belén Damiana Oviedo, ubicado en ese entonces en una zona marginada de la ciudad. Posteriormente se han visitado

06-I. Lagarriga Attias.pmd 183 28/11/2011, 15.27

otros templos de la Ciudad de México, con objeto de ampliar la información. La observación participante, así como entrevistas realizadas tanto a los integrantes del cuerpo de ejecución del culto como a varios de sus feligreses constituyó la metodología seguida. En el año de 2003 volvimos a la Ciudad de Xalapa, donde asistimos a otros templos y realizamos el mismo tipo de entrevistas, ya mencionadas, con objeto de observar los cambios que habían sucedido con el Espiritualismo trinitario mariano después de haber pasado cerca de cuarenta años de la investigación inicial.

Para analizar en la actualidad las características del Espiritualismo trinitario mariano, nos basamos en los conceptos de la Antropología médica y la Antropología de la religión, aunque como lo ha señalado François Laplantine (Laplantine F. 1992), los límites entre esas dos disciplinas no son muy claros cuando se estudian las terapias populares, ya que en ellas no existen prácticas puramente "médicas" o puramente "mágico-religiosas", en tanto que el saber médico se ha dicotomizado. Por un lado, tendríamos:

> «La experimentación; la farmacopea y las técnicas médicas; la etiología natural; el saber especializado; el modelo científico; el campo de lo biomédico; el tener una enfermedad (con signos y síntomas que no sólo resultan del daño o disfunción de tipo físico [*disease*]); lo racional, y por último, la enfermedad orgánica... [Por el otro] nos encontraríamos con lo simbólico, los rituales, la etiología mágico-religiosa, los saberes comunes, (como lo ha propuesto Epelboin), las medicinas profanas (propuestas por Genest), el campo de lo biomédico (el concepto de *illness* de Fábrega), lo irracional, el mal y la desgracia, lo psicológico y lo social» (Laplantine F. 1992: 345).

Es claro, entonces, según los planteamientos anteriores, que es difícil en el campo de lo médico, hacer diferenciaciones entre la enfermedad como originada por una etiología biológica, o como resultado de fuerzas sobrenaturales que castigan faltas a la convivencia comunitaria o buscan escarmentar el desacato a las reglas religiosas. Esas dos concepciones, una científica y otra religiosa, entran en juego constantemente en el imaginario popular e incluso, en ocasiones, llegan a considerarse como complementarias.

En relación con las terapias religiosas o de sanación, Dericquebourg (Dericquebourg R. 2002: 47) considera la existencia de un patrón común en las curaciones, el cual se basa en lo que el sufriente solicita para lograr alivio y en las capacidades de un terapeuta reconocido, que por el hecho de tener esa apreciación dentro de la comunidad, genera una esperanza, fortificada por la fe en lo trascendente. Todo ello, de acuerdo a una teoría de la enfermedad en la que, incluso los fracasos tienen una explicación y por lo tanto no pueden ser cuestionados. Por ese motivo, si la curación se logra, se consolidarán las conductas que llevaron a demandar la ayuda terapéutica, pues

06-I. Lagarriga Attias.pmd 184 25/10/2011, 8.56

el creyente supondrá haber recibido un don que le obligará a pagar la deuda así establecida, propiciándose de ese modo las conversiones.

Hoy en día en el caso de las terapias religiosas o de sanación, el tratamiento y la atención a los pacientes se fundamentan, como decíamos, a través de un sistema de creencias que viene a ser una teoría de la enfermedad más o menos elaborada. Si continuamos con lo aseverado por (Dericquebourg R. 2002: 44), ésta consistiría en una metafísica de los problemas que «se registran en el ser, el alma, el doble astral o en una dimensión transpersonal». Ejemplos de esto lo tenemos en la oración espiritual y los dones de amor del catolicismo, en el borrado de incidentes ocurridos en vidas pasadas como se piensa en la Cientología o en los pases de fluidos magnéticos como sucede en algunos espiritismos.

No obstante los avances científicos modernos, el modelo médico de la cura a través de la fe, (Haggard H. 1952) está lejos de extinguirse, más bien, cada día adquiere mayor fuerza. De este modo se acrecientan las creencias respecto a que distintos espíritus pueden tomar posesión del cuerpo de los seres humanos, lo que conlleva la necesidad de exorcizar a los seres malignos, sobre todo, el demonio, que se introduce en los cuerpos de quienes por su conducta propician esa clase de apoderamientos. Todo lo anterior aparece aunado a la esperanza de poner la salud en manos de personas que gozan de un carisma especial [(2)], a través del cual, pueden desempeñar su papel de sanadores sirviendo de intermediarios entre los creyentes y la divinidad (Lagarriga I. 2007: 3-5). Precisamente por esa cualidad, el terapeuta religioso se diferencia del médico y del curandero [(3)].

Nos encontramos así frente a terapeutas poseedores de dotes, según su respectivo grupo social. Entre ellos destacan los que manejan diversos estados especiales de conciencia, distintos a los que se tienen durante la percepción normal, como son el éxtasis, el trance y la posesión. En el éxtasis, se tiene la sensación de que el alma se separa del cuerpo para fusionarse con la divinidad, como sucede en el éxtasis cristiano (Abrman E. 1963). En el trance, el alma se separa del cuerpo. Lo hace para buscar las almas de los enfermos e incluso luchar contra los espíritus malignos que las atraparon y produjeron la enfermedad [(4)]. En la posesión el terapeuta da lugar, voluntaria o involuntariamente, a la entrada a su cuerpo de uno o más espíritus. Éstos le sirven para transmitir mensajes dirigidos a los pacientes o a quienes asisten a sus ceremonias, y le proporcionan la ayuda sin la cual, no podría hacer las curaciones que muchas veces implican el ahuyentar a otros espíritus malignos introducidos en el cuerpo de los enfermos con el propósito de ocasionar la pérdida de su salud (Laplantine F. 1977, Lapassade G. 1976).

06-I. Lagarriga Attias.pmd 185 25/10/2011, 8.56

Para alcanzar con facilidad los estados que antes se mencionaron, en los cuales se logra establecer contacto con el mundo sobrenatural, los terapeutas religiosos reciben, generalmente, un llamamiento divino a través de sueños o revelaciones, o por la ocurrencia de desgracias personales o familiares. Pasan luego por un período de iniciación en el que reciben un entrenamiento especial que les permite manifestar los atributos psicológicos, para lograr los estados de conciencia alterados necesarios para cumplir con sus labores de curación.

En algunas sociedades el terapeuta es el único que entra en trance y recibe los espíritus que se introducen en su cuerpo durante la curación. En otros grupos, el poseído es el enfermo. Existen también sociedades en el que ambos, durante los rituales curativos, pueden presentar este tipo de fenómenos. El trance es un fenómeno universal y puede estar o no, ligado a la posesión. Es un "estado marginal de conciencia" diferente de la conciencia habitual. El trance no es ni "normal" ni "patológico". No se ubica en ninguno de estos polos, sino que constituye lo que se llamaría otra conciencia. Se considera al trance como una especie de rebelión contra la opresión, una "liberación de lo imaginario" (Lapassade G. 1976). Si seguimos el planteamiento de este autor diríamos más bien que en ciertas condiciones se trata de un escape que se lleva a cabo en las sociedades oprimidas, jugando a veces un papel importante en la lucha de clases, como una forma de mostrar poder frente al opresor o como una muestra de poseer capacidades, dones o atributos que los demás no tienen. Los cultos africanos y afrobrasileños son una muestra de ello (Bastide R. 1972, Aubrée M. 1996).

Para (Bastide R. 1972: 97-98) la posesión reconstituye solidaridades sociales y familiares. Es también una vía reivindicatoria en la lucha del sexo femenino contra el masculino en las sociedades patriarcales, debido a que igualmente, las mujeres curan. Asimismo, otorga a los marginados un poder adquirido al entrar en contacto con seres sobrenaturales. Por último, en las sociedades colonizadas, la posesión auxilia en la apropiación de elementos occidentales por parte del colonizado cuando adopta algunos de los rasgos presentes en las ideologías y las técnicas curativas de la sociedad dominante, a la vez que al mismo tiempo favorece el rechazo al colonizador.

El Espiritismo

Entre los campos de la religión, la teosofía y el esoterismo podemos situar al espiritismo, corriente de pensamiento que surgió en el siglo XIX, en medio de grandes avances tecnológicos como lo fueron: El tren, el barco

06-I. Lagarriga Attias.pmd 186 25/10/2011, 8.56

de vapor, el telégrafo, la luz eléctrica, la fotografía y los descubrimientos de la óptica y la acústica, de ahí que sus conceptos pretendieron estar ligados a la experimentación científica y al análisis de los hechos como eran planteados por la corriente positivista de la época. En su momento, significó una forma de pensar intermedia entre el materialismo científico igualmente en boga en aquellos tiempos y el acercamiento a lo religioso (como una religión laica), apartada del cristianismo, en especial del catolicismo dominante del que algunos sectores querían alejarse. Por esa época, llegó a contar con millones de adeptos en Europa. Su ideología penetró lo mismo entre los miembros de la nobleza de ese continente como en las clases populares, pues por otra parte, uno de sus intereses fue precisamente tener un acercamiento con la clase obrera (Laplantine F. - Aubrée M. 1990).

Después de su auge en el viejo continente sobre todo en Francia, comenzó a declinar en Europa a comienzos del siglo XX. Para entonces, ya había influido en el continente americano, igualmente con gran éxito, al extenderse en toda América del Sur entre las clases altas y medias de la población, aceptado por personas con un alto nivel educativo y, poco a poco, adoptado por las clases populares.

En la actualidad, el Espiritismo, tanto en sus expresiones originales como con algunos cambios en su orientación [(5)], se ha entremezclado con algunas religiones populares y con religiones afroamericanas. En México, en su forma más ortodoxa, lo siguen pequeños grupos con una mayor proporción en las clases medias y bajas.

La doctrina espiritista moderna plantea que existen relaciones entre el mundo material y los seres del mundo invisible (Kardec A. 2003, 2006). Propone que esa relación puede darse a través de individuos llamados médiums. Los seres del mundo invisible son denominados espíritus. El origen de dichas creencias es factible retrotraerlo a las experiencias de dos hermanas de 7 y 9 años de edad: Catalina y Margarita Fox, (Camp S.V. 1975, tomo II: 210-212) quienes en Estados Unidos de Norteamérica, hacia 1848, comentaron que se habían relacionado con el espíritu de un hombre asesinado en la casa donde ellas vivían. Sus comunicaciones con el muerto las hacían mediante una serie de golpeteos de tipo telegráfico conocidos con el nombre de raps. A través de dichas prácticas, las hermanas Fox se dedicaron, durante 40 años, a transmitir y recibir mensajes de los espíritus, aunque al final declararon que todo era un fraude. Empero, el arraigo que ya había alcanzado dicha creencia, hizo que independientemente de sus declaraciones, los espiritistas de todo el mundo les erigieran, en 1927, un monumento dedicado a su memoria para conmemorar el nacimiento del Espiritismo moderno (De Heredia C.M. 1961).

06-I. Lagarriga Attias.pmd 187 25/10/2011, 8.56

Las prácticas de las hermanas Fox fueron seguidas por muchos norteamericanos, entre ellos, por Andrew Jackson Davis, quien declaraba que había obtenido poderes para curar que le habían sido entregados directamente por los espíritus, entre ellos los espíritus de Galeno (destacado médico del siglo XI a.C.) y el de Swedemborg (prestigiado médico sueco del siglo XVI). Davis se inspiraba también para sus curaciones en el Austríaco Antonio Federico Mesmer (1734-1815) (6).

La sistematización del Espiritismo moderno se debe a León Hipólito Denizarth Rivail, (1804-1869) mejor conocido por su seudónimo de Allan Kardec. Este autor, en forma contradictoria, se inclinó hacia el campo religioso, pero al mismo tiempo asumió puntos de vista de oposición hacia ese tipo de creencias, sobre todo en relación con el Catolicismo. Según él mismo cuenta, empezó a interesarse por el Espiritismo y en una de las sesiones en las que participó, los espíritus le indicaron que había sido elegido para aportar a los hombres una nueva teoría. Para cumplir con esa misión empezó a utilizar el seudónimo de Allan Kardec, el nombre de un druida del siglo XI. De acuerdo con su versión, sus escritos eran objeto de revisiones constantes por parte de los espíritus, quienes finalmente le concedieron el permiso de publicarlos entre 1858 y 1860.

Kardec era seguidor de la teoría de Joaquín de Fiore, el célebre monje del siglo XII que preconizaba que la humanidad pasaba por tres etapas: La era del Padre, la era del Hijo y la era del Espíritu Santo. Consideraba Kardec, a partir de esas enseñanzas, que Jesús había venido a cumplir la segunda revelación, pues Moisés había sido el protagonista de la primera. A los comienzos de su doctrina espírita, los espíritus daban las instrucciones sobre la nueva era, en la cual, las enseñanzas de Cristo no se abolirían sino serían desarrolladas. El Espiritismo obra de los propios espíritus, constituiría la tercera revelación a ser difundida por todo el mundo (Aubrée M. - Laplantine F. 1990: 50-51).

Entre las principales obras de Allan Kardec están: *El libro de los espíritus* (1857) (con quince ediciones e inmediatamente traducido a una gran cantidad de lenguas); El libro de los mediums (1861); *El Evangelio según el espiritismo* (1864); *El cielo, el infierno o la justicia divina* (1865) y por último, *El Génesis* (1868). Fundó en 1858, el periódico titulado Revista Espírita y creó la Sociedad parisiense de estudios espíritas. Después de su muerte, su obra permaneció vigente gracias a los trabajos de de Pierre Gaëtan Leymarie y de León Denis, uno de sus colaboradores cercanos. Destacados científicos de todas las ramas del saber así como artistas de la pintura, la literatura y la música, se afiliaron a este movimiento (Aubrée M. - Laplantine F. 1990).

06-I. Lagarriga Attias.pmd 188 25/10/2011, 8.56

Los aspectos que destacan del pensamiento de Kardec son los siguientes:

1. El origen de todo se debe a un dios con inteligencia suprema, eterno, inmutable, inmaterial, todopoderoso, con perfecciones infinitas. Los espíritus son agentes del poder divino y cumplen los deseos de su creador en la tierra con el propósito de mantener la armonía del universo (Kardec A. 2006: 52-77).
2. Para cumplir su misión, los espíritus poseen temporalmente un cuerpo material. De esa manera se constituye la humanidad. El alma sobrevive al cuerpo y conserva su individualidad después de la muerte en sucesivas reencarnaciones (Kardec A. 2006: 81-108).
3. El ser humano está dotado de tres elementos. Un cuerpo físico, un alma y un cuerpo fluídico que denominó "periespíritu", el cual es una sustancia del fluido universal o cósmico que es a su vez, su alimento. El periespíritu varía, desde la forma más tosca hasta la más etérea según el grado de perfección alcanzado en el proceso de depuración que sigue el espíritu de su poseedor.
4. Hay una gradación entre los espíritus, la más alta es la de los puros o de primer orden «los que han completado el ciclo de sus existencias y ya no son sujetos a reencarnaciones, encontrándose desligados de todo lo material y poseedores de una superioridad moral sobre los demás espíritus». Le siguen los Espíritus de segundo orden «Los benévolos, los sabios, los prudentes y los llamados espíritus superiores» que son maestros, consejeros, protectores y por último estarían los espíritus imperfectos o de tercer orden «Espíritus del mal, demonios, duendes, diablillos» así como los considerados por Kardec como de falsa instrucción o neutros, más apegados a cuestiones materiales. Finalmente estarían los espíritus golpeadores y perturbadores. Para alcanzar la perfección, los espíritus reencarnan muchas veces de acuerdo a los mandatos divinos. En cada encarnación el espíritu conserva su periespíritu, animador de los deseos que pudiera tener el espíritu. El periespíritu, por su propia naturaleza, se irradia lo mismo al interior que al exterior. El pensamiento y la voluntad pueden extender esta irradiación, lo cual permite a los espiritistas explicar la posibilidad de contacto entre personas que no tienen entre si proximidad corporal. La influencia espiritual rebasa los límites físicos. Los espiritistas hablan además de diversos fenómenos: el magnetismo, el hipnotismo, la telepatía, el sonambulismo, la clarividencia, el desdoblamiento y el éxtasis (Kardec A. 2003: 97-144).

Si hiciéramos un resumen de este tipo de creencias, diríamos que el espiritismo toma en cuenta la existencia de una entidad superior al cuerpo, la

06-I. Lagarriga Attias.pmd 189 25/10/2011, 8.56

cual pasa por numerosas reencarnaciones, hasta alcanzar el conocimiento necesario para ya no tener la necesidad de reencarnar en este mundo, sino en otros mundos poblados por espíritus más evolucionados o bien, puede igualmente vagar por el espacio. Cuando el espíritu recorre el ciclo de sus existencias y deja de reencarnarse, se convierte en un espíritu puro como ya señalamos líneas arriba.

Es necesario aclarar que en relación a la reencarnación discrepan los espiritistas continentales y los ingleses con los angloamericanos. Estos últimos influidos por el racismo, no la aceptan, pues sería terrible para ellos reencarnar en un negro o un indígena. (Aubrée M. - Laplantine F. 1990: 66-67).

Además de la creencia en Dios, los espiritistas aceptan la existencia de mundos habitados, la preexistencia y persistencia del espíritu, la demostración experimental de su supervivencia comprobada, según ellos, por la comunicación mediumnímica y la idea del progreso. (Lagarriga I. 1982).

El Espiritismo en México

Este credo llegó a México en el siglo XIX, cuando se sucedían los cambios en el pensamiento religioso propiciado por las Leyes de Reforma de 1859, el poder absoluto de la iglesia se desmoronaba, se instauraba la división Iglesia-Estado y la libertad de cultos. Fue seguido por algunos liberales, intelectuales, y militares, principalmente. Destacan entre ellos El General Refugio I. González, «quien traduce a Kardec y publica la Revista Espírita en México», Santiago Sierra, Ignacio Mariscal, Manuel Brioso y Candiani, Alfonso Herrera, Francisco I. Madero entre otros. Entre las mujeres intelectuales destaca la figura de Laureana Kleinhaus [7].

Simpatizaron con esta corriente, integrantes de diferentes Liceos, como se denominaba a los Centros de discusión científica en el México de ese siglo. Hasta los años 50 se promovieron reuniones sobre el espiritismo en el Instituto mexicano de investigaciones psíquicas, (Imis) de la Ciudad de México. A ellas acudían distinguidos intelectuales, políticos y funcionarios públicos entre los que destacan el Rector de la Universidad, Fernando de Ocaranza y el expresidente de la República, Plutarco Elías Calles, entre otros. (Durán L. 1977, Gutierre T. 1976, Leyva J.M. 2006). A pesar de ese éxito, posteriormente decayó. En el siglo XX incorporó, a su conjunto de creencias, las de otros credos de la religiosidad popular como son: el Fidencismo [8] (Mackline J. 1967, Mackline B.J. 1973, Crumine N.R. 1973, Farfán O. 1994) y el Espiritualismo trinitario mariano. Empezó entonces a ser seguido por los estratos socioeconómicos bajos. En la República Mexi-

06-I. Lagarriga Attias.pmd 190 25/10/2011, 8.56

cana, las formas de curación popular del Espiritismo se presentan en sus propios templos principalmente y en los templos Espiritualistas trinitarios marianos, cuyos principios fundamentales veremos a continuación [9].

El Espiritualismo trinitario mariano

El Espiritualismo trinitario mariano se extiende por todo el país y es seguido mayoritariamente por miembros de los sectores marginados, tanto en los medios urbanos como rurales, así como por algunos grupos indígenas. Los migrantes mexicanos lo han llevado incluso a diversas ciudades de los Estados Unidos en donde también ha alcanzado aceptación. Sin embargo, pese a esa importancia que tiene ha sido poco estudiado.

Si bien el Espiritualismo trinitario mariano puede presentar algunos rasgos similares al Espiritismo de Puerto Rico [10], los seguidores del primero estigmatizan todo lo que se refiere al Espiritismo kardeciano a pesar de las influencias que han recibido de él y consideran que fue en la Ciudad de México donde se originó su credo en el año de 1866, fundado en el medio obrero y ferrocarrilero por Roque Rojas Esparza, ex-seminarista y Juez del Registro Civil de Ixtapalapa. En estado de trance, este personaje se identificó con el Profeta Elías y estableció una Iglesia llamada por él: La Iglesia mexicana patriarcal de Elías, con rasgos milenaristas y mesiánicos.

En la doctrina que elaboró recoge aportes del Apocalipsis de San Juan de donde extrajo la simbología de los Siete Sellos, las Siete Iglesias o el Juicio Argamedónico, en el que sólo 144,000 personas se marcarán para ser salvados por formar parte del Pueblo bendito de Israel (nombre que reciben sus feligreses). Él mismo se reivindica, (no sabemos si influenciado por Joaquín de Fiore o por sus lecturas sobre Kardec) como el Mesías enviado para reinar en el Tercer tiempo de la historia de la humanidad o sea desde la fecha del surgimiento de su iglesia hasta nuestros días. Emplea en su doctrina un conjunto de elementos sincréticos del Judaísmo y el Catolicismo, con agregados provenientes de una cosmovisión nativista en relación con el México indígena, pues se decía hijo de padre judío y madre india Otomí, gracias a lo cual, adquirió un estatus superior a las etnias sometidas por la ideología colonial. Por lo que respecta a las mujeres, igualmente las revaloró al designar a doce sacerdotes y doce sacerdotisas para la ejecución del culto (Ortíz S. 1993).

Con objeto de darle legitimidad a su iglesia, Roque Rojas escribió el libro intitulado *El último testamento*, «Dado por Dios a su Enviado Divino El Verdadero Mesías Mexicano. Roque Rojas. Revelado en los años 1861-1869»

06-I. Lagarriga Attias.pmd 191 25/10/2011, 8.56

(*Obra antes citada*: 35) considerado por sus seguidores la guía rectora del credo Espiritualista trinitario mariano. Pocos son los feligreses que conocen los principios de su doctrina y las bases de su liturgia. Su adopción de la creencia espiritualista se debe más bien a los fines utilitarios que extraen de ella en el aquí y el ahora con el fin de resolver sus problemas cotidianos [(11)].

En los años veinte del siglo pasado, Damiana Oviedo, dirigente de uno de los Siete Sellos o Iglesias de La Iglesia mexicana patriarcal de Elías, la denominada Iglesia espiritualista trinitaria mariana, incorpora a nivel popular, elementos del Espiritismo moderno, gracias a lo cual alcanza más notoriedad que los otros seis Sellos restantes. Los elementos rituales de ese Sexto sello dieron la pauta a su forma de expresión más ortodoxa que se sigue hasta hoy en día. En el cuerpo de doctrina del Espiritualismo trinitario mariano encontramos una mezcla heteróclita de elementos sincréticos con la creencia en una Jerarquía Divina compuesta por El gran Jehová y una trilogía integrada por: Jesús, Moisés y Elías, identificado con Roque Rojas. Aparece también la Virgen María en diferentes advocaciones y un conjunto de espíritus que pueden ser Protectores o de Luz, Chocarreros o de Media Luz y Malignos o de Oscuridad, con todos los cuales es posible establecer comunicación. El decálogo de Moisés, ampliado a 22 preceptos, constituye la serie de normas que deben guiar la conducta de los feligreses.

El cuerpo sacerdotal se compone de los siguientes personajes: la Guía de guías, el Ruiseñor, el Pedestal, la Guardiana, la Nave, la Pluma de Oro o Escribana y los Doctores Espirituales o Facultades. Todos ellos son capaces de alcanzar estados de trance, conseguidos por medio de la hiperventilación. Durante el trance se dicen poseídos por los integrantes de la jerarquía divina y por algunos espíritus protectores. En el curso de algunas ceremonias, las divinidades se comunican en espíritu con los fieles, a través de los médiums por cuya voz hablan a los creyentes. Los médiums, en su mayoría mujeres, constituyen la jerarquía de los ejecutantes del culto que integran el llamado Cuerpo de media unidad, el cual, junto con la jerarquía divina señalada, forman La Unidad (Lagarriga I. 1975, 1991). Por lo regular la o el Guía del templo es el dueño y quien posee más jerarquía, los demás conservan su mismo status jerárquico y en ocasiones llegan a intercambiarlo según las ceremonias.

Elemento importante de este culto son sus terapias que constituyen el aspecto principal del reclutamiento de adeptos. Las curaciones son llevadas a cabo por personas que pueden o no formar parte del cuerpo sacerdotal constituido por los ya mencionados Doctores Espirituales o Facultades. Para alcanzar la condición de doctor espiritual hace falta un llamamiento

06-I. Lagarriga Attias.pmd 192 25/10/2011, 8.56

divino ineludible a través de enfermedades y desgracias personales o familiares. El entrenamiento especial que reciben, llamado Desarrollo, dura de uno a tres años. El aprendizaje que adquieren les permite entrar a voluntad en trance y presentar videncias, así como ser capaces de obtener la visión interior de su cuerpo, experiencia denominada Mirajes e interpretar los sueños. Al terminar el entrenamiento se les asignan espíritus protectores, quienes serán los que realmente ejecutarán la curación, pues ellos sólo sirven de médiums o Vasos receptores de los espíritus. Cada uno de estos terapeutas pueden ser auxiliados por ayudantes que son aquéllos que jamás logran controlar el trance o están en proceso de aprendizaje.

Es necesario enfatizar, como ya antes se dijo, que el nivel de preparación de los adeptos es bajo. Pertenecientes en su mayoría a las capas marginadas, sus conocimientos médicos quedan enmarcados en lo que se conoce como medicina tradicional o popular basada en creencias de tipo mágico-religioso y con un amplio empleo de plantas medicinales con efectos reconocidos proverbialmente. Forman parte de las medidas terapéuticas utilizadas: masajes, ungüentos, bálsamos y terapias ilusorias como son: la limpia o barrido «pasar por el cuerpo del enfermo un ramo de plantas aromáticas o un huevo de gallina para purificarlo», la Succión «chupar en la nuca del paciente y después eructar o vomitar, para extraerle el daño», el pellizcamiento «se pellizcan las muñecas y la parte anterior de los codos con objeto de (tomarles la presión)», inyecciones espirituales, operaciones espirituales emulando a las de la medicina alopática, realizadas en la casa del paciente en la noche, en cuyo lecho se han depositado en la víspera: tijeras, bisturí, alcohol y algodón dispuestos para ser utilizados por los espíritus en sus intervenciones, realizado "todo espiritualmente", así como el pase de fluidos magnéticos, "pases de energía", además de la utilización de algunos medicamentos alopáticos.

Desde los años 50 un grupo sectario y minoritario, el de los Espiritualistas trinitarios marianos en obediencia, poco representativo del movimiento más general, se integró con miembros de las clases medias poseedores de una mayor instrucción. En sus prácticas curativas desecharon los elementos ligados a la medicina popular, o sea la utilización de los ramos para las limpias, las plantas medicinales y las lociones, pero continuaron con el uso de pases para hacerle llegar al enfermo fluidos magnéticos y mantuvieron, durante la cura, la realización de un largo diálogo con los pacientes y los espíritus protectores.

Como ya se dijo, en los templos Espiritualistas trinitarios marianos el reclutamiento de sus seguidores, en su mayoría mujeres, obedece a la eficacia de la curación y a la ayuda que se presta en la solución de los problemas

06-I. Lagarriga Attias.pmd 193 25/10/2011, 8.56

cotidianos. En estos templos se resuelven problemas conyugales y familiares, dificultades escolares de los jóvenes estudiantes, encarcelamientos, extravío de personas o cosas y asimismo, se dan orientaciones en las situaciones de falta de empleo. Quienes aquí acuden, al percatarse de que hay respuesta a sus demandas, se interesan por adentrarse en la práctica religiosa. Aquellos que siguen un entrenamiento como videntes, doctores espirituales, e integrantes del cuerpo sacerdotal adquieren, con las divinidades, un compromiso de por vida a través de una ceremonia llamada La Marca, en la que se les imponen óleos en la frente, boca y pecho, para otorgarles las facultades que requerirán para su desempeño. El no cumplimiento del compromiso implica exponerse al castigo divino. Es necesario señalar que dedicarse a esta labor es un apostolado: se trabaja en exceso para ayudar a los demás y no se recibe remuneración alguna. Sólo en curaciones privadas se cobra a los demandantes del servicio.

En las ceremonias también se definen quienes son los espíritus protectores de los médiums, por lo regular espíritus de personas destacadas en diferentes campos, con una tendencia cada vez mayor a utilizar espíritus de indígenas. Ejemplos de ellos son, en un templo de Xalapa, Veracruz: Jacinto el Totonaca o Leonardo Piel Roja [12]. Así como en otras partes del país, los espíritus de Cuauhtémoc, Xicoténcatl y Moctezuma "dirigentes prehispánicos". Es común que aparezcan también héroes indígenas locales como el Indio Jerónimo en Chihuahua. Una tribu espiritual de indígenas, los Macacehuas, es asimismo mencionada en los trances, en los que pueden aparecer algunos de sus supuestos integrantes como son: Josefa Macacehua, Pedro Macacehua, entre otros más. En algunos templos pueden aparecer igualmente seres extraterrestres (Lagarriga I. 1975, Ortiz S. 1990).

Existe un gran número de templos Espiritualistas trinitarios marianos, los más importantes y de los que derivan numerosas ramas a lo largo de nuestro país son el Templo de la fe y el Templo de medio día, en la Ciudad de México. Muchos de estos templos tienen su registro en la Secretaria de Gobernación como dedicados a un culto. Nunca aparecen como sitios en donde se llevan a cabo terapias. Es difícil cuantificar el número de templos que existen, ya que muchos seguidores de esta corriente los instalan en sus propias viviendas.

Los templos cuentan con un altar de siete peldaños en cuya parte alta se presenta un ojo generalmente rodeado por un polígono El ojo avizor de Elías. Se halla también colocada la fotografía de Roque Rojas. Junto al altar están los tronos, o sea los sillones en los que se sientan los sacerdotes

06-I. Lagarriga Attias.pmd 194 25/10/2011, 8.56

del culto para recibir a las deidades durante las ceremonias. El altar tiene tres cirios, una lámpara de aceite y una copa de agua que sirve para que los videntes perciban sus videncias y los ejecutores se purifiquen antes de iniciar sus labores. Los pacientes llevan a sus casas esta agua para protegerse de males, brujerías o para combinarlas con los remedios que se les recetan en forma de prescripciones escritas como las de la medicina alopática. Los doctores espirituales utilizan batas blancas como los médicos. En los templos se sientan los fieles en las bancas colocadas frente al altar, a la izquierda los hombres y a la derecha la mujeres.

Dos días a la semana y en festividades importantes, se llevan a cabo las denominadas Cátedras, largas ceremonias de alrededor de cuatro horas en que se reciben los mensajes de las deidades en un lenguaje poco comprensible para los asistentes. Las curaciones igualmente implican gran parafernalia: La entrada en trance del o los doctores espirituales, un diálogo con el enfermo y sus familiares y la realización de los procedimientos terapéuticos del tipo de las limpias, o algunos más aparatosos como son las limpias con fuego para los poseídos de espíritus malignos (se enciende el ramo de la limpia en un anafre al que se echan lociones o hierbas aromáticas y se aproxima al cuerpo del paciente). Parte fundamental y distintiva de este grupo es el aprendizaje de un léxico especializado empleado en las Cátedras y en las curaciones (Kearney M. 1977, Lagarriga I. 1993-1994). Así, en las Cátedras se emplea un lenguaje simplista entremezclado con vocablos no ordinarios que imita a las parábolas de Cristo. Como juega un papel importante en los oyentes el captar si se trata de un espíritu masculino o femenino, así como su jerarquía, es decir, si habla el Gran Jehová, o los integrantes de la trilogía divina, se utilizan ciertos rasgos prosódicos mediante los cuales se asumen tonos autoritarios cuando hablan estos últimos y en el caso de la Virgen, tonos más dulces y cariñosos. Cuando habla el espíritu de Jesús niño, el médium habla como infante e incluso simula que juega.

De manera general, podemos decir que en el curso de estas ceremonias, principalmente durante las Cátedras, cuando descienden en espíritu las deidades, se utiliza una forma de lenguaje rimbombante y rebuscado, mientras que en las curaciones realizadas a través de los espíritus, el habla es sencilla y más coloquial. Una supuesta hipercorrección es una constante en este tipo de discursos «réptil por reptil, ojo visor por ojo avizor, cuerpo de Media unidad por médiumnidad, súmita por sumisa entre otras». Predominan las fórmulas estereotipadas. Ejemplos de las mismas son las siguientes.

06-I. Lagarriga Attias.pmd 195 25/10/2011, 8.56

Durante el descenso de uno o varios espíritus protectores, con elementos rimbombantes y de rebuscamiento:

> «En el nombre de mi padre primero doy mi saludo espiritual al pueblo de Israel y luego a mis hermanos, Josefa de Macacehua, 'el espíritu se presenta', para venir a tomar estos cerebelos 'por cerebro' que no son de nosotros y carnes aparentes, pido vuestra misericordia a nuestro padre y señor que perdone a sus hijos del mundo terrenal que al levantarse de su cama no se acuerdan de darte gracias; pero tú que eres bondad y caridad los perdonas, estoy para servirles. Con el permiso de mi padre» (Lagarriga I. 1975: 87).

Por su parte, los ayudantes presentes en la curación, contestan: "Con el mismo te recibimos" o también "Bendita sea tu caridad". En las curaciones las facultades le hablan al paciente en forma rimbombante y rebuscada con prosodia de tonos cariñosos: lo llaman, hermanito(a), criaturita, mi niño, con largos enunciados como el siguiente:

> «Dales Señor tu mano salvadora por aquéllos que en la tierra no se pueden salvar, cuanto lo que eres el Padre, el Hijo y el Espíritu Santo, señor entre los señores, doctor entre los doctores, dales tu caridad y un poco de tu gota divina para que estas carnes que se contemplan» (Lagarriga I. 1975: 98).

Igualmente, en las ceremonias en que descienden la Virgen o Jesús, los médiums abrazan y acarician a los afligidos que piden consuelo para algún problema personal o familiar, dirigiéndose a ellos con frases de cariño y con un mensaje optimista para la resolución de sus cuitas. Realizan de ese modo una función catártica de gran valor para quienes acuden a los templos.

El Nuevo movimiento religioso de la New Age

Los cambios que ahora hemos detectado y que empiezan a aparecer en el Espiritualismo trinitario mariano obedecen a situaciones que corresponderían, dentro del campo religioso, a los denominados Nuevos movimientos religiosos a los que ya se han referido varios autores (Carozzi M.J. 1993, Teisenhoffer V. 2008) entre las que juega un papel importante la corriente denominada *New Age*, dentro de la cual se hallan inmersos los nuevos espiritismos. Curiosamente se piensa que el Espiritismo moderno, ya descrito, han servido de base tanto para esta corriente como para otras más, como sucede con la sociedad de la gran fraternidad universal, fundada en 1948 por el Francés Serge Reynaud de La Ferrière, en Venezuela, que actualmente incluye escuelas de Yoga, Ashrams, y algunas escuelas iniciáticas. (Brenis E. 2002: 47, Graeff C. 2001, Schmucler S. 2002).

06-I. Lagarriga Attias.pmd 196 25/10/2011, 8.56

El movimiento de la *New Age* o La Nueva Era, surgió en los Estados Unidos a partir los años 80 del siglo pasado, con el pensamiento de Marilyn Ferguson quien promovió en su libro *The acuarium conspiracy: Personal and social transformation in the 1980´s* (1981), el deseo de una religión individualizada y a la carta que satisficiera al seguidor de la misma. Esta corriente que en ocasiones no es percibida como religión por sus seguidores, incluye una amalgama de varios credos, así como de pensamientos esotéricos y teosóficos iniciados en el sigo XIX. Por esa razón, la iglesia católica la cuestiona. Individuos pertenecientes a las clases medias y altas de la población son, en su mayoría, quienes la practican. Para precisar sus planteamientos podríamos seguir las palabras de (Masferrer E. 2000: 55):

> «Esta religión considera que tanto el universo, la naturaleza y las personas son creaciones divinas, por lo cual todo está en contacto de sacralidad. Muy a tono con el concepto de aldea global intenta una fusión de todas las tradiciones religiosas, con especial énfasis en las religiones orientalistas y amerindias, a lo cual agregan mucho del esoterismo occidental, pero allí no terminan los elementos considerados que incluyen concepciones ecologistas, naturistas, creencias en la reencarnación y una larga lista que resulta inagotable»

Para Díaz Brenis la construcción del mito de origen de la Nueva Era, se relaciona con una connotación astrológica, «debido a que se inserta en la transición de la era de Piscis a la era de Acuario lo que da lugar a la idea esotérica del "gran año cósmico", también conocido como "año platónico"» (Díaz E. 2002: 46). Con esto nos dice la autora citada, se pretende explicar «el tiempo que emplea el eje de la tierra en recorrer todas las constelaciones del cielo, es decir, los doce signos del Zodíaco», con una «duración aproximada de cada uno de ellos de 2100 años, los cuales dividen al año cósmico en doce meses cósmicos».

Según (Galinier J. - Molinié A. 2006: 240-241), este cambio zodiacal que pregona la Nueva Era es un símbolo de prosperidad y paz propiciándose así el dominio del hombre tanto de su propia consciencia, como de su cuerpo. Ese propósito es buscado en distintas terapias paralelas y místicas que incluyen, el denominado *Channeling*, o sea el nombre que recibe actualmente la comunicación médiumnimica en los Estados Unidos, (Watson W. 1991), el chamanismo, la astrología y la búsqueda del llamado Potencial Humano. En México, el anhelo entre las clases populares, medias y altas por encontrar nuevas formas religiosas se manifiestan en una creencia acentuada en los horóscopos, en el rastreo en las librerías de literatura relacionada con las terapias espirituales, en el empleo de las flores de Bach, el Reiki, la utilización de temascales, de terapias "chamánicas" y en la aceptación de las religiones orientales.

06-I. Lagarriga Attias.pmd 197 25/10/2011, 8.56

Cambios en el Espiritualismo trinitario mariano en Xalapa, Veracruz

Las influencias anteriores se manifiestan, a nivel popular, como ya lo hemos dicho, en la práctica del Espiritualismo trinitario mariano. Así, en la Ciudad de Xalapa, encontramos en 2005, cuarenta años después de nuestras primeras investigaciones sobre ese tema en dicha Ciudad, algunos cambios en las formas tradicionales del ritual y de las concepciones que lo sustentan con la introducción de elementos de las nuevas formas del pensar y vivir lo religioso. El ejemplo siguiente nos da una idea de lo anterior.

El Guía del templo denominado Centro espiritual voz, fuerza y verdad, es un maestro de la Escuela de música de la Universidad veracruzana, cantante de ópera en el coro de dicha institución. Tiene 45 años de edad y es originario del estado de Jalisco, pero vive en Xalapa desde hace 34 años. Adoptó el Espiritualismo trinitario mariano porque su madre y otros miembros de su familia materna lo seguían. Al relacionarse ya en su edad adulta, con intelectuales Xalapeños seguidores de la *New Age*, diversificó su aprendizaje y práctica religiosa, sin dejar de considerarse espiritualista trinitario mariano. Su templo está situado contiguo a la casa que habita en una colonia proletaria de dicha Ciudad. En este templo encontramos:

Propaganda con volantes impresos (que refieren que es atendido por el "Dr X Consultor y Sanador Espiritual"). En los anuncios aparece, además, el plano del lugar en donde se realizan las curaciones y características de las mismas, con la indicación de que se emplean: «Inciensos, velas, lociones, riegos, tónicos, curas, limpias y vinos curativos». Todo esto es diferente a lo que sucedía en los templos que estudié en los años anteriores en los que predominaba una semiclandestinidad. Se trabaja todos los días de la semana llevándose a cabo curaciones, cuando los días instaurados por esta corriente para curar son los martes y viernes.

Entre los rituales que se practican se encuentran los Amarres "ligaduras" para tratar las dificultades conyugales y a las mujeres abandonadas por sus maridos. Los solicitantes de ayuda le entregan al Guía fotos de las personas que desean sean objeto del tratamiento, las cuales son colocadas en el altar. Los problemas más comunes atendidos son los de las madres que llevan las fotos de sus hijos estudiantes para que salgan bien en sus exámenes o las de sus hijas que abandonan sus hogares o tienen conflictos con sus progenitores.

En la curación se eliminan las técnicas más utilizadas en el Espiritualismo trinitario mariano, como son: la succión, el barrido o limpia, y el pellizcamiento. Éstas se sustituyen por la imposición de manos, el pase de fluidos magnéticos, los masajes y la opresión del cuerpo, realizada hasta que se

06-I. Lagarriga Attias.pmd 198 25/10/2011, 8.56

escucha tronar los huesos del paciente. La autoidentificación de los espíritus desaparece, ya no dicen su nombre. Se considera que sólo es suficiente «la presencia de los seres espirituales». El lenguaje rimbombante y rebuscado, con fines didácticos, desaparece. Los discursos son sencillos y breves.

Aspectos mas relacionados con la magia adquieren preponderancia en sustitución de la función catártica y el diálogo con las divinidades, que en las largas ceremonias del Espiritualismo trinitario mariano original estaban presentes. (LAGARRIGA I. 1993-1994: 115-126). Se suprime la jerarquización del templo o sea el Cuerpo de médiumnidad, sólo queda el Guía y uno o dos ayudantes.

Como podemos ver, en esas modificaciones de las prácticas espiritualistas trinitarias marianas, se hace patente el cambio religioso surgido en el mundo occidental desde hace tres décadas, no sólo en las iglesias históricas sino también con la aparición y transformación de religiosidades populares y el surgimiento de formas a la carta, *light* de religión, en las que el sujeto escoge y acomoda a sus necesidades su propia espiritualidad. De esta manera, en la Ciudad de Xalapa encontramos que incluso universitarios con formación superior se sienten impulsados a tener otra relación con las religiones instituidas o con las populares, de ahí que modifiquen las prácticas culturales de las creencias a las que se encuentran adheridos y lleguen a crear sus propios templos, ubicándolos en zonas proletarias en donde tendrán más seguidores.

La Santería y su relación con algunos templos Espiritualistas trinitarios marianos

Entre las estrategias terapéuticas ahora introducidas en los templos Espiritualistas trinitarios marianos, encontramos las provenientes de la Santería. Esta última religión se filtra cada vez con más fuerza en los sectores populares y altos de la población de México.

La Santería también conocida como Regla de Ocha se ha definido como una práctica religiosa afro-antillana, importada de Nigeria por los Yorubas que llegaron a Cuba como esclavos a partir del siglo XVI. Está compuesta por elementos sincréticos de la religión Africana Yoruba y del Catolicismo.

Forma parte del conjunto de religiones afro-americanas practicadas en las islas caribeñas, en Brasil y en los Estados Unidos de Norteamérica en Nueva Orléans, principalmente. De unos años a la fecha, se ha extendido por

06-I. Lagarriga Attias.pmd 199 25/10/2011, 8.56

México y por los Países Nórdicos de Europa. Son signos característicos de este credo: el trance, la posesión, las ofrendas de comida y el sacrificio de animales. Todavía conserva algunos tintes de sociedad secreta, aunque en Cuba, su expresión actual es abierta y pública gracias a la reciente apertura religiosa (Ortiz S. - Lagarriga I. 2006: 216).

A grandes rasgos podemos decir que en la Santería se concibe la existencia de deidades o seres sobrenaturales denominados *Orishas*, relacionados con elementos de la naturaleza y con ciertas características y debilidades humanas, de manera que dichas deidades experimentan afecto u odio, tanto entre ellas mismas, como hacia sus hijos en la tierra. Por ese motivo, pueden ocasionar a los hombres: daños, enfermedades, la muerte y en general el infortunio. A los *Orishas* se les venera en unas piedras a las que se nombra atanes colocadas en soperas puestas en los altares que elaboran sus adeptos y a las que se les ofrecen alimentos, agua con hierbas y sangre de animales. Así mismo se les prenden velas. (González Y. 2001).

Si bien desde el Siglo XVI se tenía contacto en Cuba con esclavos Negros, el auge de la Santería y de otras religiones afro-americanas tiene lugar en el siglo XIX. El proceso de sincretismo de estas religiones africanas con elementos del catolicismo se dio en el siglo XVIII en el que bajo el nombre de santos católicos, se escondían las antiguas deidades africanas festejadas en los días dedicados a cada santo en el Santoral católico (González Y. 2001) [13]. En la Santería toda persona cuenta con una deidad que lo protege desde su nacimiento, lo cual se reconoce a través de la adivinación.

Hay diversos especialistas religiosos, entre ellos, los conocidos como santeros. Todos pasan por una iniciación que consiste en la imposición de collares que corresponden a *Orishas* diferentes según sea el que le corresponde a cada neófito. Los collares sirven de vehículo para el establecimiento de obligaciones y tabúes hacia el protector. Poco a poco, gracias a la ayuda de una madrina, el iniciado lleva a cabo el ritual llamado asiento o hacer el santo, durante la cual el *Orisha* posee a su protegido, el cual le sirve de cabalgadura. Hombres y mujeres pueden ser iniciados, los primeros reciben también el nombre de Babalochas y las segundas el de Iyalochas. Unos y otras pueden sacrificar aves en el curso de algunas ceremonias, pero para el sacrificio de cuadrúpedos, se debe recibir una iniciación especial. Los iniciados intermedios son los encargados de la percusión de los tambores, los Batá, con gran importancia en el culto. El Akuón dirige y levanta los cánticos del ritual y el Oriaté tiene a su cargo las ceremonias importantes. El diagnóstico de las enfermedades realizado por los Santeros se lleva a cabo por medio de un procedimiento adivinatorio a través de la lectura de

06-I. Lagarriga Attias.pmd 200 25/10/2011, 8.56

caracoles "*cauris*" y en ocasiones mediante la observación de la manera de caer de cuatro pedazos de coco. Según el caso, varían las ofrendas que se hacen a las deidades. Se puede llegar, incluso, al sacrificio de animales desde caprinos, bovinos, gallináceas, palomas y pollos hasta batracios y peces.

Desde 1940, las mujeres terapeutas de la Santería, empezaron a manejar dentro de su sistema adivinatorio, la baraja española, las fichas de dominó y el espiritismo. De este modo, basándose en estos recursos, la santera poseída por el espíritu de un muerto, diagnostica y propone a sus pacientes, la terapia de las enfermedades (González Y. 2001: 231). Para las terapias, las hierbas medicinales son utilizadas en distintas maneras: lociones, baños y aspersiones así como para elaborar los *omiero* (14), que se emplean en casi todas las ceremonias.

En México, la Santería aparece en el siglo XX, momento en que el contacto con Cuba se acentúa con el desarrollo de la radio y el cine en la capital mexicana. Así, entre los años 30 y 50, un conjunto de artistas de teatro, músicos y bailarines Cubanos, se insertaron en la comunidad mexicana portando, en su bagaje cultural, sus creencias santeras, que se divulgaron en los medios artísticos.

Los primeros Santeros y sus allegados se reunían en el Restaurante El Rey ubicado en la Colonia de los Doctores en la citada Ciudad de México. Algunos de ellos han conformado hasta hoy en día, una red de apoyo para la realización, como padrinos rituales, de ciertas ceremonias de iniciación a la Santería.

Se considera que en la actualidad hay alrededor de una docena de Santeros famosos por su carisma que se encuentran diseminados tanto en barrios urbanos residenciales como en colonias populares del centro de la Ciudad de México, en algunas delegaciones del Distrito federal "Iztacalco principalmente" y en Ocoyoacac y Mexicaltzingo, dos Municipios del Estado de México. Cada vez más aparecen centros dedicados a este credo, y algunas reproducciones de sus santos, collares y otros aditamentos del culto ya se expenden desde hace tiempo en el famoso Mercado de Sonora, que cuenta con una sección dedicada a elementos utilizados en diversos rituales terapéuticos (Ortíz S. - Lagarriga I. 2007, González Y. 2007).

Encontramos igualmente la celebración de algunas ceremonias santeras en casas particulares. Se ha iniciado así, una transformación del imaginario social de algunos mexicanos resultado de ese tipo de contactos culturales, lo que ha dado lugar a elaboraciones y reelaboraciones simbólicas de las creencias de la religiosidad popular. Una muestra de lo anterior la

06-I. Lagarriga Attias.pmd 201 25/10/2011, 8.56

tenemos en el ejemplo que enseguida se presenta en donde se ve la influencia de estos cultos de origen africano en el Espiritualismo trinitario mariano.

El Templo Espiritualista Trinitario Mariano y de Santería: Verdad Divina

Este templo fue fundado en el asentamiento urbano irregular de un movimiento popular conocido como "Campamento 2 de Octubre", llamado así, en referencia a la matanza realizada en la Plaza de las Tres Culturas durante el movimiento estudiantil de 1968. Este lugar constituye una de las treinta y seis unidades territoriales de la delegación Iztacalco ubicada en el Centro-Oriente del Distrito Federal y forma parte de las 16 Delegaciones en que está dividida esta entidad geográfica. En la Delegación Iztacalco, muy urbanizada, a finales de los años setenta irrumpieron en ella, "paracaidistas" (15), dando lugar a lo que ahora se conoce, como decíamos, el Campamento 2 de Octubre.

El fundador de este templo fue uno de los que se instalaron en este sitio donde estableció su templo de manera precaria, en una construcción de lámina y cartón que con los años y la regularización de dicho campamento, fue mejorando hasta contar hoy día con un templo de tres pisos, construido con buen material.

Sus abuelas originarias del pueblo San Juanito Nexticpan, Iztapalapa, en el Distrito Federal, lugar donde él nació hace 59 años, eran hablantes de náhuatl y español y ejercían, la primera, sus conocimientos de partera empírica y, la segunda, su comunicación con los espíritus de antiguos héroes Mexicas (16).

En un templo de la Colonia de los Doctores de la Ciudad de México, este personaje recibió, desde joven, entrenamiento en las prácticas del Espiritualismo trinitario mariano. El templo que fundó, a finales de los años setenta, si bien en sus inicios sólo se dedicaba al Espiritualismo trinitario mariano, introdujo en los Ochentas la Santería, derivada del aprendizaje que obtuvo en Cuba lugar donde años antes había viajado. Igualmente ha añadido a las prácticas anteriores algunas técnicas de meditación del Raja Yoga, junto con ciertas medidas dietéticas.

Como él mismo señala, su templo es "Ecléctico espiritual", pero su fama ha trascendido su barrio y recibe entre sus asistentes a políticos, empresarios e intelectuales universitarios. Así mismo lo consultan personas provenientes de otros países a los que asimismo viaja con frecuencia para ejercer la Santería.

06-I. Lagarriga Attias.pmd 202 25/10/2011, 8.56

Su templo está decorado con elementos que hacen ver las prácticas que ahí se llevan a cabo. De este modo, en el lugar de aprendizaje de los nuevos ejecutores del culto, está presente el Ojo Avizor de Elías del Espiritualismo trinitario mariano, estampas de la Gurumai, (Avatar hindú) y de los Brahma Kumaris. Igualmente, tiene reservado un cuarto para objetos relacionados con la Santería y en el tercer y último piso está ubicado, propiamente, el templo Espiritualista trinitario mariano (Ortíz S. - Lagarriga I. 2007).

Las diferencias que este guía establece entre la Santería y El Espiritualismo trinitario mariano son las siguientes: «El espiritualismo se dedica al desarrollo espiritual individual, mientras que la Santería se encuentra más relacionada con los aspectos materiales de manipulación mágica del entorno». Para nuestro informante, en el Espiritualismo los logros son más lentos, pues sus seguidores esperan la ayuda de los seres espirituales y no realizan un esfuerzo, ni efectúan el cambio de vida necesario, mientras que en la Santería los cambios son rápidos, en virtud de que deben seguirse formas de vida aconsejadas por lo seres sobrenaturales. El guía recomienda a sus feligreses, según sus características espirituales y posibilidades económicas, seguir un tratamiento espiritualista trinitario mariano o el de la Santería, ya que este último es más costoso, en tanto que implica la compra de animales, los cuales pueden ser caros y además, es necesario tener cierta fortaleza para resistir el sacrificio de los mismos.

A manera de conclusión

En la búsqueda del bienestar, los seres humanos han hecho esfuerzos en muchos sentidos. Han tratado de utilizar las fuerzas de la naturaleza gracias a observaciones que les han permitido domeñarlas mediante el aprovechamiento de su curso. Sin embargo, no siempre han podido dilucidar la forma como un fenómeno se desarrolla, para así seguirlo y beneficiarse de las energías que desencadena o de manera más general, de los cambios que produce, tanto en el medio ambiente, como en el propio cuerpo humano. Alcanzar la felicidad siempre ha tenido obstáculos, algunas veces vencidos, en otras ocasiones aparentemente no superables.

Para explicar el infortunio cuando éste se presenta sin conocer sus causas, o cuando se busca aceptar lo que podría parecer inaceptable, se han elaborado planteamientos en los que se proponen fuerzas más allá de las conocidas, o se plantea la existencia de mundos diferentes al cotidiano, considerado como inadmisible o incomprensible. Surgen así las explicaciones propias de las religiones, en donde lo que impera es lo sobrenatural.

06-I. Lagarriga Attias.pmd 203 25/10/2011, 8.56

En el terreno de la salud, recurrir a lo sobrenatural se hace más demandante porque las aflicciones que provoca la enfermedad resultan insoportables, debido a verse acompañadas de dolor y por representar igualmente un peligro para la vida. El espectro de la muerte mueve temores en mayor medida y provoca la incertidumbre de lo que pudiera seguir después de haberse acabado la vida. La nada provoca angustia y entonces se hace necesario llenarla con nuevas formas de existencia en las que los resultados de las propias acciones van a brindarse mediante premios, si el comportamiento se acomodó a los preceptos sociales o bien generar castigos si los violentó.

El cuerpo de las religiones así se forma: a las fuerzas más allá de lo humano y de lo natural, hay que rendirles pleitesía para que intervengan cuando las medidas tomadas para resolver una situación fuera de lo común son insuficientes, como ocurre con muchas enfermedades. De esa manera, medicina y religión se ligan.

En el conjunto de los conocimientos humanos se forman en este caso dos estructuras explicativas. En una de ellas se reúnen explicaciones basadas en el curso natural de los fenómenos de este mundo, con las técnicas que se emplean para sacar provecho de dicho acontecer. En la otra, se integran las elaboraciones en las que dos mundos están continuamente en contacto: El natural y el sobrenatural. Nuevamente, para la salud, en un caso, se halla el dominio de los remedios físicos. La farmacopea o las intervenciones quirúrgicas. El otro dominio es el de la apelación a las influencias provenientes del mundo ajeno al físico, el más allá de los dioses, los seres de otros planetas, los espíritus descarnados.

Se dice que la ciencia que se mueve en el mundo natural se halla en continua transformación, pues nuevas observaciones, más cuidadosas o que van más allá de lo que nuestros limitados sentidos alcanzan, gracias a instrumentos que los magnifican, permiten rechazar explicaciones falsas o ampliar las que eran insuficientes. Se afirma por el contrario que las religiones y las creencias médicas basadas en las intervenciones de agentes de los otros mundos, por no tener argumentos que se les opongan, ni pruebas de su falsedad, permanecen en la forma de dogmas o de creencias inmodificables.

En realidad las religiones se encuentran en continua trasformación. Algunos dogmas resultan irreductibles, pero un buen número de planteamientos se modifican al ritmo de los cambios que tienen lugar en las sociedades. Incluso, cuando un dogma choca con una mudanza trascendental en la sociedad, del cuerpo de la religión no adaptable se desprende una secta.

Los avances en los campos de la salud, propiciados por la medicina científica, por las medidas de higiene o por las dietas en las sociedades afluen-

06-I. Lagarriga Attias.pmd 204 25/10/2011, 8.56

tes, llevan a cambios más rápidos en las terapias físicas o sobrenaturales. De hecho, se entremezclan medicina científica y tradicional. En la primera llegan a aceptarse las influencias en la curación de los llamados placebos, asentados en creencias derivadas de asociaciones entre el alivio de ciertos dolores y ciertas condiciones que activaron el sistema inmunológico o la neuroquímica cerebral, pero que quedan ocultas para quien las vive por carecer de los conocimientos necesarios o de los medios para descubrirlas. En las segundas se da, como lo vimos en este trabajo, un uso de medicinas de patente acompañadas de rituales o maniobras de la magia.

Lo importante de lo reseñado, es esa adaptabilidad a las demandas sociales que puede verse en las terapias tradicionales, con sus recursos a nuevos conocimientos: los espíritus ahora acompañados de seres del más allá, los pases mágicos capaces de producir fluidos magnéticos. Las propiedades curativas de ciertas plantas todavía no estudiadas en forma científica, son utilizadas porque provienen de conocimientos ancestrales cuya recuperación es necesaria. Esos ancestros por cierto, ayudan a reconfortar a quienes, víctimas de la marginación, necesitan encontrar reivindicaciones, de ahí que se vuelvan a la edad de oro de sus supuestos orígenes y de ese modo se salven del desprecio y las humillaciones ahora sufridas.

La lista es larga y creemos haber proporcionado una muestra de esos mecanismos en la serie de las terapias populares presentadas a las que recurren los miembros de todas las clases sociales, pues vimos que tanto los estratos altos, medios y bajos de la población, se acercan a ese otro mundo de lo sobrenatural, simplemente porque de una u otra forma, el mundo físico natural o el artificial de las comodidades modernas, no les brindan todas las satisfacciones que buscan. A algunos, por su marginalidad, se les niega buena parte de su bienestar, otros, por influjo de la propaganda con sus constantes ofertas de nuevos *gadgets*, ante la imposibilidad de alcanzarlos, quedan en continua frustración, otros más, en razón de la inmanencia de lo material, o por el ritualismo puramente formulario de las religiones constituidas, se sienten vacíos, pero todos, ante ese conjunto de situaciones, buscan otros mundos en los que lo trascendente, lo incógnito, lo que mueve a la emoción, lo que reconforta, lo sobrenatural campean, de esta manera se tiene un conjunto de circunstancias propicias para nuevas religiones y para medicinas alternativas, antiguas y modernas. El Espiritualismo trinitario mariano es una muestra de ello, con sus nuevas mezclas de creencias y terapias extraídas de los imaginarios en boga, en los que las religiones orientales, las suposiciones sobre la existencia de extraterrestres, los sacrificios de animales de los cultos africanos presentes en la santería, se agregan a las ceremonias de curación anteriores porque llegan

06-I. Lagarriga Attias.pmd 205 25/10/2011, 8.56

a conmocionar emocionalmente, en mayor medida, a quienes afectados por una enfermedad, o una preocupación, necesitan confiar en aquello que ofrece mayores posibilidades de resolución de sus problemas por provenir de ámbitos que están más allá de los conocidos, los cuales sólo les han atraído frustraciones.

Notas

(1) Para más datos de otros investigadores además de los citados en el texto, que han estudiado al Espiritualismo trinitario mariano, véase (Lagarriga I. 1996).

(2) «El carisma puede ser y sólo en este caso merece tal nombre con pleno sentido de un don que el objeto o la persona poseen por naturaleza y que no puede alcanzarse con nada. O puede y debe crearse artificialmente en el objeto o en la persona mediante cualquier medio extraordinario». (Weber M. 2002: 328-329). Un interesante análisis sobre el carisma del hombre ligado a lo sagrado y en la sociedad actual lo presenta (Lindholm C. 2001).

(3) La palabra curandero(a) ha sido señalado como la «...Denominación genérica que reciben todos los terapeutas en el ámbito de la medicina tradicional». «... quedan incluidos los que atienden una amplia gama de padecimientos y enfermedades empleando diversos recursos y métodos diagnósticos y curativos». «También son llamados así los que cubren funciones terapéuticas más restringidas y específicas; o sea, los que se han especializado en demandas particulares de atención como huesero, culebrero, partera, levanta sombras, curandero de aire, curandero de brujería, etcétera, así como los que dominan un método una técnica o recurso para efectuar su diagnóstico o terapia, como chupador, cantor, ensalmador, rezandero, sobador, pulsador, ventosero, hierbero, peyotero, rosero, pelotillera, polvero, etcétera» (Zolla C. *et al*. 1994: 303-330).

(4) Véase, para el caso de los chamanes, a (Eliade M. 1960) y su descripción de las múltiples vicisitudes de estos artistas del éxtasis, cuando en sus "viajes" luchan para recuperar el alma de sus pacientes. Los chamanes pueden, además, en estado de éxtasis, conducir las almas de las personas fallecidas al mundo de los muertos, llevando a cabo una actividad psicopompa. En Abrman E. (1963) y Lapassade G. (1976), pueden encontrarse igualmente datos sobre estas capacidades de separación del alma del cuerpo en sanadores y chamanes.

(5) Un ejemplo de estos cambios lo encontramos en el Trincadismo una corriente espiritista elaborada por Joaquín Trincado, la cual se ha desarrollado en Argentina.

(6) Originario de Austria donde curaba de forma individual en Viena, fue autor del trabajo: *Memorias sobre el descubrimiento del magnetismo animal*. en el que desarrolla la teoría de la existencia de una energía universal, la fuerza magnética, que una persona sana puede transmitir a otro sujeto más débil y de esta manera ayudarlo a recobrar la salud. Vivió y ejerció su técnica terapéutica con más auge en Francia, en las postrimerías del Antiguo Régimen, en los albores de la Revolución Francesa. Sus pacientes fueron miembros de la nobleza europea. Mesmer curaba con unos tubos de los que salían hilos de metal. Dichos tubos los pasaba sobre el cuerpo de los pacientes después de darles a beber un agua que de acuerdo a su decir les trasmitía poderes fluídicos con los que los magnetizaba. Es decir, mediante ese procedimiento, transmitía energía de un cuerpo sano a otro enfermo. Por lo regular, trabajaba con siete o diez personas al mismo tiempo, sentadas formando una fila. Observaba a los sujetos objeto de sus prácticas terapéuticas y se dio cuenta que presentaban cuadros de exaltación, llanto y gritos, para posteriormente caer en un sueño profundo del cual despertaban aliviados de sus males. Con el tiempo, Mesmer fue acusado de charlatán y expulsado de Francia. Su teoría fue seguida en 1782 por el Conde de Puységur. Los planteamientos de Mesmer influyeron tanto en el estudio de la hipnosis como en el desarrollo del Espiritismo Moderno (cf. Rausky F. 1995, Aubrée M. - Laplantine F. 1990, Lapassade G. 1995).

06-I. Lagarriga Attias.pmd 206 25/10/2011, 8.56

(7) Una idea de la importancia que tuvo este credo en México, nos la da el hecho que el Primer Congreso Espiritista Internacional a nivel mundial (celebrado en Barcelona, España) se llevó a cabo en 1890 y en nuestro país el Primer congreso nacional se realizó en 1909.

(8) El Fidencismo constituye una religión popular con rasgos espiritistas, seguida por miles de Mexicanos sobre todo del norte de México y migrantes a los Eua. que consideran como su fundador a Fidencio Sintora Constantino (1898-1938) conocido como El niño Fidencio considerado como un "niño santo" popular pues nunca alcanzó su madurez sexual. que creó en el Municipio de Espinazo, Nuevo León, un gran centro de atención a enfermos dividido en pabellones, "dementes, leprosos, los de tratamiento quirúrgico, etc.2 que fue visitado por miles de seguidores y en 1928 el Presidente de la República Plutarco Elías Calles, acudió ahí en búsqueda de la salud de un largo padecimiento. Fidencio curaba de forma tradicional utilizando hierbas locales, o dando de beber a sus pacientes el agua en la que se bañaba que de este modo estaba santificada. Era también taumaturgo, realizaba curas sorprendentes operando tumores y ojos con pedazos de vidrio, extraía muelas con pinzas de mecánico, sin anestesia utilizaba para algunos enfermos un columpio muy alto, o desde una azotea les arrojaba frutas y los tocados sanaban. En el caso de los que presentaban padecimientos mentales, los bañaba con chorros de agua fría, a los sordomudos, los ponía en una jaula con un puma de su propiedad para conmocionarlos "ya que en realidad no dañaba por no tener colmillos ni garras". Seguía ciertos principios espíritas que aprendió de su antiguo patrón un Belga llamado Teodoro Von Wernich al que curó. amigo de Francisco I. Madero, "presidente del país" connotado espírita de principios del siglo XX, De este modo, Fidencio tenía videncias, desdoblamientos, visiones y revelaciones. A su muerte sus seguidores que rinden tributo a su tumba ubicada en su antiguo lugar de sanación, cuentan con médiums sanadores llamados "cajitas" que curan por medio de espíritus, entre los que destacan *Pancho Villa*, el gran héroe revolucionario muy reconocido en el Norte del país y la *"Niña Aurorita"* hija de una Guía de uno de los templos Fidencistas que se extienden sobre todo en la Ciudad de Monterrey (Mackline B. J. - Crumrine R. 1973, Farfan O. 1994).

(9) Hemos encontrado que las formas de curación en el Espiritismo popular se presentan en forma similar al de los templos Espiritualistas trinitarios marianos, por lo regular cambia en que en lugar de tener la foto del fundador de ese credo se tiene la de Allan Kardec. A nivel medio y alto de la población la cura consiste en la presentación de un espíritu sanador que se invoca de manera colectiva en torno de una mesa redonda, en la que los asistentes juntas sus dedos índices y meñiques con los asistentes que les tocan en cada lado con objeto de invocarlo y ayudar a la médium. Gutierre T. 1976 describe para los años 50 la utilización de una especie de camerino donde el paciente se sienta y por fuera se recurre a la convocación del espíritu sanador que en ocasiones materializa objetos, flores, monedas, etc.

(10) Sobre espiritismo en Puerto Rico véase: Garrison V. 1977: 64-85, Koss-Chioino J. 1992.

(11) En algunos templos se venden libritos de ediciones caseras con las enseñanzas de Roque Rojas.

(12) Los Totonacas constituyen uno de los grupos étnicos de este estado y el de Puebla. El apelativo Piel Roja hace alusión al nombre despectivo que se les daba a los Indios en los Estados Unidos de Norteamérica.

(13) Algunos de sus *Orixhas* más destacado corresponderían a los siguientes santos católicos

AFRICA	CUBA	MEXICO
Oshún	Virgen de la Caridad	Virgen de Guadalupe
Yemayá	Virgen de Regla	Virgen de San Juan de los lagos
Obatalá	Virgen de las Mercedes	Virgen de las Mercedes
Eleguá	Santo Niño de Atocha	Santo Niño de Atocha, Ánima Sola, San Judas
Babalú- Ayé	San Lázaro	San Lázaro

06-I. Lagarriga Attias.pmd 207 25/10/2011, 8.56

(14) Yólotl González (2007: 232), señala que los *omieros*, se utilizan en todas las ceremonias, en los «Asientos del Santo, rogativas, limpieza de los otanes, los caracoles, los collares y las prendas de todos los santos». También se utilizan para lavar a los «cadáveres de los que tienen asentado a Ocha». Los *omieros* se preparan con agua de lluvia principalmente del mes de mayo, o con agua de ríos, agua bendita o de coco fresca, se les añade aguardiente y miel de abeja o el melao de caña, manteca de cacao, cascarón de huevo molido, pimienta de Guinea y sangre de los animales sacrificados.

(15) Nombre genérico que se les da en México a los que de manera irregular toman en grupo posesión de tierras.

(16) Grupo étnico importante del México Prehispánico al que también se le llama Azteca.

Bibliografía

Arbman Ernst (1963), *Ecstasy or religious trance. In the experience of the ecstatics and from the psychological point of View*, vol. II, Svenska Bokforlaget - Scadinavian University Books - Essence and Forma of Ecstasy, Upsala.

Aubrée Marion (1996), *Transe: entre liberation de l'inconscient et contraintes socioculturelles*, pp. 173-192, en Godelier M. - Hassoun Y. (organizadores), *Meurtre du père, sacrifice de la sexualité. Approches anthropologiques et psychanalytiques*, Arcanes, Paris.

Aubrée Marion - Laplantine François (1990), *La Table, le Livre et les Esprits. Naissance, évolution et actualité du mouvement social spirite entre France et Brésil*, Editions J.C. Lattès, Paris.

Bastide Roger (2001 [1972]), *El sueño el trance y la locura*, 2da edición, traducción del francés de José Castelló, Amorrourtu Editores, Buenos Aires - Madrid [ed. or: *Le rêve, la transe et la folie*, Flammarion, París, 1972].

Camp Valentí (1975), *Las sectas y las sociedades secretas a través de la historia,* Tomo II, Editorial del Valle de México S.A., México.

Carozzi María J. (1993), *Contribuciones del estudio de los Nuevos movimientos religiosos a la sociología de la religión: Una evaluación crítica,* pp. 15-45, en Frigeiro Alejandro (Introducción y selección de textos), *Nuevos movimientos religiosos y ciencias sociales,* Tomo II, Centro editor de América Latina, S. A., Buenos Aires.

De Heredia C.M. (1961), *Los fraudes espiritistas y los fenómenos metapsíquicas*, Editorial Difusión, Buenos Aires.

Dericquebourg Régis (2002), *La construction d'un objet social: les Eglises de guérison*, pp. 39-60, en Massé Raymond - Benoist Jean (directores), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Éditions Karthala, Paris.

Devereux George (1973 [1970]), *Ensayos de etnopsiquiatría general*, 2da edición, Barral Editores, Barcelona [ed. or: *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Éditions Gallimard, París, 1970].

Diaz Elizabeth (2002), *Nueva Era. Una religión para la polis posmoderna*, "Antropología. Boletín Oficial del Instituto Nacional de Antropología e Historia", Nueva Época, n. 68, México, 2002, pp. 44-49.

Duran Leonel (1976), *Religión e ideología: estudios de casos Mexicanos*, pp. 143-147, in *Actas del XLI Congreso Internacional de Americanistas. México* 2-7 *septiembre 1974*, Museo Nacional de Antropología, México.

Eliade Mircea (1960 [1951]), *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*, traducido del francés Ernestina de Champourcin, Ediciones Fondo de Cultura Económica, México [ed. or: *Le Chamanisme et les techniques arcaïques de l'Extase*, Éditions Payot, París, 1951].

Farfan Olimpia (1994), *El Fidencismo. Un culto al Niño Fidencio*, Centro regional de Nuevo León - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

06-I. Lagarriga Attias.pmd 208 25/10/2011, 8.56

Ferguson Marilyn (1981), *The acuerium conspiracy: personal and social transformation in the 1980's,* Jeremy Tarcher, Los Angeles.

Galienier Jacques - Molinié Antoinette (2006), *Les Néo-Inidens. Une religión du IIIe Millénaire*, Odile Jacob, Paris.

Garrison Vivian (1977), *Doctor, espiritista or phychiatrist? Health seekig behavior in Puerto Rico Neighborhood of New York City*, "Medical Anthropology", n. 1, 1997, pp. 65-191.

González Yólotl (2001), *La santería en México*, Ponencia presentada en el Segundo encuentro de religiosidad popular, México-Cuba, México, Septiembre 2001.

González Yólotl (2007), *Santería y enfermedad*, pp. 227-236, en Ramirez Juan Luis (compilador), *Enfermedad y Religión. Un juego de miradas sobre el vínculo de la metáfora entre lo mórbido y lo religioso*, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Graeff Carla (2001), *La Nueva Era en un grupo de clase media de la Ciudad de México*, Tesis de licenciatura en etnohistoria, Escuela Nacional de Antropología e Historia - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Gutierre T. (1976).

Haggard Howard (1952 [1934]), *El Médico en la Historia*, 4ª edición, traducción del inglés María Luisa de Ayala, Editorial Sudamericana, Buenos Aires [ed. or: *The doctor in history*, Yale University Press, New Heaven, 1934].

Kardec Allan (2006 [1857]), *El Libro de los Espíritus*, 2da edición, traducción del francés Gilberto Domínguez, Ed. Grupo Editorial Tomo S.A. de C.V., México [ed. or: *Le livre des Espirits*, Didier et Cie, París, 1857].

Kardec Allan (2003 [1864]), *El evangelio según el Espiritismo*, 1era edición, traducción del francés Gilberto Domínguez, Ed. Grupo editorial Tomo S.A. de C.V., México [ed. or: *L'Evangile selon l'Espiritisme,* 3ème édition, Imprimerie PA Bourdier et Cie, París, 1864].

Kearney Michael (1977), *Oral performance by mexican spiriritualism in posesión trance*, "Journal of latinamerican Lore", vol. 3, n. 2, 1997, pp. 309-328.

Koos-Chioino Joan (1992), *Women as healers, women as a patients. Mental health care and traditional healing in Puerto Rico,* Westview Press, Boulder (Co).

Lagarriga Isabel (1975), *Medicina tradicional y espiritismo*, Ed. Secretaría de Educación Pública, México.

Lagarriga Isabel (1982), *Espiritismo contacto constante con el mas allá,* Cuaderno del Museo nacional de antropología - Secretaría de Educación Pública, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Lagarriga Isabel (1991), *Espiritualismo trinitario mariano. Nuevas perspectivas de análisis*, Universidad Veracruzana, México.

Lagarriga Isabel (1993-1994), *El interjuego del lenguaje esotérico y del habla cotidiana en los procesos de curación*, "Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje", vol. 2, n. 1, 1993-1994, pp. 127-139.

Lagarriga Isabel (1996), *La Antropología Médica en México. Situación y perspectivas,* "Salud-Problema", nueva época, año 1. n. 1, pp. 72-79.

Lagarriga Isabel (2007), *Características de los terapeutas religiosos en México,* pp. 1-30, en Ramírez Juan Luis (compilador), *Enfermedad y religión. Un juego de miradas sobre el vínculo de la metáfora entre lo mórbido y lo religioso*, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Lagarriga Isabel - Ortíz Silvia (2002), *Lenguaje y ritual terapéutico en el espiritualismo trinitario mariano*, "Boletín oficial del Instituto Nacional de Antropología e Historia", nueva época, n. 68, 2002, pp. 3-10.

Lapassade Georges (1976), *Essai sur la transe,* Jean-Pierre Large - Encyclopédie Universitaire, Paris.

Lapassade Georges (1995), *Déviance et possession*, pp. 81-92, en Michaux Didier (dirección), *La transe et l'hypnose,* Imago, Paris.

Laplantine François (1977), *Las tres voces de la imaginación colectiva. Mesianismo, Posesión y Utopía*, Ed. Gedisa, Barcelona.

06-I. Lagarriga Attias.pmd 209 25/10/2011, 8.56

Laplantine François (1992), *Anthropologie de la maladie*, Éditions Payot, Paris.

Leyva José M. (2006), *El ocaso de los Espíritus. El espiritismo en México en el siglo XIX*, Editorial Cal y Arena, México.

Lindholm Charles (2001[1990]), *Carisma. Análisis del fenómeno carismático y su relación con la conducta humana y los cambios sociales*, 3era reimpresión, traducción del francés Carlos Gardini, Ed. Gedisa Editorial, Barcelona [ed. or: *Charisma*, Basil Blackwell, Oxford].

Mackline June (1967), *El niño Fidencio. Un estudio de curanderismo en Nuevo León*, "Humanitas", n. 8, 1967, pp. 529-563.

Mackline Barbara J. - Crumrine Ross (1973), *Three North-Mexican folk saints movements*, "Comparative Studies in Society and History", vol. 15, n. 1, 1973, pp. 89-114.

Masferrer Elio (2000), *La configuración del campo religioso Latinoamericano*, pp. 19-85, en Masferrer Elio (compilador), *Sectas o iglesias. Viejos o nuevos Movimientos religiosos*, 2da edición, Asociación Latinoamericana de Educación Radiofónica - Plaza Valdés Editores, México.

Michaux Didier (1995), *La transe et l'hypnose. Introduction*, pp. 265-291, en Michaux Didier (dirección), *La transe et l'hypnose*, Imago, Paris.

Ortiz Silvia M. (1990), *Una religiosidad popular el Espiritualismo Trinitario Mariano*, Colección Científica, Ed. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Ortiz Silvia M. - Lagarriga Isabel (2007), *Santería y Espiritualismo Trinitario Mariano. Interrelación e imaginario ideológico en la Ciudad de México,* pp. 211-226, en Ramirez Torres Juan Luis (compilador), *Enfermedad y Religión. Un juego de miradas sobre el vínculo de la metáfora entre lo mórbido y lo religioso*, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Rausky Franklin (1995), *Trance hypnotique et psychopathologie collective*, pp. 93-104, en Michaux Didier (dirección), *La transe et l'hypnose*, Imago, Paris.

Tibon Gutierre - Algazi Alberto (1960), *Protocolos del Imis*, Ed. Antorcha, México.

Watson William (1991), *A concise dictionary of cults & religions*, Ed. Moody Press, Chicago.

Weber Max (2002 [1922]), *Economía y sociedad*. *Esbozo de sociología comprensiva*, 2da reimpreisión, traducción del alemán José Medina Echavarría *et al.*, Ed. Fondo de Cultura Económica, Madrid [ed. or: *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*, Mohr (Paul Siebeck), Tubingen, 1922].

Zolla Carlos *et al.* (1994), *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Nota sobre la Autora

Isabel Lagarriga Attias, antropóloga social, nació en la Ciudad de México en 1943. Actualmente se desempeña como profesor-investigador titular en el Instituto nacional de antropología e historia, en el cual, en el período de 1991 a 1994, fungió como directora de etnología y Antropología social. Ha llevado a cabo trabajos de investigación pioneros en el campo de la Antropología médica, la etnopsiquiatría en México, la religión y los espiritismos. Ha trabajado también sobre marginalidad Indígena.

Es autora de los siguientes libros: *Medicina tradicional y espiritismo (dos ediciones); Ceremonias mortuorias entre los otomíes del Norte del Estado de México; Otomíes del Norte del Estado de México. Una contribución al estudio de la marginalidad; Espiritualismo Trinitario Mariano: Nuevas perspectivas de análisis; Chamanismo Latinoamericano. Una revisión conceptual,* obra

06-I. Lagarriga Attias.pmd 210 28/11/2011, 17.06

para cuya integración y publicación fungió como co-coordinadora junto con Michel Perrin y Jacques Galinier.

Igualmente ha coordinado diversas publicaciones y es autora de varios artículos publicados en revistas nacionales e internacionales y de capítulos en diversos libros. Entre los relacionados con la etnopsiquiatría se encuentran los siguientes: *Concepción y terapia de la enfermedad mental en México*, pp. 239-254, en Pinzón Carlos y Suárez Rosa (coordinadores), *Otra América en Construcción*, Congreso Internacional de Americanistas, Amsterdan (Holanda) – Instituto Colombiano de Antropología, Bogotá (Colombia), 1991.

Ha publicado también *Caracterización etnopsiquiátrica de la enfermedad mental en México*, pp. 295-305, en Malvido Elsa - Morales María E. (Coordinadoras), *La salud en México*, Ed. Colección Científica, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, 1992.

Otros trabajos son: *Algunas concepciones populares sobre la locura femenina en México*, pp. 87-96, en *La mujer en México una perspectiva antropológica*, Ed. Colección Científica, Instituto nacional de antropología e historia, México,1992; *Una expresión popular de la concepción de la enfermedad mental: la posesión demoníaca*, pp. 140-152, en Báez Félix-Jorge (coordinador), *Memorial Crítico. Diálogos con la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán en el centenario de su natalicio*, Editora de Gobierno del Estado de Veracruz, Veracruz, 2008.

Ha sido docente de la Universidad Veracruzana y de la Escuela nacional de antropología e historia Enah (Inah-México). Es consultora de varias tesis de Doctorado en antropología social en la Facultad de filosofía y letras de la Unam y ha formado parte del cuerpo de evaluadores del Consejo nacional de ciencia y tecnología (Conacyt).

Resumen

Espiritualismo trinitario mariano. Viejas y nuevas estrategias terapéuticas

El Espiritualismo trinitario mariano, una forma de religiosidad popular de origen mexicano, surgió en el siglo XIX en la Ciudad de México. Ha sobrevivido no sólo por las terapias tradicionales y mágico-religiosas practicadas en sus templos, sino también porque ha incorporado diversos credos a través de sus 143 años de existencia. En el artículo se hace notar cómo la efervescencia religiosa contemporánea en occidente, la cual tiene su punto álgido en los años ochenta, modifica tanto el pensamiento de ciertos sectores de las clases medias y altas de la población, como el de quienes practican algunas religiosidades populares. En el Espiritualismo trinitario mariano sus adherentes se reclutan, en buena parte, debido a las terapias ofrecidas con participación de entidades espirituales y gracias al empleo de fuertes formas de expresión simbólica presentadas en los templos. La continuidad de este credo se debe, primero, a la incorporación del espiritismo kardeciano en el que se conjugaron el positivismo y el rechazo al dominio de la Iglesia católica y, segundo, a la asimilación de algunos lineamientos

06-I. Lagarriga Attias.pmd 211 25/10/2011, 8.56

del Movimiento de la *New Age* que simplificaron el ritual. Igualmente, la introducción de la Santería dio pie con su parafernalia sacrificial y sus ritos africanos, a resolver en el imaginario popular los problemas diarios que aparecen con el desarrollo competitivo del capitalismo. El sacrificio de animales, practicado ahora en algunos de los templos, origina una intensa conmoción emocional que permite percibir la eficacia simbólica de las terapias en mayor medida que la mera expresión de la aparición de los espíritus, visualizada sólo gracias a las expresiones teatrales de los médiums.

Riassunto

Lo Spiritualismo trinitario mariano: vecchie e nuove strategie terapeutiche

Apparso a Città del Messico nel XIX secolo, lo Spiritualismo trinitario mariano – religiosità popolare di origine messicana – resta ancora vivo ai nostri giorni grazie alle terapie magico religiose praticate nei suoi templi, e in particolare grazie ai diversi credi che esso ha abbracciato nel corso dei suoi 143 anni di esistenza. Il presente studio sottolinea fino a che a punto il fenomeno occidentale contemporaneo della effervescenza religiosa (che ha raggiunto il suo punto culminante negli anni Ottanta), riesca a influenzare non solo il pensiero di alcuni settori delle classi medie e agiate della popolazione, ma anche dei praticanti di alcune religioni popolari. È in gran parte grazie alle terapie proposte nei templi, con la partecipazione di entità spirituali e l'impiego di forme espressive dalla grande forza simbolica, che lo Spiritualismo trinitario mariano continua a reclutare il maggior numero di adepti. La continuità di questo credo è dovuta, in primo luogo, alla incorporazione dello Spiritismo di Kardec, che coniuga positivismo e rifiuto del dominio della Chiesa cattolica; in secondo luogo, alla assimilazione di certi elementi caratteristici del movimento New Age, in grado di favorire una semplificazione del rito. Inoltre, l'introduzione della Santería, con i suoi sacrifici e riti africani, ha permesso all''immaginario popolare di risolvere i problemi quotidiani derivanti dal carattere competitivo dello sviluppo capitalistico. In alcuni templi il sacrificio di animali è praticato ancora ai nostri giorni, e l'intenso coinvolgimento emotivo che esso suscita, è una conseguenza della efficacia simbolica delle terapie, che diventano – agli occhi dei credenti – più convincenti di quelle in cui l'apparizione degli spiriti è veicolata unicamente attraverso l'espressione teatrale dei medium.

Resumé

Spiritualisme trinitaire marial. Stratégies thérapeutiques vieilles et nouvelles

Émergé dans la ville de Mexico au XIX siècle, le spiritualisme trinitaire marial, religiosité populaire d'origine mexicaine, reste encore vivant de nos jours grâce aux

06-I. Lagarriga Attias.pmd 212 25/10/2011, 8.56

thérapies magique-religieux pratiqués dans ses temples mais plus particulièrement grâce aux divers credos qu'il a embrassés à travers ses 143 ans d'existence. La présente étude souligne à quel point le phénomène contemporain occidental d'effervescence religieuse, ayant atteint son point culminant dans les années quatre vingt, modifie la pensée de certains secteurs des classes moyennes et aisés de la population mais aussi celle des pratiquants de certaines religiosités populaires. C'est en grande partie grâce aux thérapies proposées dans les temples avec la participation d'entités spirituelles et l'emploi de formes d'expression d'une grande force symbolique que le spiritualisme trinitaire marial recrute le plus grand nombre de ses adeptes. La continuité de ce credo est due premièrement à l'incorporation du Spiritisme de Kardec, mélange de positivisme et refus de la domination de l'Eglise catholique et, deuxièmement, à l'assimilation de certains éléments caractéristiques du mouvement de la New Age donnant lieu à la simplification du rituel. De même, l'introduction de la Santería avec ses sacrifices et ses rites africains, a permis dans l'imaginaire populaire de résoudre les problèmes quotidiens du développement compétitif du capitalisme. Ainsi, le sacrifice d'animaux est pratiqué de nos jours dans certains temples. Les commotions émotionnelles intenses qu'il suscite soulignent l'efficacité symbolique de ces thérapies qui deviennent aux yeux de croyants, plus convaincantes que celles dont l'apparition d'esprits est exclusivement véhiculée par les expressions théâtrales des médiums.

Abstract

The Marian Trinitarian spiritualism: old and new therapeutic strategies

The "Espiritualismo trinitario mariano", a form of popular religiousness of Mexican origin appeared in the XIXth century in Mexico City, it has survived, not only because of the magical-religious therapies that are practiced in its temples, but also because it has incorporated in an strategic way diverse credos along its 143 years of existence. The article shows how the western contemporary religious effervescence, which had its climax in the eighties, not only modifies the thought of certain sectors of the middle and upper classes of the population, but also that of those who practice some popular religiosities, such as the aforementioned credo. The adherents to the "Espiritualismo trinitario mariano" are recruited mainly, because the therapies that are offered, they have the participation of spiritual entities and, by the use of strong sources of symbolic expression which are presented in these temples. The continuity of this credo is due, firstly, to the fact that it incorporated, the Kardecian spiritualism which combined the positivism and the rejection to the domination of the Catholic Church, and secondly, to the assimilation of some guidelines of the New Age movement that simplified the ritual. In addition, the incorporation of the Santeria helped with its

06-I. Lagarriga Attias.pmd 213 25/10/2011, 8.56

sacrificial paraphernalia and its African rites to resolve in the popular imaginary the daily problems that appear with the competitive development of capitalism. Animal sacrifice, which is currently practiced in some temples, generates an intense emotional commotion that allows the perception of a symbolic efficacy of the therapies in a wider sense than the mere expression of the apparition of spirits, which is visualized only by the theatrical expressions of mediums.

06-I. Lagarriga Attias.pmd 214 25/10/2011, 8.56

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 215-251

Sector Salud y organizaciones no-gubernamentales: convergencias y articulaciones en torno a la salud reproductiva

Eduardo L. Menéndez - Renée B. Di Pardo

Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (Ciesas), Districto Federal

Introducción

Del análisis de la información sobre procesos de salud/enfermedad/atención que publicó la prensa escrita mexicana de circulación nacional durante el lapso 2000/2008 y especialmente durante el 2002 [1], surge que la misma presenta gran cantidad de información sobre ciertos aspectos negativos de la salud reproductiva y sobre Vih-Sida, pese a no constituir los problemas más graves que afectan a la población mexicana en general, ni a nivel de género en particular.

Según la Comisión nacional de arbitraje médico (Conamed) gran parte de las quejas que recibe por parte de la población, son contra los servicios de traumatología y ortopedia, gineco-obstetricia y urgencias, pero sin embargo la mayoría de las quejas y demandas publicadas por la prensa escrita se concentran en Vih-Sida, así como en problemas que tienen que ver con gineco-obstetricia, pero con muy escasas referencias a los otros motivos básicos de queja. Lo cual también observamos a través de las denuncias a la Comisión nacional de derechos humanos (Cndh), ya que si bien los procesos organizados en torno a salud reproductiva y a Vih-Sida no son los más denunciados a dicha Comisión, no obstante son los más difundidos por la prensa escrita, en especial los referidos al funcionamiento de los servicios médicos oficiales respecto de esos dos procesos.

Esta presencia diferencial en la prensa escrita también la observamos en las noticias que tratan sobre los grupos de la sociedad civil que trabajan sobre procesos de salud/enfermedad/atención (de ahora en adelante procesos de s/e/a), y que refieren a la labor de los grupos de autoayuda, casas de apoyo a sujetos con problemas específicos, fundaciones que apoyan estas actividades, redes de pacientes así como a organizaciones no guberna-

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 215 28/11/2011, 15.28

mentales (ONGs) que trabajan sobre muy diferentes problemas de salud como diabetes *mellitus*, trasplantes renales, tracoma, espina bífida, arterioesclerosis, discapacidades y otros procesos de salud/enfermedad/atención (s/e/a). Pero el 80% de las referencias periodísticas son para organizaciones que trabajan sobre problemas de salud de la mujer, tales como cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino y especialmente sobre embarazo/parto, así como para organizaciones que trabajan sobre VIH-SIDA.

Si bien VIH-SIDA y los procesos de salud reproductiva constituyen graves y extendidos problemas de salud en México, sin embargo los mismos son secundarios, especialmente en términos de mortalidad – pero también de morbilidad –, comparados con problemas como diabetes *mellitus*, padecimientos cardíacos, enfermedades cerebro vasculares, 'violencias' o cirrosis hepática. Y pese a ello, tienen una presencia en la prensa escrita que supera ampliamente la información sobre los principales problemas de salud que aquejan a la población mexicana.

La información sobre salud reproductiva y sobre VIH-SIDA a con 360 y 449 referencias respectivamente, constituye el 12% y el 15% respectivamente del total de 3.036 referencias periodísticas codificadas por nosotros en los diarios analizados para el año 2002. Mientras que las dos principales causas de mortalidad, como diabetes *mellitus* y cardiovasculares sólo constituyen el 3% (86 menciones) y el 4% (127) respectivamente del total de referencias.

Es a partir de estos datos que describiremos y analizaremos la información que presenta la prensa escrita mexicana respecto de ciertos procesos de salud reproductiva, así como trataremos de formular interpretaciones sobre las características de dichos procesos y sobre su presencia diferencial [(2)].

Las batallas por la salud reproductiva

Toda una serie de actores sociales aparecen en los periódicos tratando cuestiones de salud reproductiva desde diferentes concepciones, lo cual se puso sobre todo de manifiesto en los debates en torno al aborto. Durante el año 2002, los diarios consultados presentaron información de varios grupos y especialmente de ONGs de mujeres favorables al aborto, pero también de grupos sociales y políticos incluyendo ONGs opuestos al mismo. También se refirieron al aborto los funcionarios del Sector Salud (SS), médicos y miembros de asociaciones médicas, así como de otra serie de organizaciones, incluidos obviamente periodistas, que durante dicho año

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 216 25/10/2011, 8.56

se expresaron en la prensa escrita, frecuentemente a través de fuertes antagonismos organizados en torno a la anticoncepción en general y respecto del aborto en particular [3].

Al tratar estos aspectos, los periódicos no sólo hacen referencia a la 'perspectiva de género', sino que informan que el estado mexicano ha creado instituciones que tienen que ver con la salud de la mujer y que, por lo menos algunas, adoptan también dicha perspectiva. Por ejemplo se informa sobre el Programa nacional de salud de la mujer y sobre la Dirección general de salud reproductiva de la Secretaría de salud, así como sobre el Instituto nacional de la mujer (INMUJERES), y el Consorcio para la equidad de género y el diálogo parlamentario. Los periódicos señalan que, por ejemplo, la Coordinadora del Programa salud y mujer de la Secretaria de salud (SSA) «informó que atender la salud de la mujer respecto de aspectos relacionados con la maternidad y su vida sexual, e instrumentar políticas públicas con perspectiva de género, es el objetivo central de este Programa». Estas instituciones oficiales informan reiteradamente a la prensa sobre dos problemas básicos; uno referido a los problemas de salud específicos que les preocupa, y otro referido a la difícil situación presupuestaria que están atravesando durante el 2002. Y así «La directora general de salud reproductiva de la SSA pidió a diputadas del congreso que intercedan para que el próximo año la dependencia a su cargo reciba al menos el mismo presupuesto asignado para este año, ya que de haber recortes la mortalidad por cáncer cérvico/uterino y mamario podrían aumentar alarmantemente».

Complementariamente la directora del Programa mujer y salud informó que el mismo operará este año con un presupuesto de seis millones de pesos, aunque «se esperan obtener recursos de la iniciativa privada para que, por medio del financiamiento mixto, se puedan atender diferentes aspectos de la salud de la mujer como la violencia intrafamiliar y el hostigamiento sexual».

Los periódicos evidencian la existencia de estrechas y frecuentes relaciones entre ONGS, gobierno y empresa privada, pero debemos subrayar que dichas relaciones expresan tanto colaboración como cuestionamiento. Por ejemplo, funcionarios del gobierno consideran que las ONGS constituyen una alternativa para «la detección oportuna de cáncer cérvico/uterino en población abierta, debido a los precios que ofrecen al público y a que sus indicadores de calidad son mejores que los de la SSA». Este reconocimiento conduce a que se integren acciones conjuntas entre gobierno y ONGS: «La SSA junto con el DIF, presidencias municipales y organizaciones de la sociedad

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 217 25/10/2011, 8.56

civil forman los comités de lanzamiento y seguimiento del Programa arranque parejo en la vida, con el objetivo de evitar la muerte perinatal así como garantizar la nutrición y una vida intelectual, emocional y física de los recién nacidos». Y recordemos que este Programa ha sido fuertemente impulsado por la esposa del presidente de la república mexicana durante el lapso 2001/2006.

Pero diversas ONGs cuestionan las actuales políticas del Estado respecto de la salud de la mujer, e inclusive consideran que el Programa arranque parejo en la vida constituye una plataforma de lanzamiento político de la esposa del presidente. Y así «La Red por la Salud de las Mujeres del DF afirmó que los nuevos gobiernos hablan de cambio; las instituciones dicen profesar lo mismo. Sin embargo en el momento de poner en práctica esta actitud, sobre todo cuando se trata de asuntos referentes a la salud física y mental de las mujeres, los conservadores continúan poniendo trabas». Mientras que miembros de la Organización no gubernamental SIPAN (Salud integral para la mujer) «denunciaron que el gobierno del presidente Fox ha disminuido los recursos públicos para la atención de la salud de la mujer, se carece de una política de salud sexual y reproductiva y se trata de complacer a grupos conservadores».

Ahora bien, si tomamos como eje los procesos de embarazo y parto, que constituyen una de las problemáticas centrales sobre las cuales trabajan ONGs femeninas y/o feministas, observamos que la prensa informa recurrentemente sobre las condiciones negativas de ambos procesos. Respecto del embarazo se señalan la posibilidad de preeclampsia, las complicaciones de los embarazos en mujeres mayores de treinta y cinco años, con posibilidades de nacimientos de niños con síndrome de Down, así como los riesgos en la salud de sus bebés cuando la mujer embarazada está expuesta a contaminantes ambientales o a rayos X. Se informa que los niños pueden nacer con soplo al corazón, con defectos en la columna vertebral o con malformaciones congénitas. Todo esto conduce a proponer que «Debe evaluarse cada embarazo para determinar si existen o pueden aparecer factores de riesgo; se debe apreciar cada uno de ellos y su función en el incremento de dificultades».

Según la prensa durante el proceso de embarazo y parto, las mujeres no son bien tratadas en las instituciones oficiales de salud. Se describen casos de mujeres embarazadas a las cuales se les negó atención hospitalaria, que murieron en proceso de parto por negligencia médica, o que fueron maltratadas por negarse a utilizar ciertos métodos anticonceptivos. Subrayando que éstos y otros casos son denunciados ante la Comisión nacional de arbitraje médico (CONAMED) y la Comisión nacional de derechos humanos

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 218 25/10/2011, 8.56

(CNDH) por las propias personas afectadas, o por organizaciones no gubernamentales (ONGS).

Comparativamente debemos consignar ciertas importantes omisiones periodísticas dentro del campo de la salud reproductiva y de las cuales citamos las dos más notorias, como es el caso de la cesárea que pasó en pocos años de constituir el 3% de los partos a ser más del 35% de los mismos (CÁRDENAS R. 2000, PUENTES E. *et al*. 2002). Así como el de las esterilizaciones de mujeres con y sin consentimiento, que en menos de una década se convirtió en la principal técnica anticonceptiva aplicada a mujeres (CASTRO A. 2004, FIGUEROA J.G. *et al.* 1994, MENÉNDEZ E.L. 2009b). Y que pese a dichos notables y constantes incrementos, los mismos no son casi registrados por los medios escritos. No obstante, aparecen en los periódicos críticas al incremento de las cesáreas por parte de la Asociación mexicana de ginecología y obstetricia, promoviendo la disminución de las mismas. Así como de ONGS que señalan que el 90% de las mujeres en México «sufren mutilaciones y engaños durante la etapa del parto. Esta violencia queda impune porque los médicos encubren esta situación. Se trata de la práctica de la episiotomía y del abuso de cesáreas». Pero subrayamos que, por lo menos en la prensa escrita, dicha información es muy escasa.

Los altos funcionarios del SS así como especialistas en salud de la mujer reconocen deficiencias en la atención del embarazo y parto que atribuyen a diferentes causas y situaciones. Según ellos, en México el 12% de los partos son prematuros, y entre los factores de riesgo están las malformaciones congénitas, estrés y exceso de esfuerzos. Al respecto existen alrededor de tres mil enfermedades genéticas cuya detección es posible por diversos medios, sin embargo en México sólo una mujer embarazada de cada diez mil tiene acceso a esas pruebas. Además el Secretario de salud reconoció que de las 2.500.000 mujeres que se embarazan en México al año, 370.000 tienen parto sin atención médica en las comunidades más pobres, lo cual se expresa a través de elevadas tasas de mortalidad infantil.

Si bien la SSA asume la existencia de esta situación y, en mucho menor medida, de problemas como el incremento de cesáreas y de esterilizaciones sin consentimiento, sin embargo la mayoría de sus reconocimientos refieren a dificultades en la atención médica o a condiciones económicas y de marginalidad de la población, pero tratando muy escasamente al papel negativo de la intervención biomédica en los dos rubros señalados.

Ahora bien, los periódicos también presentan información sobre acciones positivas realizadas o propuestas por el SS y por otros sectores respecto del embarazo y parto, pero dicha información sólo constituye el 5% del total

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 219 25/10/2011, 8.56

de la información que la prensa presenta sobre embarazo y parto. El 95% restante es información negativa o información donde simultáneamente se presentan aspectos positivos y negativos, pero con una connotación negativa dominante

Las organizaciones de derechos humanos, investigadores y funcionarios del Ss señalan la necesidad de realizar modificaciones que mejoren la atención de la mujer embarazada, y así la CNDH del Distrito Federal (DF) sugirió replantear las políticas sobre salud reproductiva en centros de reclusión, por lo cual una senadora presentó «una iniciativa de ley para modificar los artículos 16, 18 y 20 de la Constitución Mexicana con el objetivo de apoyar a las mujeres embarazadas que ingresan a los penales». Inclusive la Jefa del Servicio de Neonatología del hospital infantil de México resaltó la necesidad de contar con una red de hospitales que cuente con el equipo y el personal médico preparado para atender casos de partos prematuros.

Las expresiones más negativas del proceso de embarazo y parto las constituyen la mortalidad de la madre y/o del recién nacido. La prensa informa sobre numerosos casos de muertes durante el parto o durante el puerperio denunciadas por los familiares o por la propia mujer. Inclusive, durante el 2002 y parte del 2003 ocurrieron epidemias de muertes de niños en diversos hospitales del país, las cuales fueron denunciadas por los pacientes y por los familiares, y muy escasamente por el personal de salud. La prensa informa que «en México 1.400 mujeres mueren al año por problemas de embarazo y 1.300 mueren por problemas de parto. A su vez 13.000 niños mueren por asfixia y traumas durante el parto; 22.000 mueren por afecciones durante el período perinatal, 9.000 por anomalías congénitas y 5.000 por infecciones respiratorias e intestinales». El 30% de estas muertes son evitables.

Ante esta situación el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia presenta un Informe en el cual señala que «en la última década el gobierno mexicano no cumplió su compromiso asumido en la Cumbre Mundial de la Infancia de 1990, de reducir la mortalidad materna en un 50%, ya que la reducción fue sólo de 14%». Debido a estos hechos, el gobierno actual lanzó el Programa arranque parejo en la vida con el objetivo de reducir la mortalidad perinatal: «se propone prevenir 420 de muertes maternas en el próximo lustro. Su propósito es mejorar la salud reproductiva de la población femenina y la salud de los infantes hasta los cuatro meses de vida. Se propone garantizar la nutrición así como la vida intelectual, emocional y física de los recién nacidos». Este programa, según la prensa, opera en 151 municipios de siete estados, en los que ha dado cobertura integral a

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 220 25/10/2011, 8.56

madres de escasos recursos. La SSA junto con el DIF, presidencias municipales y organizaciones de la sociedad civil forman los comités de lanzamiento y seguimiento de este Programa. Si bien el Secretario de salud reconoció las deficiencias del Sector salud en este renglón «señaló que a 17 meses del inicio del programa, la mortalidad materna e infantil han disminuido un 10%; la cobertura de la atención institucional del parto aumentó a 88%, lo que representa un 3.2% más que el año pasado».

A su vez la Directora general de salud reproductiva de la SSA señaló «que los logros del Programa arranque parejo en la vida han sido discretos, pero que haber evitado 57 muertes maternas en el 2001 es un avance significativo. En cuanto a las muertes neonatales sólo se evitaron 826 en el 2001, lo cual es poco significativo frente a las 20.000 muertes que ocurren cada año y afectan a menores de un mes».

Como ya lo señalamos, la esposa del presidente de la República Mexicana impulsó personalmente el Programa arranque parejo en la vida, por lo cual en los medios aparece constantemente asociada con el mismo. Este programa apoya, pero también se superpone con el de salud reproductiva, lo cual genera conflictos que se expresan a través de las declaraciones de los diferentes actores involucrados. De tal manera que la dimensión política incluida la micro política, aparece frecuentemente presente en el tratamiento periodístico de los procesos de s/e/a, expresada sobre todo a través de argumentos y de acciones biomédicas.

Del embarazo querido al embarazo no deseado

Dentro del campo de la salud reproductiva y en particular respecto del embarazo y parto, la prensa presenta información sobre mujeres en edad productiva en general y especialmente sobre mujeres adolescentes. La mayor cantidad y frecuencia de mensajes sobre embarazo no deseado está referida a la situación de mujeres entre 15 y 40 años, y una parte significativa a mujeres menores de 19 años. Los periódicos informan que «el embarazo entre niñas de 12 y 19 años de edad, ya se considera un problema de salud pública por su alto riesgo y sus repercusiones médicas, familiares, sociales y económicas. De los dos millones de nacimientos que se presentaron en el país 364.000 son de adolescentes, representando el 17% del total». Según el Consejo nacional de población (CONAPO) «el embarazo adolescente se considera de alto riesgo y constituye un problema de salud pública. En México hay 21.600.000 adolescentes». De tal manera que las muertes maternas en adolescentes representan el 14% del total, de las cuales el 7%

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 221 25/10/2011, 8.56

fueron abortos, y constituye la quinta causa de muerte en mujeres menores de 18 años.

Los periódicos presentan toda una gama de datos sobre las características de la adolescente embarazada mexicana, según la cual el 60% de las que se embarazan no han cursado educación escolar o la misma es muy escasa. «Muchas adolescentes no asisten a solicitar información sobre embarazo y parto por vergüenza e ignorancia. Las jóvenes suelen vivir la gravidez con vergüenza y la ocultan, por lo cual no reciben atención familiar y médica adecuada».

Parte del embarazo adolescente se debería a la falta de información sobre sexualidad, anticonceptivos y uso de preservativos, por lo cual «la Secretaría general de Conapo informó que intensificará las campañas para prevenir la maternidad temprana». En general tanto Conapo como el Ss colocan sus expectativas positivas en la difusión de información y en el papel de la escuela: «La Directora de salud reproductiva de la Ssa informó que cada hora se registran cincuenta partos en menores de 19 años. Se trata de una cifra alta, que se pretende abatir con el apoyo de maestros de secundaria».

Además, las adolescentes suelen embarazarse casi inmediatamente – entre tres y cuatro meses – luego de su primera relación sexual. Y un porcentaje de estos embarazos fomentaría aun más la situación de pobreza, dado que serían parte de un ciclo donde el embarazo adolescente contribuiría no sólo a la reproducción de hijos sino a la reproducción de hijos pobres.

Algunos de estos datos contrastan con otros que presentan también los periódicos, ya que según los Servicios educativos del Df se ha incrementado el embarazo entre los estudiantes de educación básica, pese a los programas de educación sexual aplicados: «Desde hace una década se enfatiza la educación sexual en primaria y secundaria, pero no parece tener éxito» y concluye que «los adolescentes no practican lo que saben». Algunos articulistas señalan «Que las embarazadas adolescentes consideran que son inmortales, invulnerables e infértiles y que por eso pueden tener relaciones sexuales. Ocasionalmente presentan ansiedad y angustia que puede derivar en un brote depresivo, pero esto tiende a desaparecer cuando los padres toleran la situación y protegen a la adolescente».

Lo descripto no constituye un problema exclusivamente mexicano, sino que es una tendencia dominante en los países de la región y a nivel mundial: «De acuerdo con un estudio de la Unicef la principal causa a escala mundial de muerte en mujeres de 15 a 19 años son las complicaciones del embarazo temprano. En América latina se registran cada año 25.000 muer-

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 222 25/10/2011, 8.56

tes maternas. De los trece millones de nacimientos anuales, dos millones corresponden a mujeres adolescentes».

La prensa por lo tanto transmite la idea de que el embarazo adolescente se incrementa constantemente, que constituye un embarazo de alto riesgo que puede concluir con la muerte de la adolescente, y que la información dada a nivel escolar y a través de otros medios no consigue reducir el problema.

Consideraciones similares se presentan respecto del parto; según la Comisión nacional de mujeres el 20% de los nacimientos en México se registran en mujeres adolescentes, porcentaje que se ha mantenido estable durante los últimos años. Esta situación se debería «a la modernidad que influye para que los adolescentes inicien su vida sexual a una edad temprana». Y a su vez la Dirección general de salud reproductiva informa que alrededor del 17% de los partos registrados corresponden a mujeres adolescentes, y que «el 25% de las muertes maternas también se dan en adolescentes». Además la prensa señala que, según Conapo, los índices de mortalidad materna en mujeres de 15 a 19 años son el doble de los correspondientes a mujeres de 20 a 29 años.

Todas estas instituciones plantean la necesidad de promover programas para prevenir los embarazos tempranos, lo cual proyectan hacer con el apoyo de los maestros. Estos programas son necesarios, dado que mientras la tasa de fecundidad se redujo en un 50% en las mujeres de 20 a 30 años, en las mujeres de menos de 19 años sólo se redujo en un 20%, según informa Conapo a la prensa. Pero esta tendencia opera desigualmente en términos sociales ya que, según Inmujeres, «la tasa de fecundidad de este grupo de edad es de 72 niños por cada mil mujeres. Sin embargo al desagregarse se desprende que en el caso de las localidades rurales y de mujeres sin instrucción esta tasa es de 222 nacimientos por cada mil mujeres, casi diez veces más que la tasa registrada en zonas urbanas, donde la tasa es de 26 por cada mil».

El embarazo y el parto en adolescentes aparecen en la prensa como embarazo y parto no deseados. En principio señalemos que la acepción "embarazo no deseado" es utilizada por la prensa como una especie de "frase hecha" de carácter técnico que implica que la mujer joven se embaraza sin quererlo, y que no quiere tener el hijo por diversas razones. Por lo cual habría que trabajar sobre la adolescente para impedir/reducir el embarazo y parto tempranos. Pero nos interesa subrayar que la frase "embarazo no deseado" no es una formulación periodística sino de los profesionales del sector salud y del campo demográfico así como también de las Ongs.

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 223 25/10/2011, 8.56

De tal manera que se genera no sólo una patologización sino una estigmatización del embarazo adolescente, como si éste fuera un hecho negativo en sí. Más aún, los periódicos transmiten la imagen de que es un proceso reciente y debido a la "modernidad", cuando el embarazo y parto tempranos han sido y siguen siendo el patrón "normal" de embarazo y parto en la casi totalidad de los grupos étnicos mexicanos, por lo menos de los que residen en comunidades rurales. Y siendo además, hasta hace pocos años, el patrón social de la mayoría de la población mexicana.

Para el Director general de investigación del desarrollo y las culturas de la Comisión nacional de los pueblos Indígenas (CDI), «los matrimonios infantiles son algo relativamente común en las etnias del país». Y según la Red por los Derechos de la infancia en México (REDIM), actualmente «hay en el país más de 30.000 niños entre 12 y 14 años que están casados», y 164 mil 108 adolescentes mexicanas entre 15 y 17 años que son ya mamás. Debemos asumir en todas sus significaciones que el embarazo adolescente era condición básica de la joven casada para ser reconocida y aceptada como 'mujer' a nivel familiar y de la comunidad, de tal manera que era un "embarazo querido" por lo menos por los miembros del grupo de pertenencia de la embarazada. Lo cual, y lo subrayamos para evitar interpretaciones equívocas, no niega el alto riesgo de determinados embarazos de mujeres adolescentes, pero nos obliga a reflexionar sobre la construcción y uso de esta terminología estigmatizadora.

Una segunda representación social fuerte que transmite la prensa es la de que el embarazo y parto no deseado y las consecuencias de los mismos, constituyen hechos exclusivamente femeninos. Lo cual se expresa en que la casi totalidad de la información está referida a la mujer adolescente y a su familia, sin casi ninguna referencia al varón.

En esta exclusión del varón se complementan las instituciones del estado y las ONGS. Ahora bien, esto no niega que haya información sobre el varón adolescente respecto de los procesos reproductivos, pero la misma es muy escasa comparada con la referida a la mujer adolescente, ya que sólo el 20% de los datos periodísticos incluyen también al varón. Y así por ejemplo, si bien CONAPO y las ONGS que trabajan sobre salud reproductiva, proponen que es la pareja la que debe decidir si tiene o no el hijo e inclusive que debe ser la pareja la que decida si la mujer aborta o no; esta capacidad de elegir está dirigida en la mayoría de los casos exclusivamente a la mujer.

Esta orientación es debida a que en muchos casos la pareja masculina "no existe" o por lo menos "no está", pero ello no niega la tendencia de las

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 224 25/10/2011, 8.56

instituciones oficiales y privadas, así como de los medios a focalizar el problema en la mujer, excluyendo del mismo al varón.

GIRE (Grupo de información en reproducción elegida) constituye la ONG que con mayor frecuencia aparece durante el 2002 en la prensa escrita opinando tanto respecto del embarazo no deseado como sobre todo respecto del aborto. Inclusive durante dicho año publica un texto que tuvo amplia cobertura periodística y que se presentó en mesas redondas en diferentes foros proponiendo que la mujer y la pareja deben ser los únicos que deben decidir sobre la procreación o no de los hijos: «GIRE dio a conocer una Guía para enfrentar el embarazo no deseado; este texto está dirigido a las mujeres que resultaron embarazadas sin planearlo y no saben qué hacer, sobre todo si son jóvenes y están considerando la posibilidad de interrumpir el embarazo. Pretende aportar elementos para apoyarlas en su decisión, y sobre todo para prevenir riesgos que pueden tener consecuencias fatales». «GIRE indicó que el aborto es una cuestión de libre decisión ciudadana, dado que sólo la mujer y su pareja cuando la tiene, son quienes asumen el costo emocional y económico de una criatura no planeada ni deseada».

A su vez la Fundación mexicana para la salud sexual y reproductiva (FUNSALUD) «ha implementado programas pioneros de salud sexual dirigidos a lograr que con la información necesaria, todos los que se acerquen puedan decidir el número de hijos que desean». Más aún, dentro del catolicismo ha surgido el grupo "Católicas por el derecho a decidir", quienes justamente promueven que las mujeres católicas decidan por sí mismas si desean o no embarazarse. Con lo cual están también de acuerdo por lo menos sectores de las iglesias evangélicas, los cuales «se manifestaron a favor de que sean las mujeres quienes tomen una decisión personal frente al embarazo y frente al aborto, en especial cuando el embarazo sea por violencia sexual o pobreza».

Es decir, que muy diferentes sectores de la sociedad civil concuerdan en que la mujer es la que debe decidir. Pero, como ya lo señalamos, al estado mexicano también le preocupa centralmente el embarazo no deseado, y así altos funcionarios del SS señalan: «Los embarazos en adolescentes se han convertido en un foco rojo, ya que cada año se atienden alrededor de 366.000 partos de mujeres menores de veinte años. El Gobierno federal se ha fijado la meta de que los jóvenes aplacen el inicio de su vida sexual, con el fin de evitar los altos niveles de embarazos no deseados, los abortos y las muertes». El Sector salud plantea la lucha contra el embarazo no deseado como parte de sus acciones con la población adolescente: «Los 21 millones

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 225 25/10/2011, 8.56

de adolescentes que hay en el país son cada vez más víctimas de enfermedades evitables que ponen en riesgo la salud de las siguientes generaciones de mexicanos, por lo que la SSA dio a conocer que se coordinará con otras dependencias para disminuir los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y las adicciones en esta población».

Ahora bien, respecto del embarazo, y especialmente del no deseado, gran parte de las ONGS – según la prensa –, proponen el uso de técnicas anticonceptivas y en especial el uso del condón, así como también el aborto en caso de ser necesario. Como sabemos el uso de técnicas anticonceptivas es parte central de las políticas de planificación familiar desde mediados de la década de los 70', es decir que es un componente importante de las políticas del Ss. Pero según MEXFAM pese a que «El 56% de los jóvenes mexicanos ya han iniciado su vida sexual entre los 13 y 19 años, sólo la mitad de ellos utiliza algún método anticonceptivo». Si bien el 70% de los que utilizan técnicas anticonceptivas usan condón, «en México sólo se venden unos veinte millones de condones al año, cuando deberían venderse 300 millones, dada la población con vida sexual que existe».

Para CONAPO, más del 90% de los mexicanos inicia su vida sexual sin usar anticonceptivos y el 66% declara haber iniciado su vida sexual sin intenciones de embarazarse. Otras estimaciones proponen que el 34% utiliza algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual Pero el 60% de los adolescentes utilizarían métodos de ritmo y de retiro que son los menos seguros. Por eso, según lo comunicado por CONAPO, «es urgente acabar con las barreras que enfrentan los jóvenes para utilizar la anticoncepción eficientemente, por lo que la dependencia intensificará campañas educativas en medios masivos para prevenir la maternidad temprana».

Pero como ya lo señalamos, la mayoría de la información aparece dirigida a la mujer tanto respecto de las consecuencias en la mortalidad por embarazo y parto como respecto de las diferentes técnicas anticonceptivas, incluida la "píldora de anticoncepción de emergencia", de tal manera que el Ss, por lo menos según la prensa, refuerza la representación social de que la preocupación y acción respecto de la anticoncepción es una cuestión exclusivamente femenina. Más aún la información transmite la idea fuerte de la mujer como responsable y del varón como irresponsable, y es debido a dicha "responsabilidad" que se trabajan básicamente con la mujer. Las instituciones del estado – pero también las ONGS – esperan casi todo de la mujer y muy poco del varón respecto del uso de técnicas anticonceptivas, lo cual paradójicamente refuerza los roles tradicionales de género.

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 226 25/10/2011, 8.56

Ahora bien, los periódicos publicados en el año 2002, señalan algunos problemas en el uso de anticonceptivos ocurridos durante los años 2000 y el 2001, entre los que destacamos los siguientes: desabastecimiento de anticonceptivos, falta de acceso de muchas mujeres a los métodos anticonceptivos por razones económicas, y falta de seguridad de las pastillas anticonceptivas comparadas con otros métodos.

La prensa también informa que un uso prolongado de anticonceptivos puede generar problemas de esterilidad, y que muchas mujeres no utilizan ciertos métodos pues las hacen subir de peso. Existen otros datos, pero nos interesa subrayar que la mayoría de ellos tienen que ver con pastillas anticonceptivas, y sobre todo que la mayoría de la información refiere exclusivamente a mujeres.

Durante el 2002 la prensa presentó frecuentemente información sobre el uso del condón, y si bien la mayor parte de los mensajes refiere a evitar el contagio de enfermedades de trasmisión sexual y básicamente del VIH-SIDA, también se refiere a la evitación de embarazos. El Centro interdisciplinario de mujeres en atención de la salud (CIMAS) señala que «toda relación sexual sin protección implica un riesgo, y quienes utilizan el condón son personas con responsabilidad y autoestima». Promueven además el uso de condones femeninos, señalando no obstante las dificultades que existen para adquirirlos en el mercado.

Es interesante consignar las declaraciones de miembros de ONGS sobre las consecuencias del uso de un nuevo tipo de condón: «existen condones que contienen el espermicida Noxinol 9, y en el caso de que el condón se llegara a romper la mujer cuenta con una protección extra que le ayuda a prevenir embarazos no deseados. Sin embargo, el Noxinol 9 puede aumentar los riesgos de contagiarse de VIH más que disminuirlos, debido a que puede producir irritación en los tejidos vaginales o anales, y con ello hacer más fácil la entrada del virus, si éste se encuentra presente en el semen o en los fluidos masculinos».

Como vemos la información sobre condones está referida básicamente a las consecuencias sobre la mujer en términos de embarazos no deseados o de contagio de VIH-SIDA, problemas que durante el 2002 aparecen frecuentemente asociados en la prensa. De nuestra lectura surge que los periódicos presentan con mucho mayor frecuencia, por ejemplo, la asociación embarazo no deseado / VIH-SIDA incluyendo actos de violencia anti femenina, que la asociación uso de drogas inyectables / VIH-SIDA. Y que si bien los datos periodísticos no son abundantes se observa también una asociación en la prensa entre adolescencia / relaciones sexuales sin pro-

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 227 25/10/2011, 8.56

tección / VIH-SIDA y entre embarazo no deseado / adolescencia / conductas adictivas.

En la prensa escrita el uso del condón aparece claramente defendido por ONGS. y por CONAPO y es duramente criticado por la jerarquía católica, que fue calificada de irresponsable por varias ONGS... Más aún, mientras las ONGS y CONAPO parecen no tener problemas en hablar y promover el condón, no ocurre otro tanto con el Sector salud ya que, según los periódicos, sus referencias, por lo menos en términos de salud reproductiva, están dirigidas a las "técnicas anticonceptivas en general" y específicamente a las pastillas anticonceptivas y en segundo y lejano lugar a la aplicación del DIU. Según la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar «hasta hace algunos años los médicos no recomendaban preservativos por considerarlos muy falibles para prevenir embarazos. En el IMSS se lo consideraba como un profiláctico para prevenir enfermedades de transmisión sexual, pero no para la planificación familiar».

La retórica de los funcionarios – según lo expuesto por los periódicos – coloca la responsabilidad de las acciones respecto del embarazo básicamente en la mujer, dado que el objetivo central es la reducción de la natalidad. Lo cual conduce a que la búsqueda de eficacia en el cumplimiento de dicho objetivo refuerce aun más el papel tradicional de la mujer, y favorezca la exclusión del varón.

Diferencias, antagonismos y complementaciones: el caso del aborto

El aborto es una técnica anticonceptiva, que también aparece propuesta como solución de embarazos no deseados, ya que según ONGS y el SS los abortos se estarían incrementando actualmente, especialmente en los sectores juveniles. Esto condujo a varios sectores sociales y especialmente a algunas ONGS a luchar por la despenalización del aborto. Durante el 2002 se desarrolló un fuerte enfrentamiento entre grupos pro y antiabortistas, que tuvo notoria expresión en la prensa escrita. Lo cual se reiteró en 2007 y 2008, y sobre todo durante el 2009. Según datos de CONAPO presentados en los periódicos, en México «se registran anualmente al menos 110.000 abortos inducidos, por lo cual se lo sigue considerando un problema social y de salud pública de alta prioridad.

Las complicaciones derivadas de esta práctica constituyeron en 1998 la cuarta causa de muerte asociada al embarazo, lo que entraña un alto costo de vidas humanas. Aproximadamente el 90% de los abortos que se reali-

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 228 25/10/2011, 8.56

zan en México son clandestinos y el resto son naturales, es decir se practicaron por complicaciones durante el embarazo principalmente a adolescentes con diversos grados de desnutrición».

Sectores académicos y ONGs reconocen lo difundido y grave de este problema: «Académicos de la UNAM consideraron que uno de los principales problemas de salud pública en México es el aborto clandestino, comúnmente practicado por personas sin la preparación adecuada, lo cual ocasiona entre 8.000 y 16.000 muertes anuales, por lo que esta práctica quirúrgica debe ser legalizada». Por su parte el Grupo de trabajo sobre derechos sexuales y reproductivos informó que 'son más de mil las mujeres que mueren por abortos mal practicados, y en su mayoría son católicas de escasos recursos'. A su vez, según información periodística, el 65% de la población del DF vive en pobreza extrema, siendo dicha entidad la que tiene los mayores índices de mortalidad materna y prenatal, debido a la pobreza, desigualdad e injusticia.

El aborto constituye una importante causa de mortalidad materna «pero no es posible conocer las cifras exactas de los que se practican en México». Es decir, que el aborto aparece como un problema social severo con consecuencias graves en términos de mortalidad, la cual como vemos es estimada estadísticamente en forma muy diferencial. Recordemos al respecto que el SS y el INEGI (Instituto nacional de estadística, geografía e informática) establecen oficialmente para el 2002 menos de cien muertes por aborto a nivel nacional, lo cual expresa las distancias entre las estadísticas oficiales y la realidad, por lo menos para este problema.

Según la Coordinadora del Centro de estudios de la mujer de la Escuela nacional de trabajo social de la Universidad nacional autónoma de México (UNAM), «el aborto se practica en todos los niveles sociales a pesar de que está considerado como un delito», y un cronista señala que las diferencias entre niveles sociales se dan sobre todo en términos de mortalidad: no es que las pobres realicen más abortos sino que las pobres que se hacen abortos mueren más que las mujeres de los otros sectores sociales que también se practican abortos.

En lo que parecen coincidir todos los sectores es que el aborto se está incrementando a nivel de todo el país, y así en los hospitales del gobierno del DF fueron atendidos 4.384 casos de aborto en el 2001 cifra muy superior a lo ocurrido en el 2000. Por su parte el director del Hospital de Durango (Durango) informó que aumentó el número de abortos atendidos por esta institución: «en el último año se registraron 727 casos, mientras cinco años atrás el promedio era de 542. La atención del aborto

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 229 25/10/2011, 8.56

constituye el 13 lugar de los servicios gíneco/obstétricos que ofrece el Hospital de Durango».

Ahora bien, según la prensa una parte de los abortos se realizan en condiciones insalubres, en forma clandestina, por mujeres que están desnutridas. La mayoría de los abortos clandestinos se realizan en malas condiciones de atención, por personas con deficiente capacitación y con equipos deteriorados, cuyas consecuencias deben ser reparadas a veces por las instituciones oficiales: «Una mujer a la que se practicó un aborto en condiciones inseguras ingresó al servicio de urgencias del Hospital de la Mujer, donde sobrevivió después de ser atendida de una perforación uterina».

Diversas instituciones acuerdan en reconocer la gravedad de las consecuencias del aborto y en la necesidad de normalizar este proceso. El Población Council señaló «que en América Latina y el Caribe se realizan cada año cerca de cuatro millones de abortos clandestinos. Muchas mujeres mueren a consecuencia de la mala calidad de la atención. Esto se evitaría si se contara con servicios de salud y de información para evitar embarazos no deseados. Es necesario incorporar servicios post-aborto». A su vez el Consorcio para el diálogo parlamentario y la equidad reconoció que el 95% de los abortos practicados en el mundo se realizan en condiciones insalubres, y «exhortó a los legisladores a reformar los códigos penales, para que toda mujer pueda decidir de manera libre sobre su sexualidad y reciba atención médica adecuada».

Es en función de esta situación, que diversos sectores de la sociedad civil y especialmente algunas Ongs, han bregado por la despenalización del aborto, para que deje de ser clandestino, para que el aborto sea una decisión de las que tienen problemas de embarazo no deseado o han sido violadas. Como señalamos anteriormente, Gire es la Ong que tiene más presencia en la prensa sobre este tema, especialmente en la despenalización del aborto: «Gire emprendió en el Día por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe, una campaña con el propósito de que la ciudadanía tome conciencia sobre este derecho de las mujeres y presionar a los gobiernos de las 31 entidades federativas para que cumplan con su obligación de ofrecer servicios médicos seguros y gratuitos para la interrupción de esos embarazos». «Gire convocó a conferencia de prensa para presentar una campaña nacional cuyo propósito es difundir en todo el país que el aborto en casos de violación está legalmente admitido en las leyes estatales de todo el país. Sólo en el DF existe la normatividad para que los servicios públicos de salud realicen la interrupción del embarazo en casos de violación. En la Ciudad de México ocurre un promedio de 3.6 violaciones al

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 230 25/10/2011, 8.56

día; 10% de esas víctimas queda embarazada y 16% adquieren una ETS (enfermedad de trasmisión sexual)».

Esta Ong tomó el caso de Paulina – una adolescente de trece años violada –, como emblemático y trató de sensibilizar a través del mismo a la opinión pública en general. Paulina fue violada, pero los médicos se negaron a practicarle un aborto y fue llevada con un sacerdote para que la consolara y la convenciera de no abortar. Y respecto de lo cual, la prensa informa que «Gire en un comunicado hizo un llamado a la sociedad en general para estar pendiente del inminente fallo del Tribunal Superior de Justicia de Baja California Norte en el caso Paulina, la niña que fue violada y obligada a tener su bebé».

A través de la prensa escrita se observa durante el 2002 una intensa y constante movilización de diferentes sectores sociales que tratan de impulsar la despenalización y la legalización del aborto: Ciertas Ongs realizaron en el zócalo capitalino una campaña informativa sobre la legalidad del aborto respecto del embarazo no deseado, se impartieron conferencias con temas como el aspecto legal, moral y psicológico del aborto, sobre violación y sobre inseminación artificial no deseada. Al respecto se manifestaron asociaciones que expresan diferentes confesiones religiosas. Por ejemplo «La Asociación Ministerial Evangélica declaró que la legislación del estado de Veracruz sobre el aborto debe mantenerse como está, pues eliminar alguna de las causales de aborto sería un gran retroceso». Si bien, como luego veremos, la jerarquía católica se opone fuertemente al aborto, la organización denominada "Católicas por el derecho a decidir" apoyan el aborto y la prensa publicó una síntesis del trabajo titulado "El aborto y la pluralidad de voces católicas" realizado por esta asociación. Según este escrito «Una Iglesia que promulga el amor, la justicia, la igualdad y la misericordia no puede dejar de mirar la tragedia de miles de mujeres que se enfrentan al dilema ético del aborto y a la posibilidad de morir en condiciones inhumanas».

A su vez, la Directora de este grupo señaló «que la inclusión de los métodos de anticoncepción de emergencia en la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar tiene tres años de retraso debido principalmente a la oposición de grupos conservadores». Y subrayamos este dato porque, como veremos, expresa en forma notoria las orientaciones del Sector Salud nacional respecto del aborto, por lo menos a través de las publicaciones consultadas.

Los periódicos presentan información sobre la posición de las organizaciones políticas respecto de la denominada "Ley Robles", que fue establecida

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 231 25/10/2011, 8.56

en el DF durante el período en que Rosario Robles del Partido de la revolución democrática (PRD), fue regente de la ciudad, y estableció nuevas normas que posibilitaran el aborto en las instituciones de salud del DF. Si bien Robles no era ya regente de la Ciudad durante el 2000, se mostró sin embargo muy activa «encabezando una celebración de género por la nueva Ley sobre el aborto, y pidiendo que se capacite a los agentes del Ministerio Público para intervenir respecto del aborto». Además «acusó a los grupos de derecha de difundir mentiras sobre la despenalización del aborto en el caso de malformaciones congénitas o de riesgo para la salud de las madres».

Por su parte la Asamblea legislativa del DF (ALDF) – en la cual tiene mayoría de diputados el PRD – «aprobó adiciones en materia de aborto a los códigos penal y de procedimientos penales del DF. Con esta reforma se dio respuesta en parte a la solicitud que desde 1999 sostenía la Campaña Acceso a la Justicia para las Mujeres. Al liberalizar nuevas causales por las que las mujeres residentes en la ciudad de México podrían solicitar un aborto, los integrantes de la ALDF demostraron una reconfortante sensibilidad social hacia la problemática del aborto en México». Inclusive la fracción del Partido Revolucionario Institucional (PRI) en la Asamblea legislativa declaró que «no apoyará ninguna modificación a los códigos penales y de procedimientos penales del DF que implique un retroceso en materia de aborto». Y a su vez el Partido acción nacional (PAN), como desarrollaremos más adelante, trató de oponerse a estas propuestas.

En lo que hace al sector jurídico, la prensa informa que «La Suprema corte de justicia de la Nación notificó en forma oficial a la ALDF, su resolución de validar la constitucionalidad de la Ley Robles, que permite el aborto eugenésico o cuando el embarazo sea por inseminación artificial no consentida», además de declarar que» es el Ministerio Público quien debe autorizar la interrupción de la gravidez si ésta es producto de una violación. Por lo cual dicha legislación ya es vigente y aplicable». Las ONGS aprobaron y difundieron esta decisión de la Corte suprema de justicia.

Es dentro de este clima social y político que «El procurador general de justicia de Baja California Norte ordenó reabrir el caso de la menor Paulina a quien se le negó la interrupción legal de un embarazo producto de una violación». Y la prensa recordó que «el caso Paulina había sido declarado cerrado por la administración panista del estado de Baja California Norte».

La nueva normatividad del aborto está hasta ahora centrada en el DF, lo cual se expresó en las decisiones técnicas del Sector salud local. Los perió-

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 232 25/10/2011, 8.56

dicos informaron que según la Secretaría de salud de la Ciudad de México «las mujeres que accedan a servicios de interrupción del embarazo en el Df pueden realizarlo prácticamente en todos los hospitales generales y materno/infantiles que cuentan con equipos multidisciplinarios para atender a mujeres que soliciten aborto legal. El Hospital general de México ofrecerá en breve a embarazadas diagnóstico prenatal, y en su caso la alternativa de aborto. Si bien el hospital cuenta con tecnología para detectar problemas genéticos no se podía ofrecer la opción de interrupción del embarazo cuando se detectaba algún caso. Pero eso cambió con la Ley Robles».

No obstante, algunos grupos feministas consideran que ha habido pocos avances respecto del aborto, e inclusive una líder histórica concluye: «Se ha luchado por la despenalización del aborto y se han conseguido recientemente significativas migajas; peor es nada». Mientras que otras tendencias consideran que «Pese a las iniciativas del Pan para alinear las políticas del país a las normas del Vaticano, en los últimos años ha habido avances en cuanto al reconocimiento de los derechos reproductivos y de la liberalización de las leyes sobre el aborto». Por su parte un cronista «hizo un recuento histórico del debate sobre el aborto en los últimos veinte años concluyendo que 'la mayoría se define por proteger la salud de la mujer».

Según la opinión de varios de los actores sociales que intervienen en dicho debate, no se sabe como concluirá este proceso, y así «El Consorcio por la equidad y el diálogo parlamentario confía que en el próximo período de sesiones de la Asamblea legislativa del Df se revise el código penal y se conserven los avances logrados a favor de las mujeres, toda vez que existe una propuesta de un "grupo de asesores" que plantea retrocesos graves como la disminución de la pena por violación dentro del matrimonio, la eliminación del hostigamiento sexual entre iguales, y que descarta la violación en el caso de ser utilizado algún instrumento diferente al miembro viril».

Diversos grupos de filiación católica y especialmente el grupo Pro-Vida, se opusieron activamente al aborto, interviniendo en todos los foros posibles. Por ello señalando Gire «que grupos como Pro-vida mantienen una discusión abstracta sobre el aborto, pues no asumen el compromiso de apoyar a las mujeres que no abortan, y por ello su defensa de la vida es sólo retórica». No obstante, si bien es retórica, la lucha de Pro-vida y de otras organizaciones antiabortivas no es abstracta, dadas las acciones y transacciones sociales que realizan, lo cual es reconocido por la propia directora de Gire al criticar «la forma en que se manipuló la información en el periódico

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 233 25/10/2011, 8.56

Reforma sobre el supuesto reconocimiento por la CNDH de quince grupos antiaborto como grupos de defensa de la vida».

Hasta ahora hemos presentado la información periodística que da cuenta sobre todo de los actores sociales que impulsan las técnicas anticonceptivas y especialmente el aborto, pero la prensa también presenta datos sobre la actividad de grupos que se oponen a dichas técnicas, especialmente el grupo Pro-vida y la jerarquía eclesiástica católica.

Si bien la prensa hace referencia a la existencia de ONGS que se oponen a la anticoncepción y sobre todo al aborto, prácticamente sólo da información sobre el grupo Pro-vida. Este aparece como muy activo, desarrollando una serie de acciones de denuncia encabezado por su máximo dirigente. Se enfrenta a las ONGS que defienden el derecho a elegir, cuestiona al SS y a grupos políticos por sus actividades anticonceptivas. Acusa a la empresa IPAS por capacitar al personal médico de los hospitales del DF en prácticas abortivas, o demanda eliminar los métodos abortivos de los programas de salud reproductiva exigiendo la expulsión del país de los miembros de las ONGS que promueven la práctica del aborto. Pero no sólo realizan denuncias ante los medios, sino que desarrollan diferentes tipos de actividades como presentarse en grupo en la sede de instituciones en las cuales se realizan talleres sobre interrupción del embarazo para oponerse a dicha actividad. O aprovechando la visita del Papa a México, repartiendo folletos y pegando carteles murales con consignas contra el aborto.

No obstante, la prensa hace referencias someras a la existencia de otros grupos católicos antiabortivos, y da cuenta, también escasa, de la opinión hacia el aborto de la población de algunos Estados caracterizados por su fuerte adhesión al catolicismo: «el 90% de los guanajuatenses se oponen al aborto, no obstante que desde 1978 se despenalizó en el caso que el embarazo sea consecuencia de una violación».

Por último, es importante señalar que Pro-vida puso en funcionamiento una serie de clínicas para la atención de las mujeres embarazadas que contó con apoyo presupuestario de la Secretaria de Salud, y que dió lugar a un fuerte enfrentamiento a nivel político y legal entre ONGS, partidos políticos, la Secretaria de salud y esta institución. Mediante medios dolosos, según ONGS. favorables al aborto, y a través de acciones legales según diputados del PAN, se consiguió que la Secretaría de Salud otorgara una partida presupuestaria para las clínicas de Pro-vida, lo que dio lugar a confrontaciones que tuvieron una notable presencia en la prensa escrita, sobre todo en los años siguientes.

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 234 25/10/2011, 8.56

La confrontación ideológica y legal condujo a que a principios del 2005 se sancionara penalmente a los dirigentes de Pro-vida, y se propusieran penalidades para el diputado del PAN cuyas recomendaciones incidieron en el SS para que se subvencionara a dicha organización. Pero a mediados de mayo del mismo año los dirigentes de Pro-vida y el diputado en cuestión apelaron las sentencias, que en el 2006 se tradujeron en una suspensión de las penalidades. Agreguemos que este proceso todavía no ha concluido.

A través de este hecho podemos observar la constante presencia de este tipo de problemáticas en la prensa escrita durante el lapso analizado, que justamente expresa lo que hemos señalado reiteradamente en otros trabajos: por lo menos una parte de las noticias periodísticas, no son ocasionales ni coyunturales sino que siguen presentes durante años en los medios. Lo "noticiable", no se agota en días o semanas, sino que puede reaparecer y permanecer por largos períodos de tiempo, inclusive años como es el tema del aborto (MENÉNDEZ E.L. - DI PARDO R. 2009).

La jerarquía eclesiástica católica es la que aparece más frecuentemente en la prensa cuestionando la nueva propuesta legislativa que posibilita el aborto, así «el obispo de Tlaxcala calificó como un signo de decadencia moral la ratificación que hizo la Corte Suprema de Justicia de la Nación de la Ley Robles, que permite abortar en el caso de malformaciones», y «el obispo de Toluca afirmó que un Estado que no reconoce, promueve y garantiza el respeto absoluto a la vida humana desde su concepción hasta su muerte natural, pierde su legitimidad y cae en la dictadura». Y por fin el obispo de San Cristóbal de las Casas, Chiapas declaró que la «llamada Ley Robles deja de sancionar verdaderos asesinatos de indefensos en el seno materno, con lo cual indirectamente los autoriza y alienta». Es decir que la cúpula eclesiástica ataca duramente las políticas que promueven el aborto acusándolas directamente de propiciar el asesinato y de carecer de respeto por la vida humana, lo cual condujo a reacciones también fuertes, especialmente por parte de las ONGS, contra las declaraciones de los obispos.

La prensa también da cuenta de declaraciones de otros obispos que se oponen al aborto, pero que lo hacen de manera más suave o proponiendo otras interpretaciones, como el Arzobispo primado de México, quien «externó su inconformidad sobre la recomendación hecha por la Comisión de derechos humanos del DF a un Centro de readaptación femenina que se negó a la esterilización de una interna», pero además sostuvo «que la decisión de la Suprema Corte de Justicia de la Nación sobre la llamada Ley Robles no implica la aprobación del aborto, pues sigue siendo considerado delito». Por su parte «el presidente de la Confederación del Episcopado

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 235 25/10/2011, 8.56

Mexicano al iniciar la cuaresma concedió a la diócesis potosina la facultad para que pueda perdonar el pecado del aborto y levantar la pena canónica de excomunión».

El tercer actor antiaborto importante que aparece en los periódicos es el Partido acción nacional, que es el partido gobernante y caracterizado por su fuerte adhesión al catolicismo y especialmente a sus corrientes más conservadoras. Dirigentes del PAN de varios estados se pronuncian contra la despenalización del aborto. En León, el principal centro urbano del Estado de Guanajuato, una diputada del Partido verde ecologista «denunció que el Programa del Instituto Municipal de la Mujer de León, está impartiendo un taller para adolescentes apoyándose en el manual "Educación sexual para adolescentes basado en la abstinencia", y declarando que a través de este taller se está trasmitiendo la ideología panista».

Los diputados del PAN a nivel nacional plantearon que el aborto no debe formar parte de las políticas de planificación familiar, y desarrollaron diferentes acciones contra la Ley Robles. Informaron, por ejemplo, que ciudadanos Mexicanos "presentaron una denuncia ante la Corte interamericana de Derechos humanos contra la Suprema corte de justicia de la nación, por una resolución a favor del aborto en caso de violación y malformaciones". Por su parte un diputado del PAN de la ALDF «elaboró una iniciativa de ley para regular la práctica de la inseminación artificial, la fertilización *in vitro* y la subrogación de vientres maternos, así como para prohibir la clonación y la reproducción asistida post-mórenla iniciativa será presentada en la ALDF y plantea que sólo las parejas unidas en matrimonio que por alguna razón no puedan procrear hijos, serán autorizadas por la Ley de Reproducción asistida del DF para llevar a cabo alguno de los procedimientos contemplados».

En los hechos observamos que durante la década del 2000 se generó un franco retroceso en gran parte de los estados mexicanos respecto de la liberalización del aborto, culminando con la aplicación de sentencias de cárcel de hasta veinticinco años a mujeres que decidieron abortar en el estado de Guanajuato.

Es decir que el aborto, como ocurre también con otros problemas de salud, se convierte en un campo de lucha política y sobre todo ideológica, lo cual es reconocido explícitamente por el PAN: «El Comité ejecutivo del PAN en un desplegado dio a conocer su opinión sobre la Ley Robles, en donde destaca el reconocimiento por parte de la Suprema Corte de Justicia del valor de la vida humana desde su concepción, tal como lo ha postulado el PAN desde siempre». Y uno de los más destacados dirigentes capitalinos

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 236 25/10/2011, 8.56

«señaló que la decisión de La Suprema corte de justicia de la Nación que avaló la Ley Robles para ampliar las causales del aborto en el Df en los casos de violación y malformación congénita que ponga en peligro al producto, no constituye una derrota para este instituto político» (4).

Pero además la prensa informa reiteradamente que el aborto en el Df sólo puede ser aplicado en el caso de graves malformaciones congénitas que pongan en peligro la vida del "producto" así como en el caso de violaciones. Esto deja en muy segundo plano lo impulsado por una parte de las Ongs, es decir el derecho de la pareja y sobre todo de la mujer a elegir respecto de si quiere o no tener el hijo concebido. Subrayamos esto, porque la gran mayoría de la información sobre la legalización del aborto refiere exclusivamente a ciertas condiciones para la práctica de aborto, sin hacer referencia en la legislación propuesta y aprobada, al ámbito de decisión de la involucrada o involucrado en la práctica de aquél. Más aún, el material informativo permite observar que por un lado se propone la legalización de ciertos casos de aborto, y por otra se plantea el derecho a la elección, como si constituyeran dos procesos que no están relacionados entre sí. Es la información presentada por algunas Ongs la que insiste en vincularlos, pero esto no es lo dominante en las instituciones de salud, según la prensa escrita.

Aborto, Sector salud y médicos

El cuarto actor que aparece en los periódicos respecto de estas problemáticas, es el personal de salud y en particular los médicos, cuya orientación preocupa especialmente al propio Sector salud, ya que según la prensa «La Secretaría de salud del Df realizó un sondeo confidencial con ginecólogos para saber si están dispuestos a participar en abortos legales», e informando que «las mujeres que accedan a los servicios de interrupción del embarazo en el Df pueden encontrarse con la objeción de conciencia por parte del personal del hospital». Agregando que «en los lineamientos jurídicos y en el manual de procedimiento para la interrupción legal del embarazo se consideran la objeción de conciencia que permitirá a los médicos de abstenerse de practicar abortos».

Se reconoce «que a pesar de la Ley Robles que permite el aborto en el caso de malformaciones congénitas, los médicos pueden negarse a practicar abortos. La verdadera batalla es su despenalización, y que no aparezca como delito en el Código Penal». Lo cual fue refrendado por el presidente de la Asociación mexicana de ginecología y obstetricia que «indicó que las

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 237 25/10/2011, 8.56

disposiciones de la Suprema corte de justicia de la nación sobre el aborto son incompletas, pues no existen normas claras de aplicación, lo que lleva a posibles conflictos en la práctica médica». Esta actitud tiene como referencia las sanciones penales aplicadas a médicos que practican abortos, y de las cuales la prensa narra varios casos.

La prensa presenta información de varios médicos especialistas que enumeran diferentes causales que limitan la realización de abortos en las instituciones de salud. El Jefe de la División de ginecobstetricia del hospital de la mujer informó «que a pesar de la resolución de la Suprema Corte de Justicia, los médicos del sector salud están a la espera de la Norma Oficial Mexicana para la atención de los casos de aborto. Estas normas determinarán los procedimientos e infraestructura necesaria a utilizar».

En términos complementarios un médico genetista consideró «que es casi imposible ejercer el derecho al aborto por malformaciones graves del feto, porque las embarazadas no tienen acceso al ultrasonido, herramienta básica para la detección de este tipo de problemas. Además aseguró, que las instituciones de salud y de seguridad social no tienen capacidad para ofrecer este servicio a las usuarias». Y otro médico especialista señaló que «la resolución judicial que otorgó facultades al Ministerio público para autorizar el aborto o la interrupción del embarazo en casos de violación o de inseminación artificial sin consentimiento, deberá acatarse con suma precaución, ya que por la carga de trabajo y la falta de una estructura técnica podría otorgarse una decisión fallida».

Por su parte un médico gineco-obstetra del Hospital de México «manifestó temor ante decisiones erróneas o de corrupción por parte del Ministerio público en la autorización de abortos. Dijo que estas facilidades, pueden ser usadas de manera impropia por algunas mujeres porque médicamente no es fácil establecer si una mujer fue violada, por lo que las nuevas disposiciones jurídicas pueden ser usadas alevosamente por quienes se embarazaron por sostener relaciones sexuales consentidas. Dijo que la relación con sus pacientes se vería afectada si se supiera que está dispuesto a realizar abortos».

Ahora bien, mientras que varios especialistas plantean recaudos de tipo técnico, legal e inclusive moral, toda una serie de testimonios recogidos por la prensa expresan la negativa explícita o implícita de parte del personal de salud a practicar abortos: «Médicos del Hospital general de la Villa comentaron que el principal problema que enfrentan respecto del aborto es su formación, ya que fueron capacitados para salvar vidas y no para terminarlas». A su vez un médico del Hospital de la Mujer señaló que «los

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 238 25/10/2011, 8.56

médicos no pueden ser obligados a practicar abortos contra su voluntad», y que dado que él trabaja en una institución que depende del Gobierno Federal esa disposición no se aplicará allí. Por su parte médicos y enfermeras del Hospital Rubén Leñero «rechazaron formar parte del equipo que realizará abortos con respaldo de la Ley Robles». Más aún «La Asociación de médicos católicos de la Arquidiócesis de México anunció que personal médico, enfermeras y paramédicos, así como instituciones de salud, interpondrán amparos para que el Ministerio público no los obligue a practicar abortos en los casos en los que el embarazo sea producto de una violación, tal como lo prevé la llamada Ley Robles».

De hecho los periódicos informaron abundantemente sobre el caso Paulina – al que ya nos hemos referido –, y en menor medida también informaron del caso de una «reclusa del Centro femenil de Tepepan, DF, quien interpuso una queja ante la Comisión de derechos humanos porque los médicos del penal no quisieron realizarle una salpingoclasia pese a que había recomendación de operarla dada su situación de alto riesgo, por lo que fue necesario llevarla al Hospital de la Mujer para ser intervenida de urgencia».

Gran parte de estos hechos que, reiteramos, tuvieron amplia cobertura periodística, se expresaron a través de un diputado independiente quien propuso a la Asamblea legislativa del DF «una reforma legal para que los médicos puedan negarse a practicar abortos legales por objeción de conciencia; la reforma contempla la obligación de los médicos de referir las pacientes con otros profesionales en los casos en que se nieguen a practicar la interrupción del embarazo. También propone que la objeción de conciencia no pueda ser ejercida a nivel institucional sino sólo a título personal».

Esta actitud de por lo menos una parte del personal de salud y especialmente de los médicos, contrasta con su participación activa y decisiva en los programas de planificación familiar caracterizados por impulsar el uso de técnicas anticonceptivas, incluidas esterilizaciones sin consentimiento informado, a sus pacientes. Situación que fue reconocida por el propio Secretario de salud, quien declaró «que la dependencia procederá con toda energía contra personal médico y paramédico que realizó esterilizaciones forzadas o colocación de anticonceptivos sin consentimiento a personas que interpusieron demandas ante la CNDH» (5).

Recordemos que el personal de salud de las instituciones oficiales, estuvo protagónicamente implicado en la inducción y aplicación de técnicas anticonceptivas a los pacientes y derechohabientes, debido justamente a las

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 239 25/10/2011, 8.56

políticas de planificación familiar desarrolladas por el SS. Como señalan investigadores del Instituto nacional de salud pública «las políticas públicas han estado orientadas preferentemente al control de la natalidad por encima de otros aspectos de la vida de las mujeres». Por lo cual es importante consignar que, por lo menos, la prensa no presenta información donde médicos denuncien la aplicación de DIU (dispositivos intrauterinos) y de esterilizaciones sin consentimiento.

Las controversias observadas en la prensa a través de posiciones pro y antiabortivas alcanzaron una expresión especial en la discusión desarrollada en torno a la legalización o no de la clonación humana, y en la cual intervinieron la Iglesia católica, ONGS antiabortivas y ONGS defensoras del aborto, políticos de diferentes partidos, médicos, investigadores biomédicos e inclusive el presidente de la República, pero que trataremos sucintamente por razones de espacio.

Sólo consignamos que dicha discusión tuvo amplia cobertura por la prensa escrita, y que los ataques de sectores católicos obligaron a miembros del campo científico a involucrarse en dicha discusión político/ideológica. Y así: el Director del Instituto nacional de medicina genómica explicó que «en el Instituto no se hará clonación humana, sino que los investigadores se dedicarán a estudiar genes para poder prevenir daños como diabetes o hipertensión que constituyen enfermedades crónico/degenerativas». Y más aún Científicos de la Organización genoma humano condenaron «planes de clonación humana que persiguen otros fines que los terapéuticos, y que aumentan profundamente las preocupaciones sobre cuestiones morales».

Estos y otros procesos, que cubrieron ampliamente los medios, condujeron a que diferentes sectores políticos, sociales y científicos solicitaran que se legislara al respecto. Desde el campo biomédico se pidió que se «legisle en materia genómica; que se establezca una ley marco que asegure el desarrollo de la investigación básica con fines terapéuticos que impida el desarrollo de técnicas de clonación humana». A su vez la Presidenta de la Comisión de salud de la cámara de diputados informó que se trabaja en una ley para prohibir la clonación humana. Y por su parte GIRE «exhortó a los diputados a postergar la aprobación de modificaciones a la Ley general de Salud en asuntos vinculados con la clonación humana».

Respecto de este campo la prensa difundió la declaración del Presidente de la República Mexicana quien presentó «la Carta de los Derechos Generales de los Médicos y anunció que se publicarán los códigos de conducta y bioética con los cuales el personal de salud reafirma su compromiso con la vida y guía su comportamiento con apego a valores éticos». En este discur-

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 240 25/10/2011, 8.56

so puede observarse el uso de términos como "apego a valores éticos" y sobre todo "compromiso con la vida" que son frecuentemente utilizados por los sectores antiabortistas y anti clonación, según la prensa.

La disputa en torno a la clonación/reproducción humana se dio, como en otros campos de la salud, en términos de enfrentamiento, que condujo al Presidente de la Academia nacional de medicina a señalar «que por ignorancia o por mala fe se ha desatado una absurda tempestad sobre la clonación terapéutica, la cual es totalmente distinta a la clonación reproductiva».

Ahora bien, en la mayoría de los aspectos descriptos pudimos observar la participación de diferentes grupos de la sociedad civil. Inclusive respecto del aborto y de la clonación estos sectores evidencian mayor presencia en la prensa que las instituciones del Sector Salud. Si bien la SSA defendió la investigación genética y la creación del Instituto de medicina genómica, no se expresó – por lo menos a través de los periódicos consultados – sobre los aspectos que vinculan clonación y aborto, ni tampoco sobre la relación embarazo no deseado/aborto.

Fueron una ONG católica que apoya el derecho a decidir, así como un médico especializado en ginecología y obstetricia quienes informaron a la prensa que después de tres años de haber sido propuesta la incorporación del aborto de emergencia en la Norma Mexicana sobre planificación familiar, todavía en el 2002 no había sido incluida. De tal manera que la prensa construye una imagen según la cual la Secretaría de salud no sólo trasmite escasa información sobre su posición respecto del aborto, sino que cuando la trasmite refiere exclusivamente a determinados casos de aborto, pero sin incluir referencias al derecho de la pareja y/o de la mujer a decidir. Más aún la SSA no presiona lo suficiente para que se concrete la norma mexicana: «Ex funcionarios de la SSA no identificados indicaron que la actualización de la Norma oficial mexicana para los Servicios de planificación familiar se ha retrasado por más de dos años, ya que grupos conservadores se oponen a la incorporación de la anticoncepción de emergencia».

Ahora bien, más allá de estos señalamientos, nos interesa subrayar que la problemática del aborto tuvo una amplia cobertura periodística por varias razones ya expuestas, pero especialmente por tres de ellas. Constituye "noticia" en el sentido de información que puede atraer lectores en función no sólo de sus expresiones controversiales que la convierten en espectáculo, sino debido a que tiene que ver con problemas que la población vive cotidianamente como experiencia directa. Segundo, el papel que la sociedad civil y especialmente las ONGS tuvieron en el desarrollo de esta contro-

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 241 25/10/2011, 8.56

versia, incluido su papel protagónico en la producción de información que tiene por sus características, interés para los medios. Y tercero, la centralidad de esta problemática para la jerarquía católica, dado que a través de la misma se juegan algunos de sus principales mecanismos de control social e ideológico.

Pero además, la polémica contra el aborto evidenció a través de varios años, la presencia de las dimensiones culturales e ideológicas en la discusión y toma de decisiones sobre aspectos que, en lo manifiesto, son de naturaleza técnico/científica. Más aún, los procesos ideológico/culturales emergen como parte importante del quehacer de una de las disciplinas – la biomedicina – y de un Sector del gobierno – el Sector Salud – que más se identifican con la ciencia y las explicaciones y acciones basadas en la misma.

Relaciones complementarias y/o relaciones de hegemonía/subalternidad

De nuestro análisis surge no sólo que la prensa escrita presenta gran cantidad de información sobre determinados procesos de salud/enfermedad/atención, sino que la mayoría de esa información "coincide" con la información manejada tanto por el Sector Salud como por las organizaciones no gubernamentales especializadas en dichos procesos Más aún, la prensa escrita omite dar información sobre ciertos aspectos – cesáreas y esterilizaciones – de las cuales tampoco hablan no sólo el Sector salud, sino las Iglesias, los partidos políticos y la mayoría de las ONGs. Es a partir de estos señalamientos que analizaremos algunos problemas específicos.

La prensa escrita presenta información sobre algunos aspectos importantes de la salud de la mujer, tanto en términos de morbilidad como de mortalidad, especialmente en los casos de embarazo/parto, de cáncer cérvico-uterino y de cáncer de mama, que según las estadísticas vitales para el año 2002, constituyen la quinta, tercera y cuarta causa de mortalidad respectivamente del grupo de 15 a 49 años, conformando el 14.3% del total de muertes femeninas en dicho grupo etario. No obstante presenta muy escasa o ninguna información sobre ciertos procesos de salud reproductiva como son cesárea, menopausia y esterilizaciones, así como sobre las principales causas de mortalidad de la mujer mexicana.

Respecto de las cesáreas todo indica que en pocos años pueden llegar a convertirse en la primera forma de atención del parto – ya lo es a nivel de la medicina privada –, mientras las esterilizaciones de mujeres consti-

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 242 25/10/2011, 8.56

tuye la principal opción anticonceptiva. Pero durante el lapso analizado existen muy escasas referencias a este notable y grave desarrollo, y casi ninguna – y lo subrayamos – referencia a grupos de la sociedad civil que analicen y denuncien estos incrementos y las consecuencias que tienen para la mujer.

En el caso de las mujeres en etapa de menopausia, y que según investigadores del Instituto nacional de salud pública (Insp) no parecen interesar al Ss pero tampoco a las Ongs, detectamos 31 referencias a ese proceso, pero subrayando que la mayoría de la información refiere a la pérdida de "defensas" respecto de ciertos padecimientos, y sobre todo a la posibilidad de que una mujer mayor de cuarentaicinco años pueda tener hijos. Es decir, el referente básico sigue siendo la mujer que puede gestar. Uno de los datos más significativos que expresa esta secundarización es que, según los materiales consultados, sólo una Ong aparece preocupada específicamente por la mujer que atraviesa el estado menopáusico.

De nuestro análisis de la prensa escrita surge que existen muy escasas referencias a Ongs. U otros grupos de la sociedad civil que trabajen sobre la primera causa de mortalidad en la mujer, es decir diabetes *mellitus* que por sí sola constituye el 8.3% de las muertes femeninas entre 15 y 49 años. Pero también aparece muy escasa información en cuanto al papel desarrollado por asociaciones civiles respecto de cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado, accidentes generados por automotores, enfermedades cerebro vasculares, isquémicas del corazón, nefritis y nefrosis, leucemia, suicidio, enfermedades respiratorias agudas bajas, y muerte como transeúnte que constituyen la quinta, sexta, séptima, octava, novena, duodécima, décimo cuarta y decimoquinta causas de mortalidad respectivamente, conformando el 34.5% del total de muertes en mujeres de 15 a 49 años.

Si bien hay información en la prensa escrita sobre organizaciones de la sociedad civil que trabajan sobre el resto de las enfermedades que afectan la salud femenina, sin embargo las menciones periodísticas son muy pocas, de tal manera que casi la totalidad de las referencias que aparecen en la prensa son para organizaciones sociales que trabajan con determinados problemas de salud reproductiva. Y recordemos que gran parte de la presencia de los problemas de salud en los medios es debida al activismo de grupos de la sociedad civil que "presionan" en forma directa e indirecta a los medios, para constituirse en noticias de los mismos (Menéndez E.L. - Di Pardo R. 2009).

Por lo cual, y es una de las principales conclusiones de nuestro análisis, la capacidad organizativa y el activismo de las Ong y el trabajo desarrollado

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 243 25/10/2011, 8.56

con los medios, no tienen tanto que ver con la significación del problema en términos de mortalidad y de morbilidad, sino que tienen que ver básicamente con ciertos problemas que si bien no son los que más afectan la vida y muerte de las mujeres, serían sin embargo centrales para los objetivos de los grupos organizados en torno a determinados aspectos de la salud reproductiva y de las violencias contra las mujeres.

Es importante además señalar que las organizaciones de la sociedad civil que trabajan salud reproductiva lo hacen especialmente sobre problemas de embarazo y parto, incluyendo también las consecuencias del VIH-SIDA en mujeres. Es decir que si bien hay organizaciones sociales que trabajan con cáncer cérvido-uterino y con cáncer de mama su presencia, por lo menos en la prensa, es mucho menor que la que refiere a ciertos procesos reproductivos y a las violencias.

Esta orientación de la información periodística es interesante de ser consignada porque mientras la información del Ss y del INEGI consideran que está disminuyendo la mortalidad de la mujer durante el embarazo y el parto así como también la mortalidad neonatal, los datos estadísticos oficiales señalan un constante incremento de la mortalidad por cáncer de mama y un constante – aunque lento – descenso por cáncer cérvido-uterino. Según los datos del Ss, el cáncer de mama pasa de 260 casos fatales y una tasa de 3.4 en 1955 a 1088 casos y una tasa de 7.9 en 1977 a 3.860 casos de muerte y una tasa de 11.7 en el 2002; mientras en el caso del cáncer cérvico-uterino. Se pasa para los mismos años de 253 casos de muerte y una tasa de 3.6, a 2,124 casos y una tasa de 15.4 y por último a 4.330 casos de muerte y una tasa de 11.9 en el 2002 (SECRETARIA DE SALUD 2004).

Como síntesis podemos decir que la prensa escrita transmite una imagen de las principales causas de morbimortalidad en mujeres así como del trabajo de las ONGS respecto de estos problemas, que contrasta con los datos de las estadísticas vitales sobre las enfermedades y muertes femeninas, por lo menos para el 2002, así como para el lapso 2000/2008. La mayoría del trabajo de las ONGS es sobre problemas de mujeres de entre 15 y 40 años como son los embarazos de riesgo, abortos y violencias, y con menor frecuencia respecto de cánceres cérvico-uterino y de mama, pero debemos recordar que en este grupo etario se da el menor porcentaje de muertes femeninas comparado con cualquier otro grupo de edad. Otra de las problemáticas que más trabajan las ONGS es el de la mortalidad materna, que sólo constituye el 5% de las muertes que se dan en este grupo etario y sólo el 1.28% del total de muertes femeninas (SECRETARIA DE SALUD 2001, 2002, 2004a, 2004b).

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 244 25/10/2011, 8.56

Es decir que la mayoría de las ONGs trabajan sobre algunos graves problemas de salud de la mujer, pero que – según las estadísticas oficiales de salud – sólo constituyen un pequeño segmento de los padecimientos de los que enferman y sobre todo mueren las mujeres en México, por lo menos durante el lapso analizado. Podemos afirmar que aún asumiendo que respecto de estos problemas – y especialmente muerte materna – existan notables subregistros en la mortalidad, las estimaciones por más altas que sean no pueden compararse con las tasas de mortalidad que corresponden a otros padecimientos y a otros grupos etarios, que sin embargo no parecen interesar a los estudios de género ni a las ONGs, pese al impacto negativo que tienen en la salud de las mujeres, y pese a su fenomenal incremento, como observamos en el caso de la diabetes mellitus.

De tal manera que la prensa transmite una visión no sólo de que los problemas de salud de la mujer se reducen en gran medida a sus problemas de salud reproductiva y a violencias, sino que a las ONGs más que interesarles la salud de las mujeres en un sentido amplio, parecen interesarles exclusivamente aspectos específicos de la salud de las mujeres que están en el periodo reproductivo [(6)].

De la información analizada surge que ciertas instituciones claves del estado mexicano como CONAPO y el Sector salud, así como gran parte de las ONGs que trabajan sobre salud reproductiva y determinadas fundaciones internacionales se preocupan por la salud reproductiva y por la salud de la mujer, pero a partir de un objetivo central explicitado o no: la planificación familiar o si se prefiere el control de la natalidad. Más aún, si bien las declaraciones de los más altos funcionarios del Sector salud, y aun de los que dirigen programas específicos de salud reproductiva son mucho más cautos en sus apoyos al aborto, como lo hemos analizado, sin embargo los recursos humanos y las inversiones respecto de las actividades dirigidas a la diminución del número de hijos se caracterizan por su continuidad y por su eficacia comparativa, que han tenido por resultado reducir la media de 6 hijos por mujer a mediados de 1970 a poco más de dos hijos por mujer en el 2006 (MENÉNDEZ E.L. 1992 [2005-2009], SSA 2001, [2002]).

Por lo cual, observamos una convergencia de objetivos entre Sector salud, CONAPO, Fundaciones internacionales como la Ford o la MacArthur, Banco Mundial, Population Council, Agencia internacional para el desarrollo (AID), Centros académicos universitarios y ONGs, más allá de que unas instituciones busquen centralmente la reducción del número hijos por mujer en el caso de CONAPO, y otras promuevan sobre todo el empoderamiento de la mujer, como es el caso de algunas ONGs.

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 245 25/10/2011, 8.56

Necesitamos, por lo tanto, desarrollar un análisis que posibilite establecer cuáles son los objetivos que realmente se imponen en términos de hegemonía/subalternidad y de prácticas técnicas y sociales. Y lo que observamos, por lo menos hasta ahora, es que los objetivos que realmente se han cumplido son los que tienen que ver con la reducción de la natalidad [7]. Ya que, mientras la tasa de natalidad ha decrecido notablemente en los términos ya señalados, no ha ocurrido lo mismo, por ejemplo, con la mortalidad materna. No sólo las ONGs sino también los más altos funcionarios del Ss reconocen a mediados del 2008 que no se han cumplido las metas respecto del descenso de la mortalidad materna, y algunas ONGs sostienen que se observa un grave estancamiento en dicho descenso, lo cual es objetivamente correcto.

En términos metodológicos necesitamos por lo tanto observar no sólo los discursos y – cuando sea posible – las prácticas que realizan los diferentes actores, sino también observarlos en términos de las relaciones de hegemonía/subalternidad que se dan entre los diferentes actores sociales involucrados. Y lo que surge del análisis de la prensa escrita, pero también del análisis de los programas de salud (MENÉNDEZ E.L. 2005), es que el objetivo que realmente se cumplió – la notable reducción de la natalidad –, fue trazado por los sectores hegemónicos (Population Council, Fundación Ford, Sector salud, CONAPO, UNICEF, etc.) asociando a su proyecto hegemónico el papel relevante de gran parte de las organizaciones no gubernamentales y de los estudios de género.

Notas

[1] La información corresponde a los diez principales periódicos mexicanos de circulación nacional, es decir *Crónica*, *El Día*, *El Financiero*, *El Sol de México*, *Excélsior*, *Jornada*, *Milenio*, *Reforma*, *Universal* y *Uno más Uno*, y se obtuvo a través de dos fuentes: los boletines del Taller de Información periodística en salud, del área Educación y Salud de la Universidad autónoma metropolitana-Xochimilco que presenta mensualmente la información sobre procesos de salud/enfermedad/atención que aparece en éstos y en otros periódicos, y que nos permitió consultar el material correspondiente a todo el año 2002, así como realizar sondeos para los años 2000, 2001, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 y 2008, subrayando que nuestro análisis se centra en el año 2002. Además consultamos directamente los periódicos *La Jornada*, *Milenio*, *Reforma* y *El Universal* para los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre del 2002. Es decir que los datos que analizamos no refieren a una semana o quince días, como suele ocurrir en los estudios de medios de comunicación masiva, sino a un lapso de tiempo, que justamente posibilitó observar no sólo la gran cantidad y frecuencia de información periodística sobre procesos de salud/enfermedad/atención, sino también su notable continuidad en procesos como los enlizados en este trabajo. Debemos subrayar que, salvo se señale expresamente, todo el material que describimos y analizamos y que suele estar entre comillas cuando es textual, corresponde a los periódicos citados. Dicho material periodístico se transcribe respetando la sintaxis e incluso las faltas de ortografía del mismo.

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 246 25/10/2011, 8.56

(2) Si presentamos datos sobre Vih-Sida no sólo es porque es el padecimiento del cual hay más información en la prensa escrita, sino porque algunos procesos son comunes con salud reproductiva, como veremos más adelante. Pero nuestro estudio se concentra en salud reproductiva.

(3) Si bien reconocemos la existencia de diferentes orientaciones ideológicas e incluso políticas en los periódicos consultados, vamos no obstante a describir y analizar el material periodístico como si fuera un solo texto, dado que existen varias razones para ello. En primer lugar compartimos con Bourdieu la idea «de que los productos periodísticos son mucho más homogéneos de lo que la gente cree», ya que inclusive «Las diferencias más evidentes relacionadas con el color político de los periódicos, ocultan profundas similitudes, consecuencia sobre todo de los constreñimientos impuestos por las fuentes y por toda una serie de mecanismos» (Bourdieu P. 1997: 30). Los periódicos utilizan los mismos anunciantes, similares sondeos de opinión, las mismas fuentes oficiales, los mismos "cables" internacionales. Los periodistas obtienen la información de muy diferentes fuentes, pero en gran medida la obtienen de otros periodistas. Pero además, según Bourdieu, los periodistas comparten estructuras cognitivas, categorías y preconceptos, así como procesos de convivencia que también contribuyen a homogeneizar la información. Todo lo cual aparece corroborado por diversos autores (Atkin C. - Wallack L. 1990, Champagne P. 1999, Epstein E. 1975, Hernández M.E. 1995), y por nuestros propios estudios (Menéndez E.L. 1982, Ménéndez E.L. - Di Pardo R. 2003, 2009).

(4) Esta aseveración se verificó en los hechos, dado que las denuncias constantes de la jerarquía católica, y sobre todo el trabajo político a nivel local, condujeron durante el 2009 a que 17 estados mexicanos reforzaran nuevamente la penalización del aborto. Esto ocurrió inclusive en estados gobernados por el Pri a través de alianzas con el Pan. En dichos estados se estableció que «el Estado garantizará el derecho a la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural». Según Silva-Herzog-Márquez: «En los estados que han aprobado estos cambios, una mujer violada que resulte embarazada no tendrá opción de elegir si continúa o termina con el embarazo. Una mujer tampoco podrá decidir si sigue adelante con un embarazo que ponga en peligro su propia vida».

(5) Recordemos que las esterilizaciones de mujeres se convertirán durante las décadas de 1980 y 1990 en la principal técnica anticonceptiva, de lo cual casi no hablaron los periódicos, pero tampoco el Sector salud, las organizaciones no gubernamentales que trabajan salud reproductiva ni el movimiento feminista. Pero esta es una 'coincidencia' que no trataremos ahora (Menéndez E.L. 2009 a y b).

(6) Lo señalado debe ser referido también a la mayoría de los estudios de género que trabajan respecto de procesos de salud/enfermedad/atención (ver Cardaci D. 2004).

(7) Lo concluido, por supuesto, no niega consecuencias positivas como la reducción de la mortalidad materna y sobre todo de la mortalidad infantil, que en gran medida tienen que ver con la aplicación de este programa.

Bibliografía

Atkin C. - Wallack L. (1990), *Mass communications and public health: complexities and conflicts*, Sage, Newbury Park (Ca).

Bourdieu P. (1997), *Sobre la televisión*, Editorial Anagrama, Barcelona.

Cardaci D. (2004), *Salud, género y programas de estudios de la mujer en México*, Programa Universitario de Estudios de Género - Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco - Organización Panamericana de la Salud, México.

Cárdenas R. (2000), *La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México*, pp. 301-327, en Stern C. - Echarri C.J. (compiladores), *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*, El Colegio de México, México.

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 247 25/10/2011, 8.56

Castro A. (2004), *Contracepting at childbirth: the integration of reproductive health and population policies in México*, pp. 133-144, en Castro A. - Singer M. (editores), *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination*, Altamira Press, Walnut Creek (Ca).

Champagne P. (1999), *La visión mediática*, pp. 51-63, en Bourdieu P. (director), *La miseria del mundo*, Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

Epstein E. (1975), *Between fact and fiction*. Ed. Vintage, New York.

Figueroa J.G. *et al.* (1994), *Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos*, "Estudios Sociológicos", vol. XII, n. 34, 1994, pp. 129-154.

Hernández M.E. (1995), *La producción noticiosa*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

Menéndez E.L. (1982), *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina 'popular'*, Cuaderno 57 de la Casa Chata - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez E.L. (1992), *Achiquemos el Estado mientras la muerte está*, pp. 177-206, en Alonso J.A. - Azís A. - Tamayo J. (coordinadores), *El nuevo Estado mexicano*, IV, Ed. Estado y sociedad, México, 2005.

Menéndez E.L. (2005*), Poblaciones abiertas, seguras y privadas: cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud mexicano*, pp.151-191, en Azís A. - Alonso J. (coordinadores), *El estado mexicano... y cambios. Economía y política*, Ed. Porrúa - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez E.L. (2009a), *De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicana*, "Salud Colectiva", vol. 5, n. 2, 2009, pp. 155-180.

Menéndez E.L. (2009b), *Esterilizaciones y sectores sociales subalternos en América Latina. El caso mexicano*, pp. 119-134, en Fernández G. (coordinador), *Salud e interculturalidad en América Latina*, Ed. Abya Yala - Universidad de Castilla-La Mancha, Quito.

Menéndez E.L. - Di Pardo R. (2003), *Informe final de investigación sobre proceso de alcoholización en México*, Ed. Especializaciones y desencantos, México.

Menéndez E.L. - Di Pardo R. (2009), *Miedos, riesgos e inseguridades. El papel de los medios, de los profesionales y de los intelectuales en la construcción de la salud como catástrofe*, Libros de la Casa Chata, México.

Población Reports (1979), *Medios de comunicación en programas de planificación familiar*, Serie J, n. 16, Marzo 1979.

Población Reports (1995), *Como ayudar a los medios de difusión a informar sobre planificación familiar*, Serie J, n. 42, Noviembre 1995.

Puentes E. *et al.* (2002), *La cesárea en México: tendencias, niveles y factores asociados*, "Salud Pública", vol. 46, 1, 2002, pp. 16-22.

Secretaría de Salud (2001), *Programa Nacional de Salud* 2001-2006, Secretaría de Salud, México.

Secretaría de Salud (2002), *Programa de acción: protección financiera en salud*, Secretaría de Salud, México.

Secretaría de Salud (2004a), *Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México 2002*, "Salud Pública", vol. 46, n. 1, 2004, pp. 75-88.

Secretaría de Salud (2004b), *Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2002*, "Salud Pública", vol. 46, n. 2, 2004, pp. 169-185.

Nota sobre los Autores

Renée B. Di Pardo: psicoanalista argentina, y actualmente profesora/investigadora en el Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social/Ciesas, México.

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 248 25/10/2011, 8.56

Ha desarrollado investigaciones en diferentes campos, entre los cuales destacan los siguientes estudios: a) Carencia maternal en instituciones hospitalarias y hogares sustitutos; b) Socialización de niños y adolescentes en una comunidad rural argentina; c) Trayectoria de enfermedad y relación médico/paciente; d) Las funciones sociales, culturales y psicológicas del consumo de alcohol; e) Atención primaria y 'alcoholismo'; f) 'Alcoholismo': segundo y tercer nivel de atención; g) Medios de comunicación masiva y procesos de salud/enfermedad/atención. Algunas de sus principales publicaciones son las siguientes: *Influencia del ambiente sociocultural en el desarrollo del niño*; *Importancia de la relación madre/hijo en la configuración de la personalidad*; *La funcionalidad contradictoria del consumo de alcohol*; *Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura*; *Revisiones del cuerpo: incorporaciones y desprendimientos*. Ha publicado varios trabajos en coautoría con E.L. Menéndez: *Violencias y alcohol: las cotidianeidades de las pequeñas muertes*; *De algunos alcoholismo y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*; *Miedos, riesgos e inseguridades*. Fue además Directora del Departamento de familia en el Hospital Avellaneda y Directora del Departamento de familia en el Centro de Psicología Médica de Buenos Aires, Argentina.

Eduardo L. Menéndez: antropólogo social argentino, que actualmente se desempeña como profesor/investigador en el Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social/CIESAS, México. Ha desarrollado investigaciones en diferentes campos, entre los cuales destacan los siguientes estudios: a) Migraciones europeas a comunidades rurales argentinas; b) Nivel de vida de la población rural de la provincia de Misiones; c) Juegos infantiles; d) Enfermedades ocupacionales en mineros, obreros ceramistas y operadores de camiones; e) Saber biomédico; f) Autoatención, automedicación, autogestión; g) Proceso de alcoholización; h) Medios de comunicación masiva y procesos de salud/enfermedad/atención.

Algunas de sus últimas publicaciones son las siguientes: *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la Salud Colectiva*; *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*; *Las influenzas por todos tan temidas o los difíciles usos del conocimiento*; *De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y epidemiología mexicanas*; *Esterilizaciones y sectores sociales subalternos en América Latina*; *Lo que aparece, lo que no aparece y lo que desaparece: el caso de las violencias*; *Miedos, riesgos e inseguridades*, con R. B. Di Pardo; *Participación social ¿Para qué?* con H. Spinelli. Ha sido Director del Departamento de ciencias antropológicas de la Universidad de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, y recientemente le fue otorgado el Doctorado Honoris Causa por la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Catalunya, España.

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 249 25/10/2011, 8.56

Resumen

Sector Salud y organizaciones no-gubernamentales: convergencias y articulaciones en torno a la salud reproductiva

En este trabajo se describe y analiza la información que sobre ciertos aspectos de la salud reproductiva, publicó la prensa escrita mexicana de circulación nacional para el lapso 2000/2008 y especialmente durante el 2002. Se señala la notable cantidad de información que se observa sobre este proceso – y especialmente sobre aborto y embarazo no deseado-pese a no constituir parte de las primeras causas de 'enfermedad' a nivel de la población general ni de las mujeres en particular. Se describen las representaciones sociales que los diferentes actores sociales involucrados tienen respecto de dichos procesos, para señalar las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los mismos, donde la salud de la mujer es referida básicamente a lo que ocurre durante el lapso reproductivo, dejando de lado la mayoría de los problemas graves que afectan la salud femenina antes, durante y después de dicho lapso. Las relaciones de hegemonía/subalternidad se expresan a través de múltiples procesos, y especialmente en que todos los actores sociales – aún los más antagónicos –, centran la cuestión femenina en los proceso de concepción/anticoncepción, así como también todos excluyen hablar de las cesáreas y las esterilizaciones – con y sin consentimiento – aplicadas a mujeres, pese a su notorio y constante incremento.

Riassunto

Settore sanitario e organizzazioni non governative: convergenze e articolazioni intorno alla salute riproduttiva

In questo lavoro si descrive e si analizza l'informazione che la stampa scritta messicana di livello nazionale ha prodotto su alcuni aspetti della salute riproduttiva nell'arco temporale 2000/2008, e specialmente nel corso dell'anno 2002. Si segnala la notevole quantità di informazione che si osserva su questo processo – in particolare su aborto e gravidanza indesiderata – anche se non fanno parte delle principali cause di "malattia", né a livello della popolazione generale, né di quella femminile in particolare. Si descrivono le rappresentazioni sociali che i diversi attori coinvolti producono rispetto a tali processi, in maniera da evidenziare i processi di egemonia/subalternità che operano al loro interno. In particolare, la salute della donna è riferita a quello che accade durante il periodo riproduttivo, trascurando i problemi che si presentano prima e dopo quel periodo. I rapporti di egemonia/subalternità si esprimono soprattutto nel fatto che i diversi attori focalizzano la questione femminile esclusivamente nel processo del concepimento/anti-concezionali, mentre tutti escludono dal discorso la questione dei parti cesarei e delle sterilizzazioni, applicate alle donne anche senza il loro consenso, e che appaiono in continuo aumento.

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 250 25/10/2011, 8.56

Résumé

Le secteur de la santé et les organisations non gouvernementales: convergences et articulations à propos de la santé réproductive

Le présent document décrit et analyse l'information sur certains aspects de la santé reproductive, publié par la presse mexicaine de diffusion nationale dans le période 2000/2008 et surtout pendant 2002. Se prend note de la quantité importante de renseignements sur ce processus, en particulier sur l'avortement et le grossesses non désirées, même si ne fait pas parte des principales causes de la 'maladie'. Il décrit les représentations sociales des différents acteurs sur ces processus, pour indiquer les relations d'hégémonie/subalternité qui opèrent sur eux. La santé de la femme se réfère essentiellement á ce qui c'est passé dans la période de reproduction, et no son plus prochaine problèmes le plus graves affectant la santé des femmes avant, pendant et après cela processus. Les relations d'hégémonie/subalternité s'exprime a travers de nombreux processus où les différent acteurs vise a la santé des femmes a travers le thème conception/contraception, mais l'exclusions des questions telles que l'augmentation de cesareas et de stérilisations appliqué avec et sans le consentement des femmes.

Abstract

Health sector and non-governmental organizations: convergence and relations about reproductive health

This paper describes and analyzes information on certain aspects of reproductive health, published by the Mexican press of national circulation in the period 2000/2008, and especially during 2002. The vast amount of information about process is meaningful – especially about abortion and unwanted pregnancy –, which are not part of main causes of 'disease'. It describes the social representations that different actors have on these processes, to indicate relationships hegemony/subalternity that operate on them. So, information about women's health refers basically to what happens in the reproductive period, and overlook the most serious problems affecting the health of women before, during and after this period. The hegemony/subalternity is evident not only in the opposition conception/contraception but in problem's exclusion such as increase caesarean sections and sterilization, applied with and without women's consent.

07-Menéndez-Di Pardo.pmd 251 25/10/2011, 8.56

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 253-278

El diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano (VPH): construcción social del contagio en parejas mexicanas

Diana L. Reartes

Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS), Unidad Sureste
[dlrp8@prodigy.net.mx]

Introducción

La infección por el virus del papiloma humano es una enfermedad que se ubica dentro de las producidas por contacto sexual; afecta tanto a mujeres como a varones y se transmite principalmente a través de la actividad sexual con un compañero o compañera infectado, aunque la vía vertical madre-hijo, o por uso de instrumental médico contaminado también son posibles (VARGAS V.M. 1996: 412, POPULATION COUNCIL 2000).

Esta enfermedad es muy frecuente y tal vez sea la infección viral que más comúnmente se diagnostica en mujeres, bien sea por la presencia de lesiones visibles (verrugas genitales o condilomas acuminados) o por las alteraciones observadas en el estudio citológico (infección cervical relacionada con cambios displásicos) (ARREDONDO J.L. - FIGUEROA DAMIAN R. 2000). La infección por VPH del tracto genital se divide en clínica, subclínica y latente [(1)] y se considera a este virus un agente causal necesario para el cáncer cervical (VARGAS V. - M. 1996: 411, ARANDA C. 2000: 144). De igual modo, el VPH está asociado al cáncer de vulva y ano en las mujeres y con el cáncer de pene y ano en los hombres.

En más del 90% de todos los cánceres de cuello de útero se pueden atribuir a ciertos tipos de VPH, de los cuales el VPH 16 representa la mayor proporción (alrededor del 50%), seguido de los VPH 18 (12%), 45 (8%) y 31 (5%) (MUÑOZ N. - BOSCH F.X. 1996). El cáncer cervical es el más común en los países en vías de desarrollo con una incidencia que llega hasta 40 por 100000 mujeres. Anualmente se estima que se presentan aproximadamente 500 000 casos nuevos en el mundo, de los cuales 80% ocurre en los países en vías de desarrollo. A escala mundial, México tiene una de las tasas más

08-L. Reartes.pmd 253 28/11/2011, 15.30

altas de mortalidad por cáncer cervical. En el año 2001 la tasa anual de mortalidad fue de 19 por 100 000 y la incidencia de 50 por 100 000 mujeres mayores de 24 años (Hernández C. *et al*. 2005).

En la actualidad se sabe de la existencia de aproximadamente 200 genotipos de Vph, doce de ellos representan más del 95% de tipos virales asociados a cáncer cervical (Hernández C. *et al*. 2005). Se ha observado que las lesiones primarias ocasionadas por los Vph 16, 18 y 31 en tracto genital, particularmente en el cérvix uterino, luego de un periodo de latencia, pueden convertirse en tumores malignos (Gissmann L. 1993).

El Vph es entonces una infección de transmisión sexual que tiene la particularidad de que puede instalarse, permanecer y/o evolucionar sin presentar síntomas y sólo mediante pruebas citológicas y colposcópicas podrá ser diagnosticada. La mayor parte de las infecciones por Vph desaparecen espontáneamente con el tiempo pero no se sabe con certeza cuáles son los factores que contribuyen al establecimiento de un estado de portador crónico. De igual modo, varía mucho la capacidad de progresión de una lesión. El paradigma de la progresión del cáncer cervical desde una lesión de bajo grado, hasta un cáncer invasor pasando por etapas intermedias bien definidas, se ha puesto en tela de juicio y nuevas interpretaciones sugieren que las lesiones de alto grado pueden aparecer en periodos muy breves debido a circunstancias que se desconocen y que se relacionan con el tipo de Vph, la carga viral, el estado inmunitario de la/el paciente (Muñoz N. - Bosch F. X. 1996). Esto significa que aún se desconocen los factores que participan en la latencia, reactivación, infección subclínica sin enfermedad aparente y los mecanismos requeridos para la transformación en un cáncer.

Teniendo en cuenta la importancia que, como problema de salud pública tiene la infección por el Vph, en tanto principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical, en México se han llevado cabo numerosas investigaciones que buscan establecer su prevalencia en diferentes grupos poblacionales considerados en mayor riesgo de adquirir la infección, tales como: trabajadoras sexuales, mujeres seropositivas, mujeres que contaban ya con el diagnóstico de cáncer cervical, estudiantes universitarios, embarazadas, varones (Gayet C. 2003, Hernández C. *et al*. 2005, Lazcano E. *et al*. 2001, Leyva A.G. *et al*. 2003, Sánchez M.A. *et al*. 2002). Igualmente se han tratado de explorar con abordajes cualitativos aquellos factores que dificultan el acceso al examen del Papanicolaou por parte de la población femenina (Lazcano E. *et al*. 1999, Castro M. del C. - Salazar G. 1999, Lazcano E. *et al*. 2000) y se han analizado cuáles serían las mejores formas

08-L. Reartes.pmd 254 25/10/2011, 8.57

para que las mujeres aceptaran realizarse el PAP. Sin embargo, son escasos los trabajos que analicen las consecuencias psicológicas y emocionales ante un PAP anormal y los cursos de acción que siguen las mujeres con un resultado de este tipo.

El objetivo del presente trabajo es analizar las implicaciones socioemocionales que se manifiestan a lo largo de la trayectoria asistencial en parejas en las que uno o ambos miembros presenta el diagnóstico de infección, resaltando la vinculación que existe entre distintas dimensiones que configuran modos diferenciales de hacer frente a la misma: como la adscripción de género y el ejercicio diferencial de la sexualidad, las características y dinámica del vínculo de pareja, la situación de salud reproductiva por la que atraviesan al momento del diagnóstico, la información que es suministrada por los médicos y las características de la atención médica ofrecida en el servicio estudiado.

Metodología

Se trata de un estudio antropológico realizado en la clínica de displasias del Instituto nacional de la mujer y la familia INMYF [2], institución hospitalaria que pertenece al tercer nivel de atención, de gran prestigio en México, con reconocimiento por su excelencia y alta especialización en ginecoobstetricia, a la que concurre población no derechohabiente perteneciente a niveles socioeconómicos medios y medios-bajos.

La clínica de displasias donde desarrollamos la investigación está ubicada en el servicio de Oncología. A partir del año 1992 se organizó el servicio de colposcopia y se comenzó a fomentar la atención no sólo de las mujeres sino también de sus parejas. Antes de este momento, la infección por el VPH era atendida en el área de ginecología por médicos ginecólogos y particularmente la atención se dirigía a las pacientes embarazadas.

El equipo médico que se desempeña en el servicio está compuesto por cuatro profesionales: el coordinador y tres médicos adscritos, de los cuales uno es mujer. Se trata de profesionales altamente especializados en el campo de la oncología y al tanto de los últimos avances en el conocimiento y tratamiento de la infección por el VPH. El servicio también ofrece el Diplomado en colposcopia a médicos residentes.

De mayo del 2000 a octubre del 2001 concurrimos diariamente al servicio médico, realizando observaciones, entrevistas a los profesionales que allí trabajan así como aquellos que estaban rotando por el servicio o realizando

08-L. Reartes.pmd 255 25/10/2011, 8.57

el mencionado diplomado. También fue desde el servicio que nos conectamos y seleccionamos a un conjunto de ocho parejas diagnosticadas con VPH que fueron entrevistadas en varias ocasiones. Las entrevistas se realizaron por separado, a mujeres y varones, y tuvieron lugar en el servicio médico, antes o después de haber asistido a consulta o en su hogar. Todas las entrevistas fueron grabadas, transcriptas y la información codificada en temas y subtemas.

Antes de describir las características de las parejas seleccionadas, mencionemos que la mayoría de las pacientes que son atendidas en el Instituto se ubica en los niveles 2 y 3 que corresponden a un nivel medio-bajo; cuando las pacientes tienen seguridad social se las asigna en los niveles 4 o 5 y cuando cuentan con gastos médicos se las ubica en el nivel 6.

En nuestra investigación seleccionamos a ocho parejas, de las cuales seis pertenecen a los niveles bajo y medio "niveles 2 y 3" y dos al nivel alto "niveles 4 y 5". El ingreso principal deriva de los varones, sólo dos mujeres trabajaban fuera del hogar al momento de la entrevista. La mayoría de los varones son empleados "6" y dos son profesionales autónomos. Debido a las características de la inserción laboral de las parejas, sólo tres de ellas gozaban de los beneficios de la seguridad social.

Si tenemos en cuenta las edades de las parejas, cuatro se encuentran en el rango de 20 a 30 años, consideradas jóvenes y cuatro en el correspondiente a 30 a 40 o más, consideradas adultas. Si tomamos los años de convivencia de la pareja, tenemos que cinco parejas se ubican en el grupo de 1 a 5 años de casados o unidos y tres en el grupo de 5-10 años o más de casados o unidos. Es decir que la mayoría de las parejas lleva pocos años de vivir juntos. En los casos de las uniones libres se trata del segundo matrimonio para las mujeres y el primero para sus compañeros. Estas mujeres, además, habían tenían hijos de su unión anterior.

En cuanto a su fecundidad, cinco de las ocho parejas tienen hijos y tres no tienen. Hay que aclarar que entre las parejas sin hijos, una de las mujeres (Marta) tenía dos hijos de su primer matrimonio, uno de los cuales falleció. Por último, la mayoría de las mujeres y los varones han finalizado sus estudios de nivel medio (secundaria y preparatoria) y sólo una mujer y dos varones han concluido sus estudios universitarios. Hay que mencionar que en México los niveles educativos son: primaria, secundaria o nivel medio inicial, preparatoria o nivel medio superior y universidad o nivel superior.

El siguiente cuadro resume las principales características sociodemográficas de las parejas entrevistadas:

08-L. Reartes.pmd 256 25/10/2011, 8.57

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las parejas.

Pareja	Edad mujer	Edad varón	Años de ser pareja	Número de hijos	Nivel educativo de la mujer	Nivel educativo del varón
Susana y Roberto	27	28	3 años de casados	1	Licenciatura en Derecho	Licenciatura incompleta
Carola y Ricardo	34	35	10 años de casados	2	Secundaria completa	Licenciatura completa
Leonor y Juan	27	28	8 años de casados	-	Secundaria completa	Secundaria completa
Marta y Raúl	34	40	4 años de unión libre	2 de Marta (1 fallecido)	Primaria completa	Secundaria completa
Beatriz y Ramiro	26	28	6 años de casados	1	Licenciatura incompleta	Licenciatura incompleta
Ana y Pedro	38	43	5 años de casados	1	Secundaria completa	Licenciatura incompleta
Karina y Felipe	25	26	1 año de casados	-	Preparatoria completa	Preparatoria completa
Verónica y Osvaldo	33	35	2 años de unión libre	3 (2 del primer matrimonio de Verónica)	Secundaria incompleta	Secundaria completa

Fuente: Trabajo de campo, 2000-2001.

Respecto a su situación de salud reproductiva, como lo ilustra el cuadro 2, tres de las parejas presentaban además del diagnóstico de infección por VPH el de esterilidad (una esterilidad primaria y dos esterilidad secundaria) [3], tres parejas se embarazaron cuando estaban recibiendo tratamiento y las restantes dos tenían como expectativa la búsqueda de un embarazo luego de finalizado el tratamiento.

Cuadro 2. Situación de salud reproductiva de las parejas entrevistadas.

Pareja	Situación de salud reproductiva
Susana y Roberto	Infección por VPH y embarazo
Carola y Ricardo	Infección por VPH y embarazo
Leonor y Juan	Infección por VPH y esterilidad primaria
Marta y Raúl	Infección por VPH y esterilidad secundaria
Beatriz y Ramiro	Infección por VPH y expectativa de embarazo
Ana y Pedro	Infección por VPH y esterilidad secundaria
Karina y Felipe	Infección por VPH y expectativa de embarazo
Verónica y Osvaldo	Infección por VPH y embarazo.

Fuente: Expedientes y entrevistas, año 2000.

08-L. Reartes.pmd 257 25/10/2011, 8.57

Como los resultados lo ilustran la imposibilidad de embarazarse, el embarazo o su deseo se constituirán tal vez en las dimensiones más relevantes en el modo en que se configuran el conjunto de vivencias frente a la infección, teniendo en cuenta la importancia de la transmisión madre-hijo.

La situación diagnóstica y la construcción social del contagio

En el problema de salud que nos interesa, puede decirse que son escasas las investigaciones que han estudiado el impacto que produce un resultado anormal del examen de Papanicolaou. Estos trabajos analizan las consecuencias psicológicas de recibir un resultado anormal en el Papanicolaou, practicarse una segunda prueba y un posterior tratamiento o ser derivada para someterse a una colposcopia. Los resultados de estos estudios señalan la emergencia en las mujeres, angustia, temores y preocupaciones.

Derivados de estos resultados se propone, por ejemplo, que los médicos deben emitir el mensaje de que una displasia leve no es un diagnóstico de cáncer (Aranda P. 2005, Fylan F. 1998, Idestrom M. *et al*. 2003, Lauver D. *et al*. 1999). Específicamente en cuanto al Vph un estudio realizado en Estados Unidos se analizó las razones por las que las personas diagnosticadas con la infección revelan o no su estatus a sus parejas sexuales. Se halló que las participantes tendieron a revelar su diagnóstico a su pareja actual, pero no a las parejas de seis meses atrás (Keller M.L. *et al*. 2000).

El diagnóstico es la primera fase o momento de la trayectoria asistencial frente a cualquier evento enfermante. La trayectoria asistencial para la infección por el Vph incluye tres momentos centrales – detección y diagnóstico, adopción del tratamiento y control y seguimiento – cada uno de los cuales está condicionado por una constelación de factores personales, familiares, socioculturales y económicos. Recuperando de Mechanic algunos de los factores que afectan la respuesta a la enfermedad por parte de los sujetos y que nosotros consideramos pueden tener implicaciones en el modo en que la/el paciente reacciona frente al diagnóstico y construye su contagio, están: (a) la seriedad percibida, (b) el grado de interferencia con actividades familiares, laborales, sociales, incluidos los conflictos surgidos en estos ámbitos, (c) la tolerancia de los demás hacia la enfermedad, (d) las interpretaciones de la enfermedad a partir de la información recibida y (e) la disponibilidad y accesibilidad del o los tratamientos (abarca costos económicos, de tiempo, esfuerzo, distancia física, otros costos como el estigma, la distancia social y los sentimientos de culpa o humillación) (Mechanic D. 1978).

08-L. Reartes.pmd 258 25/10/2011, 8.57

Todo diagnóstico es un momento crítico y disruptivo en tanto el sujeto adquiere una nueva identidad, la de estar o ser un enfermo. El diagnóstico supone asignar un nombre técnico al padecimiento que hasta ese momento era desconocido para el paciente y al mismo tiempo, reorganiza el saber del sujeto sobre su propio padecer. De igual modo, el diagnóstico también puede contribuir a generar perturbaciones en la identidad del sujeto, cuando por ejemplo éste implica también sanciones morales (CORTÉS B. 1997: 92-93). Esto es particularmente significativo en el caso del VPH, ya que al tratarse de una enfermedad transmitida sexualmente, lleva la carga simbólica de las enfermedades venéreas y las connotaciones negativas que se le adjudican a las personas que las padecen, muchas veces al considerarlas "culpables" de haberlas adquirido a través de prácticas sexuales "sancionables".

En el caso de la infección por el VPH cuando el médico comunica al paciente el diagnóstico, éste espera de él una interpretación de su enfermedad, tal vez le pregunte y espere una respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Cómo y en qué circunstancias me contagié de esta infección?, ¿Por qué?, ¿Me infectó mi esposo/a?, es decir, interroga al médico para contar con elementos que le ayudan a construir "su historia personal del contagio".

El diagnóstico de VPH con frecuencia es desencadenante de conflictos o ciertas disrupciones a nivel de las parejas. Puede hacer emerger la sospecha de relaciones extramatrimoniales o constituirse en la prueba que confirme una sospecha de infidelidad por parte de alguno de los miembros, puede reactivar problemas anteriores en la relación y llevar a crisis de distinto tipo y magnitud. Sin embargo, éstos no son los únicos modos en que se puede reaccionar frente a la infección, en otras parejas puede no conllevar mayores dificultades y hacer que se asuma la enfermedad con cierto pragmatismo.

En la fase de diagnóstico adquiere particular relevancia lo que dicen los médicos a las/os pacientes en tanto el "qué dicen y cómo lo dicen" tiene implicaciones en cómo reaccionan ellos ante el mismo. La información médica puede tranquilizar o inquietar a los pacientes, disminuyendo o acrecentando la incertidumbre respecto de su afección. A partir de lo que escuchan de los profesionales médicos, las y los pacientes pueden asustarse, dudar del dictamen médico, no saber qué hacer, auto-culpabilizarse, asignar la culpa a su pareja, enojarse, adoptar conductas tendientes a resolver con rapidez la enfermedad.

Podrá aceptar total o parcialmente lo que le profesional le comunica, resignificando la información médica dentro de su contexto de posibilidades cognitivas, materiales, afectivas, socioculturales e ideológicas. Podrá elegir

08-L. Reartes.pmd 259 25/10/2011, 8.57

aceptar el diagnóstico y la prescripción médica, consultar a otros profesionales, callar su padecimiento por culpa o vergüenza o hacerlo extensivo a su pareja, familiares y amigos. Inicia así un recorrido en el que el sujeto comenzará a vivenciar su padecimiento a partir de las intersecciones de sus múltiples adscripciones y de su historia personal.

El modo en que se enfrenta el diagnóstico es tanto una experiencia subjetiva como intersubjetiva. Es subjetiva en tanto los sujetos elaboran conocimientos acerca del mismo en situaciones biográficas concretas, pero al mismo tiempo posee una dimensión intersubjetiva al tratarse de una realidad construida social y culturalmente a partir de la producción de significados en procesos de interacción y comunicación social entre pacientes, profesionales de la salud, medios de comunicación, componentes de la red social y familiar. De este modo, al analizar las modalidades en que mujeres y varones enfrentaron el diagnóstico de infección propio o de su pareja nos estamos refiriendo a dos niveles de análisis, el corresponde al sujeto en tanto que el segundo alude a su realidad social (César P. 1993).

La adscripción genérica y los procesos de salud/enfermedad

Courtenay considera que varones y mujeres son agentes activos en la construcción y reconstrucción de las normas dominantes de masculinidad y femineidad y que en esta actividad una variedad de fuentes entre las que se encuentran las creencias y comportamientos relacionados con la salud, son utilizadas para construir y demostrar género (Courtenay W.H. 2000).

Un aspecto que se vincula con los procesos de salud/enfermedad tiene que ver con las normas de comportamiento sexual establecidas por las "culturas de género" para cada uno de los géneros en las diferentes sociedades. Por ejemplo, existen variaciones entre las sociedades en el grado de actividad heterosexual permitida antes del matrimonio, fuera del matrimonio y aún dentro del matrimonio. Numerosas investigaciones han documentado la importancia de los patrones de comportamiento sexual en la transmisión de ciertas enfermedades (Helman C.G. 1990).

Las diferencias en el comportamiento sexual entre varones y mujeres y el grado de poder entre ambos pueden influir en el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual; la existencia de estándares de comportamientos diferenciales para ambos géneros puede implicar que en el hombre puede ser más aceptado socialmente buscar una experiencia sexual extramarital, en cambio la mujer debe ser monógama. De ahí que aún cuando su propio comportamiento no sea de riesgo, las mujeres pueden

08-L. Reartes.pmd 260 25/10/2011, 8.57

estar expuestas a infecciones como resultado del comportamiento de sus esposos o parejas (POPULATION COUNCIL 2000).

Para el caso del cáncer cervical, la probabilidad de que una mujer tenga riesgo de desarrollarlo está relacionada no sólo con su comportamiento sexual sino también con el de su pareja. En poblaciones donde la monogamia femenina es dominante, las sexoservidoras juegan un rol importante en el mantenimiento y transmisión de las infecciones por VPH pudiendo convertirse en un agente portador de VPH de alto riesgo. A través del contacto sexual con mujeres u hombres con prácticas de alto riesgo, el varón o la mujer puede adquirir el virus que puede ser transmitido a su pareja estable o a sus subsecuentes parejas sexuales (BOSCH F.X. 2003: 332, CASTELLSAGUE X. *et al*. 2003: S351).

Dixon-Mueller propone como idea fuerte que la organización social de las diferencias de género aparece determinando aspectos de la sexualidad y de la salud reproductiva (DIXON-MUELLER R. 1993). Los intercambios sexuales desiguales entre varones y mujeres están basados en percepciones de necesidades eróticas diferentes y en normas divergentes de moral sexual para cada género. La importancia de lograr y mantener una unión marital relega los deseos y preferencias de las mujeres atribuyendo mayor importancia a complacer al varón independientemente de su propio deseo y de los riesgos de infectarse o embarazarse, confrontando estos riesgos con los de infidelidad de la pareja, abandono o violencia. De igual modo, numerosos estudios han documentado que la iniciativa sobre cuándo y cómo tener relaciones sexuales en las parejas heterosexuales corresponde a los varones y que la necesidad de iniciativa, dominio y control sexual por parte de los varones dificulta la conciencia de riesgo y el uso de medidas preventivas para infecciones de transmisión sexual ITS y embarazos (SZASZ I. 1999: 114).

Las creencias en una necesidad sexual o impulso biológico irrefrenable que requiere satisfacerse continuamente, la idea de afirmación de la virilidad vía el logro de la erección, la penetración y las conquistas sexuales también obstaculizan el uso de medidas por parte de los varones para prevenir ITS o un embarazo, presionan hacia la diversidad de parejas y avalan diferentes tipos de coerción sexual (SZASZ I. 1999: 112).

Resultados. Llegando al diagnóstico

No podemos hablar de lo que pensaron, sintieron y cómo reaccionaron las y los informantes sin mencionar brevemente como ellas y ellos obtuvieron el diagnóstico. Como se dijo anteriormente, es la mujer quien primero es

08-L. Reartes.pmd 261 25/10/2011, 8.57

diagnosticada con la infección y posteriormente, es su pareja a quien a partir de la solicitud del servicio se le realizan pruebas diagnósticas para confirmar o desechar que él tenga la infección. Para el caso de las mujeres en nuestro país, el Papanicolaou Pap ha sido el método diagnóstico más comúnmente utilizado para detectar las lesiones precursoras de cáncer cervical aunque en los últimos años, la colposcopía (4) ha sido difundida y tal vez más por ciertos laboratorios privados como prueba complementaria o alternativa e incluso como más confiable que la primera.

Seis de las mujeres entrevistadas se realizaron en primera instancia un Pap y ante el diagnóstico presuntivo de infección se les recomendó tomarse una colposcopía; las restantes dos mujeres recurrieron a la colposcopía en primer lugar, comportamiento que obedeció a la promoción de esta prueba con un costo accesible en laboratorios privados o servicios públicos. Todas las informantes "a excepción de Karina y Ana" presentaban una conducta de asistencia periódica a servicios de salud públicos y/o privados para realizarse el Pap, particularmente luego de haber tenido su primer hijo. Tal como es reportado, las mujeres mexicanas comienzan la práctica del Pap cuando tienen su primer contacto con los servicios de salud debido a la experiencia de la maternidad. Es el contacto con el sistema sanitario a partir del momento del embarazo-parto y no por ejemplo por consultas vinculadas a la planificación familiar, el que propicia que las mujeres particularmente de sectores urbanos reciban del personal de salud, el mensaje referido a la necesidad de realizarse este tipo de examen con cierta periodicidad (Castro M. del C. - Salazar G. 2001: 127).

De este modo, las informantes con las que trabajamos habían introyectado la necesidad de someterse al Pap cada cierto tiempo con la intención de prevenir "detectar oportunamente" el cáncer cervicouterino. El conocimiento y difusión de este método entre las entrevistadas es mayor que el de la colposcopia, examen que la mayoría desconocía y nunca se había realizado. Esto podría derivarse del efecto positivo que han tenido las campañas preventivas de cáncer cervical en ciertos sectores urbanos y con acceso a los servicios de salud. De la colposcopia, en cambio, no se conoce para qué sirve y no aparece a nivel de las representaciones como un examen también indispensable en la detección precoz del cáncer de cuello de útero.

La mayoría de las mujeres "siete de las ocho" acudieron a realizarse el Pap o la colposcopía por iniciativa propia «debido al consejo de familiares, la alarma frente al diagnóstico de un familiar cercano, el conocimiento de la necesidad de someterse a este tipo de examen y en pocos casos, ante la

08-L. Reartes.pmd 262 25/10/2011, 8.57

presencia de síntomas o signos de alerta». Sin embargo, ninguna de las mujeres acudió a realizarse alguna de estas pruebas para detectar la presencia del VPH. La mayoría ellas desconocía esta entidad y fue sólo al conocer su diagnóstico cuando tuvieron conocimiento de esta infección y su relación con el cáncer cervical lo que nos está hablando del peso del otorgamiento de información médica en la construcción social del VPH. En la restante entrevistada fue la solicitud médica de realizarse este examen durante la atención de su problema de esterilidad lo que la llevó a conocer su diagnóstico de infección. En los casos en que el PAP fue la primera prueba diagnóstica realizada, el diagnóstico presuntivo de infección por el VPH fue confirmado mediante una colposcopia con toma de muestra histológica.

Confirmado el diagnóstico de infección en la mujer, el servicio solicitó a las pacientes que sus esposos acudieran al servicio para ser valorados. En los varones, el diagnóstico se realiza mediante una penescopía. De los ocho varones, seis asistieron al servicio diagnosticándosele la infección y recibiendo tratamiento. En las parejas constituidas por Ana/Pedro y Verónica/Osvaldo, los varones no fueron atendidos en el servicio. Pedro no había sido todavía citado cuando entrevisté por última vez a su esposa y en el caso de Osvaldo, aunque él había sido requerido en varias oportunidades, el ocultamiento por parte de Verónica de su diagnóstico impidió que él fuera revisado.

¿Qué saben las mujeres del VPH y qué dicen los médicos en el diagnóstico?

Frente a la comunicación diagnóstica, la mayoría de las mujeres reconocieron su escasa o nulo información acerca de la infección. Cuatro de las ocho mujeres nunca había oído hablar del VPH; sin embargo, en las restantes el conocimiento era escaso y superficial. Casi todas las mujeres estuvieron de acuerdo en que es muy poca la información sobre el VPH a la que se tiene acceso a través de los medios de comunicación comparada con la información acerca del VIH-SIDA, entidad que es asimilada y comparada, a posteriori, en varios términos al VPH por algunas de las entrevistadas.

El diagnóstico va unido al ofrecimiento de información por parte de los profesionales médicos. Esta información incluyó contenidos referidos a las características de la infección como a la asociación de ésta con el cáncer cervical. En cuanto al primer aspecto y según lo dicho por las mujeres, los médicos les explicitaron que se trata de una enfermedad de transmisión sexual, aunque también mencionaron que existen otras vías menos

08-L. Reartes.pmd 263 25/10/2011, 8.57

frecuentes de contagio como puede ser el contacto en baños contaminados y que dada la posibilidad de latencia del virus es imposible conocer en qué momento de la vida la mujer o el varón pudo contraer el virus. En menor medida los profesionales hablan de: (a) los factores que pudieron haber incidido en la aparición de la infección, (b) la variedad de tipos de VPH, (c) el papel del varón como vector de la infección, (d) la asociación entre infección y número de parejas sexuales, (e) la inconveniencia de embarazarse mientras se esté bajo tratamiento y vigilancia de la infección y (f) la cura o no de la infección.

En cuanto al segundo aspecto, la referencia médica de la asociación del VPH con el cáncer cervical, es posible advertir ciertas diferencias entre lo que le dijeron los médicos que les ofrecieron a estas mujeres el primer diagnóstico o a quienes consultaron en primera instancia y lo manifestado por los profesionales que luego las atendieron en el INMYF. Mientras que las mujeres sintieron que los primeros facultativos las alarmaron manifestando la urgencia de atender la enfermedad al tratarse de una infección directamente ligada a este tipo de cáncer; los segundos, sin negar este hecho, enfatizaron en que el VPH no es sinónimo de cáncer, que puede derivar en un cáncer si no se otorga tratamiento oportuno, que es necesario atender no sólo a la mujer sino también a su pareja y llevar luego del tratamiento un chequeo periódico. En algunos casos incluso, tranquilizaron a la paciente diciéndole que la detección de la infección o de las lesiones eran muy tempranas por lo que las probabilidades de un cáncer eran muy remotas.

El discurso "alarmista" de algunos de los profesionales externos al INMYF tal vez puede tener la intención de que la mujer busque una pronta atención. Las diferencias en el suministro de información por parte de los profesionales también puede deberse a la heterogeneidad que existe en el conocimiento que profesionales de la salud de los distintos niveles de atención, tienen sobre la prevención y tratamiento de las lesiones precursoras de cáncer cervical la que se vincula con deficiencias respecto del estado actual del conocimiento biomédico respecto de la relación entre el VPH y el cáncer cervical derivadas de falta de capacitación o actualización recibida por los profesionales (ARILLO E. *et al*. 2000).

Más allá del discurso "tranquilizador" de los médicos del servicio estudiado, casi todas las informantes sintieron temor frente a la posibilidad de desarrollar un cáncer cervical y se angustiaron tanto por su propia salud como por la de sus futuros sus hijos y por el bienestar de su propia familia, debido a la asociación cáncer y muerte y el estigma de incurable que condensa esta enfermedad a nivel de representación social.

08-L. Reartes.pmd 264 25/10/2011, 8.57

Desde el punto de vista de los profesionales entrevistados, el otorgamiento de información a las y los pacientes es altamente valorizado en tanto se considera que la misma cumple con un conjunto de funciones positivas, entre las que se enunciaron: (a) no alarmar a la paciente pero sí alertarla de los riesgos que pueden derivar de la infección, (b) buscar la colaboración de su pareja para que el tratamiento logre ser más efectivo, (c) disminuir el estrés o la tensión que se produce en ocasiones en las parejas y, (d) eliminar la culpa a ambos miembros de la pareja por el contagio de la enfermedad.

Un análisis de la información suministrada por los médicos a las y los pacientes permite detectar énfasis en ciertos aspectos de la infección. En lo que respecta a las características de la infección y su relación con el cáncer cervical, la información va dirigida a decir que se trata de una enfermedad de transmisión sexual originada por el virus del VPH y que sólo algunos tipos del mismo pueden derivar en cáncer cervical por lo que es inadecuado realizar una asociación directa entre la infección y el carcinoma mencionado. En la opinión de algunos médicos decir que algunos tipos de VPH están asociados con el cáncer cervicouterino podría atemorizar demasiado a las pacientes.

En cuanto al modo y momento de contagio, si bien la mayoría de los médicos manifiestan que se trata de una infección transmitida por contacto sexual, también señalaron a las/los pacientes que existen evidencias de contagio a través de objetos contaminados como es el caso de los baños públicos. Asimismo, informaron que el virus puede mantenerse en estado de latencia y manifestarse muchos años después, lo que abre la posibilidad de que tanto la mujer como el varón puedan haber adquirido el virus en algún momento de su vida, convirtiéndose en portadores del mismo. Otro aspecto destacado por el discurso profesional es que siendo una ITS, es necesario descartar la infección en la pareja masculina para disminuir el riesgo de reinfección en la mujer.

De este modo, los profesionales médicos desestiman las inquietudes generalmente femeninas que tratan de conocer el momento en que fueron contagiadas, indicando lo improbable de saber el momento en que esto ocurrió y por lo tanto, la imposibilidad de asociar la aparición de la infección con un contacto reciente, como ocurre con otras ITS. Por otra parte, la mención médica de otras posibles fuentes de contagio, como el contacto masculino con el VPH en baños públicos, favorece la "no-culpabilización" masculina. La alusión médica de los baños públicos como fuente de contagio es reportada por ejemplo por (GOGNA M. *et al*. 1997: 18-19) quienes

08-L. Reartes.pmd 265 25/10/2011, 8.57

incluso señalan que: «... los mensajes sobre el baño como causa primera y última parecen ser habituales en las consultas de mujeres y no en las de los varones».

Frente al casi desconocimiento del VPH y a partir de saberse infectadas, la mayor parte de las mujeres comenzaron un proceso de búsqueda de información que se prolongó a lo largo de la trayectoria asistencial y que incluyó la consulta a distintos profesionales de la salud, la lectura en libros y revistas especializadas y la búsqueda en internet. En este proceso tuvieron una activa participación tanto la pareja de las mujeres como otros familiares cercanos. La emisión de un capítulo especial dedicado al VPH en un programa televisivo muy visto por la población y particularmente por las mujeres en tanto se abordan distintos problemas que enfrentan las familias a lo largo del ciclo vital, incluidos problemas de salud femenina y masculina también fue mencionado por algunas de las entrevistadas como una fuente de información importante y las declaraciones en algunos medios de comunicación masiva de la experiencia de infección de una conocida cantante nacional así como de la imposibilidad de embarazarse por esta razón fue manifestada también por otras informantes.

Las reacciones diferentes de mujeres y varones frente al diagnóstico

La situación diagnóstica implicó en todas las mujeres la emergencia de temores, dudas e incertidumbres tanto respecto del pronóstico de su enfermedad en términos de control y cura como en relación a las circunstancias o momento en que adquirieron el VPH. En relación al primer aspecto, los miedos y preocupaciones acompañen con distinta intensidad gran parte del trayecto asistencial. En cuanto al segundo aspecto, si bien los médicos informan que es imposible determinar el momento en que se produjo el contagio, debido al periodo de latencia del virus, las y los entrevistadas/os elaboraron lo que podríamos denominar "la situación del contagio".

Para el caso de las mujeres, son tres las posibilidades que entonces surgen: 1) la atribución del contagio a la pareja actual, 2) la asignación a una ex pareja de la mujer, anterior a la unión actual y 3) la atribución de la responsabilidad entre los dos miembros de la pareja al aceptarse que ambos pudieron haber contraído el virus en relaciones anteriores a su constitución como pareja.

Cuatro de las ocho mujeres optaron por la primera de las posibilidades, esto es adjudicar a su esposo el contagio, tres lo atribuyeron a relaciones anteriores a su pareja actual y sólo una consideró que no era posible res-

08-L. Reartes.pmd 266 25/10/2011, 8.57

ponsabilizar a su esposo ni a ella del contagio, ya que ambos habían mantenido relaciones con otras parejas antes del inicio de su relación.

La asignación masculina del contagio generalmente está basada en el comportamiento monógamo que se atribuyen las mujeres, al que se contrapone el señalamiento del desconocimiento de la actividad sexual de su pareja y el escaso control que ellas tienen en esta dimensión.

La atribución del contagio al esposo, encontrada en Marta, Carola, Beatriz y Leonor, no implicó; sin embargo, en todos los casos el mismo grado de conflictividad. Tal vez sea Marta quien expresó con mayor vehemencia el gran malestar derivado de la pérdida de confianza a su esposo al saberse infectada por el VPH, malestar que se inscribía en una cierta decepción ante las expectativas "incumplidas" depositadas por ella en su pareja. Carola y Beatriz, aunque asignaron la culpabilidad a su esposo, manifestaron que al no contar con pruebas contundentes de una posible infidelidad optaron por no problematizar demasiado la situación. Así, ante la aparición de la sospecha de una relación extramatrimonial, estas mujeres prefirieron quedarse con la incertidumbre, evitar la emergencia de conflictos, y permanecer junto a su pareja, enfrentando ambos el curso de la afección.

Carola y Leonor, con razones suficientes desde su punto de vista, para considerar que fueron sus esposos quienes le transmitieron el virus en tanto manifestaron haberse iniciado sexualmente con ellos no hicieron un drama, en el primer caso al evaluar favorablemente su relación marital y en el segundo, en tanto esto podría exacerbar la conflictividad existente al interior de la pareja ante la imposibilidad de Leonor de quedar embarazada.

A pesar de que las mujeres admiten saber que la vía sexual es la fuente predominante de transmisión, en algunas, encontramos una suerte de adecuación para explicar su propia situación de contagio, como pensar en la posibilidad de que su esposo les transmitió el virus a partir de entrar en contacto con el mismo en un baño público, adecuación que tiene como función continuar con la relación sin mayores alteraciones en la dinámica de la pareja y descartando cualquier posibilidad de engaño o infidelidad.

Tres mujeres "a, Karina y Verónica" se consideraron responsables de haber contraído el VPH en relaciones anteriores a su esposo. A su vez, este sentimiento de responsabilidad se atribuye en las dos primeras entrevistadas, a lo que ellas designan como un "mal comportamiento" derivado de la transgresión de ciertas normas morales.

En el primer caso, por considerar haberle sido "infiel" a su esposo en un periodo de su relación en que ambos se distanciaron y cuando, realmente,

08-L. Reartes.pmd 267 25/10/2011, 8.57

no tenían compromisos entre sí. Sin embargo, a, incluso, llega a "justificarse" por haber tenido sexo con otro hombre al decir que se encontraba profundamente enamorada y opta por guardar el secreto frente a su marido. Karina, por su parte, se reprocha a sí misma haberse iniciado sexualmente y contraído la infección a partir de su relación con un hombre casado, promiscuo, según sus palabras, del que incluso quedó embarazada y abortó, sintiendo al momento de comenzar su noviazgo con el que ahora es su esposo, que "no era digna de ser querida por otro varón", tras haber pasado por estas experiencias negativas.

Verónica, en cambio, distribuyó la posibilidad del contagio entre las dos parejas que tuvo antes de la actual, el padre de sus dos primeros hijos y la pareja con quien convivió en los Estados Unidos, posiblemente porque cuando se enteró de su diagnóstico recién estaba comenzando su relación con el que hoy es padre de su tercer hijo.

A pesar de que estas mujeres expresaron su responsabilidad por el contagio, ninguna se cuestionó el no haber usado el condón en estas relaciones "lo que sí aconteció en el caso de un varón" lo que nos podría estar hablando tanto de lo impensable de adoptarlo en situaciones donde prima la "confianza" y el amor "noviazgo, matrimonio, relación formal" como de las serias dificultades que presentan las mujeres para negociar su uso.

Refiriéndonos a los varones, dos de los cuatro entrevistados "los esposos de Leonor y Carola" se adjudicaron la infección de su pareja al haber mantenido relaciones sexuales previas al comienzo de la relación con sus actuales esposas, a quienes iniciaron sexualmente. El esposo de Leonor, quien se declaró abiertamente "noviero", sin embargo, explicó el no haber tomado medidas de protección en tanto cuando esto ocurrió él era un adolescente inexperto que no sabía de las consecuencias que podían tener las relaciones sexuales desprotegidas, por lo que considera que el contagio fue totalmente involuntario.

Los varones «contando los entrevistados y de los que obtuvimos su testimonio indirecto a partir de lo mencionado por sus esposas» no emitieron reproches a sus compañeras de la infección. Para ellos, tal vez sea preferible adjudicarse la adquisición del virus en relaciones previas o simultáneas al vínculo marital y por lo tanto, su papel como vector-transmisor del mismo a su mujer, antes que admitir que sus compañeras pudieran haber experimentado sexualmente antes de su unión o no ser monógamas y fieles, saliéndose de este modo de la norma establecida para las buenas esposas.

En términos generales, la mayoría de los varones se sorprendió cuando sus esposas le comunicaron su diagnóstico y la necesidad de que ellos concu-

08-L. Reartes.pmd 268 25/10/2011, 8.57

rrieran al servicio para confirmar o desechar en ellos la infección. Luego de un primer momento donde pensaron que era imposible que ellos estuvieran "enfermos" en tanto no presentaban ningún síntoma que les hicieran sospechar de padecer alguna enfermedad, todos los varones aceptaron concurrir al servicio para ser diagnosticados y a posteriori, los tratamientos.

Desde nuestro punto de vista, entre los factores que condicionaron sus reacciones destacan: el énfasis del discurso médico respecto de la menor morbi-mortalidad masculina *versus* la mayor gravedad de la infección de las mujeres así como la necesidad de un control periódico de por vida en ellas más no en los varones. Esto deriva en que generalmente las preocupaciones masculinas giren en torno al estado de salud de su esposa e incluso la de sus futuros hijos más que en ellos mismos. Algunos informantes, incluso, aludieron también a una mayor capacidad para enfrentar la infección derivada de la fortaleza que por naturaleza poseen los hombres.

Otro dato que también llama la atención es que si bien las mujeres parecen no haber temido ser contagiadas por sus parejas o no poder hacer nada frente a este temor exigiendo, por ejemplo, el uso del condón, dos de las entrevistadas sí expresaron sus dudas acerca de la posibilidad de ser contagiadas tanto de VPH como de VIH-SIDA a partir de instrumental médico contaminado, cuando se van a realizar el PAP u otro procedimiento ginecológico. A diferencia de lo que acontece en sus relaciones íntimas, donde al parecer resulta imposible hablar con la pareja acerca de su intranquilidad frente a un posible contagio o respecto de infecciones sexuales previas padecidas por alguno de los miembros de la pareja; en el ámbito de la relación médico-paciente, las entrevistadas pudieron expresaron esta inquietud a los profesionales, obteniendo de ellos como respuesta que esto era imposible debido a que siempre se utilizaba material desechable.

En síntesis, frente a la comunicación diagnóstica observamos que mujeres y varones reaccionan de modo diferente, en función de ciertos aspectos tales como: (a) las representaciones sociales acerca de las infecciones de transmisión sexual, construidas como enfermedades derivadas de conductas sexualmente "inapropiadas"; (b) la normatividad sexual hegemónica que valora que los varones experimenten sexualmente desde muy jóvenes y acumulen experiencias a lo largo de su vida en tanto se espera que las mujeres hagan lo contrario, esto es que cuenten con una menor experiencia sexual, (c) la asintomaticidad experimentada por los varones, d) la información obtenida por distintos medios acerca de las mayores implicaciones y gravedad de la infección en las mujeres.

08-L. Reartes.pmd 269 25/10/2011, 8.57

La socialización del diagnóstico

Asignar o asignarse un papel activo o pasivo en la adquisición y transmisión de la infección también tiene implicaciones en el modo en que socializa el diagnóstico. Este fue comunicado por seis de las mujeres, en primera instancia al esposo. Verónica y Marta, en cambio, optaron por elegir a otros familiares cercanos. La primera prefirió callar su infección ante su pareja (que luego se convirtió en su esposo) aunque si se lo comentó a una de sus hermanas. Posiblemente, la actitud de estigmatización-discriminación de su hermana y el hecho de que en ese tiempo Verónica estaba iniciando su relación con Osvaldo, fueron los motivos por los cuales la entrevistada estimó la inconveniencia de manifestarle que estaba en tratamiento por una ITS debido a las connotaciones negativas que podía tener en su persona, en tanto podía poner en duda su conducta sexual y agravar su status de mujer "honrada". Optar por el secreto, como es señalado por autores como (CUSIK L. - RHODES T. 1999), para el caso del VIH-SIDA, es parte de una estrategia de "normalización" que tiene como finalidad «poder seguir siendo considerado normal por los demás» (citado por GRIMBERG M. 2002: 47).

Recién cuando la relación de Verónica y Osvaldo se consolidó «luego de iniciada la convivencia y del nacimiento de su último hijo» Verónica se sintió más libre para comentarle a su esposo que había tenido VPH y en este momento esto no significó ningún inconveniente en su dinámica de pareja. El caso de Marta es un poco distinto. Si bien fue su hijo adolescente quien primero se enteró y quien trató de calmar a su madre sumamente ofuscada que se obstinaba en culpar a su actual pareja del contagio; su pareja conoció el diagnóstico inmediatamente, negándose a reconocer los cargos que le hacía Marta y aceptando asistir al servicio para ser atendido.

Posteriormente a esta primera instancia de socialización del diagnóstico nos encontramos con la comunicación del mismo a otras personas pertenecientes al ámbito familiar, laboral o de amistades de la pareja. Al igual que para el caso del VIH-SIDA, la elección de a quién contarle o por qué no hablar de la infección alude a los mecanismos que implementan los sujetos para hacer frente al complejo "estigmatización-discriminación" por temor a que se ponga en duda de la propia conducta sexual o la de su pareja. De este modo, son varias las opciones a la que se enfrentan las parejas, pueden: «... no revelar el problema o seleccionar los contextos y sujetos a quienes informar su condición» o atribuir la enfermedad a otra causa (recordemos que Carola y su esposo prefieren designar a la infección como "principios de cáncer" en vez de infección por el VPH) (GRIMBERG M. 2002: 46).

08-L. Reartes.pmd 270 25/10/2011, 8.57

Todos estos mecanismos implican: "procesos de confrontación con construcciones sociales dominantes" que para el caso de las ITS se hallan asociadas históricamente a la promiscuidad sexual y su peligrosidad, a la vergüenza y a la culpa por comportamientos supuestamente indebidos (GRIMBERG M. 2002: *ibidem*).

La situación de la salud reproductiva y el diagnóstico por VPH

El modo en que se reacciona frente al diagnóstico también está moldeado por las circunstancias vinculadas a la salud reproductiva de las parejas en que emerge la infección. No es lo mismo recibir el diagnóstico mientras se está en tratamiento por esterilidad, si en medio del tratamiento ocurre un embarazo o si se desea buscar un embarazo una vez finalizado el tratamiento.

Las parejas que se hallaban en tratamiento por esterilidad "Leonor y Juan y Marta y Raúl" debieron suspender el mismo y fueron "regresadas" a la Clínica de Esterilidad una vez que alcanzaron la fase de control y seguimiento. En estos casos, la trayectoria asistencial para el VPH se inscribe en una trayectoria anterior y de una duración de varios años. El tiempo de aproximadamente un año que tuvieron que esperar para reanudar la búsqueda de un embarazo desalentó a estas parejas y muchas veces la angustia se apoderó de ellas al temer por el probable agravamiento para lograr un embarazo en función de la infección. En estos casos, el VPH es significado como una interrupción y un tiempo mayor de espera que aumentó su frustración.

Pero además señalemos que los significados de la esterilidad y el deseo de un hijo cambian en las tres mujeres afectadas por esta situación: posiblemente el malestar por este problema sea mayor en Leonor, para quien un hijo implicaría disminuir en parte los conflictos con su pareja, quien le recrimina la imposibilidad de haber quedado embarazada y darle un hijo. En Marta, el deseo de un hijo con su actual pareja a pesar de su insatisfacción y decepción frente a la misma tal vez busque reparar la muerte reciente de su hija más que afianzar su relación. Ana, en cambio, parece por momentos resignada a quedarse con una sola hija, en tanto su esposo, por otra parte, no la presiona para que tener un segundo hijo.

En cuanto a la relevancia asignada a la infección versus a la atribuida a la esterilidad, en términos globales podemos decir que por momentos aparece en el discurso de las y los entrevistados la mayor importancia de atender y resolver el problema del VPH como paso para dar continuidad al tratamiento de esterilidad.

08-L. Reartes.pmd 271 25/10/2011, 8.57

Cuando el embarazo sucede durante el transcurso del tratamiento "Carola, Susana" o inmediatamente después de él "Verónica", frente a la posibilidad de infectar a su hijo, las parejas se intranquilizan y temen por el estado de salud más que de la madre por la del niño. Este mismo temor por el bienestar del bebé aparece también en aquellas mujeres en las que el embarazo aparece como expectativa a futuro "Beatriz y Karina". Y en el caso de Karina, quien no tiene hijos, a esta inquietud se suma el miedo de una posible infertilidad derivada de la infección así como de las crioterapias. De este modo, las preocupaciones por las consecuencias de la infección se ubican tanto en el ámbito personal como en su descendencia. Cuando se es madre este rol cobra mayor importancia que el de ser mujer. En este sentido, la importancia otorgada a la reproducción real o potencial está íntimamente ligada con el énfasis del papel de la maternidad en la conformación de la identidad femenina.

En este punto, recordemos que los médicos también priorizan este aspecto, cuando deben decidir qué tratamiento aplicar a la mujer, dependiendo de la condición de paridad, la expectativa de embarazo o la condición de embarazo.

Conclusiones

El artículo trató de evidenciar que frente el diagnóstico de VPH las reacciones de mujeres y varones se constituyen subjetiva e intersubjetivamente, a partir de su situación biográfica, de pareja y de salud reproductiva mediante procesos de interacción social donde cobran un rol central sus cónyuges, los profesionales de la salud con los que entran en contacto, los medios de comunicación y su red social más cercana. Del análisis surge que en este conjunto de parejas estudiadas no cobran mayor relevancia ciertas características sociodemográficas como la edad, la escolaridad alcanzada, la paridad o los años que la pareja lleva de unida o casada sino que son elementos del orden de lo personal, lo social y lo cultural, lo que adquieren importancia al momento de explicarse la infección y hacer frente a ella.

De este modo, los modos diferenciales de asignar o asignarse un papel activo o pasivo en la adquisición y transmisión de la infección por el VPH están vinculados con las normas divergentes de comportamiento sexual premarital y conyugal vigentes en nuestra sociedad para mujeres y varones y con la construcción genérica dominante según la cual las mujeres deben asumir conductas de recato en el ámbito de la sexualidad y aceptar la con-

08-L. Reartes.pmd 272 25/10/2011, 8.57

ducta sexual de su pareja masculina; en tanto se espera que los varones se asumen como sujetos activos en la gestión sexual.

A su vez, estas normas se articulan con las circunstancias vinculadas a la condición o situación de salud reproductiva que presentan las parejas en el momento en que emerge la infección, esto es tratamiento por esterilidad, embarazo y expectativa de embarazo, las cuales otorgan un significado particular a ser diagnosticada/o con VPH, teniendo en cuentas las incertidumbres, angustias y temores que surgen en las parejas al imaginar las consecuencias negativas que la infección puede tener en el logro de un embarazo o en la posible afectación al feto o al recién nacido.

Las reacciones también pueden explicarse si tenemos en cuenta la particular importancia que cobran las construcciones estigmatizantes frente a las infecciones que se transmiten por vía sexual que responsabilizan a los sujetos de portar la enfermedad como consecuencia de una actividad sexual no apropiada que tiene lugar fuera de los límites "normales" del ejercicio sexual establecidos por una pareja heterosexual y estable.

De igual manera, el discurso médico y el énfasis en determinados aspectos de la infección de los profesionales con los que interactúan las y los pacientes posee una importante influencia en el modo en que se reacciona frente al diagnóstico y se vivencia la enfermedad. El texto trata entonces de llamar la atención sobre la importancia del momento diagnóstico en tanto momento inicial de la trayectoria asistencial y el papel que pueden jugar los profesionales en aclarar dudas y desvanecer temores, favoreciendo de este modo el involucramiento de ambos miembros de las parejas en la adherencia al tratamiento.

Notas

(1) La primera es cuando es evidente clínicamente, es decir mediante la observación a simple vista. La subclínica sólo se evidencia con el uso del colposcopio. La infección subclínica difiere de la clínica únicamente a nivel macroscópico. La infección latente sólo se evidencia mediante técnicas de hibridación del DNA (ALVAREZ J. 1997: 13).

(2) Se trata de un nombre ficticio, aunque respetando la descripción de las características y forma de funcionamiento del mismo.

(3) Se considera esterilidad primaria cuando afecta a las parejas que nunca han conseguido una gestación y secundaria cuando tras una gestación han pasado de uno a dos años sin conseguir un nuevo embarazo (ALVAREZ J. 1997: 2).

(4) La colposcopía es una técnica de observación ampliada de la superficie del cuello uterino, vagina y vulva que permite identificar alteraciones no visibles a la inspección ocular directa y realizar biopsias dirigidas evidenciando el cáncer cervical en sus estadios más precoces o lesiones preclínicas no invasoras.

08-L. Reartes.pmd 273 25/10/2011, 8.57

Bibliografía

Alvarez Jorge (1997), *Virus del papiloma humano y esterilidad*, Tesis para obtener el título de especialista en Biología de la reproducción humana, Universidad Nacional Autónoma de México - Medicina, División de Estudios de Postgrado – Instituto Nacional de Perinatología, México.

Aranda Carlos (2000), *Infección por virus del papiloma humano*, pp. 141-154, en Arredondo José L. - Figueroa Ricardo, *Temas actuales de infectología. Infectología en adultos. Infectología pediátrica. Infectología preventina y ginecoobstétrica*, Ed. Intersistemas S.A., México.

Aranda Patricia (2005), *Saberes relacionados con el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino: estudio con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo, Sonora. Ciesas Occidente,* Tesis de doctorado en ciencias sociales con especialidad en Antropología Social, Guadalajara, Jalisco, México.

Arillo Edna - Lazcano Eduardo - Peris Merce - Salazar Eduardo - Salmeron Jorge - Alonso De Ruiz Patricia (2000), *El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica*, "Salud Pública de México", vol. 42, n. 1, 2000, pp. 34-42.

Arredondo José L. - Figueroa Ricardo (2000), *Temas actuales de infectología. Infectología en adultos. Infectología pediátrica. Infectología preventina y ginecoobstétrica*. Ed. Intersistemas S.A., México.

Bosch Francisco Xavier (2003), *Epidemiology of human papillomavirus infections: new options for cervical cancer prevention*, "Salud Pública de México", v. 45, supl. 3, 2003, pp. 326-339.

Castellsagué Xavier - Bosch Francisco Xavier - Muñoz Nubia (2003), *The male role in cervical cancer*, "Salud Pública de México", v. 45, supl. 3, 2003, pp. 345-353.

Castro María C. - Salazar Gilda (1999), *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora*, El Colegio de Sonora, México (Cuadernos Cuarto Creciente, 7).

César Alves Paulo (1993), *A experiencia da enfermidade: consideracoes teóricas*, "Cadernos de Saúde Pública", vol. 9, n. 3, 1993, pp. 263-271.

Cortés Beatriz (1998), *Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura*, "Nueva Antropología", n. 52/3, 1998 [Enfermedad y muerte: la parte negada de la cultura], pp. 89-115.

Courtney W. H. (2000), *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health*, "Social Science & Medicine", n. 50, 2000, pp. 1385-1401.

Dixon-Mueller Ruth (1993), *The sexuality connection in reproductive health*, "Studies in Family Planning", vol. 24, n. 5, 1993, pp. 269-281.

Fylan Fiona (1998), *Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes. Knowledge and behaviour*, "British Journal of General Practice", 48, 1998, pp. 1509-1514.

Gayet Cecilia (2003), *Infecciones de transmisión sexual en México: la influencia de las relaciones de género en la construcción del riesgo*, Tesis de Doctorado en Estudios de Población, El Colegio de México - Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano [en proceso].

Gissmann Lutz (1993), *Virus del papiloma humano (Vph) y cáncer genital*, pp. 34-38, en Pineda César Santiago (editor), *Cáncer cervicouterino y lesiones premalignas. Avances recientes en epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Bases inmunológicas y de biología molecular*, Conferencias impartidas en el VI Curso Internacional de cáncer cervicouterino y lesiones premalignas, México, 14-16 de octubre de 1992.

Gogna Mónica - Pantelides Edith A. - Ramos Silvina (1997), *Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad*, Centro de Estudios del Desarrollo Económico y Social - Centro de Estudios de Población, Cuaderno del Centro de Estudios de Población 52, Buenos Aires.

Grimberg Mabel (2002), *Vih-Sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con Vih*, "Cuadernos Médico Sociales", n. 82, 2002, pp. 43-59.

Helman Cecil G. (1990), *Culture, health and illness. An introduction for health professionals*, Butterworth-Heinemann, London.

Hernández Carlos - Smith Jennifer S. - Lorincz Attila - Arreola Emilio - Lazcano Eduardo - Hernández Mauricio - Salmerón Jorge (2005), *Prevalencia de infección por virus de papiloma humano (Vph)*

08-L. Reartes.pmd 274 25/10/2011, 8.57

de alto riesgo y factores asociados en embarazadas derechohabientes del IMSS en el estado de Morelos, "Salud pública de México", vol. 47, n. 6, 2005, pp. 423-429.

IDESTROM Mónica - MILSOM Ian - ANDERSON-ELLSTROM Agneta (2003), *Women's experience of doping with a positive Pap smear: a register-based study of women with two consecutive Pap smears reported as CIN 1*, "Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica", vol. 82, n. 8, 2003, pp. 756-761.

KELLER Mary L. - SADOVSKZKY Victoria - PANKRATZ Bárbara - HERMSEN Joan - SOWELL Richard L. - DEMI Alice S. (2000), *Self-disclosure of HPV infection to sexual partners*, "Western Journal of Nursing Research", vol. 22, n. 3, 2000, pp. 285-296.

LAUVER Diane R. - KRUSE Kelly - BAGGOT Ann (1999), *Women's uncertainties, coping and moods regarding abnormal Papanicolaou results*, "Journal of Women's Health & Gender-based Medicine", vol. 8, n. 8, 1999, pp. 1103-1112.

LAZCANO Eduardo C. - MOSS Sue - CRUZ VALDEZ Aurelio - ALONSO DE RUIZ Patricia - CASARES Salvador - MARTÍNEZ Carlos J. - HERNÁNDEZ Mauricio (1999), *Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos*, "Salud Pública de México", vol. 41, n. 4, 1999, pp. 278-285.

LAZCANO Eduardo C. - CASTRO Roberto - ALLEN Betania - NÁJERA Patricia - ALONSO DE RUIZ Patricia - HERNÁNDEZ Mauricio (2000), *Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino*, pp. 175-186, en ALONSO DE RUIZ Patricia - LAZCANO Eduardo C. - HERNÁNDEZ Mauricio, *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Medicina-Panamericana - Instituto de Salud Pública, México.

LAZCANO Eduardo C. - HERRERO Rolando - MUÑOZ Nubia - HERNÁNDEZ Mauricio - SALMERÓN Jorge - LEYVA Ahidée G. - WALBOOMERS Jan M. (2001), *High prevalence of human papillomavirus infection in Mexican males: comparative study of penile-urethral swabs and urine simples*, "Sexually Transmitted Diseases", vol. 28, n. 5, 2001, pp. 227-280.

LEYVA Ahideé G. - ARANDA Carlos - CONDE Carlos - LAZCANO Eduardo C. (2003), *La baja utilidad de la determinación del ADN del VPH en la región distal de la uretra masculina*, "Salud Pública de México", vol. 45, supl. 5, 2003, pp. 589-593.

MECHANIC David (1978), *Medical sociology*, The Free Press, New York.

MUÑOZ Nubia - BOSCH Francisco Xavier (1996), *Relación causal entre virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención*, "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana", vol. 121, n. 6, 1996, pp. 550-566.

POPULATION COUNCIL (2000), *Infecciones del tracto reproductivo. Hojas informativas*. Population Council, México.

REARTES Diana (2005), *La infección por el virus del papiloma humano: conflictividades, miedos y ambivalencias. Un estudio con parejas y médicos en un hospital del 3er. Nivel de atención en la ciudad de México*, Tesis de doctorado en antropología, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

SÁNCHEZ Miguel A. - URIBE Felipe - CONDE Carlos J. (2002), *La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios*, "Salud Pública de México", vol. 44, n. 5, 2002, pp. 442-447.

SZASZ Ivonne (1999), *Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja*, pp. 109-121, en BRONFMAN Mario - CASTRO Roberto (coordinadores), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México.

VARGAS Víctor M. (1996), *Human papilloma virus: epidemiologic, carcinogenic, diagnostic and therapeutic aspects*, "Ginecología y Obstetricia de México", vol. 64, 1996, pp. 411-417.

08-L. Reartes.pmd 275 25/10/2011, 8.57

Nota sobre la Autora

Diana L. Reartes nació en Cañada de Gómez, Santa Fe, Argentina el 5 de agosto de 1963. Es profesora-investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas-Sureste) con sede en la Ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. Antropóloga egresada de la Facultad de humanidades y artes, Universidad nacional de Rosario, Argentina (1993). Maestría y Doctorado en Antropología por el Ciesas Df. (1998 y 2005) en la línea de especialización de antropología médica. Postdoctorado en el Centro de estudios demográficos, urbanos y ambientales, El Colegio de México (2005-2007). Miembro del Sistema nacional de investigadores (Sni).

Se ha especializado en el estudio de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes así como de los programas y servicios que se ofrecen a esta población. Sus áreas de investigación son: salud sexual y reproductiva, género y salud, interculturalidad en salud.

Docente de grado y postgrado en la Escuela nacional de antropología e historia (Enah), la Facultad de medicina (Unam), el Instituto nacional de salud de pública y el Instituto universitario italiano de Rosario, Argentina, la Escuela de antropología de la Facultad de humanidades y artes (Unr, Argentina) en las áreas de: ciencias del comportamiento en salud pública, ciencias sociales aplicadas a la salud, antropología y salud.

Actualmente desarrolla la investigación: "Migración, jóvenes y salud sexual y reproductiva en los Altos de Chiapas. Desafíos y estrategias posibles en la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual (Its) y Vih/Sida".

Es coordinadora del Seminario Permanente sobre Jóvenes en el sureste mexicano. Entre sus publicaciones se destacan: Reartes D., *El inicio sexual y el uso del condón entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas mayas*, pp. 275-298 en *Anuario 2007 del Centro de estudios de Mesoamérica y el Caribe* (Cesmeca), Tuxtla Gutiérrez Unach, Chiapas, 2008; Lerín S. - Reartes D., *Salud mental, un tema olvidado: capacitación intercultural del personal de salud que atiende a población indígena*, pp. 317-338, en García Vázquez C., *Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes*, Prometeo, Buenos Aires, 2008; Reartes D., *La infección por el virus del papiloma humano y el cáncer cervical: ¿un problema también de varones? El caso de México*, pp. 237-261, en Pantelides E. - López E. (comp.), *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*, Paidós, Buenos Aires, 2005); Stern C. - Reartes D., *Programas de salud reproductiva para adolescentes en México Df*, pp. 115-194, en Gogna M. (coord.), *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo*, Consorcio Latinoamericano de Programas en salud reproductiva y sexualidad, Buenos Aires, 2001.

Correo electrónico: dlrp8@prodigy.net.mx

08-L. Reartes.pmd 276 25/10/2011, 8.57

Resumen

El diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano (VPH): construcción social del contagio en parejas mexicanas

El virus del papiloma humano es una infección de transmisión sexual sumamente común tanto a nivel mundial como en la población mexicana. A pesar de la elevada prevalencia de la misma en nuestro país y de su relevancia en tanto principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical, es escaso el conocimiento que tenemos respecto de las implicaciones socioemocionales en los sujetos derivadas de la comunicación diagnóstica. El artículo aborda las reacciones diferentes de mujeres y varones frente al diagnóstico de infección por el virus del papiloma humano (VPH) así como la re-construcción del contagio como acto seguido al saberse infectados. Se trata de un estudio antropológico llevado a cabo con ocho parejas tratadas en una clínica de displasias ubicada en un hospital de gineco-obstetricia perteneciente al tercer nivel de atención en la Ciudad de México así como con un conjunto de médicos gineco-obstétras.

Riassunto

La diagnosi di infezione da virus del papilloma umano (VHP): costruzione sociale del contagio in coppie messicane

Il virus del papilloma umano è una infezione a trasmissione sessuale estremamente comune su scala mondiale e in particolare tra la popolazione messicana. Nonostante l'alta incidenza di tale patologia in Messico e a dispetto della sua rilevanza come fattore di rischio per l'insorgenza del cancro dell'utero, le conoscenze che possediamo in materia di implicazioni socio-emozionali presso i soggetti colpiti – connesse alla comunicazione della diagnosi – appaiono molto scarse. Questo articolo studia le diverse reazioni di donne e uomini a fronte della diagnosi di infezione del papilloma-virus, e analizza la costruzione del contagio come atto che si manifesta subito dopo la notizia dell'infezione. Si tratta di uno studio antropologico condotto sia su otto coppie, incontrate in una clinica specializzata di ginecologia e ostetricia pertinente al terzo livello di cura, a Città del Messico, sia su un gruppo di medici specialisti di ginecologia e ostetricia.

Résumé

Le diagnostique d'infection par le virus du papillome humain (VPH): construction sociale de la contagion dans des couples mexicaines

Le virus du papilome humain est une infection de transmission sexuelle extrêmement commune à l'échelle mondiale et parmi la population mexicaine. Malgré la prévalence

08-L. Reartes.pmd 277 25/10/2011, 8.57

élevée de celle-ci au Mexique et en dépit de son importance comme facteur de risque dans le développement du cancer de l'utérus, les connaissances que nous possédons en matière d'implications socio-émotionnelles chez les sujets touchés qui sont liées à la communication du diagnostic sont insuffisantes. Cet article aborde les réactions différentes de femmes et d'hommes face au diagnostic d'infection par le virus du papilome humain et la construction de la contagion en tant qu'acte qui se manifeste tout de suite après la nouvelle de l'infection. Il s'agit d'une étude anthropologique menée auprès de huit couples rencontrés dans une clinique spécialisée de gynécologie et d'obstétrique de la ville de Mexico de 3ème niveau de soins et auprès d'un groupe de médecins gynéco-obstétriciens.

Abstract

The diagnosis of human papilloma virus (HPV) infection: the social construction of contagion among Mexican couples

The human papilloma virus is a highly common sexually transmitted infection both at the world and the Mexican level. Even though the high prevalence in Mexico and also its relevance as a major risk factor related to cervical cancer, the knowledge we have concerning social and emotional effects on affected persons derived from its diagnosis is very little. This paper focuses on the different reactions of women and men in the face of diagnosis of infection caused by the human papilloma virus (HPV) as well as the construction of the process of contagion. It is based on an anthropological study carried on amongst eight couples treated in a clinic for the treatment of dysplasia within an OB-obstretico hospital belonging to the third level of attention in Mexico City, and also among a group of doctors specializing in OB-obstretricia.

08-L. Reartes.pmd 278 25/10/2011, 8.57

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 279-298

La autoatención en la enfermedad crónica: tres líneas de cuidado

Leticia Robles-Silva
Universidad de Guadalajara, México

Introducción

La atención a la enfermedad se caracteriza por ser una respuesta social con prácticas complejas y heterogéneas, a través de la cual se articulan los diversos modelos médicos para resolver las necesidades y demandas de la enfermedad, del enfermo y su propia atención. Esto implica tanto la utilización de los recursos terapéuticos de la biomedicina como de modelos médicos alternativos, añadiéndose además, una serie de terapéuticas provenientes de la autoatención.

El mismo fenómeno se repite en la atención a la enfermedad crónica. La investigación ha mostrado la utilización simultánea de la biomedicina y una serie de recursos terapéuticos provenientes de los sistemas médicos alternativos. Los enfermos crónicos utilizan diversas prácticas terapéuticas con el fin de controlar la enfermedad y resolver las molestias originados por los síntomas, los estudios han reportado el uso simultáneo de la biomedicina con la medicina ayurvédica y la medicina china en poblaciones de la India y China (Nisula T. 2006, Lee R. *et al*. 2001), como en México con respecto a la medicina china (Napolitano V. - Mora G. 2003); en América Latina, los enfermos crónicos acuden a los sistemas médicos tradicionales de sus localidades, cuyos terapeutas han incorporado recursos terapéuticos para este tipo de enfermedades crónicas junto a los ofrecidos para los padecimientos culturales (Bruun H. - Elverdam B. 2006, Mercado F. 1996, Campos R. - Torrez D. - Arganis E. N. 2002).

Al paralelo del uso de estos sistemas médicos, los enfermos crónicos recurren a prácticas de autoatención. La lista de prácticas realizadas fuera de los recursos terapéuticos de la biomedicina y de la tradicional o alternativa, es bastante amplia y diversificada, las cuales incluyen tanto de tipo terapéutico como no-terapéutico. Remedios caseros como tés, infusiones, emplastes, la realización de ejercicio, aplicación de masajes, ingesta de

09-Robles-Silva.pmd 279 28/11/2011, 15.32

determinado tipo de alimentos, rezar, permanecer en cama, modificar las cargas de trabajo o rutinas diarias, evitar conductas dañinas o incrementar actividades recreativas, entre otras, son algunas de las reportadas en la literatura (Lee R. *et al*. 2001, Stoller E. - Forster L. - Portugal S. 1993); pero además aquí están incluidas la automedicación en sus diversas expresiones, ya sea a través de modificar las dosis de medicamentos prescritos o incluir medicamentos no prescritos, o el no emprender ninguna acción (Moser A. *et al*. 2008, Segall A. 1990).

En síntesis, a partir de la investigación realizada en esta área se tiene conocimiento de que los enfermos crónicos no sólo recurren a la autoatención sino también a los otros modelos médicos, y cuya utilización se realiza de manera simultánea en un proceso de transacciones entre los modelos más que de utilización exclusiva o aislada (Kleinman A. 1980). Sin embargo, la investigación ha centrado su mirada en lo realizado por los propios enfermos, excluyendo las prácticas de atención a la enfermedad desde la perspectiva de otros integrantes de la familia, particularmente con respecto a la autoatención. Esta ausencia es relevante dado que teóricamente se reconoce el papel de la familia en la atención de la enfermedad, y que para el caso de las enfermedades crónicas constituye un elemento estructurante de la experiencia del padecimiento (Strauss A. *et al*. 1985, Corbin J. - Strauss A. 1998); aunado a ello la autoatención tiene su espacio por excelencia en la unidad doméstica y por lo general es realizado por las mujeres de dicha familia (Menéndez E. 1993). Y finalmente, la discusión teórica reconoce a las mujeres, particularmente a la esposa-madre, su papel de "curadoras" de los miembros enfermos, lo cual ha sido constatado por la investigación empírica (Tezoquipa I. - Arenas M.-L. - Valde R. 2001, Wayland C. 2001). En este sentido, la recuperación de la perspectiva de otros actores es fundamental si deseamos entender las prácticas de atención a la enfermedad crónica, más allá de lo realizado por los propios enfermos.

El objetivo de este trabajo es describir la atención a la enfermedad crónica a partir de las prácticas realizadas por las mujeres de la familia, a quienes se les identifica en la literatura como cuidadoras primarias y cuya práctica de atención a la enfermedad es reconocida como cuidado.

En un trabajo previo argumenté como este cuidado a los enfermos crónicos realizado en el hogar debe ser entendido como un componente de la autoatención, las cuales deben ser diferenciadas de las prácticas de autoatención realizadas por el propio enfermo (Robles L. 2004). El cuidado es una práctica compleja y heterogénea, rasgos devenidos de sus fines: garantizar la sobrevivencia biológica y social del enfermo, y satisfacer las ne-

09-Robles-Silva.pmd 280 25/10/2011, 8.58

cesidades producidas por la enfermedad crónica; en este sentido, el cuidado responde a las necesidades "totales" del enfermo y no sólo a las producidas por la enfermedad. Para entender el cuidado, es necesario partir no de la enfermedad sino del padecimiento, por lo tanto el cuidado no sólo incluye prácticas curativas, de prevención o alivio sino también prácticas orientadas a lo que (Menéndez E. 2003) denomina el nivel amplio de la autoatención, y cuyas prácticas remiten a la reproducción biosocial. Bajo esta mirada más extensiva de la autoatención, aquí se conceptualiza al cuidado a los enfermos crónicos como una forma de autoatención ampliada y cuyo análisis no sólo incluiría las prácticas curativas, preventivas o de alivio de la enfermedad crónica, sino también y particularmente las prácticas vinculadas con la biografía del enfermo y su entorno social más cercano, el hogar.

El lugar del estudio

Oblatos es un barrio del sector popular urbano en Guadalajara, México, cuyos habitantes son identificados como pobres urbanos. A diferencia de los asentamientos de la periferia de la ciudad, Oblatos se ubica cerca de su zona centro y es un lugar residencial fundado hace más de medio siglo, por lo cual hoy cuenta con todos los servicios urbanos. Los habitantes originales de este barrio eran migrantes rurales e inicialmente fueron obreros u empleados, pero con la crisis económica de México en 1982 pasaron al sector informal de la economía. Al momento del trabajo de campo, la mayoría de los trabajadores eran empleados, obreros o trabajadores del sector informal, experimentando una alta inestabilidad laboral y con pocas o nulas prestaciones laborales.

Las familias de los enfermos participantes de este estudio se caracterizaban por tener a la mitad de sus integrantes trabajadores en el sector informal, principalmente los jefes de familia, y de los hijos un tercio eran empleados u obreros. Debido a los bajos ingresos y la inestabilidad laboral era necesario incorporar un número importante de integrantes de la unidad doméstica como trabajadores, 7.2 integrantes en promedio tenían las unidades domésticas de los enfermos, de los cuales 4.3 eran trabajadores. Estas condiciones precarias del empleo se reflejaban también en el acceso a los servicios de salud, 60% de los enfermos tenían acceso a los servicios médicos de la seguridad social, como beneficiarios, es decir, tenían derecho al servicio médico por ser padres del trabajador; el resto, acudían a los servicios públicos de la Secretaría de salud.

09-Robles-Silva.pmd 281 25/10/2011, 8.58

El estudio etnográfico

En Oblatos realicé trabajo de campo de 1997 a 2001 con la finalidad de indagar el contenido y la organización del cuidado a enfermos crónicos, particularmente con diabetes. La identificación de las cuidadoras como de los enfermos se hizo a través de un estudio de tamizaje en el lugar de estudio preguntando casa por casa si vivía alguien con diabetes, de ser así, se aplicó un cuestionario de cinco preguntas sobre los rasgos de la enfermedad y atención. A partir de este listado, a los enfermos se les agrupó por severidad de la enfermedad y edad, y se eligieron a 90 enfermos de los cuales se entrevistaron a 60 enfermos y sus cuidadores en una primera fase; posteriormente se profundizó en las entrevistas con 27 enfermos adultos y ancianos y 19 cuidadoras, lo cual fue acompañado de observación participante durante todo este tiempo. Además se realizaron entrevistas semi-estructuradas a otros familiares quienes participaban directamente en el cuidado o brindaban apoyo a los enfermos y a sus cuidadoras. Los enfermos eran 12 mujeres y 15 hombres, quienes padecían diabetes, pero también otras enfermedades crónicas como hipertensión, artritis, accidente vascular cerebral, y enfermedades cardíacas. Las mujeres cuidadoras eran adultas y ancianas, de las cuales nueve eran las esposas, siete las hijas y tres eran: una madre, una sobrina y una nieta de los enfermos.

Doce de estas cuidadoras también eran enfermas crónicas. Todas ellas eran cuidadoras primarias, es decir, quienes tenían la responsabilidad del cuidado del enfermo y realizaban la mayoría de las acciones de cuidado.

El análisis para las acciones de cuidado fue desarrollado a partir de la propuesta analítica de (Corbin J. - Strauss A. 1992) quienes para explicar la experiencia del padecimiento y en particular el manejo del padecimiento, proponen tres tipos de trabajo que realiza el enfermo: trabajo del padecimiento, trabajo de la vida diaria y trabajo biográfico. La idea fue retomar las tres líneas para identificar y analizar las diferentes acciones de cuidado, pero ordenándolos a partir de los fines del cuidado planteados por (Kittay E. 1999): ayudar a satisfacer las necesidades del otro, proporcionar los recursos suficientes para que sobreviva y garantizar su bienestar. Así, se construyeron tres líneas de cuidado: de la enfermedad, del cuidado del hogar y del cuidado biográfico; como una forma de dar cuenta de cómo las acciones de cuidado realizadas por la familia se ubican en la denominada autoatención amplia.

09-Robles-Silva.pmd 282 25/10/2011, 8.58

Las acciones del cuidado en la línea de la enfermedad

El cuidado en torno a la enfermedad tenía tres fines: a) realizar acciones de prevención y resolución tanto de las molestias como de las crisis de la enfermedad; b) monitorear el estado de salud del enfermo así como el tipo, eficacia y calidad de los servicios médicos de atención a la enfermedad; c) manejar los regímenes terapéuticos de acuerdo a las necesidades del enfermo; d) proporcionar los recursos terapéuticos necesarios para la atención de la enfermedad. Las acciones para lograr estos fines, en el caso de Oblatos, se agrupaban en cuatro áreas: el establecimiento de un diagnóstico; el alivio de las molestias y la crisis; el manejo de los regímenes terapéuticos y; el proporcionar los recursos terapéuticos.

Las acciones para establecer un diagnóstico definían lo qué le sucedía al enfermo en términos de empeoramiento, recuperación, control, crisis o agonía tanto respecto a sus causas como para orientar las acciones de otras áreas del cuidado en cualquiera de las tres líneas en cuanto qué hacer, cuando, cómo, dónde y por quién. Para realizar estas acciones de diagnóstico, las cuidadoras partían de los saberes acumulados durante su experiencia que les permitían identificar los signos de "alarma" cuando "algo anda mal". Lupe llevaba casi 10 años cuidando a su madre Hermila quien padecía una parálisis de medio cuerpo a causa de un accidente vascular cerebral, además de padecer de diabetes durante 15 años. El año previo a la muerte de su madre, fue hospitalizada en seis ocasiones. Los años de experiencia como cuidadora le permitieron a Lupe identificar los "signos de alarma" de una crisis en todas las ocasiones en que fue hospitalizada. Una noche, al despedirse de su madre, se percató de que "algo andaba mal" con sólo oírla hablar «le dije: "mamá ya me voy" y me dice: "ándale pues" y le digo: «¡Ay! cómo está de mala, iré como está, ahogándose, ahogándose de la asfixia...» por lo que decidió llevarla al servicio de urgencias. Aparentemente era una conversación normal, pero la forma y el tono de la voz de Hermila fueron percibidos como una señal de que "algo andaba mal". Sin los saberes acumulados sobre el comportamiento de la enfermedad en su madre, esta crisis hubiera pasado desapercibida cuando comenzaba a manifestarse.

Otro rasgo de estas acciones de diagnóstico era la ausencia del uso de tecnología para el diagnóstico o el monitoreo de las condiciones del enfermo. Ninguno de los enfermos ni las cuidadoras utilizaban el glucómetro para el monitoreo de los niveles de azúcar con el fin de identificar algún descontrol de la enfermedad, ni de otra tecnología como sería los aparatos para medir presión arterial. En su lugar, las cuidadoras se valían de la

09-Robles-Silva.pmd 283 25/10/2011, 8.58

percepción con los sentidos, es decir, utilizaban el tacto, el olfato, el gusto, el oído para identificar signos de cambios en el cuerpo biológico del enfermo. Por ejemplo, Esther sabía cuando su esposo Cornelio sufría de un descontrol en sus niveles de azúcar al percibir el olor dulzón de la orina de su esposo.

La segunda área, la del alivio de las molestias, su fin era resolver o disminuir los malestares originados por la enfermedad o como consecuencia de los regímenes prescritos como son los efectos secundarios de los medicamentos; asimismo, se busca evitar la aparición o el agravamiento de situaciones que originan una crisis de la enfermedad. Un rasgo de estas acciones observadas en Oblatos fue la ausencia del uso de medicamentos como una vía para aliviar o disminuir las molestias, en vez de ello utilizaba infusiones, pomadas o ungüentos como recursos terapéuticos para aliviar los diversos malestares padecidos por los enfermos. Así, María optaba por darle un masaje con aceite de roble a su esposo Juan cuando sufría de dolores en sus piernas y Nicolasa le preparaba a su esposo una infusión con ramas de mezquite para aliviar las molestias de la boca seca y la sed, molestias típicas de cuando el azúcar está alta.

El cuidado en el área del manejo de los regímenes terapéuticos, la tercera área, incluía los de la diabetes y sus otras enfermedades, cuyas acciones se basaban en una articulación de los tratamientos prescritos por terapeutas de cualquiera de los modelos médicos. Como no se trataba de una prescripción sino de varias, el cuidado se orientaba a que el enfermo "cumpliera" uno, parte o todos los regímenes prescritos; modificara una, algunas o todas las indicaciones prescritas de acuerdo al estado de mejoría o empeoramiento del enfermo y el grado de eficacia de la indicación terapéutica; que combinara o no las prescripciones provenientes de varios terapeutas o varios sistemas médicos. Este manejo de los regímenes terapéuticos en el caso de Oblatos se orientaba más a una autorregulación de medicamentos como los define (Conrad P. 1985), pero con la particularidad de estar bajo el control de las cuidadoras, quienes de acuerdo a las condiciones de los enfermos definían qué proporcionar y las dosificaciones de las medidas terapéuticas tanto de medicamentos como de otro tipo, particularmente en fases avanzadas de la trayectoria del padecimiento.

Por una parte, la modificación y ajuste de las dosificaciones de los medicamentos era una práctica común de las cuidadoras, particularmente de las esposas, quienes las variaban de acuerdo a las condiciones del enfermo. Esto acontecía cuando el deterioro del enfermo era evidente y había más efectos secundarios que beneficios. Así, Nicolasa cuando su esposo empeoraba de su condición general optaba por disminuir las dosis de los medica-

09-Robles-Silva.pmd 284 25/10/2011, 8.58

mentos, ya que rutinariamente debía tomar 14 pastillas al día, por eso le decía «mira bájale, toma menos pastillas ya que es mucha dosis, es mejor que tomes menos...». Incluso cambiaban de medicamento cuando valoraban que el prescrito por el médico no funcionaba, como el caso de Esther quien cuidaba a su esposo y frecuentemente substituía la prescripción del médico consistente en un solo hipoglucemiante, por un medicamentos que combinaba dos tipos de hipoglucemiantes cuando los niveles de azúcar de su esposo no disminuían de 300, una cifra alta en comparación a los 120 esperada en alguien controlado.

Otra práctica de cuidado era la combinación de prescripciones de la medicina tradicional con la biomedicina particularmente para controlar la diabetes y curar las complicaciones de la diabetes. Varias de las cuidadoras convencían a sus esposos enfermos de no sólo tomar los medicamentos para la diabetes sino acompañarlo de la ingestión de tés o preparados de nopal con sábila (*aloe vera*) para controlar el azúcar en sangre.

Pero también las cuidadoras articulaban prescripciones de la biomedicina con la medicina naturista como Refugio quien cuidaba a Moisés su esposo, quien padecía de una neuropatía severa en uno de sus pies. A él, en más de una ocasión, los médicos prescribieron la amputación de su pie, pero nunca se la practicaron. Su esposa Refugio optó por hacer las curaciones tal como prescribía el médico con el uso de medicamentos pero también añadió a la curación la aplicación de miel de abeja. De todas las ocasiones que tuve conocimiento, Refugio curó la úlcera motivo por el cual querían amputarle el pie.

Finalmente, las cuidadoras optaron por recurrir a "remedios caseros", es decir, a prácticas curativas de índole doméstico para una serie de molestias vinculadas o no con la diabetes y que remitían más a condiciones de deterioro de los enfermos como mezclar vaselina con crema para aliviar la resequedad de la piel, proporcionar atole de maíz para aliviar malestares estomacales, o infusiones para tranquilizar el ánimo del enfermo.

El proporcionar los recursos terapéuticos era la cuarta área de cuidados en la línea de la enfermedad, cuyo fin era brindar al enfermo todas las posibilidades de atención que estuvieran al alcance y disponibles en su contexto social y cultural, no importando el modelo médico del que proviniera; así como organizar las opciones de atención de acuerdo a las necesidades del enfermo, garantizar su acceso a lo largo del tiempo y; valorar la calidad y la eficacia de la atención brindada al enfermo.

Las cuidadoras eran incansables buscadoras de opciones para mejorar las condiciones de vida de los enfermos. Todo el tiempo estaban alertas a

09-Robles-Silva.pmd 285 25/10/2011, 8.58

cualquier sugerencia o posibilidad de atención sin importar si era de la biomedicina o la medicina naturista o la herbolaria, o la medicina doméstica. Cualquier posibilidad era valorada como una potencial alternativa para el cuidado en términos de brindar mejores condiciones de vida al enfermo.

Nicolasa ejemplifica la búsqueda de opciones. Esta es sólo parte de las acciones realizadas durante la fase de deterioro en la trayectoria del padecimiento [1] de Juan, su esposo, quien además de tener acceso a los servicios médicos de la seguridad social, ella compró todos los remedios y tés que le recomendaron para la diabetes; lo llevó con cuanto terapeuta tradicional le recomendaron ya sea yerberos, sobadores, homeópatas, así como con médicos alópatas, tanto generales como especialistas; fue en tres ocasiones a conseguir el "Agua milagrosa de Tlacote" [2] en otra región del país, lo cual implicó viajar y esperar turno hasta por tres días. Días y noches que las pasó a la intemperie para no perder su sitio en una fila de varios cientos de personas. Este conjunto de acciones de búsqueda incluían tanto sistemas médicos del modelo médico alternativo, como los sistemas médicos públicos y privados de la biomedicina. Nicolasa estaba convencida, «yo le digo: "vamos", pues yo todo lo que me dicen, le digo: "vamos viejito, vamos, si unas cosas no te hacen provecho, pues otras [sí]"...».

Esfuerzos semejantes registré con cada una de las cuidadoras. Sin embargo estos esfuerzos estaban constreñidos por sus particulares condiciones y niveles de sobrevivencia en una situación de pobreza urbana. En este sentido, la organización de las diversas opciones de atención fue priorizadas en función de dos criterios: las necesidades del enfermo pero también las posibilidades de acceso a las mismas.

Eran las condiciones de la unidad doméstica y de la familia extensa las que definían las posibilidades reales de acceder a ciertas opciones, esto implicaba una combinación entre recursos económicos y necesidades del enfermo originando que por ejemplo la medicina privada fuera utilizada únicamente en presencia de crisis que ponían en riesgo la vida del enfermo o podían conducirlo a niveles severos de deterioro biológico. En circunstancias de relativa estabilidad en las condiciones del enfermo, se optaba por una articulación entre la medicina pública y el uso de opciones terapéuticas del modelo médico alternativo. Esto acontecía por ejemplo con Moisés, cuando sufría de una crisis provocada por la úlcera en su pie se acudía prioritariamente a la medicina privada, cuando se resolvía el problema, retornaban a los servicios públicos del Instituto mexicano del seguro social (Imss) y a las infusiones o remedios caseros para el control de la diabetes. Pero incluso en situaciones de crisis se combinaba la medicina privada con

09-Robles-Silva.pmd 286 25/10/2011, 8.58

la pública. Manuel sufrió de una embolia y fue hospitalizados en un servicio médico privado; pero la estancia se acortó a unos cuantos días ya que fue trasladado al Centro médico nacional de occidente del Imss para recibir el resto de su tratamiento consistente en una neurocirugía de cabeza, cuyo costo no era posible ser sufragado por su familia.

Finalmente, la valoración de la calidad de la atención médica recibida de los diversos terapeutas era una acción permanente no únicamente para demandar una mejor atención sino también si continuaban o no acudiendo con dicho terapeuta. Esther en una ocasión reclamó directamente al médico de la seguridad social su falta de eficacia en resolver el problema a su esposo después de un tiempo de no ver resultados, ella contaba que «... y otra vez análisis, y más medicina y más medicina, entonces hasta que le dije: "mi señor [mi esposo] está peor y peor y usted no hace nada por atenderlo, dígame si no lo va atender para llevarlo a otro lado, porque él se está acabando y ninguna lucha le hacen ustedes", entonces ya le dijo él lo que sentía y le hicieron radiografías...».

Esta valoración también era para con los terapeutas tradicionales, la misma Esther platicaba la mala experiencia con un yerbero que una conocida le recomendó porque estaba controlando a su hijo también con diabetes. Ella platicaba que «pues ya le dije yo a él: "¿Cómo ves, vamos?", "pues vamos", y ahí vamos pues, ¡pues cual! puras mentiras, fueron puras mentiras del ¡mentado yerbero!» esto debido a que el resultado fue el adverso, le subió el azúcar en vez de controlársela. Nunca más regresaron con él.

Lo que muestra las acciones anteriores es una articulación en términos de complementariedad de los diversos sistemas médicos provenientes tanto del modelo médico hegemónico como alternativo, pero también una articulación construida a partir de considerar las necesidades del enfermo pero definidas las posibilidades y los límites de vivir en condiciones de pobreza.

Las acciones de cuidado en la línea del hogar

Eduardo Menéndez refiere a las acciones de alimentación, de limpieza e higiene como parte de la autoatención (Menéndez E.1990). Ello significa remitir esta autoatención a una práctica social que forma parte de la reproducción social de los individuos particulares desarrollada en el hogar. Todos necesitamos de la alimentación, la limpieza e higiene para reproducirnos como individuos, pero no todos lo hacemos igual, estando enfermos

09-Robles-Silva.pmd 287 25/10/2011, 8.58

requerimos de otro tipo de alimentación y las rutinas y formas de higiene también varían; pero además, otras acciones desarrolladas a nivel del hogar deben orientarse a satisfacer las necesidades de un enfermo y no sólo de sus integrantes sanos. De ahí que la línea de cuidado en el hogar transforma y adapta las condiciones del hogar a las necesidades del enfermo y del propio cuidado, pero al mismo tiempo mantiene un ambiente propicio para la reproducción social del resto de integrantes sanos de la familia.

Los fines de esta línea de cuidado son: a) proporcionar los recursos materiales y simbólicos que garantizaran la reproducción social del enfermo; b) crear condiciones propicias para la continuidad de la vida cotidiana del enfermo y; c) integrar el cuidado al funcionamiento del hogar para permitir un orden doméstico al cuidado y al hogar (Robles L. 2004).

Un rasgo relevante en los hogares de Oblatos para el otorgamiento del cuidado fue no crear nuevas acciones sino transformar aquellas que ya formaban parte del funcionamiento de sus hogares. Es decir, continuó igual el cómo hacer las actividades, lo que cambió fue el sentido atribuido, ahora estaban orientadas a satisfacer las necesidades del enfermo y no sólo las del resto de los miembros del hogar. Las condiciones de pobreza no permitían la incorporación de nuevas acciones, como hubiera sido la remodelación del hogar de acuerdo a las necesidades del enfermo o la adquisición de aparatos y enseres domésticos destinados a su uso exclusivo, la opción era maximizar y diversificar las acciones ya existentes bajo los niveles de vida imperantes.

Un primer conjunto de acciones son las del apoyo económico, dicho apoyo está destinado a cubrir total o parcialmente los gastos generados por la enfermedad y su atención, la manutención del enfermo y los derivados de su reproducción social a nivel del hogar. Las fuentes para cada uno de estos gastos varían entre los hogares pero también a lo largo del tiempo.

Los gastos generados para la reproducción social a nivel individual del enfermo, como serían los relativos a vestido, alimentación, higiene eran asimilados a los gastos del hogar, es decir, no se generaba un gasto diferente, y además provenía de las aportaciones económicas realizadas por los trabajadores de la unidad doméstica para la reproducción social de ésta. Eran los gastos para la atención a la enfermedad los cuales poseían una dinámica diferente.

Por una parte, era un aporte económico y egreso surgido a partir de la aparición de la enfermedad crónica, es decir, no formaba parte de los egresos domésticos anteriores. Segundo, era un gasto que pasó a ser permanente y que se fue incrementando con el paso del tiempo al expandirse las

09-Robles-Silva.pmd 288 25/10/2011, 8.58

necesidades a satisfacer debido a la utilización de más de un servicio de atención médica pero también por la multiplicidad de regímenes terapéuticos prescritos. Tercero, incluía gastos de insumos no terapéuticos pero que adquirían un comportamiento similar a los medicamentos al no poder prescindir de ellos, es el caso del uso del pañal en las etapas finales de la trayectoria del padecimiento cuando los niveles de dependencia son severos. Cuarto, los aportes no provenían únicamente de los integrantes trabajadores de la unidad doméstica sino de la familia en su sentido más amplio y con variaciones a lo largo del tiempo. En un reporte previo describo las estrategias a nivel familiar para cubrir estos gastos de la atención a la enfermedad (Robles L. 2007).

Una segunda área de cuidado era el basado en el trabajo doméstico. Este cuidado implicaba la creación de un ambiente físico adecuado para el enfermo y cuyas prioridades eran el ambiente de la vivienda, los enseres personales del enfermo y su alimentación. En ninguna de las unidades domésticas se preparaba un menú diferente para el enfermo, lo que hacían las cuidadoras era retirar del plato del enfermo aquellos alimentos "dañinos", y agregar aquéllos para mejorar su condición. Margarita preparaba la comida para su madre, de 82 años y enferma de diabetes y Parkinson, la comida era la misma que para el resto de los integrantes de esa unidad doméstica, su esposo, un hijo varón y su hija, yerno y dos nietos pequeños. La única diferencia entre la sopa de arroz de su madre y el resto, era la adición de un huevo cocido que de acuerdo a Margarita era una fuente de calcio para los huesos de su madre.

Respecto al ambiente de la vivienda se transformaron ciertos espacios domésticos en espacios para el enfermo y para el cuidado. La creación de espacios para el cuidado y por ende para el enfermo fue a través de reorganizar los espacios domésticos en dos sentidos: uno, el cambio de funciones de los espacios; dos, la reubicación del mobiliario.

Los hogares en su conjunto mantuvieron su distribución espacial original tanto para las actividades diurnas como nocturnas. No se destinó ningún espacio de uso común para uso exclusivo del cuidado; fueron los espacios propios del enfermo, los utilizados con antelación a la enfermedad, los que se transformaron. El dormitorio del enfermo se convirtió en el "cuarto del enfermo", ahí se efectuaba un gran número de acciones de cuidado: recibía sus medicamentos, conversaban, se tomaban las principales decisiones de su vida, se le daba ayuda espiritual. Además, se dio atención especial a su habitación. El quehacer doméstico adquirió mayor esmero en ese cuarto: el cambio de ropa de cama era más frecuente que en el

09-Robles-Silva.pmd 289 25/10/2011, 8.58

resto o se conservaba más rigurosamente el aseo y el orden doméstico en su interior.

El segundo cambio fue la re-ubicación del mobiliario doméstico que impedían el paso libre al enfermo, pero sin alterar la función doméstica del espacio. Margarita retiró de la entrada del cuarto de su madre, de la salita y del corredor que da a la calle, una televisión grande descompuesta y dos muebles de repisas, donde se exhibían los centenares de figuras de porcelana que su madre coleccionó a lo largo de su vida. La modificación dejó espacio libre para que pasara la silla de ruedas, pero no alteró su funcionalidad. Las modificaciones del mobiliario fueron más evidentes en las últimas fases de la trayectoria del padecimiento, antes de esta no se observaron cambios en las viviendas. Fue durante la fase oscilatoria cuando comenzaron los movimientos de muebles y en la fase de deterioro y agonía se hicieron más visibles.

David permaneció en la fase estable de su trayectoria durante el trabajo de campo, en su casa no hubo cambios en el mobiliario a causa del cuidado. En la de Moisés, en cambio, cuando su úlcera aparecía y debía permanecer en cama y usar una silla de ruedas, la casa sufría cambios radicales. Se retiraban muebles, se colocaban rampas en los desniveles, el televisor se pasaba a su recámara, se ponía un sillón para las visitas y los muebles de la recámara albergaban innumerables medicamentos y material de curación. Cuando Moisés se recuperaba, casi todo desaparecía. En las casas de los enfermos en fase de deterioro y en agonía, los cambios eran radicales y en sus recámaras se concentraba tal cantidad de enseres personales, medicamentos, insumos de curación, pañales, ropa de abrigo, que parecía que se desbordarían de la habitación en cualquier momento.

Estas dos transformaciones del espacio fueron los únicos cambios experimentados en los hogares. Pero en condiciones de pobreza, algunos de los hogares no sufren de ninguna transformación. En el hogar de Eloísa ni alteraciones en el mobiliario ni creación de un "cuarto del enfermo" se dieron a pesar de la necesidad de una re-organización importante. Ella continuaba durmiendo en la planta alta de su casa, a pesar de que su propio esposo Pascual reconocía que ya estaba "muy mala" para andar yendo de arriba para abajo. Pero no pensaban en que ella se cambiara a la planta baja. Esta inmutabilidad podría explicarse a partir de dos situaciones. Una, tal vez sea una estrategia de protección o conservación de la identidad del enfermo, es decir, evitar grandes transformaciones en el hogar para no evidenciar sus incapacidades. La otra, que creo que es la más plausible, que bajo las condiciones económicas de estos hogares populares no exis-

09-Robles-Silva.pmd 290 25/10/2011, 8.58

tían posibilidades reales de invertir en la modificación del hogar para facilitar el cuidado, que era la situación del hogar de Eloísa.

El área de los cuidados personales comprendía las acciones tendientes a substituir las funciones y desempeños corporales del enfermo, los cuales estaban determinados por el grado de dependencia. Esta área de cuidado se caracterizaba por existir una gradación en la acción, es decir, se estructuraba un continuum que se recorría según el grado de dependencia alcanzado por el enfermo en cada fase de la trayectoria del padecimiento, o según la percepción que el cuidador tenía del deterioro del enfermo. Este continuum iba substituyendo paulatinamente las funciones corporales y sociales de un cuerpo enfermo. Lo que sucedía con la alimentación ilustra el asunto. A Hermila, después de la embolia, su hija Lupe le preparaba la dieta prescrita y le servía de comer en la mesa donde todos comían. Con paso lento, la misma Hermila iba hasta la cocina; después, Lupe le servía de comer donde estuviera sentada en su silla de ruedas, por ejemplo, frente al televisor. Más adelante, lo hizo en la cama. Pero al mismo tiempo fue preciso comenzar a ayudarle más, haciéndole papilla los alimentos y dándole de comer en la boca, después había que licuar los alimentos para pasarlos a través de una sonda que iba de la nariz al estómago y, finalmente, con una sonda conectada directamente al estómago a través del abdomen. En todos esos años, Lupe nunca dejó de hacer la misma acción: prepararle la comida y darle de comer a su madre, pero ésta cambió de intensidad en forma gradual.

En síntesis, esta segunda línea de cuidado integra alimentación, limpieza e higiene de la autoatención a nivel individual con actividades y funcionamiento doméstico a nivel del hogar. Una articulación de actividades provenientes del nivel de la reproducción social de los integrantes con las derivadas de las necesidades de un enfermo.

Las acciones en torno al trabajo biográfico del enfermo

De acuerdo a (Kleinman A. 1980) cualquier sistema de atención tiene como tarea fundamental la curación de la enfermedad, pero también atender al padecimiento, en términos de contribuir a dar un significado personal y social a los problemas de la vida creados a partir del estatus de enfermo. Precisamente la finalidad de esta línea de cuidado biográfico es la de apoyar al enfermo a darle un significado a su identidad como enfermo pero integrando el padecimiento a su vida biográfica.

09-Robles-Silva.pmd 291 25/10/2011, 8.58

Un conjunto de acciones de cuidado estaban orientadas a apoyar la reconstrucción de la identidad del enfermo en términos de la percepción de sí mismos como alguien quien podía actuar como un ser autónomo que controla su vida y a su padecimiento. La intención era ayudar al enfermo a contextualizar la enfermedad crónica como un evento que, aunque presente e inevitable, podía ser manejado, y por ende conservar un estatus social como un ser autónomo.

Hermila, en una de las caídas que sufrió, le quedaron grandes moretones en la espalda. La caída fue resultado de los esfuerzos de Hermila por caminar hacia el baño sin la ayuda de sus hijos, a pesar de la parálisis de medio cuerpo que sufría. Armando y Lupe decidieron no comentarle cuán grave era el asunto; la misma Hermila me narró este episodio,

> «... pero seguramente me sentí muy macha y dije: "les voy a dar la sorpresa, me baño y nada más que me vistan", pues que fue la sorpresa, ahí estoy grite y grite y llore y llore hasta que fueron a levantarme, ¡oiga! y también me fregué, me golpeé aquí y me volví a golpear el brazo... pero no podía caminar y luego caminaba y ¡Ay! ¡ay! ¡ay!, ... no podía ni toser, estornudar ¡menos! y yo lloraba "¡ay! cómo me duele" y mi hijo [Armando] me curaba "¿Hijo qué tengo?", "nada, es el golpe, no tiene nada" y la que me curaba, [mi hija] Lupe también "no, no tiene nada", "¿No tengo nada?"... [pero] un día fue a la casa [Mila] y le dije "¡Ay mi hija! cúrame tú", dice: "¡ay qué golpe trae mamá!, trae un moretón", le dije: "no que no traigo morete", me dijo mi hijo: "nosotros no queríamos decirle, le veíamos pero decíamos que no sepa mi mamá que trae morete", pero era un moretón [hematoma] de todo lo que era la pierna y parte de acá de la sentadera...»

No decirle a Hermila las consecuencias negativas de su esfuerzo para valerse por sí misma, fue una acción orientada a no desalentar sus intentos por re-construir su identidad en términos de que aún podía ser capaz de realizar algunas actividades cotidianas por sí misma.

Otra acción de esta área de cuidado era el proveerlos de ayuda espiritual como una estrategia para incorporar la enfermedad a sus vidas. Debido a que casi todos los enfermos eran católicos, era común encontrar que las cuidadoras gestionaran que les llevasen la comunión a sus casas o llevarlos a rezar la oración en comunidad o a la misa de enfermos, ocasiones donde se trasmitía el mensaje de la enfermedad como parte y una etapa de cualquier historia biográfica, y no como un castigo divino.

Evitar el aislamiento social, era otra área de este cuidado, sus acciones estaban dirigidas a mantener los contactos sociales del enfermo los cuales no podía mantener vigentes por sí mismo a causa del padecimiento. En Oblatos esta tarea de cuidado se caracterizaba por gestionar dichos contactos a partir exclusivamente de la familia. Es decir, no se intentaba man-

09-Robles-Silva.pmd 292 25/10/2011, 8.58

tener los contactos con amistades o compañeros de trabajo. Así, una acción permanente de las cuidadoras era presionar, convencer o demandar la presencia de los hijos o los hermanos a lado del enfermo. Concepción cuidaba a su madre desde hacía diez años, siempre estaba al pendiente de que sus hermanos estuvieran presentes en la casa materna, como ella relataba

> «...y le llamó a mi hermana, y ahora al otro, y al otro, aquí no dejan de reconocer [visitar] una vez por semana a la casa y por lo menos tres veces a la semana le llaman [por teléfono]a ella, y tengo un hermano en Estados Unidos y cada ocho días le llama [por teléfono], y ya por medio de mí todos los demás se dan cuenta de ella, y ni el hermano drogadicto deja de venir... como le dije el otro día: "ten mucho cuidado y trata de venir ahorita que mi mamá está aquí, porque el día que no esté no me vengas a llorar aquí", [...] pero que les digo, les digo...»

Este tipo de gestiones y presiones permitían ofrecer al enfermo un contexto de mínimas relaciones sociales, restringidas a la familia, donde poder mantener relaciones sociales sin experimentar una expulsión total de la vida social.

El último grupo de acciones estaban orientadas a dar continuidad al curso de vida del enfermo mediante la substitución total o parcial de sus roles sociales, así como apoyarlo en sus esfuerzos por continuar cumpliéndolos.

El caso de Moisés lo ejemplifica. En una de las ocasiones en que éste tuvo que guardar cama durante varias semanas, debido a la úlcera en su pierna, su esposa Refugio y su hijo Ismael, cuidadora primaria y cuidador secundario, cubrieron, entre ambos, sus funciones sociales. Refugio sustituyó completamente a Moisés en su función de proveedor económico. Ambos trabajaban en el mercado vendiendo ropa nueva, pero durante esos tres meses, Refugio atendió sola el puesto. Su hijo Ismael la llevaba por las mañanas, le instalaba el puesto y la dejaba, porque él tenía su propio puesto en otro tianguis. Por la tarde, iba a recogerla, desmantelaba el puesto y la llevaba a su casa. Una vez sanó, Moisés retornó a trabajar en el mercado.

Para las mujeres enfermas, se daba otra forma de substitución. Si bien sus hijas cuidadoras desempeñaban el rol de amas de casa, anteriormente patrimonio de sus madres, al mismo tiempo permitían que ellas continuaran dirigiendo su funcionamiento. Con esto, el rol se cumplía pero las enfermas no ejecutaban las tareas pero si percibían una continuidad en sus papeles al interior del hogar.

En resumen, esta línea de cuidado reúne una serie de acciones orientadas a resolver necesidades de tipo identitario, de significados y biográficos del enfermo.

09-Robles-Silva.pmd 293 25/10/2011, 8.58

Conclusiones

De acuerdo a (Dean K. 1986) la autoatención tiene varios componentes, uno de ellos es la familia; precisamente de este componente se trató de dar cuenta aquí. Lo anterior reviste importancia porque mucha de la producción respecto a este tema ha sido sobre la enfermedad infecciosa o con respecto a prácticas de salud materno-infantil, y por otra parte centrados en la perspectiva del enfermo.

El cuidado a los enfermos crónicos adultos y ancianos ha permanecido invisible de la discusión sobre la autoatención tanto teórica como empíricamente; por lo cual el presente análisis ofrece evidencias empíricas en la dirección propuesta por (Menéndez E.1990) en términos de que la autoatención a la enfermedad refiere teóricamente a las actividades de un grupo primario y no de una persona. Las tres líneas de cuidado desde la perspectiva de un integrante de la familia, las cuidadoras en este caso, reflejan las actividades de la familia en torno a la atención de la enfermedad. Aunado a esto, la presente descripción permite entender esta respuesta social ante la enfermedad desde sus prácticas, superando una de las críticas recurrentes a la investigación en esta área, más interesada en sus representaciones o interpretaciones.

Notas

(1) Los enfermos experimentan una trayectoria del padecimiento dividida en fases. En la fase estable hay pocas molestias y síntomas con pérdidas mínimas en sus roles sociales; en la fase oscilatoria se caracteriza por episodios de ausencia de molestias o síntomas con episodios de crisis de la enfermedad, y con pérdidas paulatinas en sus roles sociales; en la fase de deterioro hay molestias y síntomas permanentemente acompañadas de crisis que aumentan en severidad, y con importantes pérdidas en sus roles sociales; en la fase de agonía hay un deterioro importante en las condiciones del enfermo y una pérdida total de cualquiera de sus roles sociales.

(2) Dicha "Agua de Tlacote" se obtenía de un pozo profundo en una zona árida y montañosa cerca de la Ciudad de México, a la cual se le atribuían propiedades milagrosas, particularmente la curación de enfermos.

Bibliografía

Bruun Henriette - Elverdam Beth (2006), *Los naturistas- Healers who integrate traditional and biomedical explanations in their treatment in the Bolivian health care system*, "Anthropology & Medicine", v. 13, n. 3, 2006, pp. 273-283.

Campos Roberto - Torrez Diana - Arganis Elia N. (2002), *Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México*, "Cadernos de Saúde Pública", v. 18, n. 5, 2002, pp. 1271-1279.

09-Robles-Silva.pmd 294 25/10/2011, 8.58

Conrad Peter (1985), *The meaning of medications: another look at compliance*, "Social Science and Medicine", v. 20, n. 1, 1985, pp. 29-37.

Corbin Juliet - Strauss Anselm (1988), *Unending work and care. Managing chronic illness at home*, Ed. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Dean Kathryn (1986), *Lay care in illness*, "Social Science and Medicine", v. 22, n. 2, 1986, pp. 275-284.

Kittay Eva (1999), *Love's labor. Essays on women, equality, and dependency*, Routledge, New York.

Kleinman Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley.

Lee Ruth - Rodin Gary - Devins Gerald - Weiss Mitchell (2001), *Illness experience, meaning and help-seeking among Chinese immigrants in Canada with chronic fatigue and weakness*, "Anthropology & Medicine", v. 8, n. 1, 2001, pp. 89-107.

Menéndez Eduardo (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México, Cuadernos de la Casa Chata, n. 179.

Menéndez Eduardo (1993), *Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica*, pp. 130-162, en Mercado Francisco - Robles Leticia - Denman Catalina - Escobar Agustín - Infante Claudia (editores.), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Universidad de Guadalajara / Instituto Nacional de Salud Pública / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - El Colegio de Sonora, Guadalajara.

Menéndez Eduardo (2003), *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, "Ciencia & Saúde Coletiva", v. 8, n. 1, 2003, pp. 185-207.

Mercado Francisco - J. (1996), *Entre el infierno y la gloria*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

Moser Albine - Van Der Bruggen Harry - Widdershoven Guy - Spreeuwenberg Cor (2008), *Self-managment of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands*, "BMC Public Health", v. 8, n. 91, 2008, doi: 10.1186/1471-2458-8-91.

Napolitano Valentina - Mora Gerardo (2003), *Complementary medicine: Cosmopolitan and popular knowledge, and transcultural translations-Cases from urban Mexico*, "Theory. Culture & Society", v. 20, n. 4, 2003, pp. 79-95.

Nisula Tapio (2006), *In the presence of biomedicine: Ayurveda, medical integration and health seeking in Mysore, South India*, "Anthropology & Medicine", v. 13, n. 3, 2006, pp. 207-224.

Robles Leticia (2004), *El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención*, "Cadernos de Saúde Pública", v. 20, n. 2, 2004, pp. 618-625.

Robles Leticia (2007), *La pobreza urbana. ¿Cómo sobrevivir enfermo y pobre?*, pp. 67-100, en Arias Patricia - Woo Ofelia (editoras), *¿Campo o ciudad? Nuevos espacios y formas de vida*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

Segall Alexander (1990), *A community survey of self-medication activities*, "Medical Care", v. 28, 1990, pp. 301-310.

Stoller Eleanor - Forster Lorna - Portugal Susan (1993), *Self-care responses to sympotms by older people*, "Social Science and Medicine", v. 31, n. 1, 1993, pp. 24-42.

Strauss Anselm - Corbin Juliet - Fagerhaugh S. - Glaser B. - Maines D. - Suczek B. - Wiener C. (1984), *Chronic illness and the quality of life*, Ed. The C.V. Mosby Company, St. Louis.

Tezoquipa Isabel - Arenas María - L. - Valde Rosario (2001), *El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana*. "Revista Saúde Pública", 35 (5), 2001, pp. 443-450.

Wayland Coral (2001), *Gendering local knowledge: Medicinal plants use and primary health care in the Amazon*, "Medical Anthropology Quarterly", v. 15, n. 2, 2001, pp. 171-182.

09-Robles-Silva.pmd 295 25/10/2011, 8.58

Nota sobre la Autora

Leticia Robles Silva nació en Guadalajara, México el 16 de febrero de 1959. Actualmente es profesora-investigadora de la Universidad de Guadalajara, México y con el grado de doctora en ciencias sociales por parte de la Universidad de Guadalajara y el Centro de estudios euperiores en antropología social-occidente. Su línea de investigación es familia y enfermedad crónica, particularmente interesada en el cuidado a enfermos crónicos adultos y ancianos desde una perspectiva antropológica y de género; su otra área de trabajo es la investigación cualitativa por lo cual es profesora de metodología en el doctorado de ciencias de la salud pública, de educación y de ciencias sociales. Ha publicado diversos artículos sobre el tema y sus dos últimos libros son Robles L. (2007), *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*, Editorial Universitas - Universidad de Guadalajara, y el segundo, Robles L. - Vázquez F. - Reyes L. - Orozco I. (2006), *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*, El Colegio de la Frontera Norte y Plaza Y Valdéz. De sus últimos artículos se encuentran: Robles L. (2009), *Investigado a la vejez: desafíos y alternativas durante el trabajo de campo* "Renglones", 61: 129-138; Robles L. (2008), *The caregiving trajectory among poor and chronically ill people* "Qualitative Health Research", 18, 3: 358-368; Robles L. - Vázquez-Garnica K. (2008), *El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar* "Texto & Contexto Enfermagem", 17, 2: 225-231.

Resumen

La autoatención en la enfermedad crónica: tres líneas de cuidado

El objetivo de este trabajo es describir la atención a la enfermedad crónica a partir de las prácticas de cuidado realizadas por las mujeres de la familia. Este cuidado a los enfermos crónicos se entiende como parte de la autoatención. Los datos provienen de un estudio etnográfico con enfermos con diabetes y sus cuidadoras de sectores pobres urbanos en Guadalajara, México. Las prácticas de cuidado se dividen en tres líneas. La línea de cuidado de la enfermedad cuya finalidad es resolver las molestias del padecimiento, proporcionar los recursos terapéuticos y apoyar el manejo de los regímenes terapéuticos; la línea de cuidado en el hogar incluye acciones dirigidas a resolver las necesidades de la alimentación, el aseo del enfermo, así como a proporcionar un entorno favorable al mismo enfermo dentro del hogar; finalmente, la línea de cuidado biográfico comprende acciones de apoyo para la construcción de una identidad como enfermo y de ayudarlo para enfrentar las limitaciones impuestas por el padecimiento.

09-Robles-Silva.pmd 296 25/10/2011, 8.58

Riassunto

La gestione domestica della salute in caso di malattia cronica: tre linee di cura

L'obiettivo di questo lavoro è descrivere la gestione domestica della malattia cronica a partire dalle pratiche di cura messe in opera dalle donne della famiglia. La cura per malati cronici si intende come parte della autoattenzione, ovvero della gestione domestica della salute. I dati presentati sono il risultato di uno studio etnografico condotto con persone sofferenti di diabete e con i loro terapeuti, provenienti dai settori urbani più poveri di Guadalajara, in Messico. Le pratiche di cura si articolano in tre linee. La linea della cura il cui fine è quello di risolvere i disagi della sofferenza, di fornire le risorse terapeutiche e favorire il mantenimento dei regimi terapeutici; la linea di cura domestica, che include azioni volte a risolvere la necessità di alimentazione e l'igiene del paziente, nonché a fornire un ambiente favorevole allo stesso paziente nella casa; infine la linea delle cure biografiche, che comprende azioni in grando di consentire la costruzione dell'identità del paziente, per aiutarlo a fronteggiare i limiti imposti dalla sofferenza.

Resumé

La gestion domestique des maladie chroniques: trois directions de cure

L'objectif de ce travail est de décrire l'attention à la maladie chronique à partir des pratiques de soins effectuées par les femmes de la famille. Ces soins aux patients chroniques sont compris comme une partie de l'autoatención. Les données proviennent d'une étude ethnographique avec des patients avec diabète et leurs cuidadoras de secteurs pauvres urbains à Guadalajara, le Mexique. Les pratiques de soins se divisent trois lignes. La ligne de soins de la maladie dont le but est de résoudre les ennuis de l'épreuve, de fournir les ressources thérapeutiques et soutenir le maniement des régimes thérapeutiques; la ligne de soins dans la maison inclut des actions visant à résoudre les nécessités de l'alimentation, l'hygiène du patient, ainsi qu'à fournir un environnement favorable au même patient dans la maison; finalement, la ligne de soins biographiques comprend des actions d'appui pour la construction d'une identité comme patient et de l'aider pour faire face aux limitations imposées par l'épreuve.

Abstract

Self-care in chronic illness: three lines of care

The aim of this paper is to describe health care activities done at home by women regarding chronically ill people. Such health care activities are conceived as part of caregiving; the latter is understood as self-care done within family. An ethnographic

09-Robles-Silva.pmd 297 25/10/2011, 8.58

study was carried out in a poor setting in Guadalajara, México. People with diabetes and their women caregivers participated in the study. The caregiving practices found were divided in three lines of work. The line of illness care includes health activities to eliminate the discomfort, to gather therapeutic resources and to support the illness management. The line of home care includes activities aimed to solve feeding needs, cleaning the sick and to build a comfortable space into the home for the ill. The line of biographic care includes supportive care to the ill person to construct an identity and to cope the illness.

09-Robles-Silva.pmd 298 25/10/2011, 8.58

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 299-323

Entre el poder y el padecer: un estudio sobre la construcción social de la violencia masculina

Martha Alida Ramírez Solórzano

Instituto Nacional de las Mujeres, México, D.F.

«El hombre, cuyas dotes sexuales son principalmente el valor y la fuerza, debe dar y dará a la mujer protección, alimento y dirección, tratándola siempre como la parte más delicada, sensible y fina de sí mismo y con la magnanimidad y benevolencia generosa que el fuerte debe al débil, esencialmente cuando este débil se entrega a él y cuando por la sociedad se le ha confiado.

La mujer, cuyas principales dotes sexuales son la abnegación, la belleza, la perspicacia y la ternura, debe dar y dará al marido obediencia, agrado, asistencia, consuelo y consejo, tratándolo siempre con la veneración que se debe a la persona que nos apoya y defiende»

Fragmento de la Epístola de Melchor Ocampo (1857).
Documento que tradicionalmente se leía en México en la ceremonia civil de las uniones matrimoniales

Introducción

Para muchos hombres hoy en día, ser hombre aún tiene una importante asociación de poder y control sobre las mujeres, especialmente con las más cercanas, como la pareja, la madre, las hijas o las hermanas para influir en sus decisiones, deseos, forma de ser y comportarse. Gran parte de su prestigio y el valor de su imagen está centrado en la obediencia y la subordinación femenina. Esta asociación de ideas y creencias llevadas al extremo, en reiteradas ocasiones deriva en prácticas de violencia, ocasionando daño no sólo físico, sino también psicológico, sexual, económico y patrimonial tanto en las mujeres, como en los hijos e hijas y en ellos mismos.

Desde 1994 en diversos foros internacionales se planteó la necesidad de realizar trabajo con los hombres para avanzar en la equidad de género; sin embargo, la puesta en práctica ha sido lenta. La primera recomendación se realizó en la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo en El Cairo. Un año después, en la IV Conferencia mundial sobre la mujer celebrada en Beijing en 1995, se alentó a los hombres para que participaran en acciones para garantizar la igualdad entre mujeres y hombres. En el año 2000, de manera simultánea a la Declaración del Milenio,

10-Ramirez Solorzano.pmd 299 28/11/2011, 15.33

se resaltó que los hombres deberían compartir con las mujeres la responsabilidad de promover la igualdad de los sexos, y abatir la persistencia de los estereotipos de género. En 2003, en la reunión "El papel de los hombres y jóvenes en el logro de la igualdad de género" de la División para el avance de la mujer de las naciones unidas, por primera vez se reflexionó y debatió a escala intergubernamental el papel que desempeñan los hombres en el fomento de la igualdad (Bonino L. 2008: 22).

En México, los esfuerzos legislativos por sancionar la violencia contra las mujeres han sido importantes en los últimos veinte años. Actualmente se cuenta con la Ley general para el Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, la cual fue emitida por el Poder legislativo en el año 2007. Esta ley reconoce cinco tipos de violencia, referidos a las formas que lesionan y dañan la dignidad, integridad o libertad de las mujeres; éstas son: violencia física, sexual, psicológica, económica y patrimonial. También se establecen ocho modalidades de la violencia, que se refieren al ámbito de ocurrencia; es decir, el contexto social donde ésta sucede, así se señalan: la violencia familiar; la violencia laboral y docente, y dentro de ésta se considera el acoso y el hostigamiento sexual; la violencia en la comunidad y la violencia institucional. Un avance importante de esta ley es que reconoce la violencia feminicida, «como una forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden llevar impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de las mujeres». (Diario oficial de la federación, 2009: 7). Es importante señalar que anteriormente a esta ley, la legislación nacional y local estaba centrada en la violencia que sucedía solamente en el ámbito familiar, además de que con esta ley el Estado se responsabiliza de salvaguardar los derechos humanos de las mujeres. Cabe destacar que actualmente la totalidad de las entidades federativas del país ya cuentan con una ley similar.

Un aspecto importante que contempla esta ley respecto a los hombres agresores, es que incluye como parte de la sentencia, que éstos participen en servicios reeducativos integrales, especializados y gratuitos. Las instituciones públicas deberán crear programas de reeducación y reinserción social con perspectiva de género. A las entidades federativas y a los municipios se les conmina a impulsar programas reeducativos integrales para agresores. Sin duda, esto es un avance en México en el campo legislativo que plantea nuevos desafíos tanto en la investigación como en la intervención pública.

El flagelo de la violencia en contra de las mujeres se hace más visible cada día y con ello la complejidad de su tratamiento, prevención y erradicación.

10-Ramirez Solorzano.pmd 300 25/10/2011, 8.59

En este trabajo partimos de que la violencia es un constructo sociocultural de amplio espectro histórico, con un complejo entramado estructural, que si bien muchas veces se cree que es natural y normal, no lo es. En este sentido, una primera conclusión a la que llegan la mayoría de las y los estudiosos en el tema (Arendt H. 1970, Genovés S. 1973, Kaufman M. 1989, Cornwall A. - Lindisfarne N. 1994, Corsi J. 1994) es que su erradicación conlleva necesariamente la transformación de toda una cultura que está sumergida en la desigualdad e inequidad de género, con una profunda y arraigada discriminación hacia lo femenino y un miedo de la sociedad en su conjunto – aunque mayoritariamente de los hombres – a la autonomía y libertad de decisiones de las mujeres.

Aún cuando la literatura antropológica tiene una amplia trayectoria en la producción etnográfica que da cuenta de la construcción social de mujeres y hombres en diferentes contextos socioculturales que enfatiza el papel de éstos en determinadas sociedades y en donde el estudio de la sexualidad es un aspecto crucial de dicha construcción, el estudio de los hombres en relación a la violencia que ejercen en el ámbito familiar en contra de su pareja aún es incipiente, especialmente en México. De aquí el interés por investigar y discutir la construcción social de los hombres que ejercen violencia en el México urbano contemporáneo desde una perspectiva relacional y no como sujetos aislados anómalos o disfuncionales.

Entre el poder y el padecer: la construcción de una masculinidad violenta

Desde los estudios de género, el camino que proporciona mayores posibilidades de análisis para indagar cualitativamente la problemática de los hombres que ejercen violencia, es el campo de estudio de las masculinidades, cuyos planteamientos teóricos- metodológicos aún están en discusión, lo que permite aportar elementos al análisis y ampliar los temas de debate. En México, actualmente existe un amplio interés en temas como poder, desarrollo, políticas públicas, identidad sexual, globalización y ciudadanía, además de violencia de género (Careaga G. - Cruz S. 2006).

En la revisión clásica del concepto de masculinidades, llama la atención lo que propone Connell cuando señala que la masculinidad encierra «procesos y relaciones por medio de los cuales los hombres y las mujeres llevan vidas imbuidas en el género. La masculinidad es al mismo tiempo, la posición en la relaciones de género, las prácticas por los cuales los hombres y las mujeres se comprometen con esa posición de género y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y la cultura»

10-Ramirez Solorzano.pmd 301 25/10/2011, 8.59

(Conell R. W. 1997: 35). Esta conceptualización es muy amplia ya que están referidos, procesos, posiciones en las relaciones de género, prácticas y los efectos de éstas.

Por su parte, Kimmel la define como el «conjunto de significados siempre cambiantes, que construimos a través de nuestras relaciones con nosotros mismos, con los otros y con nuestro mundo. La virilidad no es estática ni atemporal; es histórica; no es la manifestación de una esencia interior, es construida socialmente; no sube a la conciencia desde nuestros componentes biológicos, es creada en la cultura. La virilidad significa cosas diferentes en diferentes épocas para diferentes personas» (Kimmel 1997: 1). Ambas definiciones se complementan ya que mientras Connell enfatiza el sentido relacional de los géneros en término de procesos y relaciones, las prácticas a las que se compromete cada uno de los géneros y los efectos de éstas (en la dimensión corporal, de la personalidad y la cultura), Kimmel destaca la variabilidad de los significados que se construyen a partir de las relaciones sociales (consigo mismo y con los otros a quienes interpreto como otros hombres además de las mujeres). Pone especial cuidado en señalar que no se trata de la manifestación de una esencia interior devenida de componentes biológicos, sino más bien en la construcción social, creada en determinada cultura con diferenciación espacio-temporal. En este punto, diferentes autores(as) (Conell R. W. 1997, Kimmel M. 1997, Guttmann M. 2000, Lindisfarne N. 1994) coinciden en que la construcción social de los hombres varía históricamente y de un contexto cultural a otro, por lo que no se podría hablar de una sola forma de ser hombre, válida en un sentido generalizante. En contraste, proponen hablar de las masculinidades debido a que los registros culturales de género masculino advierte características propias en cada contexto social.

De estos planteamientos coincido en que la masculinidad, así como la feminidad, son construcciones sociales en donde cada cultura le otorga significados específicos a cada uno de ellos y responden a una temporalidad. Para manejarme con mayor precisión prefiero partir de una perspectiva emic; es decir, lo que los informantes asociaron con la imagen de ser hombre. Además de la heterogeneidad de las experiencias masculinas y de sus variaciones de una cultura a otra, éstas también pueden cambiar al interior de una sociedad según características de los sujetos como la clase, etnia y edad (Carrigan T. - Connell B. - Lee J. 1992). Además, una misma masculinidad es cambiante en los diferentes ciclos de vida de un mismo sujeto (niño, adolescente, adulto y anciano) en las que se construyen particulares relaciones inter e intragenéricas. Aún cuando la construcción de las masculinidades encuentra estas variaciones, el presente estudio encon-

10-Ramirez Solorzano.pmd 302 25/10/2011, 8.59

tró en su análisis los siguientes elementos que configuran una masculinidad predominante de ser hombre: la heterosexualidad, una división sexual del trabajo, centrada en la realización del trabajo remunerado en el ámbito público con un desempeño como proveedores económicos de la familia; un alejamiento de la esfera doméstica y el trabajo que ello implica "labores domésticas, crianza, educación de hijos e hijas, cuidados de salud, entre otras" y, una búsqueda permanente del dominio masculino sobre el femenino apoyado en la desigualdad de derechos.

Un aspecto crítico en la conceptualización del género es la cuestión del poder. A partir de éste se ha buscado integrar el conflicto como una forma de acercamiento a la realidad que reconoce la existencia de intereses y posiciones que animan la búsqueda del dominio de un género sobre otro, el cual no es unidireccional del hombre hacia la mujer, sino que varía conforme a la posición que ocupe el sujeto en relación a los demás. Frente al varón adulto, muchas veces la mujer aparece como subordinada pero frente a los niños y las niñas, ella puede ejercer poder sobre éstos. La búsqueda del dominio está presente entre varones y mujeres de una misma o diferente generación que se ejerce desde diferentes posiciones dentro de las relaciones sociales. El poder está en las relaciones intergenéricas, intragenéricas y generacionales; las posibilidades de ejercerlo está asociado a las diferencias en la posición de la jerarquía social que pueden variar en el tiempo y según las condiciones específicas de las relaciones sociales.

El poder se ejerce desde diversos ámbitos, con diferentes recursos y en determinados momentos bajo un sistema de diferenciaciones (Foucault M. 1988). Sin duda, la forma más radical de ejercer el poder en las relaciones sociales es a través del uso de la violencia, la más común y evidente es la fuerza física y la sexual, pero también puede usarse, como señala este autor, los efectos de la palabra o la limitación de las libertades y autonomía "violencia psicológica" o el dominio económico "violencia económica y patrimonial". Todas ellas sustentadas en prácticas institucionalizadas que pueden encontrarse en las disposiciones tradicionales, como las estructuras jurídicas y la costumbre, como sucede en las relaciones familiares donde las jerarquías – según edad y sexo – están claramente separadas y mantienen una posición piramidal.

Es necesario ampliar la visión que ha prevalecido en algunos estudios sobre violencia conyugal, donde sólo se toma en cuenta el ejercicio del poder masculino y la consecuente subordinación femenina que en ocasiones ha derivado en una perspectiva ontológicamente positiva para las mujeres y negativa por oposición para los hombres, como sucedió en los movimientos de liberación que generaron una imagen unilineal en el ejercicio del

10-Ramirez Solorzano.pmd 303 25/10/2011, 8.59

poder (Gomáriz E. 1992: 101). Por ello, podemos decir que las relaciones de poder a lo largo de la construcción social masculina y femenina son cambiantes. Ambas figuras tienen la posibilidad de ejercerlo y variará según la posición que ocupe dentro de las jerarquías y por la situación específica que tenga en determinado momento de su vida.

Lejos de victimizar a las mujeres, es preciso señalar que las relaciones de poder son problemáticas no sólo para éstas sino también para los hombres. Al respecto de las sujeciones que pueden experimentar ellos a lo largo de su vida en sociedad, coincido con las antropólogas (Cornwall A. - Lindisfarne N. 1994) en que el poder en los hombres no es estático por lo que no siempre y en toda circunstancia son dominadores, sino que pueden haber situaciones en que éste sea débil o subordinado. Así, los hombres antes de ser agresores – me refiero a su etapa de niñez y adolescencia – a menudo viven relaciones asimétricas donde ocuparon posiciones subordinadas en la escala social lo que más tarde formará parte de sus representaciones del poder basado en las jerarquías. Los hombres al igual que las mujeres, son parte de una conformación social, donde con frecuencia se tuvieron posiciones subalternas y padecieron formas de subordinación, especialmente en la familia de origen. Las niñas y los niños al ser considerados con frecuencia carentes de madurez, muchas veces vivieron imposición de voluntades con autoritarismo y violencia. En los niños, desde edad temprana se va formando la promesa de que algún día serán adultos y podrán ejercer poder y violencia en contra de la mujer, los niños y las niñas. A partir de estas relaciones desigualitarias es que se va conformando una serie de creencias y valores que a lo largo de su historia personal se refuerzan mediante mecanismos sociales que permiten y toleran el ejercicio del poder masculino violento contra la mujer.

Una posible interpretación a la problemática de la violencia masculina en el ámbito doméstico, radica en considerarla como una construcción social en la que está presente la trayectoria del padecimiento de la violencia en etapas anteriores a la vida conyugal. Se inicia desde su más temprana socialización y en ella existe una combinación de factores de orden económico, de género y, a menudo, de consumo de alcohol que se amalgaman de manera compleja y dan origen a determinadas representaciones y prácticas sobre el comportamiento masculino y femenino.

Ante la complejidad y conflictividad de las relaciones de poder que los hombres viven desde su infancia, introduzco el análisis del padecer de la violencia, el cual permitió tener acceso a la trayectoria social de los hombres desde su temprano proceso de socialización, en donde por su situación de niños padecieron formas de abuso de poder. Abrir la dimensión

10-Ramirez Solorzano.pmd 304 25/10/2011, 8.59

temporal de este estudio a etapas anteriores a la vida adulta, posibilitó tener una visión más dinámica del ejercicio del poder. Con ello se tuvo una mirada de conjunto sobre la problemática masculina y la forma en que vivieron y enfrentaron su malestar gestado en etapas anteriores a la vida conyugal.

Dentro de la antropología médica, el padecer ha estado asociado a la presencia de enfermedad. (KLEINMAN A. 1988) asocia este término a la experiencia humana del síntoma y el sufrimiento; lo empleó específicamente para conocer como la persona enferma, como viven y responden los miembros de su familia y su red social a los síntomas y la incapacidad derivada de una enfermedad. Uno de los límites de su planteamiento es que lo reduce a la presencia de una enfermedad con lo que el padecer se asocia más a una experiencia individual que a una dimensión social pautada culturalmente. En este sentido, la crítica de (YOUNG A. 1982) a este autor es que excluye en su análisis las relaciones sociales y por tanto, invisibiliza la distribución socialmente diferenciada del padecer en los diferentes conjuntos sociales. En este trabajo, dicho término tendrá una acepción más amplia como un esfuerzo por recuperar el conflicto y los sentimientos ambivalentes que los sujetos enfrentaron y les generó malestar en sus relaciones de género a lo largo de su trayectoria social.

En un primer momento, padecer la violencia se remite a la socialización primaria ubicada básicamente en la familia de origen y su entorno social más inmediato. El análisis de estos espacios permitirá profundizar en los contenidos de la violencia que enfrentaron los hombres cuando fueron niños, y el sentido que le otorgan a la relación paterna y materna, la verticalidad de las posiciones jerárquicas y la imposición de los criterios por medio del uso de la fuerza física. También permitirá acceder a los significados de cómo se iniciaron en el ejercicio de la violencia en el ámbito extradoméstico. Por ejemplo, el niño que se pelea por primera vez en la calle experimenta miedo, angustia, le sudan las manos, se le acelera el corazón y al recibir los golpes siente dolor físico; pero al golpear, también experimenta una sensación de triunfo porque sabe que se atrevió a enfrentar a su contrincante pese al miedo que sentía. Así, el padecer es una dimensión que permite acercarnos a un mosaico de complejas emociones y sentimientos desde el punto de vista del sujeto y desde su particular situación social. En suma, analizar el padecer de la violencia permitió conocer hasta qué punto en la trayectoria de los sujetos estuvo presente el ejercicio de la violencia dirigida hacia ellos, cuáles fueron sus representaciones al respecto, y cómo influyó en su formación como hombres y en las acciones violentas en contra de su pareja.

10-Ramirez Solorzano.pmd 305 25/10/2011, 8.59

La experiencia del padecer de la violencia también estuvo asociada a la etapa del noviazgo y la vida conyugal, donde los sujetos intentaron imponer una determinada masculinidad caracterizada por la supremacía en la relación con la mujer por medio del poder y la violencia. Si bien el ejercicio de la violencia desde el noviazgo significó momentos de gratificación por sentir y creer que se tenía el mando de la relación, también los hombres experimentaron malestar. En estas etapas existió miedo al rechazo y abandono femenino; sentimientos de culpa por el daño causado; arrepentimiento, tristeza y frustración por la imposibilidad de establecer relaciones afectivas no violentas. También manifestaron malestar y ansiedad por tener que responder a las demandas sociales, como la de proveedor económico que en su imaginario constituye uno de los principales ejes de lo que significa ser hombre esposo.

El padecer permite conformar una triada compleja de la construcción de los hombres que ejercen violencia hacia la mujer en la relación conyugal: temporalidad, construcción de una masculinidad conflictiva y, búsqueda de la dominación masculina con la paradoja de placer/malestar. Recuperar la dimensión temporal en retrospectiva a través de la narrativa permite acercarnos al proceso de construcción de los sujetos, en donde el conflicto, la ambivalencia y los miedos entre el deber ser de una masculinidad que responda a los cánones socialmente establecidos y la propia historia de vida, son una constante que se cierne en la búsqueda de la dominación masculina sobre lo femenino, lo cual es el punto nodal en la construcción social de estos varones.

Asociado al padecer y al ejercicio de la violencia está la ingesta de alcohol. Aún cuando la violencia alcoholizada es un hecho común, la literatura muestra que se carecen de evidencias de que haya una relación directa entre el consumo de alcohol y el ejercicio de la violencia (Natera G. - Tiburcio M. - Villatoro J. 1997: 788) ya que también se dan casos donde la violencia se ejerce sin alcohol y sujetos alcoholizados que no ejercen violencia. En este sentido, comparto la perspectiva de (Menéndez E. y Di Pardo R. B. 1988) respecto a que el alcohol es más un instrumento y no el causal de las violencias. Estos autores señalan que forma parte de la vida cotidiana, de ciclos ceremoniales y en México es la droga más consumida principalmente entre los hombres.

Al respecto del complejo alcohol-violencias hay estudios que muestran que los hombres alcoholizados o no, matan fundamentalmente a otros hombres, mientras que a las mujeres las golpean, las violan pero las matan mucho menos (Menéndez E. - Di Pardo R.B. 1988: 52). Si bien existen evidencias de la presencia del alcohol en el ejercicio de la violencia mascu-

10-Ramirez Solorzano.pmd 306 25/10/2011, 8.59

lina, es necesario realizar mayores estudios de esta asociación. En este trabajo se integró el consumo de esta droga como un aspecto que permite exponer prácticas y representaciones que expresa códigos de género.

La investigación en campo

La entrevista en profundidad permitió recuperar las narraciones masculinas y adentrarme en el estudio de las representaciones y las prácticas para hacer comprensible los condicionamientos socioculturales presentes en su comportamiento y en la forma de entender y practicar las relaciones intergenéricas.

Desde el inicio de la investigación busqué la forma de tener acceso a las instancias que tienen programas para hombres agresores en el contexto de la violencia doméstica, pero la respuesta a mi petición fue negativa. Ante las dificultades que se estaban presentando para tener acceso a los informantes, empecé a considerar otras posibilidades. Una opción que hasta entonces no había explorado, fue la del grupo Neuróticos anónimos. Esta es una asociación civil que trabaja con grupos de autoayuda en favor de quienes tienen problemas en el manejo de sus emociones. Ante la petición de contactar parejas, me informaron que no era posible ya que la mayoría de los hombres que llegaban al grupo por su problemática de violencia estaban separados o divorciados. Por estas razones sólo me apoyarían en el contacto de hombres. Prácticamente me mantuve al margen en la elección de los informantes. De manera que los perfiles fueron heterogéneos en cuanto a estrato social, ocupación, edad y escolaridad lo cual, lejos de representar una limitante, enriqueció el estudio debido a que las similitudes de género encontraban mayor relevancia dentro de las diferencias del perfil de los sujetos.

El apoyo de este grupo fue la oportunidad que encontré para tener un acercamiento real con hombres que ejercieron violencia hacia su pareja y que al momento de la entrevista ya habían parado la violencia. Sin embargo, era necesario tener en cuenta que los entrevistados tenían la particularidad de que al momento de la entrevista eran miembros de dicha agrupación por lo que sus representaciones estarían atravesadas por contenidos terapéuticos. Además, el transcurrir del tiempo pondría sesgos en la memoria; habría olvidos conscientes e inconscientes y estarían presentes sus propias reflexiones sobre su comportamiento producto del trabajo terapéutico. A pesar de estos inconvenientes, este grupo de hombres representó la única fuente de información con que contaba en ese momento. La ventaja

10-Ramirez Solorzano.pmd 307 25/10/2011, 8.59

más evidente era que estos sujetos se reconocían como hombres que habían ejercido violencia en contra de la mujer durante su convivencia conyugal y habían hablado frente a otros su problemática, lo que daba mayores posibilidades de que narraran con una mayor soltura su historia personal. Esta disposición era difícil de encontrar en hombres que seguían ejerciendo la violencia.

Una desventaja de trabajar con los hombres de esta agrupación es que no contaría con el testimonio de sus parejas, por lo que el estudio adolecería de la narrativa femenina que en un principio estaba contemplada en el proyecto. Sólo contaría con el testimonio masculino; sin embargo, ello no implicó que se dejara de conocer algunas prácticas y representaciones de la mujer desde la perspectiva de los hombres.

A continuación expongo las características generales de cada uno de los informantes

Adolfo, 45 años y casado con tres hijos. Al momento de la entrevista vivía con su esposa y dos de sus hijos. Tiene 24 años de casado. Es pintor automotriz y trabaja por su cuenta. No terminó de estudiar la educación básica; sólo concluyó el primer grado de primaria; dijo saber leer pero tiene dificultades para escribir. Sus padres son procedentes de un rancho de Guanajuato. Desde que recuerda, vivió en condiciones de pobreza, aunque señala que ahora vive mejor que antes.

Ezequiel, 48 años, divorciado con tres hijos. Al momento de la entrevista vivía solo. Estuvo casado durante trece años. Realizó estudios universitarios. Es abogado. Su madre es procedente de Tepic y su padre de Guadalajara, ambos concluyeron estudios de secundaria y desde que él recuerda se dedicaron al comercio. Tiene ocho hermanos, cuatro mujeres y cuatro hombres; es el hijo más chico. Se considera de estrato socioeconómico medio sin embargo, su familia tuvo dificultades económicas a la muerte de su padre.

Joel, 36 años de edad, separado de su primera esposa y actualmente vive en unión libre con Lucía contra quien ejerció violencia. La pareja ha estado unida por once años. Tiene seis hijos. Realizó estudios de secundaria. Sus padres al igual que él son procedentes de un poblado de Zacatecas. Es el mayor de nueve hermanos, dos mujeres y siete hombres. Durante la convivencia con su padre, madre y hermanos vivió en condiciones de pobreza.

10-Ramirez Solorzano.pmd 308 25/10/2011, 8.59

José, 50 años de edad, padre de tres hijos. Estaba divorciado de Isabel, pareja contra quien ejerció violencia durante la unión conyugal. Estuvo casado con ella catorce años. Al momento de la entrevista vivía solo. Era analista programador y también desempeñaba labores de contador público. Realizó estudios a nivel superior de medicina pero no concluyó la carrera. Proviene de una familia de bajos ingresos pero con el tiempo la situación de la familia mejoró.

Rodrigo, 38 años, dos hijos y separado de su esposa, con quien estuvo casado por diez años. Estudió la carrera de relaciones internacionales pero no la terminó. Al momento de la entrevista vivía con su madre, una de sus hermanas y su hermano. Trabajaba en una empresa como ejecutivo de ventas. Provenía de una familia de profesionistas, su padre y madre tenían estudios de posgrado.

Todos los entrevistados, excepto Joel, señalaron haber ejercico violencia en contra de la mujer desde los inicios desde la relación conyugal, e incluso desde el noviazgo.

La familia de origen, el vecindario y la escuela

Como parte de los resultados de investigación encontramos que efectivamente los hombres asociaron lo masculino a una serie de prácticas, símbolos, ideas, valores y creencias que se diferencian de lo femenino o al menos, de lo que en su representación se relacionó con ello. Buscaron la supremacía en las relaciones intergenéricas, en donde existió una mayor valoración de los desempeños y atributos relacionados al trabajo remunerado y a la fortaleza física. Asimismo, distinguieron prácticas que eran permitidas para ellos pero censuradas para la mujer como las relaciones premaritales, extramaritales y el consumo de alcohol. Otro aspecto fue el carácter conflictivo del poder y el ejercicio de éste. En reiteradas ocasiones, ser un hombre con poder era reafirmarse a sí mismo y frente a los demás mediante prácticas vinculadas a la dominación femenina, imposición de voluntad a los hijos e hijas y en casos extremos, el uso de la violencia. Estas consideraciones constituyeron un primer acercamiento a las imágenes de la masculinidad de los entrevistados.

Para la mayoría de los hombres, la pobreza fue el primer encuentro con la violencia cuando fueron niños. Las precarias condiciones de vida que la mayoría padeció los obligaron a salir de casa desde muy temprana edad en la búsqueda de ingresos para apoyar a la familia (razón por la que dos de ellos abandonaron sus estudios). Asociado a esto, vivieron las frecuentes

10-Ramirez Solorzano.pmd 309 25/10/2011, 8.59

ausencias del padre, su irresponsabilidad económica y el consumo de alcohol. La relación establecida entre el padre y la madre, en la mayoría de los casos, fue conflictiva; en algunos, por los problemas económicos y, en otros, por la ausencia de afectividad positiva entre los cónyuges "en algunas parejas se combinaron ambas situaciones". Esto se traducía en un permanente malestar en la relación intergenérica que, en algunos casos, derivó en violencia física del padre hacia la madre.

La segregación de prácticas domésticas y extradomésticas remuneradas, para la mujer como ama de casa "aunque con participación económica" y para el padre como proveedor económico, estableció una relación desigual, que en la representación de los niños significó una separación de los desempeños de género con una mayor valoración por el trabajo masculino remunerado que estaba acompañado del ejercicio del poder mediante el uso de la fuerza física.

Los niños desde su infancia convivieron con mujeres y hombres adultos que desplegaron sobre ellos prácticas violentas. La violencia ejercida por parte del padre en contra de los niños tuvo dos características principales: los golpes y la ausencia de afectividad y la afectividad alcoholizada. Esta se distinguió por un sistemático rechazo a cualquier muestra de contacto físico entre padre e hijo, producto de prejuicios y estereotipos de género que alejaba a los niños de una relación de afectividad. En algunos casos, el acercamiento físico y emocional se dio cuando el padre se encontraba un poco alcoholizado. Para estos hombres, la ingesta de alcohol empezó a vivirse como un permisor de la afectividad masculina ya que posibilitó el contacto físico con los hijos mediante juegos, roces, tocamientos y, a veces, charla afectiva. Pero estas eventuales formas de demostración de afectividad podían verse alteradas tanto por la cantidad de ingesta de alcohol como por el ambiente familiar. Cuando los padres tuvieron una mayor ingesta y la relación conyugal era conflictiva, el padre fue agresivo y violento. El consumo del alcohol fue una constante en las diferentes etapas de su vida, primero como testigos del consumo y como sujetos que vivieron las consecuencias violentas de las prácticas de un padre alcoholizado y después como consumidores de alcohol, algunos de ellos a temprana edad.

La violencia que algunas madres ejercieron en contra de los niños se caracterizó por la carencia de afectividad, la propinación de golpes, el maltrato emocional mediante las amenazas, los insultos, las groserías, la manipulación emocional y la indiferencia. Hubo dos casos en que los niños padecieron abuso sexual realizado por mujeres. Esta gama de agresiones alimentó el miedo al rechazo femenino y el cuestionamiento del valor de su imagen.

10-Ramirez Solorzano.pmd 310 25/10/2011, 8.59

Un aspecto que inicialmente no estuvo contemplado en el proyecto y que surgió desde las primeras entrevistas fue el asunto de la apariencia física. Encontré que una parte de la estima masculina estuvo asentada en el valor que le otorgaban al color de la piel, privilegiando lo blanco o "güero" (rubio) sobre lo moreno, la belleza o fealdad física, el prestigio social que de ello derivaba y el estatus que veían en un mayor poder adquisitivo. A menudo, estos elementos se conjugaron de manera desfavorable en el valor de la autoimagen de los hombres.

El ejercicio del poder en la familia de origen estuvo pautado por la posición que los niños ocupaban en la jerarquía y el contexto social. La presencia o ausencia del padre en el hogar pautaba los rangos. Cuando él estaba en casa ocupaba la mayor posición, subordinando a la mujer y a los hijos. Pero en su ausencia, la madre ocupaba la mayor jerarquía, tomaba decisiones y también ejercía violencia. Por su parte, cuando los niños estaban con sus hermanos menores, fuera de la vigilancia materna y paterna, la relación asimétrica se revertía ya que, en algunos casos, los hermanos también padecieron la subordinación y la violencia.

De las relaciones sostenidas con miembros de la familia extensa, las abuelas fueron personajes relevantes que procuraron bienestar emocional y protección a los niños, pero simultáneamente fue significada como agresora y dominante. Esto generó sentimientos ambivalentes, especialmente porque representó una figura con prácticas duales: una mujer protectora con los niños pero al mismo tiempo, agresora y rechazante con los hombres adultos.

Espacios como la escuela y el vecindario, no representaron nuevas formas de relación alejadas de la violencia; por el contrario, en algunos casos, otorgaron condiciones para que ésta se fomentara y reforzara como una forma de defensa ante las agresiones externas y, en otros, pautó una imagen masculina basada en el uso de la fuerza. Ser testigo de prácticas violentas entre los hombres del vecindario o familiares resultó tan importante como la violencia padecida en carne propia. Por otra parte, cuando los niños salieron a la calle, vieron la posibilidad de ejercer poder demostrando sus habilidades físicas en los enfrentamientos con los demás niños. Se vivió como una oportunidad de enfrentar el miedo y provocarlo en los demás y con ello evitar ser sometido nuevamente como lo padecieron en el hogar.

Las diferentes descripciones narradas por los varones advierten de qué manera hombres y mujeres tienen la posibilidad de ejercer poder, pero la forma de ejercerlo varía según las condiciones que tienen los sujetos sobre

10-Ramirez Solorzano.pmd 311 25/10/2011, 8.59

quien se ejerce. El poder masculino ejercido en contra de la mujer en la relación padre/madre, así como el que las madres y los padres ejercieron sobre los niños, es una expresión de la desigualdad social y económica que prevalece en la estructura social y que permea las relaciones inter e intragenéricas. Si bien en los casos estudiados la mayoría de los padres trataron de imponer su voluntad a la esposa e hijos con autoritarismo y a veces con violencia física, la mujer, a su vez, también agredió física y emocionalmente a los niños, quienes representaban el peldaño social más vulnerable en la jerarquía de estas familias.

La elección de la pareja y el noviazgo

Cuando los hombres eligieron a la mujer con quien más tarde establecerían la relación conyugal, existió inseguridad respecto a la aceptación por parte de ella y con frecuencia dudaban sobre el valor de su imagen como varones, especialmente en lo que respecta a su apariencia física. En los primeros encuentros, la mujer les atrajo físicamente pero al mismo tiempo, sentían que el valor de su imagen estaba por debajo de la de ella, debido a las diferencias de color de piel, ojos, cabello o porque la consideraban más atractiva de lo que ellos se percibían. Esta representación les provocó inseguridad y aunque sabían que ella les gustaba, les daba miedo ser rechazados. Una manera de enfrentar dicho temor fue por medio de la ingesta de alcohol. En algunos casos, el acercamiento a la mujer se hizo cuando los hombres habían tomado, lo que representó una forma de atreverse a entablar la relación y buscar la aceptación femenina. Con el avance de la relación, algunos se sentían insatisfechos con ciertos comportamientos de la pareja; sin embargo, permanecieron en la relación. Su malestar se hizo más evidente cuando empezaron a padecer los celos. Simultáneamente a este sentimiento buscaron la manera de revalorar su imagen que estaba en constante amenaza por la presencia real o imaginaria de otro hombre que entró en rivalidad por los afectos de la mujer.

La continuidad del noviazgo estuvo influenciada porque la mujer aceptó los deseos y la voluntad del hombre, experiencia que hasta entonces había sido un tanto desconocida por ellos y, en donde colocaron gran parte del valor de su imagen. En la mujer elegida, los jóvenes vieron la posibilidad de ejercer su poder mediante la búsqueda de la exclusividad sexual, emocional y como proveedora de cuidados y afectividad. Pero al mismo tiempo, prevalecía un malestar originado por el miedo al rechazo, a la posibilidad del ejercicio activo de la sexualidad femenina, sentimientos de celos y temor al abandono.

10-Ramirez Solorzano.pmd 312 25/10/2011, 8.59

La construcción social de la imagen femenina y masculina nutrida desde las relaciones primarias repercutió de manera desfavorable en la forma en que los hombres trataron de establecer la relación con la novia. Para la mayoría de los entrevistados, la figura de la mujer resultó problemática debido, en gran parte, a las ambivalencias y conflictos intergenéricos vividos desde la niñez encarnados en una imagen femenina ambivalente "como la madre o la abuela": por un lado, sumisa y subordinada a la voluntad masculina, y por el otro, con capacidad de ejercer poder y ser violenta. De cualquier manera, estaban interesados en encontrar la aceptación femenina y lograr un mayor valor de su imagen. Sin embargo, el hecho de que la mujer aceptara tener una relación de noviazgo involucró una serie de conflictos intergenéricos producto de las desigualdades asignadas a un género y otro, especialmente en torno a la virginidad y las relaciones premaritales.

El ejercicio de la sexualidad "heterosexual" estuvo asociado a una serie de creencias e ideas que se dirigían a una mayor apertura para los hombres que para las mujeres. Buscar la intimidad sexual con la mujer se constituyó una vía para confirmar su imagen masculina y tener control sobre el cuerpo femenino. Fue una manera de asegurarse de que los demás hombres y la mujer no tuvieran una idea "equivocada" de su preferencia sexual. Pero al mismo tiempo, la experiencia en este terreno – antes de conocer a su pareja – fue por demás difícil y escasamente gratificante. En algunos casos, la iniciación sexual con mujeres prostitutas fue un evento que los alejó de contenidos afectivos; involucró situaciones para la demostración de la capacidad sexual, existiendo poco agrado hacia la mujer. En otros, los encuentros íntimos a menudo se asociaron a los sentimientos desagradables generados años atrás, como en los casos en que hubo abuso sexual. Así, la vida emocional de los informantes en la juventud estuvo acompañada de situaciones conflictivas, dolorosas y muchas veces angustiantes en las que poco tuvo que ver la afectividad y el placer sexual.

Por el lado del ejercio de la violencia en el noviazgo, encontré que estuvo relacionada con la no-virginidad de las mujeres, los celos y en general, con el control de la sexualidad femenina. Esto último fue el aspecto más crítico en el que los hombres vieron confrontadas sus representaciones de género ante las prácticas femeninas.

Las ideas sobre lo que "debía ser" una mujer y lo que en la práctica se daba, les provocó un constante malestar que formó parte de su padecer. Ante esto, no poseían alternativas de solución alejadas de la búsqueda del poder debido a una socialización que restringió las prácticas y situaciones de equidad. Desde niños habían padecido las decisiones unilaterales, el autoritarismo femenino y masculino; pero también durante sus relaciones

10-Ramirez Solorzano.pmd 313 25/10/2011, 8.59

primarias trataron de ganar espacios para ejercer poder, la mayoría de las veces, usando la fuerza física sobre los que se percibían como débiles. Para estos hombres, el hecho de que la mujer permitiera reclamos, recriminaciones y el control sobre su sexualidad, le dio mayores posibilidades de dominio y lograr una imagen con mayor valor, lo que al parecer no encontró cuestionamiento por parte de la mujer durante el noviazgo.

En la elección de la pareja intervinieron de manera importante ciertos atributos de la novia que les proporcionó seguridad, como el hecho de que ellas tuvieran una menor escolaridad; creer que por ser del mismo estrato socioeconómico se entenderían mejor; saber que estaba sola en la ciudad - sin familia y sin posibilidad de ayuda, por ejemplo frente a un embarazo- o bien, darse cuenta de que a pesar de los malos tratos, ella no abandonaría la relación. Cabe destacar que por su parte, las mujeres posiblemente, vieron en estos hombres cierto atractivo – además del físico –, como la posibilidad de ser sostenidas económicamente; de mayor oportunidad de ascenso social "en el caso de los profesionistas" y cumplir sus expectativas de matrimonio y maternidad. Aún cuando los hombres dijeron que querían unise a la mujer, señalaron que tuvieron sentimientos ambivalentes y de incertidumbre sobre la aceptación femenina y las responsabilidades económicas que tendrían en el matrimonio.

La relación conyugal

La violencia masculina en la vida conyugal fue el resultado de una serie de articulaciones entre las representaciones de género construidas a lo largo de su socialización en la niñez y juventud, las condiciones materiales de vida y el consumo de alcohol. Una vez establecida la relación conyugal, los desempeños de género, domésticos y extradomésticos, fueron el inicio de una serie de desigualdades al interior de la relación que pautaron una asimetría en el valor del trabajo extradoméstico remunerado sobre el doméstico no-remunerado, en la toma de decisiones, el ejercicio del poder y las expresiones de afectividad y violencia.

Gran parte de la construcción de la imagen masculina estuvo articulada a la imposición de sus criterios y a la capacidad de influir en las acciones de la mujer. La búsqueda del poder involucró una serie de acciones tendientes a limitar el libre albedrío de la pareja que en numerosas ocasiones derivó en violencia. En todos los casos se registró violencia física, maltrato emocional y acciones encaminadas al aislamiento social. Sobre los motivos detonantes de la violencia estuvieron los celos, la negación de la cónyuge

10-Ramirez Solorzano.pmd 314 25/10/2011, 8.59

para tener relaciones sexuales, los problemas económicos y las demandas femeninas para tener igualdad en las libertades, por ejemplo, para trabajar o mantener las relaciones con la familia de origen. Los episodios de violencia, a menudo, constituyeron momentos de placer para los hombres al sentirse "poderosos" y dominantes logrando con ello, al menos momentáneamente, un mayor valor de su imagen masculina.

El siguiente cuadro sintetiza las creencias, tradiciones e ideas que los hombres tenían en torno a ser mujer/esposa y a ser hombre/esposo.

Representaciones sobre "Ser hombre esposo" y "Ser mujer esposa", según los hombres.

Informante	Ser hombre / esposo	Ser mujer / esposa
Rodrigo (38 años, ejecutivo de ventas	«El que proveía y ejercía el dominio»	«Ser sumisa, dominada o que se dejara dominar, que no cuestionara; un papel pasivo simplemente»
Ezequiel (48 años, abogado)	«...el que proveía y ejercía autoridad en una familia, al que la esposa le da la razón siempre aunque no la tenga»	«Ser la encargada de las labores en el hogar, atender la casa y tener los alimentos»
José (50 años, contador)	«...se le debe obedecer, la parte esencial de toda la familia, lo principal en todos los aspectos, que no se le debe agredir, que se le debe respetar por parte de la mujer»	«...que me sirviera [...] que me sirviera sexualmente, que prácticamente me sirviera y me escuchara; que me obedeciera»
Joel (36 años, comerciante)	«El que mandaba en la casa y el que proveía la casa; el que más trabajaba para mantener a su familia, que se embriagaba y que andaba con viejas»	«La persona que asistía al hombre, que se casaba con él y hacía todo en el hogar, las cosas que se tenían que hacer para los hijos y procrear hijos y nada más»
Adolfo (45 años, pintor automotriz)	«El hombre tenía que hacerse responsable del trabajo, de dar un gasto»	«Una mujer no tiene los mismos derechos que un hombre; yo la tenía en un concepto de ama de casa»

Fuente: Ramírez Martha A. 2002, 174.

La primera cuestión que destaca de las opiniones de los entrevistados es que aparecen constreñidas al estereotipo de que el hombre/esposo tiene como principal obligación proveer materialmente el hogar y es quien debe mandar en la casa, ejercer el poder y a quien se le debe obedecer. En contraste, la opinión acerca de la mujer esposa se limita a la persona que

10-Ramirez Solorzano.pmd 315 25/10/2011, 8.59

hace las actividades en el ámbito doméstico y debe subordinarse a la voluntad masculina. A decir de estos hombres, la esposa debía ser sumisa y dominada sin derechos ni posibilidad de autonomía ni capacidad de decisión. En algunos casos ser madre trabajadora fuera de casa no implicó una distribución equitativa de las tareas al interior del hogar en el que participaran el padre, los hijos y las hijas. Por el contrario, los hombres se mantuvieron alejados de las tareas domésticas y cuando las llegaron a realizar sólo fue de manera eventual o como una ayuda.

Asociado al ejercicio del poder y a las prácticas violentas, ellos narraron una serie de sentimientos de malestar como la inseguridad, miedo a no desempeñarse adecuadamente en el aspecto económico y sexual; temor a la infidelidad y al abandono femenino y a tener una imagen débil frente a los demás. Todo ello formó parte de su padecer que se agudizó especialmente cuando experimentaron los celos. Constantemente señalaron el temor de que su pareja tuviera relaciones extramaritales con otro hombre. Este sentimiento estuvo articulado a la vergüenza que les provocaría que personas de su medio social se enteraran de la infidelidad porque ello pondría en entredicho su capacidad sexual y como proveedor económico. Pensaban que esto les haría perder prestigio frente a otros hombres. En la base de la inseguridad estaba la insatisfacción de su apariencia física "recordemos que rechazaban el color moreno de su piel y sus atributos físicos" y el temor a sentirse dominados como alguna vez lo padecieron en su niñez.

El desempeño de proveedor económico fue un elemento que asociaron con la imagen de ser hombre cónyuge y que propició un mayor dominio sobre la mujer; lo significaron como una demanda social y una responsabilidad ante la familia, pero al mismo tiempo, fue vivido con cierto malestar. En algunos casos, narraron haberse sentido obligados y presionados, especialmente cuando se padeció pobreza en la niñez o bien, experimentaron angustia en aras de cubrir las necesidades de los miembros de la familia ante el constreñimiento económico que en algunos casos imponía la pobreza.

El consumo de alcohol en la vida conyugal constituyó un permisor multifuncional de las emociones masculinas que en los casos estudiados estuvo asociado a tres aspectos: 1) como medio de socialización entre hombres (relación suegro/yerno); 2) en la expresión afectiva que posibilitó manifestar verbalmente palabras cariñosas y, en ocasiones, establecer intimidad sexual con la mujer y, 3) en las prácticas de violencia que aún cuando le restaron importancia, reconocieron que con ingesta de alcohol, la violencia era explosiva y repentina. En cualquiera de estos casos, el alcohol fue

10-Ramirez Solorzano.pmd 316 25/10/2011, 8.59

un recurso que facilitó la expresión emocional, esfera en la que los sujetos estuvieron constreñidos por sus representaciones de género.

El ejercicio de la violencia se vió reforzado socialmente porque hubo un contexto que lo toleró y no lo enfrentó con firmeza. La instigación, la tolerancia y el silencio femenino, especialmente de los familiares cercanos a la pareja, fueron prácticas en las que no se cuestionó la violencia masculina; por el contrario, se permitió.

La desestructuración de la relación poder masculino/subordinación femenina estuvo pautada por la ruptura de la relación, definida por la defensa de la mujer y, en algunos casos, por el abandono. Los hombres vieron mermado su poder y el ejercicio de la violencia ante el comportamiento femenino que empezó a manifestarse en contra del maltrato. Este cuestionamiento puso en jaque el poder masculino y con ello los elementos que le daban soporte a su imagen masculina. Esto les generó malestar debido a que la figura que les posibilitaba sentirse y verse como hombres con poder ya no estaría a su lado y no les permitiría una agresión más. Ante esto, ellos iniciaron otra etapa de su vida en la que buscaron ayuda y recorrieron un largo proceso de reconocimiento y trabajo sobre el padecer y el ejercicio de su violencia.

Como conclusión general propongo que la violencia en la niñez no se limitó a los golpes que se padecieron en carne propia sino que se extendió a otras formas de violencia como la económica, emocional, sexual, carencia de afectividad y afectividad alcoholizada. Estas violencias no sólo fueron ejercidas por el padre y la madre sino también por otras figuras masculinas y femeninas tanto en el ámbito doméstico como extradoméstico. El padecimiento de éstas pautó representaciones conflictivas caracterizadas por un constante miedo al sometimiento y, al mismo tiempo, por el intento de dominar a otros, especialmente los que se percibían como los más vulnerables. La violencia conyugal involucró una incesante búsqueda de una imagen masculina socialmente valorada a través del ejercicio del poder.

Cabe subrayar que la construcción social de los hombres entrevistados fue una experiencia de vida compleja desde su niñez, pautada por un conjunto de prácticas y representaciones que se movieron en varias dimensiones como el desempeño de proveedor económico, la constante búsqueda de la aceptación sexual y afectiva femenina; la búsqueda de la subordinación femenina y de los hijos(as); pero al mismo tiempo, con sentimientos de miedo y malestar al abandono femenino, y a ser identificado con un comportamiento feminizado.

10-Ramirez Solorzano.pmd 317 25/10/2011, 8.59

Finalmente, es importante señalar que es necesario realizar mayores estudios sobre la construcción de la violencia masculina en los diversos ámbitos de ocurrencia (familia, escuela, trabajo, comunidad), incorporando la perspectiva de género y ampliando el horizonte de posibles líneas de intervención en políticas públicas.

Bibliografía

Bonino Luis (2008), *Hombres y Violencia de Género. Más allá de los maltratadores y los factores de riesg*, Ministerio de Trabajo e Inmigración / Ministerio de Igualdad, Madrid.

Arendt Hannah (1970), *Sobre la violencia*, Ed. Joaquín Mortiz, México, pp. 35-52.

Careaga Gloria - Cruz Salvador (2006), *Debates sobre masculinidades,* Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, México.

Carrigan T. - Connell B. - Lee J. (1992), *Toward a new sociology of masculinity*, en *The making of masculinities. The new men´s studies*. Routledge, Chapman and Hall Inc.

Connell R.W. (1997), *La organización social de la masculinidad* en Valdés Teresa - Olavarría José (editores), *Masculinidad, poder y crisis, Isis Internacional*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Santiago de Chile.

Cornwall A. - Lindisfarne N. (1994), *Dislocating Masculinities. Gender, power and anthropology*, en *Dislocating masculinities*, Routledge, New York (Comparative Ethnographies).

Corsi Jorge (compilador) (1994), *Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar* en *Violencia familiar una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Ed. Paidós, Buenos Aires.

Diario Oficial de la Federación (2009), *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, Febrero de 2007, última reforma 20 de enero de 2009, Secretaría de Gobernación, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) - Instituto Nacional de las Mujeres (2006), *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*, México.

Foucault Michael (1988), *El sujeto y el poder*, "Revista Mexicana de Sociología", año L, núm. 3, jul-sept 1988, Instituto de Investigaciones Sociales - Universidad Nacional Autónoma de México.

Genovés Santiago (1993), *Expedición a la violencia*, Universidad Nacional Autónoma de México, Fondo de Cultura Económica, México (Colección popular, 453).

Gomáriz Enrique (1992), *Los estudios de género y sus fuentes espistemológicas: periodización y* perspectivas, Servicio de Información y Comunicación de las Mujeres Internacional, núm. 17, Santiago de Chile.

Gutmann Mathew (2000), *Ser hombre de verdad en la Ciudad de México. Ni macho ni mandilón*, El Colegio de México, México.

Kaufman Michael (1989), *La construcción de la masculinidad y la triada de la violencia masculina en Hombres. Placer, poder y cambio*, Centro de Investigación para la Acción Femenina, Santo Domingo.

Lindisfarne Nancy (1994), *Variant masculinities, variant virginities. Rethinking 'honour and shame'* en *Dislocating masculinities*, Routledge, New York (Comparative Ethnographies).

Kimmel Michael (1997), *Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina* disponible en: http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Kimmel.pdf, [Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales, tomado de Valdés Teresa - Olavarría José (editores.) *Masculinidad/es. Poder y crisis*, Servicio de Información y Comunicación de las Mujeres - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ediciones Mujeres, Chile].

10-Ramirez Solorzano.pmd 318 28/11/2011, 15.34

Kleinman Arthur (1988), *The meaning of symptoms and disorders*, en *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.

Menéndez Eduardo - Di Pardo Renée B. (1998), *Violencias y alcohol. Las cotidianidades de las pequeñas muertes*, "Revista Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad" (El Colegio de Michoacán), vol. XIX, n. 74, primavera 1998, México.

Natera, Guillermina - Tiburcio M. - Villatoro J. (1997), *Marital violence and its relationship to excessive drinking in Mexico*, "Contemporary Drug Problems", n. 24, 1997.

Ramírez Martha - A. (2002), *Hombres Violentos. Un estudio antropológico de la violencia masculina*, Ed. Plaza y Valdés - Instituto Jalisciense de las Mujeres, México.

Young, Allan (1982), *The anthropologies of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", vol. 11, 1982, pp. 257-285.

Nota sobre la Autora

Martha Alida Ramírez Solórzano nació en 1966 en la Ciudad de México. Es licenciada en Sociología por la Facultad de Ciencias políticas y sociales de la Universidad nacional autónoma de México (Unam). Realizó estudios de maestría en Antropología Social en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), sede Distrito Federal. Se ha especializado en temas relacionados con derechos humanos de las mujeres y políticas públicas; violencia familiar y masculinidades; así como institucionalización y transversalidad de la perspectiva de género. Ha sido docentes en la Facultad de Ciencias políticas y sociales de la Unam y realizado investigación en instituciones como El Colegio de México, Instituto nacional de salud pública, Secretaría de salud, Programa de estudios de género de la Unam.

En la administración pública ha trabajado en el ámbito municipal, estatal y federal. Del año 2002 al 2005 se desempeñó como coordinadora de planeación, seguimiento y evaluación del Instituto jalisciense de las mujeres (Ijm). Entre sus publicaciones están: *Hombres Violentos. Un estudio antropológico de la violencia masculina*, editado por Plaza y Valdés - Ijm, 2002. *Guía para la planeación con perspectiva de género*, Ijm, 2003; *Violencia en casa. Guía informativa para su Prevención y Atención*, Comisión de Equidad y Género - Inmujeres, 2001. En 2007 realizó la investigación Crónica de una historia de equidad. Avances, logros y desafíos de la institucionalización de la perspectiva de género en Jalisco, 2002-2007. De 2007 a 2008 se desempeñó como directora de Capacitación y desarrollo de metodologías en el Instituto nacional de las mujeres (México), donde coordinó la *Guía metodológica para la sensibilización en Género* (Inmujeres, 2008) y el *Glosario de Género* (Inmujeres, 2007). Actualmente es asesora de presidencia de este mismo Instituto. Ha sido ponente en diversas conferencias, talleres y seminarios.

10-Ramirez Solorzano.pmd 319 25/10/2011, 8.59

Resumen

Entre el poder y el padecer; un estudio sobre la construcción social de la violencia masculina

El objetivo de este artículo es estudiar la trayectoria social de la violencia padecida y ejercida de un grupo de hombres que agredieron a la mujer durante la relación conyugal. Escrito bajo la mirada antropológica, se busca desarticular la visión, a veces inevitable, que se crea alrededor de la mujer que padece violencia como la víctima y del hombre agresor como el victimario.

El estudio pretende dar una perspectiva relacional en tres sentidos: 1) el establecimiento de conexiones entre una socialización en la niñez pautada por las desigualdades de género y sus repercusiones en la vida adulta. Se retoma la perspectiva de género como un eje articulador de inequidades y discriminación tanto al interior de la familia como en ámbitos extradomésticos, vinculado con el aspecto económico. 2) El consumo de alcohol se analiza como un elemento que permite y justifica la violencia hacia las mujeres, señalando que no es una causal. 3) La violencia se plantea como un asunto de poder que pauta las relaciones inter e intragenéricas, que se construyen desde diferentes espacios sociales como la familia, la escuela y el vecindario con significados específicos que inciden en la construcción social de los hombres violentos.

El poder y la violencia se analizan como asuntos dinámicos y problemáticos. Ante esta dualidad, se estudia el padecer de la violencia "sentida y ejercida" como un aspecto que permite adentrarse en los conflictos y el malestar de los hombres entrevistados. La escasez de estudios de corte cualitativo y cuantitativo en México en este tema, fue lo que animó la realización de este trabajo. La investigación se realizó en la Ciudad de México con una metodología cualitativa mediante entrevistas a profundidad a cinco hombres con diferente perfil socioeconómico y escolaridad. Debido a las dificultades encontradas en campo para contactar a grupos de hombres que trabajaran para parar su violencia, acudí a un grupo de Neuróticos anónimos. En esta asociación pude contactar a cuatros hombres, quienes en ese momento estaban en grupos de autoayuda. El quinto entrevistado lo contacté a través del Centro integral de atención a la mujer de la delegación Tlalpan, quien también estaba en un grupo de autoayuda. Los hallazgos mostraron que la violencia masculina en la relación conyugal tuvo una trayectoria social en la que se padeció la violencia, desde la socialización primaria con la familia de origen y se reforzó en los contextos fuera del hogar caracterizado por relaciones jerárquicas y de poder/subordinación. Las representaciones y prácticas de una masculinidad conflictiva invitan a replantear el papel de los hombres violentos en la problemática de la violencia familiar y la necesidad de integrarlos a las políticas públicas para avanzar en la prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres.

10-Ramirez Solorzano.pmd 320 25/10/2011, 8.59

Riassunto

Tra il potere e il patire: uno studio sulla costruzione sociale della violenza maschile

L'obiettivo di questo articolo è studiare l'itinerario sociale della violenza subita ed esercitata da un gruppo di uomini che hanno aggredito la propria moglie nel corso della loro relazione coniugale. Scritto in una prospettiva antropologica, l'articolo cerca di incrinare l'immagine frequente, spesso inevitabile, del marito aggressore e della moglie vittima.

Questa ricerca intende dare una prospettiva relazionale nei tre significati: 1) stabilire connessioni fra la socializzazione durante l'infanzia caratterizzata da una disuguaglianza di genere e le ripercussioni nella età adulta. La prospettiva di genere diventa un asse che articola l'ineguaglianza e la discriminazione tanto all'interno della famiglia quanto nell'ambiente extradomestico, in un intreccio con l'aspetto economico. 2) Il consumo di alcol è analizzato come elemento che consente e giustifica la violenza contro le mogli, in maniera non casuale. 3) La violenza diventa una questione di potere che caratterizza le relazioni inter/intra-genere, costruite a partire da spazi diversi come la famiglia, la scuola, il vicinato, con significati specifici che influenzano la costruzione sociale dell'uomo violento. Il potere e la violenza sono analizzati come questioni dinamiche e problematiche. In presenza di tale dualità viene studiata la sofferenza della violenza praticata e subita come un problema che consente di andare oltre i conflitti e il disagio dei maschi intervistati. La mancanza di studi in Mexico, sia qualitativi che quantitativi, su tali argomenti ha incoraggiato ulteriormente il nostro lavoro.

La ricerca ha avuto luogo a Città del Messico con una metodologia qualitativa attraverso interviste in profondità a cinque uomini dalle diverse condizioni socioeconomiche e di differente profilo educativo. Stanti le difficoltà di individuare sul campo uomini impegnati nel cercare di fermare la loro violenza, ho frequentato a tale scopo i Nevrotici Anonimi. In questa associazione ho contattato quattro uomini che in quel momento partecipavano ai gruppi di auto-aiuto. Il quinto intervistato è stato contattato attraverso il Centro di cura integrale per la donna, della delegazione di Tlalpan, che pure era un gruppo di auto-aiuto. I risultati mostrano che la violenza maschile nel rapporto coniugale ha un percorso che risale alla violenza subita fin dalla prima socializzazione nel contesto familiare, e rafforzata in contesti esterni alla dimensione domestica e connessi alle gerarchie dei rapporti di potere/subordinazione. Le rappresentazioni e le pratiche della mascolinità conflittuale ci invitano a ridefinire problematicamente la questione dei maschi violenti in famiglia, per sottolineare l'urgenza di politiche pubbliche avanzate sul terreno della prevenzione, della attenzione e della eradicazione della violenza contro le donne.

10-Ramirez Solorzano.pmd 321 25/10/2011, 8.59

Résumé

Entre le pouvoir et le souffrir: une étude sur la construction sociale de la violence masculine

L'objectif de cet article est d'étudier le vécu social d'un groupe d'hommes qui ont été violents avec leurs conjointes durant leur relation conjugale. Rédigé au travers du regard anthropologique, cet article cherche à désarticuler la perception, parfois inévitable, que l'on a de la femme victime de violence et de l'homme agresseur. Cette étude prétend donner une perspective relationnelle à trois aspects: 1) l'établissement de liens entre une socialisation durant l'enfance marquée par des inégalités de genre et ses conséquences dans la vie adulte. On reprend la perspective de genre comme axe et articulation des inégalités et de discrimination tant dans la famille comme à l'extérieur et liés à des aspect économiques. 2) analyse de la consommation d'alcool comme un élément qui permet et justifie la violence faite aux femmes tout en signalant que ce n'est pas forcément un motif. 3) observation de la violence comme un moyen d'exercer le pouvoir dans les relations entre les générations et dans les générations et qui se construisent dans les différents espaces sociaux comme la famille, l'école et le voisinage impliquant une signification particulière à la construction sociale des hommes violents.

Le pouvoir et la violence s'analysent ici comme des questions d'ordre dynamique et problématique. Face à cette dualité, on étudie la violence (ressentie et exercée) comme un aspect qui permet de pénétrer les conflits et le mal être des hommes interviewés. Le peu d'études qualitatives et quantitatives faites sur le thème au Mexique a encouragé la réalisation de ce travail. La recherche a eu lieu dans la ville de Mexico selon une méthodologie qualitative basée sur des enquêtes approfondies auprès de cinq hommes de différents profils socioéconomiques et scolaires. Je me suis adressée à un groupe appartenant aux Névrosés Anonymes suite à des problèmes rencontrés sur le terrain pour trouver des hommes désireux de travailler à la disparition de leur propre violence. Dans cette association, j'ai pu me mettre en contact avec quatre hommes qui faisaient partie, à ce moment là, de groupes d'aide mutuelle. J'ai pris contact avec le cinquième homme par le biais du Centre Intégral d' Attention à la Femme (Centro Integral de Atención a la Mujer) de la municipalité de Tlalpan, cet homme appartenant aussi à un groupe d'aide mutuelle.

Les résultats de cette recherche démontrent que la violence masculine dans le couple a un lien avec le vécu de la première socialisation au sein de la famille d'origine puis se renforce en dehors du foyer dans des contextes hiérarchisés et de pouvoir/subordination. Les représentations et pratiques d' une masculinité conflictuelle invite à repenser le rôle des hommes violents dans la problématiques de la violence familiale et à envisager la nécessité de les intégrer dans les politiques publiques pour faire progresser la prévention, la prise en charge et l'éradication de la violence contre les femmes.

10-Ramirez Solorzano.pmd 322 25/10/2011, 8.59

Abstract

Between power and suffering. A study on the social construction of male violence

The purpose of this article is to study the social development of violence endured and exercised by a group of men who attacked women during conjugal relationship. Written under an anthropological sight, it searches to break up the vision, sometimes inevitable, that is created around embarrassed women as victim and men as victimizer.

This research pretends to give a relational perspective in three meanings: 1) the establishment of connections among socialization during childhood marked due to the inequality in gender and the repercussions in adulthood. It is taken up the gender perspective as an axis of inequities and discrimination both inside the family and household environment, linked to the economic aspect. 2) The drinking of alcoholic beverages is analyzed as an element that allows and justifies the violence against women, not pointing this as accidental. 3) Violence is set up as a matter of power which marks the inter and intrageneric relationships, build up from different spaces such as family, school and neighborhood with specific meanings that influence the social construction of violent men.

The power and violence are analyzed as dynamic and problematic issues. In the presence of this duality, is studied the suffering of violence (felt and practiced) as a matter that allows to be beyond the conflicts and discomfort of the interviewed men. The lack of studies in Mexico in this qualitative and quantitative theme was the concern that encouraged the realization of this work.

The research took place in México City with a qualitative methodology through deep interviews to five men with different socioeconomic and education profile. Due to the difficulties on field to find a group of men working to stop their violence, I attended to Neurotics Anonymous. In this association I contacted four men, who in that moment were in these self-help groups. The fifth interviewed were contacted through the Tlalpan's Integral Attention Center for Women (Centro Integral de Atención a la Mujer de la delegación Tlalpan) which also is a self-help group. The finds showed that male violence in conjugal relationship has a trajectory where violence was suffered, and started in primary socialization with the family backgrounds and reinforced with contexts out of home due to the hierarchy and power/subordination relations. The representations and practices of a conflictive masculinity invites to redefine the violent men's roll in the family violence problematic and the need to be integrated to public politics to move forward in prevention, attention and eradication of violence against women.

10-Ramirez Solorzano.pmd 323 25/10/2011, 8.59

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 325-342

Religiosidad, ritualidad y relaciones sociales en un grupo de Alcohólicos Anónimos

María Eugenia Módena Allegroni

Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social [Ciesas], Unidad Distrito Federal
[pimo@ciesas.edu.mx]

Introducción

Hugo Cohen en una publicación reciente señala, haciendo referencia a la salud mental en el mundo, la existencia actual de 150 millones de personas con depresión y 90 millones con trastornos vinculados al consumo de alcohol y drogas. Para América Latina y el Caribe, 31 millones son afectados por depresiones mayores y la cifra se repite para los problemas de alcoholismo. Simultáneamente, 5.1 millones de personas abusan de las drogas ilegales. En palabras del autor: «Es decir que hay seis veces más afectados por alcohol que por drogas ilegales» (Cohen H. 2008: 63).

Respecto a la brecha entre las cifras estimadas de estas dolencias y los servicios destinados a atenderlas, el 78% de las personas que padecen problemas vinculados al alcohol prácticamente carecen de atención médica. En América Latina y el Caribe el 53.3% de estos enfermos se encuentran en la misma situación.

Beatriz Cortés, Eduardo Menéndez y Renée Di Pardo en diversos artículos y libros (Cortés B. 1992 [1988], Menéndez E. 1992 [1990], Menéndez E. - Di Pardo R. 1996 [1987]) han señalado las dificultades diagnósticas, preventivas y de atención de la llamada enfermedad del alcoholismo por parte del Sector salud, tanto desde el punto de vista de los recursos destinados, las características de la formación médica, las prácticas médicas institucionales y sus procesos de trabajo así como por las construcciones ideológicas que imbrican las representaciones de los conjuntos sociales con el conocimiento técnico biomédico. Asimismo han señalado la multifuncionalidad social que la ingesta de alcohol implica, la normalización cultural de diversos tipos de consumo, incluida la alcoholización, lo que genera una amplia gama de ambigüedades y tensiones en las representaciones y

11-Módena Allegroni.pmd 325 28/11/2011, 15.36

prácticas respecto a las consecuencias negativas y positivas del consumo y la alcoholización en los sujetos y en los conjuntos sociales.

Estas conceptualizaciones, junto con la irrefutable comprobación empírica de las consecuencias negativas del consumo "problemático" de alcohol fueron centrales en la definición que hice de un tema de investigación: El padecimiento del abandono de la ingesta de alcohol en sujetos considerados como "alcohólicos" dentro de una institución específica: Alcohólicos anónimos.

Esquemáticamente podemos afirmar que mientras la biomedicina acepta en su clasificación al alcoholismo como enfermedad, en la práctica solamente atiende las consecuencias físicas u orgánicas – y en algunos casos las psiquiátricas – del mismo, canalizando, tendencialmente, al enfermo alcohólico hacia los grupos de AA [Alcohólicos Anónimos] o a otras instituciones que trabajan con terapias grupales bajo el sistema de los doce pasos, las doce tradiciones y los tres legados característicos de esa organización [(1)].

Simultáneamente los grupos de AA asumen el tratamiento de los enfermos alcohólicos dentro de los grupos de autoayuda-ayuda mutua y dejan al campo médico la atención física, orgánica y psiquiátrica de aquéllos, en especial en lo que refiere a las consecuencias que el proceso de ingesta dejó en el cuerpo de los bebedores considerados como alcohólicos. La organización de AA tiene como objetivo central y específico de su quehacer, el logro de la abstinencia del consumo de bebidas alcohólicas y, como meta más ambiciosa, la sobriedad. Es decir una modificación de los "defectos de carácter", valores y "estilos de vida" de los ujetos que, según su interpretación, están en la base de la ingesta problemática: «...ningún alcohólico verdadero deja de beber permanentemente a menos que sufra un profundo cambio de personalidad» (AA 1987: 7).

Para AA la abstinencia está en riesgo si no se inscribe en un proceso de trabajo personal por medio de una intensa interacción dentro de los grupos, teniendo como guía los doce pasos y las doce tradiciones, base sobre la cual se apoyan la mayor parte de los grupos de autoayuda que refieren a diferentes problemáticas. Idealmente este trabajo se desarrolla en la llamada "terapia" – que tiene lugar en las juntas grupales cerradas – y en el análisis y puesta en práctica de la literatura institucional. Cabe señalar que en el grupo, que fue referente empírico de esta investigación, era claro que las condiciones socioeconómicas de los miembros dificultaban, y en algunos casos impedían, el ideal de sobriedad así como el seguimiento cabal de la totalidad de los doce pasos y la integración grupal horizontal en el intercambio recíproco de la ayuda mutua (Módena M. E. 2009).

11-Módena Allegroni.pmd 326 25/10/2011, 8.59

En este trabajo nos ocuparemos de describir, de manera sintética y referida a un grupo particular de AA, las adscripciones y creencias religiosas de los miembros, sus representaciones respecto a las figuras religiosas presentes en los doce pasos así como algunos aspectos de la ritualidad cotidiana que tiende a la interacción cara a cara entre sus miembros en pos de la construcción de una religiosidad unificadora. La idea guía es mostrar cómo en la articulación de las características religiosas particulares de Alcohólicos anónimos y sus propuestas operativas de interacción ritual se generan las posibilidades de la recuperación. Asimismo cómo estos lineamientos, de orden general y tendientes a la inclusión amplia de miembros, pueden encontrar limitaciones en las condiciones materiales de existencia y en las diferencias sociales intragrupales.

El referente empírico

El grupo de AA en el que realizamos nuestra investigación de campo se encontraba ubicado en la cabecera municipal de una región de población indígena y mestiza con características rurales. Lejos de ser una localidad aislada, esta cabecera – y una porción amplia de la región – han estado y están en estrecha relación con la Ciudad de Toluca, capital del Estado de México, así como con el Distrito federal, capital de la República Mexicana a través del comercio y de un importante proceso migratorio definitivo, o por largos períodos, de hombres y mujeres indígenas y no indígenas hacia ambas ciudades y, también, hacia otras cabeceras municipales con mayor actividad económica. Complementando esta tendencia, albañiles, cargadores, empleadas domésticas, obreros, empleados, acuden a sus trabajos citadinos durante los días laborables y regresan a sus localidades los fines de semana.

Lo anteriormente señalado, de manera por demás sucinta, es importante en términos de esta investigación y no como un "contexto" exterior a la problemática que nos ocupa, ya que varios miembros del grupo vivieron, trabajaron y se incorporaron a AA en alguno de estos lugares receptores del flujo migratorio; lo que implica la construcción de representaciones y prácticas en las que se sintetizan aspectos de la cultura regional con aquellos provenientes de su experiencia laboral y social en los diferentes lugares en los cuales trabajaron, vivieron o frecuentaron. La mayoría de ellos no solamente desarrollaron una parte importante del período de ingesta de su carrera alcohólica en otros contextos sociales, sino que tuvieron diferentes experiencias de intentos de recuperación en otros grupos de AA, en

11-Módena Allegroni.pmd 327 25/10/2011, 8.59

diversas instituciones y rituales religiosos y/o en instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención. Las prácticas y representaciones adquiridas en esos otros contextos y en otros momentos de sus vidas fueron parte del "capital cultural" de recuperación que intervino en su concepción de las formas preferentes de llevar la llamada "terapia" dentro del grupo en que los encontramos.

Los miembros de este grupo fueron siete hombres. Este pequeño número fue el máximo de asistentes estables durante mi estancia en campo y, según ellos, el máximo en toda su historia grupal [(2)]. Si bien la normatividad de AA sostiene que en los grupos puede haber hombres y mujeres sin ningún tipo de diferencia ni discriminación, ya que se reconoce el alcoholismo femenino como una realidad, la única mujer que asistió por única vez al grupo planteó, en una entrevista, que su no asistencia respondía a las restricciones de su familia – esposo e hijas – a la que avergonzaba socialmente que acudiera a un grupo de AA en el que, además, era la única mujer.

Las características más generales de estos varones son las siguientes:

- Luís: primer fundador del grupo, 64 años, preparatoria completa, obrero jubilado con oficio, 25 años en AA, sin recaídas.
- Gabino: 61 años, sin escolaridad, indígena, campesino y trabajador en servicios manuales en el municipio, 10 años en AA, una recaída.
- Rodolfo: 45 años, preparatoria completa, sin trabajo, situación económica crítica, severo daño neurológico, varios ingresos a distintos grupos de AA, dos años en este grupo, sin recaída.
- Manuel: 29 años, 2º año de primaria, ayudante de su padre en negocio, 4 años en el grupo, numerosas recaídas, varios ingresos a otros grupos de AA, daños neurológicos y psíquicos.
- Juan: 30 años, secundaria completa, oficio, 2 años y medio en el grupo, una recaída.
- Ramón: 29 años, preparatoria completa, oficio, trabaja en el taller de su padre, 2 años en el grupo, ninguna recaída.
- Daniel: 45 años, empleado de comercios, 7 años en AA, su presencia en el grupo era eventual pero significativa.

Un elemento común en todos los varones de este grupo era que ninguno de ellos tenía una convicción religiosa denominacional profunda ni referida a los ministros respectivos. No había entre ellos creyentes o militantes imbuidos en las doctrinas y principios de su iglesia de adscripción y/o que tuviese una actitud reverencial u obediente respecto a sacerdotes católicos

11-Módena Allegroni.pmd 328 25/10/2011, 8.59

o ministros de otros cultos. Por el contrario, guardaban un cierto resentimiento hacia esas figuras que habían sido fuente de regaños y reconvenciones hacia su ingesta de alcohol y hacia lo que llamaban la hipocresía de sus discursos. La mayoría de ellos, con excepción de uno de origen protestante, provenía de familias de creencias sincréticas del catolicismo popular mexicano, sin conocimientos doctrinales y asociadas al cumplimiento de rituales y festividades religiosas ligadas a la vida social. La diferenciación entre ellos al respecto se manifestaba, en unos, en la convicción de la existencia de dios; en otros, en la duda y casi certeza de su no existencia. Estos últimos expresaban la necesidad de que la realidad del mismo se manifestara de manera concreta.

Todos habían participado en los rituales religiosos y laicos de la región durante su período de ingesta alcohólica, con una doble función: cumplir con la norma de participación social y beber hasta embriagarse, de acuerdo con la normalización cultural regional de la embriaguez festiva y de la integración social por medio del consumo de alcohol. Simultáneamente – y a partir de un determinado momento de su carrera alcohólica – habían sufrido diversas consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol dentro de una escala con diferentes niveles de gravedad "accidentes, violencias, gastritis, úlceras, cirrosis hepática, daños neurológicos, entre otras".

En algunos casos – y antes de ingresar a AA – habían intentado diversos caminos mágico-religiosos para dejar de beber: juramentos en diversos santuarios como el de la virgen en la Basílica de Guadalupe, en Zapopan o ante el Señor de Chalma; "limpias" [3] como terapéutica para la brujería causante de su problema con el alcohol y/o o ingresos, por parte del mismo sujeto, a diferentes iglesias protestantes históricas y a Nuevos Grupos Religiosos. Sin embargo, la utilización de estos recursos estuvo condicionada – más que a la convicción de su posible eficacia – a la presión de "otros", casi siempre familiares, involucrados en las consecuencias negativas del consumo del bebedor. Pero también a la desesperación de éste ante la imposibilidad de controlar la bebida y de resistir la presión social para beber, frente a la sintomatología del daño que ésta le provocaba. Estas prácticas se llevaron a cabo para «hacer algo», «a ver si es buena».

Por estos métodos la posible resolución del problema era "externa", ajena a sí mismos y vehiculizada por medio de agentes y poderes sobrenaturales; pero todos ellos plenos de alta aceptación y legitimidad social, al menos en términos de grupos sociales diferenciales. Métodos dirigidos a suspender el consumo, no a eliminarlo de su horizonte de futuro ya que la aspiración era, y en algunos casos continuaba siendo, constituirse en un bebedor

11-Módena Allegroni.pmd 329 25/10/2011, 8.59

social. En términos de Aa, porque no había un conocimiento y/o aceptación de ser un "enfermo alcohólico", haber llegado a un "fondo de sufrimiento" y derrotarse frente al alcohol. Ese fondo de sufrimiento es el motor que impulsa a la búsqueda de ayuda y – en su caso – al ingreso a Aa. El miedo, la desesperación ante las diversas consecuencias negativas sufridas, el sentir "hundirse en un pozo negro", el "sentirse morir", "querer morir" y "temer morir" caracterizan el padecimiento particular, situacional y relativo a cada uno de los sujetos. En términos de William James, una de las fuentes teóricas de Alcohólicos Anónimos, «las experiencias de transformación espiritual casi siempre se fundan en calamidades y colapsos» (citado por Blumberg L. 1977: 2124).

Siguiendo a Ernesto de Martino – y con conciencia de las diferencias entre ambos contextos culturales y respecto a la profundidad del pensamiento del Autor – pienso ese "fondo de sufrimiento" como una "crisis de la presencia"; cuando la «labilidad se vuelve un problema, cuando se siente el riesgo que corre en medio de la angustia y cuando requiere de un orden cultural definido que valga como sistema que garantice la seguridad del existir amenazad» (de Martino 1985: 191).

Ese orden cultural lo provee Alcohólicos anónimos, en sus adaptaciones particulares, con la salvedad que es un orden cultural que otorga significación al consumo y a la abstinencia del alcohol para algunos tipos de alcohólicos y dentro de una gama de contextos socioculturales pero que, de ninguna manera, funciona para y en la totalidad de los mismos.

La religión en Aa

Tanto en la literatura como en los doce pasos aparecen dos figuras que remiten de manera amplia al campo simbólico que, en la tradición antropológica, se ha llamado el "mundo sobrenatural" y que, en la práctica de los grupos Aa en México, adquiere características más o menos vinculadas a expresiones religiosas según sea la composición de los mismos en términos de creencias al respecto. Estas dos figuras son el Poder superior "segundo paso de Aa" y Dios "tercero, quinto, sexto, séptimo y decimoprimero pasos de Aa".

Cuando en la literatura y en los grupos de Aa se menciona repetidamente a dios, también se menciona que es un dios como cada quien lo conciba. Es decir que en la literatura y en la práctica de los grupos la figura divina no se adscribe a ninguna deidad en particular ni a ningún cuerpo religioso

11-Módena Allegroni.pmd 330 25/10/2011, 8.59

específico. En este sentido considero que AA sí tiene una perspectiva religiosa amplia que remite a la existencia de una divinidad inespecífica. Como señala (BELLAH R. 1979: 230):

> «[...] cuando los sistemas de símbolos religiosos dominantes son rechazados podemos considerar como "religiosas" las soluciones particulares que los individuos y grupos dan a sus problemas fundamentales de orientación e identidad» (BELLAH R. 1979: 230).

Asimismo AA explicita que es un dios amoroso; ni juez, ni castigador. Estas dos perspectivas tienen importancia inclusiva ya que, por un lado, no hay discriminación entre distintas religiones y simultáneamente, se presenta una opción unívoca y diferente respecto a algo que nuestros informantes – y que pareciera recurrente en otros contextos – señalan con insistencia: las amenazas que recibieron de ser castigados por su manera de beber en diversas instancias (escolares, familiares, policiales, médicas, divinas y ambiguamente en las laborales). La imagen del pecador y del vicioso es eliminada en la particular perspectiva religiosa de AA[4] y sustituida por la imagen y la noción de un enfermo alcohólico que puede ser cuidado por un dios cultural o personalmente concebido.

Como dijimos una cuestión central se abre y diferencia a los sujetos a partir de estos dos principios: la creencia o no en la existencia de esa divinidad. Ligada a esto, y a la capacidad divina de ayudar en el proceso de recuperación, se encuentra la noción del Poder superior.

Para los creyentes en la existencia de un dios se establece una identidad entre éste y el Poder superior. Los Doce pasos, en esta perspectiva, tienen coherencia entre ellos, y el "despertar espiritual" se concibe como una relación directa con dios y producto de su acción. Asimismo se acepta sin cuestionamiento la Segunda Tradición de AA, que vincula a aquél con cada grupo de AA, al colocarlo como autoridad que se manifiesta en la "conciencia" del grupo.

Así Gabino dice: «El Poder superior es dios, como yo lo entiendo. Yo le pido a ese dios que me ayudara, que me diera fortaleza y hasta el día de hoy pues trato de ser mejor no como yo quiero sino como la voluntad de dios. Para mí primero es dios y después mis compañeros. Gracias a dios y a estos hombres yo crecí espiritualmente».

Para los AA sin convicción respecto a la existencia de dios – a diferencia de lo planteado por muchos AA – no es el primer paso el que implica las mayores dificultades:

> «Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables» (Primer Paso de Los doce pasos de AA).

11-Módena Allegroni.pmd 331 25/10/2011, 8.59

La mayor dificultad para ellos residió en el segundo paso que implica la aceptación del Poder superior:

> «Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio» (Segundo Paso de Los doce pasos de AA).

Una pregunta que nos hicimos en las primeras aproximaciones a la literatura de AA fue por qué en el segundo de los Doce pasos no se menciona a dios sino a un poder superior que tendría la capacidad de devolver el sano juicio.

Más allá de lo interesante de la utilización del verbo "devolver" – que implica la noción que el sano juicio existía previamente en los sujetos y que fue, en mi interpretación, perdido o sustraído por otro poder superior (el del alcohol y las relaciones sociales vinculadas a su consumo) dando lugar a la enfermedad caracterizada por un "juicio enfermo" – el Poder superior queda librado a una imprecisión mayor. Esta imprecisión es la que permite a los dudosos y a los no creyentes en la existencia de dios colocar ese poder en el grupo al que ingresan y, de manera simbólica, en Alcohólicos anónimos como un todo. Para éstos no es dios el que se manifiesta en el grupo, es la interacción vincular, la religiosidad como religación en el intercambio por medio de la palabra con los otros alcohólicos de experiencias similares signadas por el alcohol, las relaciones de ayuda mutua que se establecen en los grupos las que se constituyen en el poder superior que, en un largo proceso, producirán la "reinstalación" del sano juicio. En este sentido, como han señalado algunos autores, el Poder superior del alcohol y de las relaciones sociales alcoholizadas se sustituyen por otro Poder superior: en algunos el de dios y de las relaciones sociales en el grupo; en otros, el que corresponde al poder superior existente en esas relaciones y en una *durkheimniana* "conciencia del grupo".

Así lo expresaban dos de nuestros informantes:

> Juan: «En ese segundo paso yo no sabía ni qué, no entendía como era ese poder. Si creo en ese poder superior. Pero no es dios porque si es dios ¿Cómo es? ¿Qué hace? Yo veo al grupo, a mis compas, a mi padrino, lo que hacen...».
>
> Luis: «No conocemos a dios, yo quería que se manifestara a fuerzas, él personalmente, en la forma que sea pero que se presente con voz, con... ¡Sepa la bola! Quiere saber uno verdaderamente de su existencia. Después de leer y releer con un compañero y con otro... y cómo lo veía y cómo lo sentía... es muy difícil para un alcohólico entender eso, de veras. Es la fase primordial para un alcohólico ese segundo paso, no el primero. Tener que aceptar la fórmula de una fe, sin pensar en la fe que dizque tenía uno; quitarse el arraigo familiar de su pensamiento, todo eso es una situación tremenda en la mente de uno. ¿Quién era dios, cómo? Nunca podía encontrar una fór-

11-Módena Allegroni.pmd 332 25/10/2011, 8.59

> mula que me ayudara. Y leía y leía pero no entendía. Ya después en el transcurso del tiempo, encontrando la recuperación, ese equilibrio emocional, todo lo que encontré en la literatura y en el trabajo con los compañeros y con los alcohólicos en actividad. Nunca vi un milagro pero sí vi lo que AA ha logrado».

Esta certeza respecto a conferir al grupo y al trabajo conjunto la cualidad de un Poder superior, señalada por otros autores (BRANDES S. 2004, BARRIGUETE A. 1996, SÁNCHEZ M.A. 2007), se manifiesta sintéticamente en uno de los textos usuales de AA y que suele estar colocado en los muros internos de los locales en los que funcionan los grupos: «Si no asistes a la juntas no preguntes por qué recaes».

Como afirmara (DENZIN N. 1987: 102), la meta de la abstinencia y la sobriedad se logra individual y colectivamente en el grupo que provee una arena de interacción en la que la recuperación del alcoholismo puede ser realizada sobre bases cotidianas; las bases que se promueven y desarrollan dentro del ritual de las juntas de recuperación. Juntas pautadas ritualmente y en las que aspectos de ese ritual y los elementos del mismo – como la tribuna – pueden ser interpretados de diferentes maneras según las representaciones previas que los miembros del grupo tengan respecto a los mismos. Representaciones que no necesariamente se vinculan a aspectos religiosos sino a las asociaciones que ellos realizan respecto de esos elementos rituales.

Por su parte los creyentes en la divinidad como poder superior sostienen que en esas juntas y en la palabra de los alcohólicos en la tribuna se expresa y manifiesta la presencia de dios.

Un objetivo central del proceso de recuperación dentro de AA y estrechamente vinculado a él es el "despertar espiritual". No es precisa la noción de lo espiritual y los diferentes miembros le otorgan significados distintos. Para los creyentes la relación con la fe en dios es inmediata. También para autores como (PALACIOS J. 2009) gran parte de la "magia" y eficacia del programa reside en la dimensión espiritual de éste, vinculada a las creencias religiosas en un sentido amplio y reforzadas por la acción simbólica dentro de los grupos.

Desde otra perspectiva (BARRIGUETE A. 1996: 205) plantea que el "despertar espiritual" que tiene lugar en el proceso del sujeto dentro de AA es equivalente a lo que en psicoanálisis es la toma de conciencia de la enfermedad que, en este caso, sería la aceptación de ser un alcohólico.

En los primeros textos de AA y en los relatos casi míticos de su fundación se relata la experiencia espiritual de uno de sus fundadores como "un

11-Módena Allegroni.pmd 333 25/10/2011, 8.59

momento de iluminación" que ocurre súbitamente. Sin embargo en Alcohólicos Anónimos. Este es el libro grande (1998: 232) se señala:

> «[...] muchos alcohólicos [...] han llegado a la conclusión de que para recuperarse, tienen que adquirir una inmediata y arrolladora "conciencia de Dios", seguida inmediatamente de un gran cambio de sentimientos y de actitud. [...] La mayoría de nuestras experiencias son de las que el psicólogo William James llama "variedad educacional", porque se desarrollan lentamente durante un período de tiempo».

Los "cambios espirituales", dentro de las concepciones dominantes en AA remiten a un proceso de modificaciones en los juicios, actitudes y valores considerados erróneos y causantes, en gran medida, de la ingesta de alcohol. En esta mudanza se abandonan los "defectos de carácter", al menos en su acción. Es decir, en las consecuencias que tienen en las relaciones sociales cara a cara y en el tipo de actividades que se pueden desempeñar sin consumir bebidas alcohólicas. Defectos que, en su versión más próxima a las creencias religiosas cristianas, se asocian con el pecado.

Pero ¿Qué era para nuestros informantes "lo espiritual"? Para algunos se vinculaba a las emociones y no a las acciones. Los defectos de carácter no se asocian al pecado sino a los sentimientos, los estados de ánimo, los impulsos, el "carácter". Para otros, el sentimiento de pecado permanece aunque esta noción no sea mencionada dentro de las propuestas y los principios más generales de AA.

Luís: «La recuperación consiste en ver que aunque no beba las causas continúan. No desaparecen los estados de ánimo, el carácter, los problemas económicos, de relación, etcétera. El programa implica un trabajo permanente sobre uno mismo para ser cada día mejor – no económicamente – sino espiritualmente. Aceptarse en las emociones negativas para controlarlas y darles a los otros alcohólicos apoyo y guía. AA no soluciona los problemas de ansia de poder, de sentirse importante, ayuda a vivir con esa ansia. El llamado historial es un relato de las barbaridades cometidas pero lo importante es el inventario moral que no es de hechos cometidos sino de emociones sentidas. La ganancia espiritual es la ganancia de paz interior y la paz interior permite trabajar».

Es lo que Ramón, creyente respecto a la existencia de dios, sintetiza: «He dejado de beber, he dejado la marihuana, pero tengo dificultades, no puedo encontrar la paz espiritual, sentirme mejor y aunque no hago las cosas que hacía antes cuando bebía, no tengo tranquilidad, tengo mucha angustia y mal humor».

Estos varones no mencionaron estar a la espera de un momento de "iluminación", de una re-edición del mito de origen de la institución. Desde su fe

11-Módena Allegroni.pmd 334 25/10/2011, 8.59

religiosa particular o desde la noción afectivo-ética de la espiritualidad transitan, desde sus posibilidades particulares, el trabajoso camino de la aceptación de sus defectos y el reconocimiento de sus logros dentro de Alcohólicos anónimos. Este proceso se desarrolla por medio de la construcción de la religiosidad cotidiana, que tiene lugar en el ritual de las juntas cerradas de recuperación, que vincula a sus miembros por medio del "habla" de sus historias, sus relaciones cara a cara y sus prácticas de servicio dentro y fuera del grupo con el, a veces, difícil ejercicio del anonimato en cumplimiento de los tres legados de Alcohólicos anónimos: Recuperación, Servicio y Unidad.

El ritual

¿Qué características tienen las juntas cerradas de AA? En ellas tiene lugar una de las tareas centrales de los grupos, la que refiere a la incorporación de los miembros dentro de los principios de la organización por medio de la vinculación entre ellos y la construcción de su identidad como miembros de AA, es decir como enfermos alcohólicos en recuperación. En ellas, en su ritualidad, se construye y despliega la religiosidad inmediata y la construcción paulatina de la religiosidad mediata: aquélla que refiere a la unión simbólica con Alcohólicos anónimos como un todo.

La información bibliográfica – y la que pude obtener de manera directa en otros grupos de AA – muestra un guión ritual similar con variaciones que refieren a preferencias formales – como el uso o no de la tribuna – ancladas en concepciones que privilegian aspectos vinculados al relato de la carrera alcohólica y sus consecuencias negativas o al trabajo sobre la literatura. Otra variación refiere al uso del lenguaje considerado más coherente con los cambios logrados dentro de AA o la continuidad con formas de habla consideradas como propias del período de ingesta de alcohol. Los lineamientos de AA posibilitan estas variaciones al expresar:

> «Alcohólicos anónimos no tiene un verdadero gobierno. Cada grupo es libre para decidir sus propias costumbres y maneras de efectuar sus juntas, en tanto no dañe a otros grupos o a AA como un todo» (*Una breve guía de AA*, 2003).

El ritual dentro del grupo de AA que fue referente empírico principal de esta investigación consistía en un ciclo semanal de lunes a sábado de sesiones cerradas vespertinas de hora y media y una sesión dominical diurna entre las doce y media y las catorce horas. Esta sesión dominical difería cualitativamente de las otras porque a ellas llegaban los llamados "preliberados".

11-Módena Allegroni.pmd 335 25/10/2011, 8.59

Las sesiones tenían lugar en un local cerrado cedido gratuitamente por una de las clínicas del poblado. Este espacio de interacción social, de establecimiento de relaciones sociales pautadas ritualmente y tendientes a la ayuda mutua para el abandono de la ingesta, se distinguía e identificaba con el nombre del grupo Vida y el logo triangular con sus lados característicos de los tres legados: recuperación en la base del triángulo, unidad y servicio en los catetos laterales. El mismo puede ser entendido como un emblema, en el sentido de Durkheim, como una expresión colectiva de un sentimiento de unidad dado por una identidad otorgada por padecer el alcoholismo, practicar el anonimato hacia el interior y el exterior del grupo, estar en el proceso permanente de recuperación y brindar servicio a los otros alcohólicos en actividad o en recuperación. Emblema que, además, es una señalización para aquéllos que están buscando un grupo, ya sea para ingresar por vez primera, ya sea porque se encuentran lejos de su grupo de pertenencia habitual y no pueden – ni quieren – "abstenerse" de su junta de recuperación.

El espacio ritual se definía por diversos elementos del mobiliario y la decoración de los muros: la reproducción de un dibujo del rostro de Bill W., uno de los fundadores de AA; el logo de AA detrás de la tribuna – que ocupaba el lugar central al frente del pequeño local – El texto de la oración de la serenidad [5] – que se pronuncia diariamente al finalizar la sesión – y el lema líneas arriba citado que refiere a la importancia de no faltar a las juntas, se mostraban en la pared lateral. Bancas de madera, mesa y silla para el coordinador, un pequeño librero para la literatura de AA y una mesa ubicada en el fondo del local, destinada a la preparación de café y té, completaban las existencias del modesto local. Si bien el espacio destinado a esta mesa y las prácticas que se desarrollan en él pueden parecer "exteriores" al ritual, son parte del mismo. No son parte de lo "profano", sino espacio y prácticas en el que y por medio de las cuales uno de los miembros del grupo, auto propuesto, ejerce una de las vías del servicio en AA. En la práctica de la "humildad" y de la "buena voluntad" prepara y acerca café, té y agua a los miembros del grupo que participan desde la tribuna o escuchan desde las bancas.

El ingreso y la pertenencia a AA se pueden considerar como un "rito de paso" de una categoría social a otra: de alcohólico en actividad a alcohólico en recuperación. Hay que analizar, lo que excede los límites de este trabajo, si es que existe en este paso un período de liminalidad y qué complejidad adquiere en una institución en la que, siendo parte de una nueva categoría, se consume alcohol en lo que constituye la frecuente práctica de la recaída. O más bien habría que pensar que este rito de paso es de una

11-Módena Allegroni.pmd 336 25/10/2011, 8.59

categoría social – la de alcohólico en actividad – a una categoría que es un permanente proceso social de recuperación, que nunca concluye; porque la posibilidad de la recaída disminuye con la antigüedad y la práctica dentro de AA, pero nunca desaparece del horizonte de lo posible.

No describiré, en las páginas de este artículo, todos los momentos del ritual que cotidianamente se desarrollan en los grupos, pero sí quisiera señalar que es un ritual que promueve – aunque en casos no lo logre cabalmente – relaciones sociales cara a cara cualitativamente diferentes de aquéllas que se establecían por medio del alcohol y para consumir alcohol. No es un ritual que, siguiendo a Leach, solamente "dice algo" sino que "hace algo". Si bien no es un rito de curación – ya que AA considera lidiar con una enfermedad incurable – tiende a modificar prácticas y relaciones sociales del sujeto. Eduardo Menéndez, en su artículo *Las múltiples trayectorias de la participación social* plantea la notoria frecuencia de las reuniones de los AA y las implicaciones emocionales de las mismas en sujetos que comparten un padecer común a todos los miembros del grupo «de tal manera que la identidad, pertenencia y relaciones con los otros se basan en un padecimiento común» (MENÉNDEZ E. 2006: 72) Por lo tanto es el padecimiento el que establece la posibilidad de una participación "comunitaria". Es el padecimiento del alcoholismo que abre la posibilidad de la unidad en la recuperación promoviendo la ayuda mutua por medio de la religación de los miembros en la construcción del Poder superior grupal y de Alcohólicos anónimos como totalidad.

Sin embargo, quisiera agregar que la religación entre los miembros así como las implicaciones emocionales fueron, en nuestro referente empírico, situacionales. Hubo juntas y momentos de intensa vinculación emocional e identificación grupal. Pero las desigualdades en las pertenencias y expectativas socioeconómicas de los miembros y las diferencias en las posiciones respecto a las formas de encarar la dinámica grupal, en lugar de quedar en el "anonimato", jugaron dentro de este conjunto y fueron fuente de fricciones y rupturas.

Además quiero señalar, de manera superficial y en los límites de esta presentación, que la lucha entre los dos poderes – el poder del alcohol /el poder superior de AA – al interior de cada alcohólico en recuperación y de la dinámica grupal específica, se desarrolla en la literatura como una lucha aislada, fuera de las situaciones sociales cotidianas o mencionadas como problemáticas y que no tienen que interferir en la dinámica de los grupos y en la dedicación de los sujetos a su trabajo personal en AA, o por lo menos que esas situaciones, y los conflictos derivados de ellas, pueden ser metabolizables en los grupos.

11-Módena Allegroni.pmd 337 25/10/2011, 8.59

Para nosotros, que trabajamos con sujetos pertenecientes a conjuntos sociales subalternos, con condiciones socioeconómicas agudamente diferenciales entre ellos dentro de la subalternidad, que habitan en localidades pequeñas en las que es difícil desconocer las inserciones sociales de los otros miembros y que, en algunos casos, no practicaban el anonimato interno prescripto respecto a esas inserciones, esa lucha se articula con otro poder superior, aquél de las condiciones materiales y sociales de existencia que, a través del desempleo, la subordinación, la cooptación, los obliga a transaccionar con valores y prácticas que se alejan de la "espiritualidad".

En un texto anterior a este (Módena M. E. 2009: 37-38) señalamos:

> «Estos varones tenían dificultades para conseguir trabajo porque, según algunos de ellos, su pasado de alcoholismo y de fallas reiteradas en sus obligaciones asociadas al mismo, les había generado antecedentes de malos y poco confiables trabajadores. Durante el proceso de recuperación, abandonada la ingesta y restablecidas sus capacidades laborales, en los casos en que esto fue posible, vendían su fuerza de trabajo a menor precio que sus pares de oficio o actividad. Esto les permitía obtener ocupación remunerada y, al mismo tiempo que les ofrecía una oportunidad de resolver su sobrevivencia, beneficiaba a aquellos que los empleaban y, simultáneamente, los controlaban. Al mismo tiempo, la competencia desleal que significaban para otros trabajadores les acarreaba dificultades sociales que los colocaba en el círculo de la reproducción de la dependencia con sus empleadores. Si en otros momentos históricos las deudas por alcohol, o el pago al trabajo con alcohol, fueron formas de utilizar la bebida como instrumento de sujeción de los trabajadores, hoy estos trabajadores que nos ocupan reproducen su subalternidad también a través del alcohol. Un alcohol que ya no es ingerido pero que está presente como marcador social de su condición y situación laboral».

Notas

(1) Los 12 pasos de AA constituyen el núcleo, junto con los 12 tradicionales, del programa para la recuperación del alcoholismo. No se conciben, idealmente como acciones obligatorias, pero si como la propuesta institucional indicada para la recuperación.

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, *como nosotros lo concebimos*.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.

11-Módena Allegroni.pmd 338 25/10/2011, 8.59

7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido, y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal, y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, *como nosotros lo concebimos*, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y practicar estos principios en todos nuestros asuntos.
    Las doce tradiciones son los principios básicos de AA, producto de la experiencia de los alcohólicos en recuperación para dar respuesta a la necesidad de mantener la unidad y sobrevivencia de la organización y garantizar la permanencia y unión de sus miembros.
    Los tres legados se encuentran inscritos en el emblema triangular de AA y consisten en el objetivo central de AA: la recuperación así como las dos vías ineludibles para lograrla: la unidad y el servicio.

(2) A las reuniones ordinarias de los grupos de AA pueden llegar miembros de otros grupos que, circunstancialmente, no están próximos a su grupo habitual o que van a compartir su experiencia en otros grupos y a recibir la de ellos. También pueden llegar invitados de distintas características, que adhieren a las perspectivas y prácticas de AA (psicólogos, médicos, psiquiatras, teólogos, sacerdotes católicos, pastores protestantes) a dar pláticas sobre temas específicos relacionados, directa o indirectamente con el consumo de alcohol, sus consecuencias y la conveniencia de la abstinencia, así como los caminos para lograrla. En el grupo Vida era frecuente que los domingos llegaran los "preliberados": personas que habiendo cometido un delito en estado de embriaguez, eran liberadas antes del cumplimiento de la totalidad de la condena con la condición de asistir a las sesiones dominicales de este grupo de AA, teniendo que presentarse el lunes en el penal con la constancia escrita, sellada por AA, de su asistencia.

(3) La "limpia" es un procedimiento ritual dirigido a la prevención, el diagnóstico y/o alivio de un conjunto amplio de enfermedades producidas, entre otros, por entes invisibles con volición o sin ella; por brujería; por emanaciones perniciosas que transmiten algunas personas a sus semejantes o por la pérdida de un aspecto anímico. El ritual, de manera simplificada, consiste en frotar al doliente con ramos de hierbas, huevos y otros objetos considerados purificantes y sagrados. Sin embargo, aun cuando esta sea la operación fundamental del tratamiento, existen tantas variantes como curanderos que la practican. (*Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*, II, 1994: 538).

(4) Una línea diferenciada dentro de AA en México y auto designada como "grupos 4º y 5º paso" asocian los "defectos de carácter" a los 7 pecados capitales y revelan una adscripción cristiana que, a nuestro entender, se aleja de la política inclusiva de AA fundamentada en una religiosidad no denominacional.

(5) Oración de la Serenidad: «Señor, dame la serenidad para aceptar aquello que no puedo modificar, voluntad para cambiar lo que es posible y sabiduría para distinguir entre ambas cosas».

Bibliografía

Alcohólicos Anónimos (1989 [1967]), *Tal como la ve Bill. La forma de vida de AA*, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Alcohólicos Anónimos (1998 [1976]), *Alcohólicos Anónimos. Este es el Libro Grande*, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

11-Módena Allegroni.pmd 339 25/10/2011, 8.59

Alcohólicos Anónimos (2003), *Una breve guía de Alcohólicos Anónimos*, Ed. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, México.

Barriguete Armando (1996), *Lo que el vino se llevó*, Ed. Diana, México.

Bellah Robert (1979 [1968]), *Sociología de la Religión*, pp. 227-233, en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, vol. IX, Ed. Aguilar, Madrid.

Blumberg Leonard (1977), *The Ideology of Therapeutic Social Movement: Alcoholics Anonymous*, "Journal of Studies on Alcohol", vol. 38, n. 11, 1988, pp. 2122-2143.

Brandes Stanley (2004 [2004]), *Estar sobrio en la Ciudad de México*, Ed. Plaza y Janés, México.

Cohen Hugo (2008), *El Alcoholismo en la Región de las Américas*, pp. 61-71, en *Visiones y Actores del Debate. III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires-Intercambios, Buenos Aires.

Cortés Beatriz (1992 [1988]), *La funcionalidad contradictoria del consumo colectivo de alcohol*, "Nueva Antropología", vol. X, n. 34, noviembre 1988, pp. 157-185.

Cortés Beatriz (1992), *Instituciones médicas y "alcoholismo", o de la inexistencia del paciente alcohólico*, pp. 91-136, en Menéndez Eduardo (editor), *Prácticas e ideologías "científicas"y "populares" respecto del "alcoholismo" en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Colección Miguel Othón de Mendizábal, México.

de Martino Ernesto (1985 [1948]), *El mundo mágico*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Denzin, Norman (1987), *The recovering alcoholic*, Sage, London.

Leach Edmund (1979 [1968]), *Ritual*, pp. 383-388, en *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*, vol. IX, Ed. Aguilar, Madrid.

Menéndez Eduardo (1987), *Alcoholismo II*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo (1990), *Morir de alcohol*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Alianza Editorial, México.

Menéndez Eduardo (1992 [1990]), *Etnografía y alcoholismo: la construcción metodológica de un problema*, pp. 9-19, en Menéndez Eduardo (editor), *Prácticas e ideologías"científicas" y "populares" respecto del "alcoholismo" en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Colección Miguel Othón de Mendizábal), México.

Menéndez Eduardo - Di Pardo Renée (1987), *Los patrones socioculturales de consumo de alcohol. Un intento de síntesis*, pp. 95-108, en Menéndez Eduardo (editor), *Alcoholismo II*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo - Di Pardo Renée (1996 [1987]), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Colección Miguel Othón de Mendizábal), México.

Menéndez Eduardo - Spinelli Hugo (coordinadores) (2006), *Participación Social ¿Para qué?*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

Módena María E. (2009), *Diferencias, desigualdades y conflicto en un grupo de Alcohólicos Anónimos*, "Desacatos" (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social), n. 29, enero-abril 2009, pp. 31-46.

Palacios José (2009), *Espiritualidad, inversión del estigma y transformación del sujeto: una comunidad de Aa en el norte de México*, "Desacatos" (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social), n. 29, enero-abril 2009, pp. 47-68.

Sanchez María - A. (2007), *Procesos de re-socialización en un grupo de Alcohólicos Anónimos y su papel en el control del alcoholismo*, Tesis de maestría en Antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Turner Víctor (1988 [1969]), *El proceso ritual*, Ed. Taurus, Madrid.

Zolla Carlos (editor) (1994), *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, vol. II, Instituto Nacional Indigenista, México.

11-Módena Allegroni.pmd 340 25/10/2011, 8.59

Nota sobre la Autora

María Eugenia Módena Allegroni nació en la Ciudad de La Plata, República Argentina el 30 de enero de 1947. Cursó los estudios de primaria, secundaria y preuniversitarios en la escuela y liceo pertenecientes a la Universidad nacional de La Plata. En la Facultad de ciencias y museo, de la misma universidad, se graduó como Licenciada en antropología en 1973. En 1976, a raíz del golpe militar que se produjo en la Argentina como parte de la conocida Operación Cóndor, emigró a México con su familia, donde reside de manera ininterrumpida desde esa fecha. Como graduada fue docente en la casa de estudios en la que obtuvo su licenciatura, en la Facultad de humanidades y en la Escuela de Bellas artes de la Universidad platense así como en la Facultad de filosofía y letras de la Universidad nacional de Buenos Aires.

En México obtuvo su grado de maestría en la Escuela nacional de antropología e historia con la tesis *Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica*, por la que obtuvo el Premio Miguel Othón de Mendizábal a la mejor tesis de maestría en el año 1987 y es candidata a doctora en Antropología en esa institución. Desempeñó tareas de investigación en el Instituto nacional de antropología e historia, en el Centro de estudios económicos y sociales del tercer mundo y desde 1984 es investigadora, docente, directora de tesis y miembro del Seminario permanente de Antropología médica, en el Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (Ciesas). Ha sido profesora de licenciatura y maestría en la Escuela nacional de antropología e historia de México.

Entre sus publicaciones se encuentran: *Pasaporte de culturas. Viaje por la vida de un judío ruso en México* (México, Inah, 1982)*; Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica* (México, Ciesas, 1990); *Géneros y generaciones. Etnografía de las relaciones entre hombres y mujeres en la Ciudad de México (*en colaboración con Zuanilda Mendoza, México, The Population Council - Edamex, 2001)*,* así como artículos en publicaciones periódicas y en libros colectivos.

Resumen

Religiosidad, ritualidad y relaciones sociales en un grupo de Alcohólicos Anónimos

En este artículo se describen algunas similitudes y diferencias respecto a las creencias religiosas existentes en un conjunto de varones pertenecientes a un grupo de Alcohólicos anónimos (Aa) en México. Vinculado a esto se describen las nociones de Poder superior y la particular caracterización de la divinidad así como las representaciones que los miembros tienen respecto de estas nociones y del llamado "despertar espiritual". El ritual, como práctica cotidiana dentro de Aa, tiende a generar una identidad compartida y la modificación de la cualidad en las relaciones sociales de los miembros, pero es acotado en sus posibilidades por las condiciones socioeconómicas desiguales de los participantes del grupo.

11-Módena Allegroni.pmd 341 25/10/2011, 8.59

Riassunto

Religiosità, ritualità e rapporti sociali in un gruppo di Alcolisti anonimi

In questo articolo si descrivono alcune somiglianze e differenze rispetto alle credenze religiose esistenti in un gruppo di uomini alcolisti anonimi (AA) in Messico. A partire da questo si affrontano le nozioni di Potenza superiore, e la particolare caratterizzazione della divinità così come le rappresentazioni che i membri producono rispetto a tali nozioni e al cosiddetto "risveglio spiritutale". Il rituale, come pratica quotidiana all'interno del gruppo AA, tende a generare una identità condivisa e la modificazione della qualità dei rapporti sociali dei membri del gruppo. Tuttavia questo processo appare ostacolato nelle sue possibilità a causa delle disuguaglianze sociali ed economiche dei pratecipanti al gruppo.

Résumé

Religiosité, ritualité et relations sociales dans un groupe des Alcooliques anonymes

Cet article décrit les ressemblances et les différences qui existent entre quelques hommes qui, au Mexique, appartiennent á un groupe d'Alcooliques anonymes (AA), au sujet de leurs croyances religieuses. Il décrit également leur caractérisation de la divinité et leurs représentations des notions de Pouvoir Suprême et du soi disant "réveil spirituel". Au sein de AA, le rituel, considéré comme une pratique quotidienne, tend à générer une identité en commun et une transformation dans la qualité des rapports sociaux parmi les membres du groupe. Les effets qu´il entraîne sont cependant limités par les inégales conditions socioéconomiques des participants.

Abstract

Religion, ritual and social relations in a group of Alcoholics Anonymous

This article describes some similarities and differences about the religious beliefs in relation to a group of Alcoholics Anonymous (AA) male members in Mexico. Linked to this, the Author describes the notion of "High Power" and the peculiar characterization of divinity and their representation within the members of the group as well as what "spiritual awakening" means. The ritual as a daily practice within AA tends to generate a share identity and a modification in the quality of the social relations among the members of the group. Nevertheless this is delimited in the possibilities by the social and economical inequalities of the group participants.

11-Módena Allegroni.pmd 342 25/10/2011, 8.59

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 343-363

Estrés y emoción entre un grupo de operadoras telefónicas

Josefina Ramírez Velázquez

Escuela nacional de antropología e historia (Enah) - Instituto nacional de antropología e historia (Inah)
[josefinaram@prodigy.net.mx]

Introducción

> «Tras una disputa salarial y por no lograr una promoción, encolerizado un contador de Lotería en Connecticut llegó a su trabajo por la mañana, colgó su chaqueta y entonces metódicamente apuñaló a cuatro de sus jefes, a uno de ellos lo alcanzó en el parque del estacionamiento, después volvió el arma sobre sí mismo» ["New York Times", marzo 7 de 1998].
>
> «Armado con un rifle AK-47 un trabajador despedido mató a cuatro de sus anteriores colaboradores en un patio de mantenimiento en un suburbio de Los Angeles, y antes que la policía le disparara, se quitó la vida» [*Obrero despedido mata a cuatro y después se suicida*, 1997].

Historias como éstas, en los años Noventa y cada vez con mayor frecuencia, se convirtieron en noticias de ocho columnas, además de una problemática central en algunas instituciones laborales y diversas compañías de seguros norteamericanas. En 1996 el homicidio fue la segunda causa principal de muerte relacionada al trabajo (Toscano G.A. - Windau J. A. 1998), y ese mismo año, dieciocho mil trabajadores sufrieron lesiones no mortales, aunque sí incapacitantes, debido a ataques y actos violentos (Us Department of Labor 1998).

La violencia y agresión en el lugar de trabajo, observada por algunas compañías de seguros, sugiere que el estrés puede ser su causa y efecto. Mientras, algunos estudiosos consideran que la hipótesis de la frustración-agresión puede ser explicada al articular el estrés y las conductas agresivas en el trabajo; pues varios resultados de investigaciones norteamericanas están evidenciando la relación existente entre frustración, estresores laborales "ambigüedad de rol, conflicto de rol, conflicto interpersonal" y agresión interpersonal, sabotaje y hostilidad (Chen P. - Y. - Spector P.E. 1997 [1992]), e incluso, han hecho pensar en la relación existente entre estresores de

12-Ramírez Velazquez.pmd 343 28/11/2011, 15.37

trabajo y reacciones emocionales, tales como el enojo (Hodapp, *et al*. 1988) y sentimientos de hostilidad (Houston B. K. - Kelly K.E. 1989).

A nivel internacional, la literatura sobre estrés organizacional y frustración muestra un eslabón teórico y empírico entre estrés y agresión en el lugar de trabajo. No obstante, algunos autores (Glomb T. - M. *et al*. 2002) subrayan que la dirección causal de tal relación es cuestionable y, de hecho, esta relación puede ser dinámica. Pero ¿Qué pasa en nuestro país al respecto? ¿Qué sabemos sobre lo que desata el estrés laboral? ¿Cómo estamos pensando en esta relación entre frustración / estresores / conflicto interpersonal, que los psicólogos organizacionales de otros países están ponderando?

Entre 2000 y 2001 se llevó cabo un estudio sobre estrés con un grupo de operadoras telefónicas de la empresa Telmex. Algunos colegas que escucharon por primera vez la exposición de los lineamientos de la investigación se sorprendieron pues, en general, se cree que el trabajo de operadora telefónica es muy sencillo ya que significa tan sólo responder el teléfono. Pero después de ser presentados los primeros registros de campo, tras ser mencionado que la voz que responde al teléfono es la de una mujer atribulada por las nuevas formas de trabajo que exigen un control de las emociones, una economía en los gestos, actitudes corporales y pensamientos en los cuales, por cierto, lo externo al trabajo – o sea la familia – debe quedar fuera y controlarse para rendir mejor, dichos colegas, descubrieron un mundo de conflictos que impedía seguir pensando en el estrés tan sólo como una reacción neurohormonal, para advertirlo desde una lógica de explicación causal sociopolítica, definida por sentimientos de pérdida, injusticia social y conflicto moral.

La principal motivación para realizar una investigación con operadoras telefónicas se dio dentro de una mezcla de necesidades. Por un lado, un grupo de mujeres sindicalistas que se propusieron luchar políticamente para que se reconociera el estrés como enfermedad profesional (Ramírez J. 2005a); por otro, la inquietud por responder por qué en diversos conjuntos de trabajadores se estaban encontrando, como respuesta ante sus principales malestares físicos, mentales, emocionales y sociales, nociones como tensión nerviosa, nervios, angustias y estrés, para explicarse sus situaciones de agobio que, al parecer, estaban articulando el ámbito laboral y familiar (Ramírez J. 2004, 2005d).

Para el estudio sobre estrés de dichas operadoras se había advertido previamente que de acuerdo a la propuesta de análisis de Karasek (Karasek R. 1998), que relaciona altas demandas laborales con escaso control del tra-

12-Ramírez Velazquez.pmd 344 25/10/2011, 9.00

bajo por parte del empleado, el Censo de Códigos Profesionales de Estados Unidos tipifica el puesto de la operadora telefónica como "estresante". Además, el hecho de que desde otras miradas (De La Garza E. - Melgoza J. 1991, Espinoza A. 1995, Solís V. 1992, Cooper J. 1988) que se han enfocado al análisis de las nuevas formas de organización laboral que ponderan la productividad en la empresa Telmex, se ha estado haciendo énfasis en que éstas nuevas formas generan descalificación, simplificación, monotonía e intensificación del trabajo, individualismo, competencia y sistema de premios y castigos. A partir de lo cual también emerge amenazante el estrés o fatiga laboral como un problema "nuevo" de salud de los trabajadores telefonistas.

El tema del estrés, sus causas, explicaciones y manejo, tiene sin duda aristas difíciles de explicar; máxime en el ámbito laboral donde la salud se convierte en una contienda política y la enfermedad en un estandarte. En este sentido, para poder explicar el estrés de las operadoras, asumiendo que éste existe porque ellas así lo perciben, fue necesario reconstruir, desde su perspectiva, la manera en que ciertos eventos, definidos por ellas mismas, se encuentran implicados en su aparición y cómo cada una lo experimenta.

Para dilucidar estas cuestiones se propuso describir y analizar los principales factores socioculturales implicados en la manifestación de estrés: articulando el trabajo y la familia. Uno de los principales supuestos destacó que los diversos significados que las operadoras elaboran sobre el estrés, se crean en una compleja concepción construida desde la experiencia corporal en relación con diversos contextos y en diferentes momentos históricos, y se despliegan en sucesivas metáforas que posibilitan articular ámbitos que aparentemente están separados, como son el laboral y el familiar. Además de ello, se supuso que al poner en evidencia las tensiones sociales, culturales e ideológicas del grupo, se podría ver si el estrés significa, en términos generales, injusticia, opresión social y de género, y cumple la función de comprender, comunicar e interpretar la experiencia corporal diversa que se presenta metafóricamente (Ramírez J. 2005d).

Para llevar a cabo estos propósitos se seleccionó un grupo de 25 operadoras telefónicas que afirmaron sufrir de estrés [(1)]. Se puso en relevancia el proceso narrativo de cada una de las operadoras ya que, con relación a la enfermedad, a menudo las personas llegan a un punto en el cual sus pensamientos y sentimientos se ponen en palabras y en gestos. Este acto de verbalización no implica sólo un esfuerzo para conceptuar la experiencia, sino también para ordenarla, empezar el trabajo de entenderla y, en con-

12-Ramírez Velazquez.pmd 345 25/10/2011, 9.00

secuencia, generar estrategias para atenderla. Se consideró que la narrativa era el medio idóneo a través del cual el investigador puede acceder al proceso que lleva a los individuos en su calidad de enfermos a conceptuar y entender la experiencia de su enfermedad. Además, el acto de relatar yuxtapone elementos dispares "circunstancias, momentos, situaciones, personas" que le son significativos al sujeto, así como su propia persona, haciendo uso de su ir y venir en el tiempo, advirtiendo las diferentes transformaciones que operan en diversas esferas de su vida.

Atrás de estas consideraciones está, desde luego la noción antropológica de que la enfermedad es un pretexto para describir relaciones; pero no sólo eso, también se está recuperando la noción de enfermedad como proceso que provoca mudanzas en la identidad de los sujetos. Está la idea de que representación, acción y experiencia están articuladas en esos diversos momentos de transformaciones que si bien son reflexionados de manera individual, es el contexto en el que se desarrollan el que provee la lógica de dicha racionalidad, en donde lo cultural y lo ideológico están presentes de igual forma.

En el presente texto lo que interesa es mostrar diferentes procesos de cambio que han experimentado las operadoras telefónicas como trabajadoras y como mujeres, y que desencadenan un proceso complejo de elaboración de representaciones y prácticas, cuyas expresiones emocionales son diversas. Se enfoca particularmente el lugar de trabajo porque es ahí donde, al tiempo que son reguladas por la propia disciplina laboral, dichas emociones son expresadas cada vez más y de diferente forma a través de violencia cotidiana insinuada en gestos, conductas y, en otras ocasiones, abiertamente enunciadas hasta llegar a la violencia verbal y física. Tales respuestas se observaron en diversas direcciones: entre operadora/cliente, entre las mismas operadoras y entre operadora/supervisora. Las evidencias con las que se cuenta permiten subrayar que en este proceso de cambio existe una profunda sensación de injusticia a la que las operadoras responden de diversas formas y que es preciso destacar para poder entender su problemática actual.

Etnografía de las emociones

Desde los primeros comentarios y explicaciones del estrés, se fue encontrando una asociación con respuestas violentas y exposición de emociones negativas que fueron enmarcando cotidianamente un ambiente de trabajo hostil.

12-Ramírez Velazquez.pmd 346 25/10/2011, 9.00

Chelito, comisionada de la Secretaría de previsión social que fue entrevistada en varias ocasiones en el 2001, comentó de manera muy sintética que percibía que algo había en el ambiente laboral que estaba afectando considerablemente a las operadoras, pues ella veía que muchos problemas de salud mental se estaban generando. Ella afirmó que el problema podía deberse al estrés que definió como «una enfermedad silenciosa, no la ves, hasta que la encuentras en las caras y en las actitudes de la gente, se vuelven hoscas, irritables o ensimismadas».

De la gran cantidad de información que se obtuvo entre definiciones, explicaciones y experiencias corporales definidas en primera persona, saltaban a menudo descripciones de aquellos eventos que no son fáciles de explicar pero que dibujan escenarios y conductas agresivas en el trabajo.

> «Una compañera pega mocos en los teclados, todas las que se enteran se molestan. Una más se traza una tarea rutinaria de limpieza del teclado con alcohol. A mí me da asco la primera, que no entiendo por qué lo hace; pero me da coraje la segunda, que veo que puede echar a perder la máquina y además pierde el tiempo pues no se pone a trabajar, y aquí cuentan los minutos». Elsa (090 Lada internacional).
>
> «Ella se paró y tranquilamente se dirigió a otra compañera y le vació una botella de perfume diciéndole: ¡Es que apestas!». Regina (090 lada internacional).
>
> «Una compañera se quejó de que otra le ensució su suéter a propósito». Irma (020 lada nacional).
>
> «El ambiente competitivo y feo nos ha alcanzado hasta en las cosas personales: hay mucha envidia. Por ejemplo, se presume lo que posees o lo que eres. Hace unos días Lupita, una compañera, nos llevó chocolatitos como "remojo" de su nuevo carro. No pasó mucho tiempo y ya levantó un acta contra otra compañera, que dice que le rayó su carro porque no le quiso dar un aventón. No me lo puedo explicar más que pensando en cómo nos ha enfrentado este sistema de trabajo que genera mucho estrés». Nora (090 lada internacional).
>
> «Las supervisoras tienen un trato despótico, yo siento como que ofenden o denigran a la operadora cuando le llaman la atención sobre como se arregla, o cuando no le quieren creer que el cliente nos ofende diciéndonos "cosas sucias" por el teléfono. Yo creo que hacen muy mal al decir – Yo en tu lugar no estaría inventando cosas por no aceptar que no haces bien el trabajo, mejor haría un buen papel, pues la empresa va que vuela para sustituirlas por nuevas máquinas –, con eso para mí que sólo nos van llenando de miedo y a lo mejor también de coraje». Esperanza (050 quejas).

En las descripciones que las operadoras hicieron de lo que consideran estrés apareció de diversas formas un mundo expresado a través de múltiples emociones. El estrés en sí mismo se configuró por casi todas ellas como una emoción cuyas nociones más representativas fueron: enojo, ira,

12-Ramírez Velazquez.pmd 347 25/10/2011, 9.00

irritación y agresividad (Ramírez J. 2005b); y que por la misma naturaleza del trabajo que exige un trato cordial con el cliente la empresa despliega una estrategia clara de regulación de sus emociones (Ramírez J. 2005c).

Esta relación, observada entre estrés y emoción, confirma empíricamente lo que Lazarus (Lazarus R.S. 1999) destacó en uno de sus últimos trabajos, en el que dejó en claro que cada emoción dice algo diferente del modo en que una persona ha valorado lo que sucede en una transacción adaptativa y el modo en que lo maneja. Cada emoción tiene un escenario e historia diferente sobre una relación continua con el entorno; por lo tanto, si se sabe qué significa experimentar cada emoción, ello proporcionará una visión inmediata de cómo transcurre la interacción humana, de cómo el estrés – ese concepto tan huidizo – puede explicarse mejor describiendo emociones que develan situaciones concretas, personas con significados precisos y formas de relación. Por ejemplo, dice Lazarus: la ira se refiere a ser degradado o despreciado, la culpa a un lapsus moral, la esperanza se vincula con una amenaza o promesa cuyo resultado es incierto pero podría realizarse posiblemente, la felicidad se refiere al logro de una meta que uno ha estado buscando o en cuya dirección ha progresado, y la compasión se vincula con el hecho de sentir empatía por el dolor de alguna otra persona.

Si bien las emociones expresadas por las operadoras son diversas y dependen de diferentes momentos descritos al reflexionar sobre su trayectoria laboral; en el momento actual, todas ellas para describir el estrés relataron un ámbito laboral hostil "contaminado de malas vibras", cargado de violencia gestual, verbal y, en menor medida, violencia física.

Ante la pregunta explícita sobre eventos que describan el estrés de las operadoras, Nora, operadora de lada internacional, no vaciló al responder: «bueno últimamente mucho de nuestro ambiente de trabajo se ha volcado sobre nosotras mismas, es tan exigente, tan tedioso, tan estresante que muchas descalifican el trabajo de las otras. Las operadoras descalifican el de las profesoras y supervisoras que nada más están ahí, nunca salen de su cubículo, que deberían de darnos esto, lo otro, y éstas a su vez dicen que aquellas son unas flojas que no quieren trabajar. Entonces se vuelve un ambiente medio pesado».

La violencia en el lugar de trabajo fue advertida por todas aunque en las explicaciones sobre sus motivos hay diferencias. Un ejemplo de ello es la explicación de Nora ya que, debido a su participación en diversas comisiones, mostró variadas imágenes que describieron con cierto detalle una complicada trama de lo que hoy viven las operadoras, y cuya explicación mue-

12-Ramírez Velazquez.pmd 348 25/10/2011, 9.00

stra una perspectiva más estructural que individual. Así se encontró que sus argumentaciones entretejen el sistema de trabajo, las explicaciones de género y la ideología. Para ella la violencia es resultado de las condiciones laborales actuales que diluyen los lazos que como trabajadoras deberían tener. Nora hizo una relación de casos que refiere a comportamientos violentos en el lugar de trabajo que a ella y a sus compañeras delegadas les han estado llamando la atención, ya que consideran que éstos se están incrementando.

Ella nos señala lo siguiente:

> «Ha habido muchos ejemplos de violencia que me han comentado y otros que he visto. Desde la compañera que llegó y le vació una botella de perfume a otra diciendo: "¡Es que apestas!", la que pasando, pasando echa habladas, o la que pasando le ensucia el suéter a otra, hasta la que empujó a otra accidentalmente. Y muchas de estas fricciones se han llevado hasta las autoridades con el interés de calmar los ánimos, se han llevado a las asambleas; pero se miran como asuntos personales. Así se ventilan muchas cosas en el sindicato. Últimamente no son precisamente los problemas políticos, sino más bien problemas personales. Por ejemplo, para que te des cuenta del nivel de deterioro de las relaciones, una compañera acusa a otra que le rayó su coche, levanta un acta y tiene testigos. El asunto llega hasta la asamblea, le dan mucho tiempo al asunto y pasa de todo. No sé cómo decirte... se trivializa, porque los delegados o todos empiezan a decir: – Que si las viejas son puras argüenderas y que hay que dejarlas que hablen esos problemas para bajar sus tensiones –. Yo no estoy de acuerdo... porque creo que el problema no es porque sean mujeres sino por el propio sistema de trabajo que nos ha puesto muy enfrentadas. No es que justifique que sucedan estas cosas; pero creo que es el trabajo, la manera en que esto tan rutinario, tan exigente te hace que te vuelvas insensible. Es una lucha cotidiana entre ser un ser humano y ser una máquina».
>
> «Otro tipo de expresión de agresividad es con los clientes, bajo el argumento de que ellos son los maniáticos, entonces son agresivas y contestan brusco, no modulan su voz y señalan que ya no soportan los insultos de los "públicos". O compañeras que ya ni siquiera dan las frases completas, con un gran desgano contestan: "¿Telmex?", o sea que ya están hasta el gorro y no les importa que las oigan que no están trabajando bien y nomás contestan: "¿Dónde quiere hablar?", o que de plano dicen: "¿Sí, bueno?"».
>
> «La dificultad con el cliente se incrementa también cuando ha habido cambios en las formas de marcación, pues ellos no entienden y llaman ya muy molestos, arremetiendo contra nosotras y eso, en cierto sentido, da coraje y hace crecer el problema que ya traemos de atrás, entonces el trato se vuelve muy enfrentado».
>
> «Te doy otro ejemplo de lo que veo que ocurre en mi centro de trabajo. En la sala hay 8 islas de cuatro posiciones, no siempre están llenas a tope.

12-Ramírez Velazquez.pmd 349 25/10/2011, 9.00

> Normalmente en una jornada convivo con 10 compañeras. Y siento un malestar que parece generalizado. Yo creo que se debe a que se acusan unas a otras de tener mejores condiciones cuando en la realidad todas estamos igual».
>
> «En mi caso he sufrido agresiones pues se cuestiona mi desempeño como delegada, pero en realidad muchas cosas que se hacen no son imputables a mí, sin embargo la respuesta de algunas de mis compañeras se siente agresiva. Por ejemplo, en asamblea estábamos pidiendo la revisión de perfiles... una compañera decía que "¡Cómo las de 020 van a ganar lo mismo que nosotras!, pues nosotras manejamos el inglés", y quien sabe qué... Y bueno, en la asamblea yo le respondí que hacemos tan exactamente lo mismo que ellas, a excepción de que algunas de nosotras manejábamos "algunas palabras en ingles, que tenemos tantos años en la empresa, que no lo habíamos actualizado y que si nos hicieran algún examen pues ya nadie lo dominábamos al cien por ciento. Y finalmente en términos de labor no había ninguna diferencia, que éramos tan operadoras como ellas, que ahí no había operadoras de primera y de segunda. Entonces a raíz de eso ella estaba muy molesta conmigo. Me retiró el habla, no me cambiaba turnos, o sea, mala onda, por puntos de vista distintos. Yo entiendo también que todo esto parte de la imposibilidad como sindicalizadas de encontrar canales donde fluyan las perspectivas distintas y que se hagan valer».

Nora hizo una relación de diversos tipos de agresiones y violencia que tal vez no todas sus compañeras advierten, o más bien si lo hacen se lo explican como cuestiones aisladas, pues no alcanzan a ver más que un mal manejo de las problemáticas personales.

No obstante, al revisar en conjunto las explicaciones de los diferentes comportamientos que todas describen de otras compañeras, se puede ver, con cierta claridad, cómo las transformaciones del trabajo son el primer escenario que se asocia a la emergencia del estrés.

De acuerdo a las descripciones del antes y el después del cambio tecnológico, los aspectos en los cuales la mayoría encuentra un dejo de violencia, están vinculados a los ritmos de trabajo, agudizados por la vigilancia y el control (garantizado por los nuevos paquetes de computo como por el elemento humano que despliega al trato despótico de las supervisoras), a la competencia e individualismo generado por el programa de productividad y al trato agresivo y vulgar que dicen recibir con frecuencia de los clientes, antes denominados "abonados".

En esta vorágine generada por el control de los tiempos y movimientos, el mayor reclamo que se descubre entre la narrativa de las operadoras es a ser tratadas como máquinas, y a que se controlen sus emociones. Cada una de ellas quizá se ha referido con mayor frecuencia al elemento que sienten que más les afecta. No obstante, las referencias conducen a perfilar un

12-Ramírez Velazquez.pmd 350 25/10/2011, 9.00

mismo fenómeno que desemboca en la sensación de opresión moral e injusticia, generada en primer lugar por parte de las jefas; aunque no todas lo expresen así.

Los procesos implicados en el estrés como ritos de paso: un abanico de emociones

Analizar el estrés como proceso y hacerlo a través de la narrativa de las operadoras, permitió vislumbrar que está asociado a ritos de paso de un estadio a otro, a través de los cuales las operadoras elaboran una red semántica de categorías que advierten el antes y después de su aparición. Categorías que son capaces de dar cuenta de los acontecimientos sociales y de las circunstancias emotivas que generan. Un primer momento que adquiere importancia fue su ingreso a la empresa. El antes y después de dicho momento se fue describiendo como un proceso en el cual lo relevante fue su constitución como operadoras. Se mencionó que ser operadora, en principio, significó acatar las normas, las exigencias, la ética del trabajo y "los códigos simbólicos que refieren al oficio noble". Pronto las operadoras aprendieron la idea del oficio noble, porque tiene la enorme virtud de ser útil a la sociedad, ya que comunica a las personas de diferentes lugares y posiciones sociales, las ayuda en casos de emergencia o de necesidad. Esta característica se enlaza a la idea de que, debido a la interacción con los solicitantes del servicio, ellas deben mantener un trato asistencial y desplegar emociones integradoras como gentileza, amigabilidad y simpatía siempre mostradas tras una dibujada sonrisa [(2)].

En este proceso inicial coexistieron, por un lado, la satisfacción de ser alguien, de vencer el reto de dominar el oficio y por otro lado el proceso de dominación del sistema laboral, aún no automatizado, que se expresaba a través de la vigilancia, control y exigencia de un buen desempeño, cuyos correlatos fueron, en todos los casos, las angustias y los nervios, es decir, la expresión clara de emociones.

Desde esta perspectiva, estas condiciones van a ser importantes en la manera en que se forman como trabajadoras, y en que afrontan las distintas circunstancias, tanto laborales como familiares, que se encuentran unidas desde el principio de su vida laboral en la empresa.

En la reconstrucción de su experiencia laboral – constitución del oficio y su pérdida –, son enunciadas diversas emociones en el intento de resolver problemas de los dos dominios, familia-trabajo; por ejemplo, emociones provocadas por dominar el trabajo y lograr su base, participar

12-Ramírez Velazquez.pmd 351 25/10/2011, 9.00

más activamente en la vida sindical e interiorizar el conjunto de ideas, nociones, y conductas que constituyen el sistema de disposiciones que generan identidad en un grupo es decir "la satisfacción de sentirse útil".

La constitución del oficio, vista como rito de paso, brindó información de cuáles fueron las situaciones difíciles que se vivían (disciplina y control de los cuerpos, exigencias de demostrar capacidades), la manera en que esto se resolvía o superaba por el hecho de saber que ese proceso normativo, también implicaba la construcción de una diferenciación relacionada con otros conjuntos sociales.

La maternidad también puede verse como rito de paso que provee información sobre las situaciones difíciles que se vivían en la intersección del trabajo y la familia. En este sentido fueron exteriorizados siempre el miedo y la preocupación de saber que mientras ellas trabajaban los hijos se quedaban solos. Esta preocupación se muestra aún en el caso de las operadoras con pareja, toda vez que ésta no garantizó siempre ni en todos los casos la atención de los hijos, mientras aquéllas trabajaban.

Cuando se generaron las transformaciones tecnológicas se produjo, como se pudo ver en diferentes narrativas, un empobrecimiento del trabajo inducido por la automatización que impuso: nuevos parámetros de medición, tareas repetitivas, respuestas automatizadas, aislamiento social y la falta de control por parte de las operadoras. En síntesis, todo ello fue perfilando, desde su narrativa, un proceso que recurrentemente resaltaba la pérdida. Así que ello refiere claramente a la pérdida de los contenidos simbólicos, el oficio noble y la capacidad de las operadoras de asistir.

Se hizo hincapié que este proceso de automatización generó uno de deshumanización. Un proceso mostrado por ellas en la constante referencia de «no querer ser tratadas como máquinas». En estas circunstancias, en las que a menudo el cambio tecnológico se mencionó como un hecho muy "estresante", se dio forma a elementos que configuraron la transformación en su persona, sentida a través de la pérdida del oficio.

Dentro de este marco complejo, en el que se alcanza a mirar en primera instancia sólo a las máquinas como causantes de las primeras reacciones de malestar, se empieza a describir la urdimbre principal del conflicto: rumor (tecnología es igual a despido), miedo ("a no dar el ancho"), exigencias (ser tan sólo trabajadora, dejar fuera todo lo demás que no tenga que ver con el trabajo), acoso ideológico permanente (a través de disciplina, control de tiempos y movimientos, expresando la fórmula "una buena operadora es aquella que hace su trabajo amablemente y deja de lado sus

12-Ramírez Velazquez.pmd 352 25/10/2011, 9.00

problemas personales..."), nueva tecnología, nueva organización del trabajo basada en otras reglas del juego que impusieron nuevos ritmos de trabajo (aplicación de la tecnología para mejorar el servicio a los usuarios, el salario de los trabajadores; pero también su aplicación para garantizar la vigilancia y control de manera más estricta hacia las operadoras), respuestas corporales individuales colectivizadas como los nervios, angustias y preocupaciones, que culminaron en algunas expresiones de histeria, recordadas por algunas informantes como "eventos que le ocurrieron a alguien"; pero que se buscó ocultar [(3)].

El proceso de automatización propuesto por empresa y sindicato con el objeto de brindar mejores condiciones de trabajo, hoy es visto por las operadoras desde un punto de vista crítico. Su experiencia les ha mostrado que no hubo mejoras económicas, que las expectativas de asenso poco a poco fueron perdiéndose, configurando con ello una resignificación del sentido del trabajo. Esta resignificación ocurre en la medida en que también se han modificado los contenidos simbólicos del oficio, que hoy se ven perdidos; porque la transformación tecnológica no sólo generó un empobrecimiento del trabajo, referido a la disminución de tareas inducida por las respuestas automatizadas; sino que el empobrecimiento es advertido por las operadoras en la medida en que los parámetros de medición, las tareas repetitivas y la falta de control sobre su trabajo, les fue desvaneciendo el principio del oficio, es decir, su idea de ser útil, tener un trato amable, enlazar a personas en necesidades y desastres.

Estos elementos surgieron en la medida en que a la explicación de sus circunstancias actuales ellas recurrieron, casi todas, al mencionar lo que antes de la tecnología tenían y les daba una suerte de gratificación. Tratar con el "abonado", entonces, era la posibilidad de sentirse útiles, de conocer personas de diversas partes del mundo e incluso, desde un imaginario colectivo, representaba la oportunidad de casarse.

El sistema automatizado, si bien en un principio se pensó como un mejoramiento de las condiciones de trabajo y al cabo del tiempo se experimentaron sus efectos físicos, sociales, morales, ideológicos.

Los parámetros de medición en el trabajo trajeron pérdidas. Por un lado, la desarticulación de los sistemas tradicionales de apoyo generado por sus redes sociales, en esa imagen de las operadoras trabajando codo con codo, del sindicato protector y de las compañeras solidarias. Por otro, la pérdida del oficio señalada como una parte humana desdibujada por el control tecnológico de tiempos, parámetros y vigilancia excesiva, monitoreada por los nuevos paquetes de cómputo.

12-Ramírez Velazquez.pmd 353 25/10/2011, 9.00

Pero ante esto, por supuesto, las operadoras dieron respuestas. El mayor ejemplo de esto fue el hecho de seguir trabajando ante la adversidad, de no ser despedidas y que en el reto de manejar la nueva tecnología, ellas sintieron que "dieron el ancho", que lograron manejar las máquinas e incluso, como lo dejaron ver algunas, se dieron cuenta que éstas también se equivocan y que ellas pueden manejarlas a su favor.

Ante las circunstancias adversas que las operadoras experimentaron en diversos momentos, entre los que destaca el proceso de configuración como operadoras, ellas encontraron en la dinámica cotidiana formas de respuestas que fueron más abiertas en aquellas que se mostraron más conscientes de sus procesos y, en consecuencia, pudieron responder adecuadamente ante el poder coercitivo de la empresa o del sindicato.

En este proceso en el que se advierte el deterioro físico, social y moral que hoy expresan como estrés, la pérdida del oficio cobra importancia, pues es un hecho que marca la desaparición de las telefonistas, esa parte humana de una gran máquina de comunicación que consiguió dar vida a la telefonía [(4)].

Actualmente también se vive de manera angustiante la posible pérdida del trabajo. Muchas descripciones de las operadoras hicieron pensar en las formas actuales que la empresa utiliza para "cansar" al personal, para que éste sea el que se rinda. Quizá por ello los rumores se magnifican y contribuyen a controlar a través del miedo. Los rumores sobre la pérdida de trabajo que ocurren en cada revisión salarial producen una reacción de "ansiedad colectivizada", hoy definida como estrés; pero la posibilidad de la pérdida de oficio, como se ha analizado, que se viene experimentando desde la década de los 90, aunada a la pérdida del empleo, implica no solamente pérdidas financieras sino la anulación de la prolongada inversión en la constitución de una nueva persona, capaz de distinguirse de otros miembros de la comunidad de origen, o sea, la amenaza concreta de ser despojada de la posición de clase conquistada y de retornar a otro tiempo. La situación es agravada intensamente por estados de enfermedad personal o de algún miembro de la familia, o por saber que perder el trabajo significa alterar considerablemente la dinámica familiar, debido a que el salario de la operadora es central. Ora bien porque es mayor que el de sus maridos, o bien porque es el principal para aquellas que son jefas de familia.

Para terminar, se sintetiza lo anterior señalando que, desde un cuerpo disciplinado y controlado en sus emociones, se encontraron tres momentos significativos en la construcción del estrés que las operadoras expresaron a

12-Ramírez Velazquez.pmd 354 25/10/2011, 9.00

través de su narrativa. Dichos momentos tienen que ver con el aprendizaje de un oficio, el reto de mantenerlo (pese a la nueva tecnología y a la diversificación de roles, familiares sobre todo) y el miedo e inseguridad de perderlo.

En el momento en el cual se realizó ésta investigación (2000-2001) no resultó central el tema de la pérdida del trabajo en sí misma, sino en su articulación precisamente con la pérdida de oficio, debido a la manera en que este proceso estaba afectando a las operadoras.

Respecto a este problema se observó en la revisión de la literatura, que la mayoría de los estudios están enfocados a analizar los efectos que la pérdida de empleo generan sobre la salud, toda vez que algunos autores consideran este hecho como una amenaza potencial de estrés (Jacobson D. 1987). No obstante, la perspectiva de Locke y Taylor resulta interesante, pues relaciona los procesos de estrés precisamente con el significado del trabajo, considerando que éste permite el logro de muchos valores importantes. Los autores apuntan que:

> « Cuando uno encara con estrés, tiene una opción entre varias alternativas. Uno puede intentar identificar las causas reales de estrés (valores inapropiados y/o bloqueos externos) reaccionando física y mentalmente para eliminarlos. Uno puede ignorar las causas y tratar sólo los síntomas a través de mecanismos de defensa, paliativos, o abusar de las drogas. Peor aún, uno puede reprimir los deseos y no pensar más en los valores significativos del trabajo. El resultado es que el trabajo pierde significado porque ya no pueden lograrse sus valores importantes. Si el trabajo pierde el significado, la vida puede también perder el significado, desde una parte considerable de la vida de uno el trabajo se acabó. Cuando esto pasa, uno puede sentirse acabado y viejo » (Locke E. - Taylor M.S. 1990).

Si bien lo que se está apuntando va en dirección de resaltar concretamente la pérdida de oficio, lo que ocurre con las operadoras también pasa por la manera en que dicha pérdida conduce a la resignificación de los valores del trabajo que, como se vio en las operadoras, va cambiando a lo largo de la vida laboral y que hoy se advierten con escasos elementos para la satisfacción.

¿Por qué resulta importante una mirada analítica al mundo de las emociones en el ámbito laboral?

En la investigación sobre estrés de las operadoras telefónicas se aplicó un modelo de análisis interpretativo (Ramírez J. 2005e) que, poniendo atención en el significado social del estrés, del trabajo, de la vida familiar, de

12-Ramírez Velazquez.pmd 355 25/10/2011, 9.00

las transformaciones del cuerpo de las operadoras y de su yo, llevó a ponderar el mundo de las emociones por el hecho de concebir la respuesta emocional (básicamente la negativa considerada como agresión o violencia) y el propio control de las emociones (economía de gestos, tiempos, y movimientos) por parte de la organización laboral, como elementos básicos que provocan conflicto interpersonal.

Las evidencias con las que se cuenta concuerdan con los estudios sobre estrés y afrontamiento (Hepburn A.R. *et al*. 1997, Peeters M.C. *et al*. 1995, Terry D.J. *et al*. 1995) y con los que analizan las emociones en el trabajo (Grandey A. *et al*. 2002, Glomb T. M. *et al*. 2002), dado que ambos coinciden en destacar que la frecuencia de conflicto interpersonal se relaciona claramente con reacciones emocionales de ansiedad, frustración y descontento en el trabajo.

Como se pudo apreciar en los pequeños ejemplos de lo que narraron las operadoras, la violencia, agresividad o conductas de incivilidad, como le llaman algunos autores (Anderson L.M. - Pearson C.M. 1999), fueron descritas en varias direcciones, contrario a lo que se pudiera suponer, ante la idea de que las formas de dominación y resistencia sólo se muestran en relaciones jerárquicas. La voz recurrente descrita en imágenes que muestran las relaciones hostiles entre operadora y cliente, entre operadoras y, entre operadoras y supervisoras, exige destacar que son las formas de trabajo, las relaciones basadas en la exigencia de convertir en "máquina" el elemento humano, de controlar sus emociones economizando al máximo a través de una fraseología impuesta, y un control del cuerpo al que se le exige una sonrisa y voz amable sólo para el trabajo, las que generan respuestas emocionales negativas consideradas como violencia. Esto que resulta complejo de sintetizar aquí es importante porque está dando cuenta de los grados de frustración que emanan del espacio laboral, tal como funciona actualmente, en el que, sin duda, la expresión más negativa surge de la interacción social.

En este tenor, quizá uno de los hallazgos más importantes sea la consideración de que las respuestas emocionales negativas tienen como origen el despliegue de reglas emocionales en el trabajo, que están actuando como estresor laboral, ya que expone incongruencia ante el requisito de mostrar emociones integradoras como amabilidad o felicidad, mientras la realidad laboral que experimentan las operadoras les provoca desesperanza, infelicidad, frustración, enojo, depresión, etc.

La importancia de enfocar las diversas emociones que resultan del conflicto interpersonal, no sólo tienen como objetivo advertir el tipo de re-

12-Ramírez Velazquez.pmd 356 25/10/2011, 9.00

spuestas y clasificarlas en relación con la personalidad de los trabajadores – como en algunos estudios se hace para separar el elemento conflictivo –. Desde cierto punto de vista, la función que debe cumplir el estudio de las emociones es la de mantener un registro que, articulado al contexto que lo provoca, permita comprender la producción sociocultural e ideológica de la enfermedad. Tener conocimiento de ello posibilitará, como lo han hecho otros estudiosos, incidir en algunos pequeños cambios organizacionales que refieren al tiempo de descanso que las operadoras deben tener durante la jornada, por señalar alguno.

Tal como lo ha apuntado Glomb y colaboradores (Glomb T.M. *et al*. 2002), al proponer los lineamientos de la investigación futura en el estudio de las emociones en el ámbito laboral, se debe considerar la agresión como una conducta estructural influenciada por un modelo dinámico de relaciones. Lo importante, desde este punto de vista, no es enfocar el elemento humano para controlar y/o manejar el estrés y las conductas agresivas asociadas a éste, sino reconocer los elementos estructurales que están en juego para que ello ocurra.

Desde otra perspectiva, enfocar el conflicto interpersonal y las emociones que produce resulta importante porque, en un país como Canadá que lleva la delantera en el reconocimiento legal del estrés laboral (Lippel K. 1995), se ha mostrado que, aún con la dificultad que significa el análisis de las demandas, en algunas jurisdicciones de su país se ha aceptado que «...la atmósfera envenenada del lugar de trabajo, las condiciones precarias de trabajo, el trabajo en exceso, la falta de control, ambigüedad del rol de trabajo o la relación conflictiva con un colega o un supervisor, contribuyen a la invalidez eventual».

Seguro que los aspectos subjetivos que han destacado las operadoras, subrayando las relaciones interpersonales en el trabajo, son hallazgos que, hasta donde sabemos, no han sido estudiados en otros grupos de trabajadores mexicanos, o por lo menos no han sido reportados, ya que en la revisión previa del tema estos aspectos no fueron referidos en su generalidad.

Notas

(1) Por razones de espacio no se va a describir aquí el proceso de selección de dicho grupo, tan sólo se subrayará que para tal efecto se siguieron criterios previamente establecidos y uno de ellos fue que tuvieran un diagnóstico médico o autodiagnóstico de estrés (véase Ramírez J. 2005d).

(2) El control de las emociones no es realmente una tarea nueva en la empresa, pues de acuerdo con las descripciones de las operadoras, una característica del puesto de operadora telefónica ha

12-Ramírez Velazquez.pmd 357 25/10/2011, 9.00

sido, desde antes del cambio tecnológico, la modulación de la voz creando la idea de trato amable con el "abonado". No obstante, en la actualidad una estrategia que las empresas despliegan para garantizar captar la atención y satisfacción del cliente. La literatura sobre aspectos teóricos y conceptuales sobre las emociones en el ámbito laboral refiere que muchas empresas, dependiendo del trabajo que realicen, despliegan reglas de control emocional con lo cual es posible encontrar tres tipos de emociones que se ponen en juego en diferentes trabajos: las emociones integradoras, diferenciadas y suprimidas (Wharton A.S. - Erickson R.J. 1993, Jones R.G. - Best R.G. 1995). Las emociones integradoras, (como amabilidad y simpatía) se exigen en trabajos de servicio al cliente como las telefonistas (Parasuraman A. *et al*. 1985), emociones diferenciadas en trabajos como los que realizan empleados de tesorería, vigilantes, que inspiran diferente emociones, como enojo y miedo (Hochschild A.R. 1979, Sutton R.I. 1991) y emociones suprimidas de trabajos dónde se requieren neutralizar las emociones, como terapeutas o jueces. Estas características son reglas que se despliegan en el trabajo que puede comunicarse como normas o requisitos formales (Hochschild A.R. 1983).

(3) Aunque algunas operadoras que reconstruyeron con mayor detalle sus procesos, comentaron relatos como aquellos que refieren a crisis nerviosas, llanto colectivo, o que describen a operadoras vomitando los teclados como respuesta ante la transformación tecnológica. No fue posible constatar que eso realmente hubiera ocurrido.

(4) En esta investigación se encontró que los contenidos simbólicos del trabajo se transmiten de generación en generación, y en la práctica misma del oficio. Estos se crean y recrean a través de gran cantidad de información local y de otros países (boletines del sindicato de telefonistas y revistas de información que circula la empresa) en la cual, de muchas formas durante la primera mitad del siglo pasado, se exaltan los valores de asistencia social que, en principio, deben ser desempeñados por mujeres (véase Ueda V. 2002).

Bibliografía

Andersson L. M. - Pearson C. M. (1999), *Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace*, "Academy of Management Review", 1999, pp. 24, 452-471.

Cooper Jeniffer (1988), *Mujer trabajo y Nueva Tecnología. Estudio de caso Teléfonos de México*, Tesis maestría en economía, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Chen P. Y. - Spector P. E. (1992), *Relationships of work stressors with aggression, withdrawal, theft and substance use: An exploratory study*. "Journal of Occupational and Organizational Psychology", 65, 1999, pp. 177-184.

De La Garza Enrique - Melgoza Javier (1991), *Los sindicatos frente a la productividad: Telefonistas y electricistas*, "El Cotidiano", n. 41, mayo-junio 1991, pp. 4-6.

Espinosa Arturo (1995), *Democracia y toma de decisiones en materia de productividad en el Strm*, Tesis de Maestría en sociología del Trabajo, Universidad Autónoma Metropolitana - Iztapalapa, México.

Glomb Teresa M. - Piers D. G. - Steel-Arvey Richard D. (2002), *Office Sneers, Snipes, and Stab Wounds. Antecedents, consequences, and Implications of Workplace Violence and Aggression*, pp. 227-259, en Lord Robert - Klimosky Richard - Kanfer Ruth (editores), *Emotions in the workplace. Understanding the structure and role of emotions en "Organizational behavior*, Jossey-Bass, San Franciso, Ca.

Grandey Alicia A. - Brauburger Analea L. (2002), *The Emotion Regulation Behind the Customer Service Smile*, pp. 260-294, en Lord Robert - Limosky Richard - Kanfer Ruth (editors), *Emotions in the workplace. Understanding the structure and role of emotions, "Organizational behavior"*, Jossey-Bass, San Franciso, Ca.

Hepburn C. G. - Loughlin, C. A. - Barling J. (1997), *Coping with chronic work stress*, pp. 343-366, en Gottlieb B. - H. (Editores.), *Coping with chronic stress*, Plenum Press, New York.

12-Ramírez Velazquez.pmd 358 25/10/2011, 9.00

Hochschild A. R. (1979), *Emotion work, feeling rules, and social struc-ture*, "American Journal of Sociology", pp. 85, 1979, 551-575.

Hochschild A. R. (1983), *The managed heart: Commercialization of human feeling*, Berkeley, University of California, Estados Unidos de América.

Hodapp V. - Neuser K. W. - Weyer G (1988), *Job stress, emotion, and work environment: Toward a causal model.* "Personality and Individual Difference", 9, 1988, pp. 851-859

Houston B. K. - Kelly K. E. (1989), *Hostility in employed women: Relation to work and marital experiences, social support, stress, and anger expression*, "Personality and Social Psychology Bulletin", 15, 1989, pp. 175-182.

Jacobson David (1987), *Models Of Stress and Meanings of Unemployment: reactions to Job Loss Among Technical Professionals*, "Social Science & Medicine", vol. 24, n. 1, 1987, pp. 13-21.

Jones R. G. - Best R. G. (1995), *A further examination of the nature and impact of emotional work requirements on individuals and organizations*, Paper presented at the annual meeting of the Academy of Management Vancouver, B.C.

Juárez Arturo - Ramírez José A. (2005), *Psychosocial Stress in the Workplace (PSW): Where and Who We are in Mexico in Sharing experiences with US PSW researchers*, Facultad de Estudios Superiores Iztacala - Center For Social Epidemiology, Ucla, Los Angeles, Ca.

Karasek Robert (1998), *Demand/control model: a social, emotional and phisiological approach to stress risk and active behavior development*, pp. 34, en Encyclopedia of Occupational Health and Safety, 6, Oit, Suecia.

Lazarus Richard S. (1999), *Stress and Emotion. A New Synthesis en New York*, Springer Publishing Company, New York.

Lippel Katherine (1995), *Watching the Watchers. How Expert Witnesses and Decision-makers Perceive Men's and Women's Workplace Stressors*, pp. 265-291, en Messing Karen - Neis Barbara. - Dumais Lucie, *Invisible Issues in Women's Occupational Health*, Ed. Gynergy Books, Charlottitown (Canada).

Locke Edwin A. - Taylor M. Susan (1990), *Stress, Coping and the Meaning of Work* en Nord Walter R. - Brief Artur P. (editores), *The Meaning of occupational Work: a collection of essays*, Lexington Books, Lexington, Ma.

Parasuraman A. - Zeithaml V. A. - Berry L. L. (1985), *A conceptual model of service quality and its implications for future research*. "Journal of Marketing", 49, 1985, pp. 41-50.

Peeters M. C. - Buunk B. P. - Schaufeli W. B. (1995), *A micro-analytic exploration of the cognitive appraisal of daily stressful events at work: The role of controllability*, "Anxiety, Stress, and Coping", 8, 1995, pp. 127-139.

Ramírez Josefina (2004), *Representaciones y Prácticas sobre la salud y la enfermedad en un grupo de obreras*, pp. 277-320, en Pérez Gil-Ravelo (coordinadores), *Voces Disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social / Miguel Ángel Porrúa, Cap. 9, México.

Ramírez Josefina (2005a), *Representaciones del estrés y su invisibilidad para la atención*, "Revista Cuicuilco", vol. 12, n. 33, 2005, pp. 27-60.

Ramírez Josefina (2005b), *Autoatención a la salud en el medio laboral. La perspectiva de las operadoras telefónicas, a propósito del estudio del estrés*, *I Congreso Latinoamericano de Antropología*, Universidad de Rosario, edición en CD, Rosario (Argentina).

Ramírez Josefina (2005c), *Una voz educada y amable. Regulación de las emociones en el trabajo, I Congreso Latinoamericano de Antropología*, Universidad Nacional de Rosario y Escuela de Antropología, edición en Cd, Rosario (Argentina).

Ramírez Josefina (2005d), *El estrés como metáfora. Estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas*, Tesis de doctorado en antropología, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Ramírez Josefina (2005e), *El estudio del estrés. Un modelo para armar*, en "Estudios de Antropología Biológica", vol. XII, 2005, pp. 497-520.

12-Ramírez Velazquez.pmd 359 25/10/2011, 9.00

Solís Vicente (1992), *El cambio Estructural y la Respuesta Sindical en Telmex*, Tesis de Licenciatura en economía, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Spector P. E. (1997), *The role of frustration in antisocial behavior at work*, pp. 1-17, en Giacalone R.A. - Greenberg J. (editores), *Antisocial behavior in organization*, Thousand Oaks, Ca.

Sutton R. I. (1991), *Maintaining norms about expressed emotions: the case of bilI collectors*, "Administrative Science Quarterly", 36, 2, 1991, pp. 245-268.

Terry D. J. - Tonge L. - Callan V. J. (1995), *Employee adjustment to stress: The role of coping resources, situational factors, and coping responses*. "Anxiety, Stress, and Coping", 8, 1995, pp. 1-24.

Toscano G. A. - Windau J. A. (1998), *Profile of fatal work injuries in 1996*, "Compensation and Working Conditions", 3, 1, 1998, pp. 37-45.

Ueda Vanda (2002), *¡Dígame! El trabajo de las telefonistas en las centrales telefónicas: un estudio comparado*, Tesis doctoral en Geografía humana, "Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales", Universidad de Barcelona, vol. VI, n. 119, 94.

Us Department of Labor (1998), *Bureau of Labor Statistics*, abril 8, Washington, DC.

Wharton A. S. - Erickson R. J. (1993), *Managing emotion on the job and at home. Understanding the consequences of multiple emotional roles*, "Academy of Management Review", n. 18, 1993, pp. 457-486.

Nota sobre la Autora

Josefina Ramírez Velázquez nació en la Ciudad de México. Actualmente es profesora-investigadora del posgrado de antropología física de la Escuela nacional de antropología e historia Enah-Inah. Doctora en Antropología con especialización en antropología médica por el Centro de estudios superiores en antropología social Ciesas-México. Dirige la línea de investigación titulada *Cuerpo y Poder* desde la cual se propone el estudio del cuerpo relacionado al trabajo industrial, poniendo particular interés en una lectura antropológica que destaque las relaciones en las que el cuerpo se encuentra inmerso. Los temas que trata son la enfermedad como una expresión sociocultural, analizada desde la experiencia corporal y de vida de diversos grupos de mujeres trabajadoras en su calidad de enfermas. El estrés desde el proceso de metaforización, el cuerpo y el poder. Recientemente estudia los trastornos psicogénicos que sufren niñas y adolescentes en situaciones de encierro, explotación laboral encubierta y abuso de poder. Sobre tales temas ha publicado diversos artículos, todos de autoría personal. Entre los más recientes están: *Cuerpo y trabajo. Notas sobre el adiestramiento del cuerpo y la identidad de la operadora telefónica*. *Estudios de Antropología Biológica XIV*, Unam, México, 2009; *El trastorno psicogénico de la marcha como lenguaje del cuerpo. Respuesta ante el encierro de internas en México,* XII Congreso Latinoamericano sobre Religión y Etnicidad. Cambios Culturales, Conflicto y Trasformaciones Religiosas. Cetre/Aler, Bogotá (Colombia), 2008; *Las representaciones como formas de conocimiento necesarias para el estudio del proceso salud, enfermedad, atención*, en Silvia Valencia, B. Jiménez y R. M. López (coord.) *Representaciones Sociales*. *Avances recientes en América y Europa*, Universidad de Guadalajara (Udg), Centro

12-Ramírez Velazquez.pmd 360 25/10/2011, 9.00

universitario de ciencias de la salud (Cucs), México, 2006; *El estrés como metáfora. Apuntes y resultados de un estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas*. "Ritos de Paso", 4, 2006. Su libro de reciente publicación: *El estrés como metáfora. Estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas*, Conaculta - Inah, México, 2010, 454 pp. (Colección Científica) [Dirección electrónica: josefinaram@prodigy.net.mx].

Resumen

Estrés y emoción entre un grupo de operadoras telefónicas

En el presente documento interesa mostrar algunos resultados provenientes de la investigación sobre estrés, realizada con un grupo de operadoras telefónicas de Teléfonos de México (Telmex), la más importante compañía telefónica en México. A través de la etnografía de un centro de atención telefónica, y de las narrativas de un grupo de operadoras, se advierte que el significado social del estrés, está asociado al cambio tecnológico, lo cual desencadena un proceso complejo de elaboración de representaciones y prácticas, cuyas expresiones emocionales son diversas. De esta manera es en el lugar de trabajo donde dichas emociones, al tiempo que son reguladas por la propia disciplina laboral, son expresadas cada vez más y de diversa forma a través de violencia cotidiana, insinuada en gestos, en conductas y, en otras ocasiones, abiertamente enunciadas hasta llegar a la violencia verbal y física. Tales respuestas las observamos en diversas direcciones: entre operadora y cliente; entre operadoras; y entre operadora y supervisora. Las evidencias con las que contamos permiten destacar que en ese proceso de cambio las operadoras exponen una profunda sensación de injusticia expresada con respuestas emocionales negativas que tienen como origen el despliegue de reglas emocionales en el trabajo, lo cual actúa como elemento de estrés laboral, ya que expone incongruencia ante el requisito de mostrar emociones integradoras como amabilidad o felicidad, mientras la realidad laboral que experimentan las operadoras les provoca irritación, desesperanza, infelicidad, frustración, enojo y depresión.

Riassunto

Stress ed emozione in un gruppo di operatrici telefoniche

Questo articolo espone alcuni risultati emersi da una ricerca sullo stress realizzata in un gruppo di operatrici telefoniche della Telmex, *Teléfonos de México*, la più importante compagnia telefonica messicana. A partire da una etnografia in un centro di servizio telefonico e attraverso le narrazioni del gruppo di operatrici, si comprende che il

12-Ramírez Velazquez.pmd 361 28/11/2011, 15.38

significato sociale dello stress è associato al mutamento tecnologico, il quale innesca un complesso processo di elaborazione di rappresentazioni e pratiche dalla diversa espressività emozionale. In tal modo è nel luogo di lavoro che tali emozioni regolate dalla disciplina lavorativa sono espresse ogni volta in forma diversa attraverso la violenza quotidiana, che si insinua nei gesti, nelle condotte, e in altre occasioni apertamente enunciata fino a giungere alla violenza verbale e fisica. Tali risposte le osserviamo in diverse direzioni: tra operatrice e cliente, tra operatrici e tra operatrice e supervisore. Le evidenze con le quali abbiamo a che fare ci consentono di dire che in tale processo di cambiamento, le operatrici avvertono un sentimento di profonda ingiustizia espressa con risposte emozionali negative. Nel complesso la loro condizione di lavoro conduce queste lavoratrici a vivere sentimenti di irritazione, disperazione, infelicità, frustrazione, rabbia e depressione, che sono del tutto opposti al profilo lavorativo che richiederebbe espressioni gentili e anche gioiose per affrontare la routine quotidiana.

Résumé

Stress et émotion dans un groupe d'opératrices téléphoniques

Ce document est intéressant de montrer des résultats de la recherche sur le stress, avec un groupe d'opératrice de téléphonie appartenant à Teléfonos de Mexico (Telmex), la plus grande compagnie de téléphone au Mexique. Grâce à une ethnographie d'un centre d'appels, et les récits d'un groupe d'opérateurs, nous voyons que le sens social du stress, est associée au progrès technologique, ce qui déclenche un processus complexe d'élaboration des représentations et des pratiques dont les expressions émotionnelles sont différents. De cette façon, il est le lieu de travail où ces émotions tout en étant régis par leurs propres discipline du travail, elles sont exprimées plus et de différentes manières par la violence quotidienne, implicite dans les gestes et les comportements et à d'autres moments ouvertement mis en place à la violence verbale et physique. Ces réponses sont observés dans des directions différentes: entre l'opérateur et le client, entre les opérateurs et entre les opérateurs et les superviseurs. La preuves avec laquelle nous pouvons noter que dans ce processus de changement, les opératrice exposé un profond sentiment d'injustice exprimé dans les réponses émotionnelles négatives qui elles découlent de la réglementation sur le plan affectif au travail, qui agit comme un facteur de stress du travail, car elle expose incompatibilité avec l'exigence de montrer les émotions comme la bonté ou la bonheur, alors que la réalité vécue par les opérateurs dans son travail provoque une irritation, le désespoir, la tristesse, la frustration, la colère et la dépression.

12-Ramírez Velazquez.pmd 362 25/10/2011, 9.00

Abstract

Stress and emotions among a group of working women in a telephonic centre

The goal of this paper is to present some of the results from a study conducted among telephone operators working at Teléfonos de México (Telmex), the most important telephone company in Mexico. Based on ethnographies conducted at the call center the study explores the stress responses on the working women narratives. The social meaning of stress is largely related to technological change, the nature of the job under such conditions appears to generate a complex process of representations and practices loaded with a variety of emotional responses. The working setting then becomes the place for the emotions to emerge and at the same time being modeled and controlled by labor rules that do not escape from the violence surrounding the working relationships, expressed on gestures, verbal and physical violent behaviors. This responses move into various directions: between operator and customer, between operators and between operators and supervisors. What the data show is that the prevailing working conditions are interpreted by the operators as stressful and produced a strong feelings of injustice among them. As a whole their job situation makes them experience feelings such as irritation, despair, unhappiness, frustration, anger and depression that are completely opposed to the working profile that claims a kind and even a happy expression facing the daily routine.

12-Ramírez Velazquez.pmd 363 25/10/2011, 9.00

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 365-402

De aciagas oportunidades. Evaluación de un programa de combate a la pobreza en tres regiones indígenas de Sonora, México

Jesús Armando Haro Encinas

Centro de estudios en salud y sociedad (Cess), El Colegio de Sonora
[aharo@colson.edu.mx] *y* [pueblos.geo@yahoo.com]

Introducción: investigación evaluativa de un programa de intervención social

El presente trabajo ofrece resultados y reflexiones procedentes de la experiencia del autor en un ejercicio de investigación cualitativa dirigido a evaluar el impacto de un programa de combate a la pobreza en México (el Programa Oportunidades), que se desarrolló durante 2008 en cuatro entidades federativas de la República Mexicana [1]. En este trabajo se presentan hallazgos referidos exclusivamente a tres microrregiones del sur del estado de Sonora, en el noroeste de México, donde el trabajo de campo fue conducido por un equipo de seis investigadores además del autor de este documento (Haro J.A. *et al*. 2008a).

Oportunidades es el programa más importante que se ha implementado en México para la superación de la pobreza y está vinculado al incremento de capacidades y apertura de opciones de desarrollo para las familias (Arriagada I. - Mathivet Ch. 2007). Es un programa que otorga transferencias económicas a familias de escasos recursos, que están condicionadas al cumplimiento de ciertas obligaciones en rubros de educación y salud. Una característica importante es que los apoyos económicos se entregan de forma preferente a las madres de familia y en que suelen ser un poco mayores las becas escolares que se otorgan a las mujeres en educación media superior, por lo que se considera que fomenta la equidad de género.

Nuestro estudio tuvo como propósito realizar una evaluación cualitativa sobre varios aspectos vinculados a la operación del Programa Oportunidades en Sonora: su impacto en una década sobre la población beneficiaria, su cobertura y operación actuales y la calidad de los servicios educativos

13-Haro Encinas.pmd 365 28/11/2011, 15.39

y de salud con los que se vincula para condicionar los apoyos que otorga a los hogares. En términos del impacto, nuestro enfoque se centró en evaluar resultados en educación, salud e inserción laboral de los beneficiarios, especialmente en los ex-becarios, lo cual fue cotejado con la población no beneficiaria. Interesó también indagar si los impactos estudiados se manifiestan en forma diferencial en la población indígena respecto a los hallazgos entre la población no indígena o mestiza [(2)].

A fin de reconocer el impacto en el largo plazo se requirió investigar sí en los hogares rurales beneficiarios se han manifestado cambios sustantivos con respecto a su situación basal de hace diez años, lo cual implicó desarrollar una estrategia etnográfica que nos permitiera apreciar asimismo efectos ampliados que el Programa ha aportado a sus beneficiarios, relacionados con los rubros antes señalados. Es decir, en materia de bienestar económico, patrimonio material, adquisición de habilidades sociales y culturales, escolaridad, resultados y pautas de atención a la salud, conducta reproductiva, desempeño laboral y perspectivas educativas en exbecarios (jóvenes que tuvieron becas escolares del Programa), con el fin de evaluar el desarrollo de capacidades humanas. La pregunta central que guió nuestro proceso de evaluación fue sí Oportunidades está o no contribuyendo a su objetivo más importante: la ruptura del círculo intergeneracional de la pobreza, a través del incremento de capacidades humanas en los hogares beneficiarios, pero sobre todo nos centramos en los jovenes que ya habían culminado el ciclo de apoyos del Programa, y que estaban en etapas tempranas de escolarización al inicio de operación de éste (1998-1999) [(3)].

Una revisión comprensiva de las teorías sobre la pobreza nos señala la multidimensionalidad del concepto, en tanto alude a condiciones estructurales, relacionadas con la clase social, la distribución de la riqueza, el mercado de trabajo, y el carácter mismo del sistema social; pero también se habla de factores microsociales, que explicarían por qué ciertos individuos o familias logran ascender en la escala social [(4)]. Nuestra tarea etnográfica la planeamos buscando explorar el peso que pueden tener factores de diversa índole en la posibilidad de superación de la pobreza o en su mantenimiento, sin soslayar que Oportunidades puede ser un factor importante pero no necesariamente el único que influye en la vida de las familias. Por ello procuramos estar atentos para advertir la influencia de otros factores concurrentes que pueden operar tanto en un sentido positivo como negativo, de orden económico pero también de la dinámica relacional y cultural.

13-Haro Encinas.pmd 366 25/10/2011, 9.01

El Programa Oportunidades y su operación

Oportunidades es un programa gubernamental nacional de transferencias monetarias condicionadas, que actualmente forma parte de una serie de programas mundiales que intentan – de diversos modos – responder al problema de la pobreza. En México opera desde 1997, cuando tuvo sus inicios un bajo formato similar con el nombre de Progresa, y ha tendido progresivamente a incrementar su cobertura: de las 500,00 familias iniciales en 1998 a los 5 millones de hogares que abarca desde 2005; es decir, una quinta parte de las familias mexicanas. El Programa se basa en un principio de "focalización", que consiste en producir con la información adecuada, un método mediante el cual los beneficios lleguen solamente a quienes realmente lo necesitan. A diferencia de propuestas anteriores de programas de combate a la pobreza en México (como Solidaridad), existe una relación directa entre el Programa y las familias, en el sentido de que se ha buscado – también progresivamente – la entrega no mediada de los beneficios, al margen de agentes locales, evitando en teoría el "caciquismo" y el condicionamiento de los apoyos por factores ajenos a las reglas de operación [(5)].

Oportunidades proporciona apoyo económico a las familias y esto tiene un efecto inmediato en el alivio de la pobreza. Pero este no es su principal objetivo: intenta ser no solamente un programa de ayuda humanitaria y paliativa para la población en estado de pobreza, sino una estrategia para crear capital humano (en los hijos de las mujeres beneficiarias) y apostar así, a mediano o largo plazo, a la "ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza" [(6)]. La teoría del Programa Oportunidades sostiene que en un ciclo generacional es posible romper este círculo mediante una serie de estrategias: 1) Mejorar la inserción de los individuos en el mercado de trabajo a través del aumento de sus capacidades, 2) Retrasar el inicio de la etapa reproductiva en los jóvenes y por consiguiente el número de hijos por familia, 3) Mejorar las condiciones de salud y nutrición de las familias. En teoría esto se lograría incentivando el incremento de las "capacidades", que comprenden todo aquello que una persona es capaz de ser o hacer. El ser capaz de estar bien nutrido, escribir, leer y comunicarse, participar en la vida comunitaria y obtener mejores posiciones laborales forma parte de estas "capacidades" [(7)]. Por esto, el objetivo primordial del Programa es «articular incentivos para la educación, la salud y la nutrición, con el fin de promover el desarrollo de capacidades de las familias en extrema pobreza».

La estrategia del Programa ha consistido – con ligeros cambios a través del tiempo – en la identificación de familias en extrema pobreza, quienes

13-Haro Encinas.pmd 367 25/10/2011, 9.01

reciben una serie de apoyos a cambio del cumplimiento de ciertas corresponsabilidades. Las áreas en que el Programa opera son: alimentación y nutrición, economía familiar, escolaridad y salud. Por esto se requiere que existan escuelas y unidades de salud en las localidades donde opera, a una distancia de entre 7 y 11 kilómetros. Sintéticamente, los "beneficios" consisten en:

a) Transferencias económicas a familias en extrema pobreza para complementar su ingreso monetario. Solamente pueden ser recibidas por las mujeres del hogar "madres de familia", aunque hay casos muy especiales donde el jefe de familia es el receptor titular. La entrega se realiza cada dos meses e incluye partidas completamente distintas, aunque se entregan en forma integrada: comprende 185 pesos de "apoyo alimentario" (aproximadamente 10 euros), que en teoría está destinado a la compra de víveres, y un "apoyo energético" de 50 pesos mensuales, para el pago de luz o gas en las viviendas.

b) Becas escolares, destinadas solamente para familias que tengan hijos en edad escolar. El monto de cada beca depende el grado escolar, pero son en general modestas, y van desde 125 pesos mensuales en tercero de primaria (equivalente a menos de 10 euros) hasta 695 (hombres) y 790 (mujeres) en preparatoria (poco más de 40 euros). Las becas no pueden sobrepasar los 1,190 pesos por familia a menos que tengan algún hijo en educación media superior (Ems o preparatoria, equivalente al "bachillerato"). En este caso el monto máximo es de 1,980 pesos mensuales por hogar (poco más de 100 euros).

c) También se proporciona un apoyo anual para útiles escolares: 250 pesos en primaria (en dos entregas), 310 para secundaria y lo mismo en educación media superior. Suelen darse en especie, excepto a los de preparatoria, quienes reciben este apoyo en dinero.

d) Dotación de un suplemento alimenticio (Nutrisol, complemento de micronutrientes) a niños de 6 meses a 2 años. Y a los menores de 2 a 5 años con indicios de desnutrición. También a mujeres embarazadas o en lactancia.

e) Apoyos monetarios a adultos mayores: 260 pesos por cada mayor de 70 años en el hogar.

f) La Plataforma Jóvenes con Oportunidades, que consiste en un sistema de ahorro en puntos que se convierte en efectivo cuando terminan el bachillerato (preparatoria) antes de los 22 años de edad. Inicia a partir del tercer año de secundaria y abarca todo el período de la educación media superior. El total al que pueden aspirar es un poco más de 3,000

13-Haro Encinas.pmd 368 25/10/2011, 9.01

pesos que deben destinarse a: el pago de un seguro de salud, la construcción de una vivienda, el ingreso al sistema de educación universitaria o gastos de instalación de alguna micro-empresa.

g) El nuevo componente de Jóvenes con Oportunidades se está instrumentando en forma experimental solo en Chiapas y Sonora. Se le conoce como Entrega Oportuna de Apoyos. Incluye la recepción de 500 pesos en abril del año en que se cursa el último año de secundaria, con el objeto de solventar los gastos del examen de ingreso a educación media superior. Más tarde, se otorgan 1,458 pesos al año siguiente de haber terminado el bachillerato y 1,500 más en el mes de abril del año en que se cursa el tercer año de Ems. Para solventar los gastos de presentación del examen a educación superior.

A cambio de estos beneficios Oportunidades exige el cumplimiento de ciertas "corresponsabilidades" como requisito imperativo para permanecer en el Programa:

a) Inscribir a los menores de 18 años, cumplidos al inicio del ciclo escolar, que no hayan concluido la educación básica, en las escuelas de educación primaria o secundaria autorizadas y apoyarlos para que asistan en forma regular a clases e inscribir a los jóvenes con necesidades educativas especiales en escuelas de educación especial.

b) Inscribir a los jóvenes de hasta 21 años, cumplidos al inicio del ciclo escolar, que hayan concluido la educación básica, en los planteles de educación media superior autorizados y apoyarlos para que permanezcan en el sistema escolar.

c) Mantener un índice de asistencia escolar de al menos el 85 por ciento de los días efectivos de cada mes por parte de los becarios del Programa.

d) Registrarse en la unidad de salud que les corresponda.

e) Asistencia a charlas de salud una vez al mes. Actualmente se llaman Talleres de autocuidado a la salud e incluyen orientaciones sobre múltiples temas de salud personal, familiar y comunitaria. Anteriormente eran obligatorias para las madres de familia, las "titulares" del Programa, pero posteriormente se implementó el que puede asistir cualquier otro miembro de la familia que sea mayor de 15 años.

f) Todos los miembros del grupo doméstico deben acudir a consulta preventiva a la unidad de salud correspondiente cada dos meses o antes sí lo indica el médico tratante. Se sella en una cartilla la asistencia a las citas.

13-Haro Encinas.pmd 369 25/10/2011, 9.01

Hasta ahora las evaluaciones cuantitativas y cualitativas del Programa han demostrado impactos heterogéneos y ambiguos en la creación de capacidades humanas (Pastrana D. 2005). Por ejemplo, aumento de la escolaridad y de visitas preventivas a los servicios de salud, mayor capacidad para realizar actividades cotidianas y disminución en días de enfermedad y de hospitalización, asimismo el incremento de uso de los servicios públicos de salud en detrimento de los privados (Gertler P. 2000, Skoufias E. *et al*. 2000, Gutiérrez J.P. *et al*. 2005, Hernández *et al*. 2006, González De La Rocha M. 2006). También se ha señalado que en los menores el Programa incrementa los índices de nutrición y que en las mujeres aumenta el uso de servicios de planificación familiar y también el número de consultas prenatales. Sin embargo, no existen evidencias de que esto se relacione con un incremento de las capacidades humanas ni tampoco con mejores circunstancias de inserción laboral, por lo que la pregunta de sí Oportunidades es un programa efectivo para que sus beneficiarios superen la pobreza, seguramente podrá responderse en el largo plazo. En 2005 la evaluación mostró que la penuria de hogares constituidos por adultos mayores era considerable, lo cual conllevó a que se implementara un componente de apoyo para este grupo de edad, lo cual denota el interés de los directivos de que el Programa funcione como un mecanismo paliativo y no necesariamente resolutivo de la pobreza (Escobar A. - González De La Rocha M. - Cortés F. 2005).

Hipótesis, preguntas y metodología del estudio

¿Qué pasa cuando los pobres, en familias o grupos domésticos, son "estimulados" con cierto tipo de "incentivos" como los que otorga en este caso el Programa, a cambio de cumplir con ciertas obligaciones? ¿Les ayudará a salir de su pobreza? ¿Incrementará su capital humano? ¿Su salud? ¿Aumentará su capacidad de insertarse en el mercado laboral? ¿Mejorarán sus capacidades de comprensión a través de una mayor escolarización? Y, además, ¿Qué sucede en estas comunidades donde opera Oportunidades?; es decir, ¿Cuáles son sus efectos secundarios en los no beneficiarios, en otros programas o sectores sociales y en la dinámica misma de la localidad?

La evaluación 2008, que es la novena que se realiza sobre el Programa, tuvo como interés básico indagar cómo influye la condición indígena en relación al impacto de Oportunidades. El estado del arte sobre investigaciones realizadas en desempeño educativo, inserción laboral y resultados

13-Haro Encinas.pmd 370 25/10/2011, 9.01

en salud entre la población indígena de México muestra casi invariablemente indicadores desfavorables para los pertenecientes a las etnias autóctonas del país (Sepúlveda J. 1993, Ops 1998, Jardón M.T. 2004, Castro R. - Erviti J. - Leyva R. 2007). Y señalan como causales factores históricos, de discriminación ("racial"), de idiosincrasia cultural, pero también de escasa adecuación, suficiencia y eficiencia de programas y servicios. Un aspecto importante es sí los resultados más desfavorables en las etnias se asocian a la condición rural o sí la diferencia étnica es el factor relevante para explicar estos resultados, que nos indican una dimensión más de inequidad social, y por ende, un factor a considerar en la superación de la pobreza. Por ello consideramos en nuestra evaluación privilegiar la comparación de hallazgos no solamente entre beneficiarios y no beneficiarios, sino también entre la población mestiza (no indígena) y la indígena, la cual nos dio como tarea elegir hogares que nos permitieran la comparación de cuatro situaciones prototípicas:

Indígenas beneficiarios n=13	Mestizos beneficiarios n=14
Indígenas no beneficiarios n=11	Mestizos no beneficiarios n=10

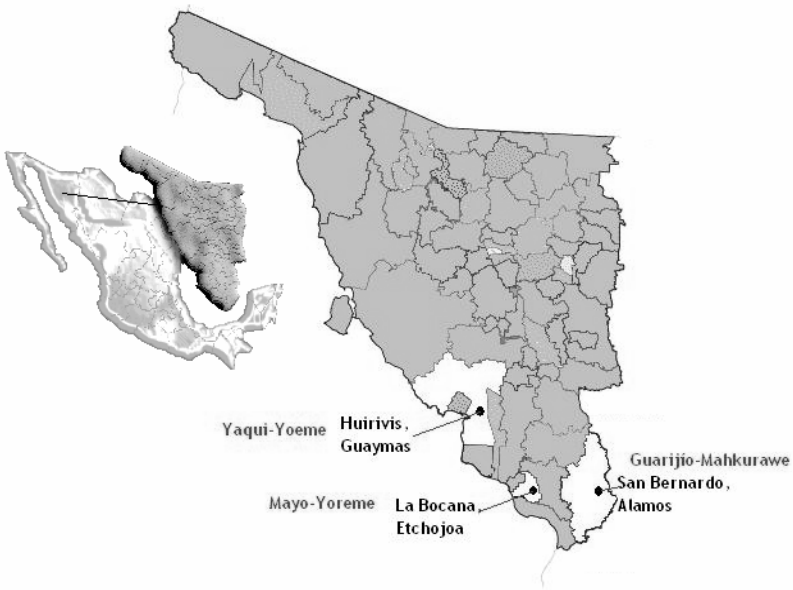
Nuestras hipótesis se orientaron en suponer diferencias entre estos cuatro tipos de hogares, pensando que los resultados en salud, educación y trabajo deben tender a ser mejores en beneficiarios a largo plazo que entre los no beneficiarios. A la vez, por las razones antes señaladas, que el impacto de Oportunidades es menor en los indígenas. Por lo tanto, una hipótesis fue que el contraste debe ser mayor al comparar a los indígenas no beneficiarios con los mestizos beneficiarios.

El estudio se realizó entre los meses de diciembre de 2007 a septiembre de 2008, de los cuales se dedicaron tres meses a estancias en campo, con una etapa previa conducida en el segundo semestre de 2007 en la que el coordinador de la evaluación en Sonora realizó un diagnóstico preliminar sobre salud de pueblos indígenas en México y el noroeste (Haro J.A. 2007-b). La selección de las tres micro-regiones tuvo como premisa encontrar localidades cuya principal característica fue la de ser eminentemente rurales (menores de 2,500 habitantes), con presencia tanto de población indígena como no indígena, además de un número suficiente de hogares que cubrieran con los requisitos de la muestra analítica (Cortés F. 2008). Implicó buscar localidades donde el Programa estuviera operando desde su inicio (1998), con hogares tanto beneficiarios como no beneficiarios en condiciones de pobreza, y que contaran con servicios médicos y educativos.

13-Haro Encinas.pmd 371 25/10/2011, 9.01

Para ello elegimos tres micro-regiones del sur del estado, donde se concentra el mayor número de la población indígena que se considera autóctona de esta entidad, de los tres grupos étnicos que son los numéricamente mayoritarios en Sonora: Yoemes "Yaquis", Yoremes "Mayos" y Mahkurawes "Guarijíos" (8). Las tres micro-regiones son muy diferentes entre sí, tanto por su dinámica económica, ecología, situación social y acceso a servicios públicos. Pero las tres situaciones tienen en común dos factores que son muy relevantes para los objetivos de evaluación de Oportunidades: el de ser micro-regiones con fuerte presencia de población indígena y también por constituir bastiones de pobreza y de graves inequidades sociales en un estado caracterizado por una relativa bonanza económica, en relación al conjunto del país (*Figura 1*).

Figura 1 - Las microrregiones del estudio en Sonora



Fuente: Elaboración propia.

Las técnicas de recopilación de información incluyeron un abanico estratégico: entrevistas con informantes clave, realización de estudios de caso en hogares, elaboración de trayectorias educativas, reproductivas y laborales en ex-becarios y pares no beneficiarios del Programa, visitas y observaciones etnográficas de los servicios escolares y sanitarios, como también de eventos relevantes asociados a la operación de Oportunidades; elaboración de inventarios (en servicios educativos y de salud) e itinerarios te-

13-Haro Encinas.pmd 372 25/10/2011, 9.01

rapéuticos en episodios selectos de enfermedad registrados en los hogares. Además, la elaboración de un diario de campo, croquis y mapas. Y la revisión y sistematización de datos estadísticos de cobertura y de otro tipo, la grabación y transcripción de entrevistas y el registro fotográfico y de video. La selección de estudios de caso, que fueron 48 en total, comprendió la identificación y el seguimiento de 16 hogares en cada una de las tres micro-regiones estudiadas, algunas de las cuales tuvieron que ser elegidas en localidades aledañas para cumplir con los requerimientos del muestreo analítico.

Cobertura y operación de Oportunidades

Un primer hallazgo que comprobamos en las tres microrregiones estudiadas en Sonora es la relevancia que posee Oportunidades para las familias beneficiarias. Desde la perspectiva de la gente pobre, Oportunidades es el programa más importante, sin lugar a dudas, puesto que la crisis económica en el medio rural, incluso en Sonora, ha causado grandes estragos y son muy contradictorias y difíciles las situaciones actuales, con numerosos efectos de la globalización económica y cultural, en especial con los nuevos escenarios migratorios que están cambiando la fisonomía ancestral del México rural (Haro J.A. 2007a). No obstante, hay que señalar que pese a los esfuerzos realizados en la lucha contra la pobreza, en las micro-regiones que nosotros estudiamos los signos prototípicos de la pobreza siguen siendo vigentes. Ello se relaciona con el hecho de que el Programa se ha constituido fundamentalmente como una estrategia más de sobrevivencia para los hogares que viven en pobreza, con impactos discretos en las condiciones que pudieran permitirles superarla. Nuestros resultados ilustran la existencia de una serie de situaciones que impiden que el objetivo principal del Programa tenga éxito, relacionadas tanto con la cobertura y operación del programa como con fallos en la prestación de servicios educativos y de salud, a lo que se aúnan factores contextuales en los que el Programa no incide.

Sonora es probablemente uno de los estados donde la cobertura de Oportunidades está mejor representada en las regiones indígenas, aunque existen variaciones importantes en cuanto al grado de cobertura según los índices de rezago social en cada región. En la región del Mayo los niveles de cobertura son en lo general muy extensos, regulares en la región Guarijía y menos amplios en la región Yaqui de Sonora. En estas dos últimas regiones es muy ostensible que los hogares y localidades con grados muy

13-Haro Encinas.pmd 373 25/10/2011, 9.01

altos y altos de rezago social manifiestan menores índices de cobertura del Programa. Se relaciona con el hecho de que entre estas existen comunidades indígenas que por su aislamiento y dispersión están siendo excluidas de los beneficios del Programa.

Además de la existencia de estos núcleos poblacionales que no contempla el Programa, hay que señalar que entre los hallazgos etnográficos encontramos numerosos casos correspondientes a "errores de inclusión" en el Programa y también "errores de exclusión". Entre los primeros hallamos familias beneficiarias de Oportunidades que no están en situación de pobreza pues tienen ingresos suficientes para asegurar la alimentación, la escolaridad, la atención a la salud y la creación de un patrimonio. A la vez, también identificamos la situación inversa: hogares que no se incluyeron o que fueron dados de baja a pesar de presentar diversos grados de pobreza patrimonial o incluso alimentaria, y que tenían pocas oportunidades para cubrir los gastos ya aludidos. Consideramos que varios de estos casos pueden referirse a estrategias de simulación de los beneficiarios o a errores en la certificación de elegibilidad, pero también a que diversos agentes locales emplean redes sociales y estrategias diversas para asegurar la inclusión/exclusión de ciertos hogares en el padrón [(9)].

En cuanto a la operación del Programa documentamos varios factores que afectan su eficiencia: entre ellos, las condiciones laborales del personal operativo, escasez de recursos tanto humanos como materiales, el relativo desorden que impera en varias fases de operación del Programa; y otros procesos más críticos, sobre todo en la interacción con la población indígena. Hay problemas de comunicación intercultural que no son advertidos ni manejados por el personal. Detectamos de manera relevante, el desconocimiento de buena parte de los beneficiarios, tanto indígenas como no indígenas, de cuáles son las reglas, los criterios y los procedimientos que hay que realizar. Los trámites a realizar en Oportunidades (incorporación, recertificación, cambio de domicilio, pago de adeudos, aclaraciones y cobro del componente Jóvenes con Oportunidades) ofrecen muchas dificultades a los beneficiarios, especialmente si son indígenas, tanto en lo referido a la compleja y cambiante lógica de los trámites como en contar con la documentación requerida.

A pesar de que existe una afluencia considerable a los Centros de atención y registro, CAR del Programa, según testimoniamos, la mayoría de nuestros informantes no sabían de su existencia. Pero tampoco los responsables de orientar a la población indígena desde estructuras oficiales especializadas en el desarrollo indígena, o desde otros sectores potencialmente relacionados, como el educativo o de salud. Los promotores de Oportunidades

13-Haro Encinas.pmd 374 25/10/2011, 9.01

no tienen el tiempo suficiente para atender los numerosos problemas que acarrea la operación del Programa [10]. Generalmente las visitas realizadas por brigadas de diverso tipo a las comunidades se reducen a un tiempo mínimo y apurado para cumplir con ciertas tareas específicas. Los beneficiarios suelen ignorar elementos muy básicos sobre la operación del Programa, en aspectos tan sencillos como el día y la hora en que se realizarán los pagos, debido a la gran variabilidad e improvisación que caracterizan la operación de Oportunidades. Especialmente con los indígenas la comunicación se presta a frecuentes malentendidos, por qué los promotores no comparten los ritmos, tonos y modos de las culturas indígenas. Pero incluso para los mestizos las indicaciones suelen parecer complejas, ambiguas, poco claras [11].

Consideramos que esto se relaciona con una historia muy larga en las zonas rurales, con la llegada sucesiva de varios programas y proyectos que siempre tienden a comenzar desde cero. Ignoran la existencia previa de cargos similares, de la organización comunitaria, religiosa o tradicional, y a que no se elaboran con suficientes recursos ni tiempos las estrategias de capacitación que esto requiere. Y menos con la debida competencia intercultural. Por otra parte, la existencia de estos nuevos cargos lleva casi inevitablemente aparejada la división de la vida comunitaria y la aparición de nepotismos y favoritismos en el manejo de la información, las influencias y los recursos. En Oportunidades, por ejemplo, la actuación de las vocales en ciertos sitios conlleva el acceso o la exclusión del padrón de Oportunidades, pero no se limita solamente a ellas, puesto que incluye a diversos agentes locales. Este aspecto es sistemáticamente negado por la gente del Programa y también sistemáticamente afirmado por la mayoría de nuestros informantes, quienes nos brindaron suficientes ejemplos [12].

Del uso de los apoyos en los hogares beneficiarios obtuvimos varios reportes y observamos su manejo tanto en momentos inmediatos al pago como en ocasiones posteriores. No cabe duda que los apoyos son utilizados sobre todo en rubros prioritarios: alimentación, transporte, vestido, combustibles. Pero las pautas de uso son muy variables: entran a formar parte de un fondo familiar de donde también se pagan gastos que pueden ser considerados suntuarios, en concordancia con patrones culturales. Algo común e irregular fue encontrar que variados agentes comunitarios acostumbran "tasar" los pagos recibidos mediante el cobro de un pequeño porcentaje variable: de entre 10 a 30 pesos (0.4 a 2 euros) por titular en cada pago. Quienes cobran incluyen al personal de salud y a las vocales. Nuestra impresión es que se trata de decisiones locales que son impuestas en forma unilateral por estos agentes. Pero esto sucede incluso con el visto bueno

13-Haro Encinas.pmd 375 25/10/2011, 9.01

del personal operativo del Programa y otros actores locales relevantes. En las tres micro-regiones la práctica es comúnmente aceptada y tiene un estatuto ambiguo: entre compulsoria y voluntaria [13].

Cómo ya señalamos anteriormente, éstas y otras situaciones son toleradas por las titulares y las familias beneficiarias debido a que es evidente la importancia que tiene para los habitantes rurales la pertenencia a Oportunidades. De hecho, no es simplemente un Programa más, sino que es visto como "El Programa" más relevante para los grupos domésticos [14]. No solamente por las ayudas económicas o las becas escolares, sino porque en la mayoría de los casos los no beneficiarios que se consideran pobres se sienten en cierto modo excluidos de la dinámica comunitaria, mientras que para los beneficiarios genera autoestima. Se percibe, incluso, resentimiento en los no beneficiarios, que no está generalmente dirigido al Programa en sí (niveles federales, estatales o regionales), sino que atribuyen su exclusión al concurso de agentes locales que no los favorecen por razones variadas. Que por motivos diversos no han logrado obtener la información y el apoyo suficientes para lograr ser beneficiarios. En muchos casos que testimoniamos esto se vive como una gran injusticia. No obstante, hay que señalar que la situación es compleja y diferenciada, pues las situaciones que viven los habitantes rurales de las regiones estudiadas son bastante heterogéneas.

Impacto de Oportunidades en salud

En las tres micro-regiones se encontraron perfiles epidemiológicos muy similares, sin poder distinguir diferencias ostensibles al comparar hogares beneficiarios con no beneficiarios. No realizamos un recuento sistemático de incidencia o prevalencia de patologías debido a nuestro método focalizado en la muestra analítica. Sin embargo, según la opinión de nuestros entrevistados locales, los indígenas muestran en lo general condiciones de salud que son más desfavorables que la población mestiza. Y que sus necesidades en salud están cambiando rápidamente, como efecto de una transición epidemiológica polarizada que conjunta enfermedades del rezago social «diarreas, deshidrataciones, picaduras de alacrán y víbora, conjuntivitis, desnutrición, enfermedades respiratorias que se complican fácilmente», con trastornos derivados de la adopción de pautas modernas «diabetes, obesidad, hipertensión, cáncer, violencias, accidentes, alcoholismo, adicciones, etcétera». También es relevante señalar que el personal de salud entrevistado no ve diferencias entre los beneficiarios y los no beneficia-

13-Haro Encinas.pmd 376 25/10/2011, 9.01

rios, a pesar de que los primeros reciben regularmente charlas de salud y acuden puntualmente a sus visitas preventivas a los centros de salud. En el caso de la población indígena resulta más evidente para nuestros informantes el que las estrategias de promoción a la salud tienen un alcance demasiado limitado [(15)].

Es notable la presencia que tiene en las tres regiones la medicina tradicional y sus sistemas de creencias y prácticas, con la coexistencia de distintos modelos explicativos de las enfermedades. Algo que resulta útil para conocer, en primer término, las pautas de atención a los servicios de salud. Estos incluyen, en mayor o menor grado interregional, recursos muy variados de la medicina tradicional «con diferentes especialidades y una pléyade de curanderos famosos por habilidades específicas», de la medicina privada, de las farmacias existentes y de los servicios públicos de salud gubernamentales. Entre estos, principalmente las unidades de la Secretaría de salud de Sonora (Ssa-Sonora), donde destaca el sistema del Seguro popular, por la derechohabiencia que cubre a los beneficiarios de Oportunidades. Como también ocurre en la región Mayo con beneficiarios urbanos de Imss-Oportunidades (Instituto mexicano del seguro social). Además, derechohabientes de Issste (Instituto de salud y seguridad social de trabajadores del estado) e Isssteson (Instituto de salud y seguridad social de trabajadores del estado de Sonora). En dos de las regiones estudiadas – Yaqui y Mayo – se encuentran disponibles estos servicios, pero su accesibilidad y calidad es bastante heterogénea. En la región Guarijía los servicios a los que pueden acceder los habitantes rurales del municipio de Álamos son mucho más limitados.

Nuestras experiencias de campo nos llevan a señalar que existen serias limitantes en la oferta, la accesibilidad y la calidad de los servicios públicos de salud. No quiere esto decir que la medicina tradicional, la privada en su versión médica o farmacéutica o en las escasas opciones de medicina alternativa que se encuentran en las ciudades cercanas – y que los habitantes rurales a veces utilizan – sean de buena calidad o se encuentren en una lógica no mercantil y de servicio humanitario, con eficacia resolutiva. Hay mucho que decir de estas opciones. Pero, desde nuestra perspectiva, nos interesa analizar los servicios públicos de salud que están relacionados con Oportunidades: la Ssa-Sonora y su Seguro Popular, y el Imss-Oportunidades. Al respecto, consignamos evidencias que indican que la atención a los habitantes rurales – beneficiarios o no – muestra diversas carencias, tanto en términos de su grado de resolución local, como también en la disposición de insumos, equipo clínico, medicamentos, material de curación, capacidad técnica, suficientes recursos humanos, etcétera. Pero es una situación

13-Haro Encinas.pmd 377 25/10/2011, 9.01

variable, que depende no solamente al comparar el desempeño de una unidad médica con otra, sino también del momento del mes en que efectuemos nuestras observaciones o de los casos concretos de enfermedad, con menores problemas en el primer nivel de atención [16].

Prueba de ello es el hecho de que buena parte de la atención médica se busca en otras partes distintas a la unidad de salud que corresponde. Los itinerarios terapéuticos explorados dan cuenta de pautas múltiples, que conjugan recursos en forma concomitante o secuencial, siendo el gasto de bolsillo en salud común entre los habitantes de las regiones estudiadas y motivo de traslado y endeudamiento seguros cuando la causa de atención requiere de recursos diagnósticos, quirúrgicos, obstétricos u de otro tipo. Y esto sucede muy frecuentemente con las picaduras de alacrán o víbora, para las que no suele haber recursos suficientes en los niveles locales. Sin embargo, para muchos episodios de enfermedades comunes y fáciles de tratar, como son gripes, diarreas, dolores musculares, heridas sencillas, control de enfermedades crónicas ya diagnosticadas, etcétera, generalmente los servicios de la Ssa-Sonora e Imss-Oportunidades funcionan bien mientras no se presente la necesidad de un examen diagnóstico con el que no se cuenta, una interconsulta a especialista, la necesidad de ser hospitalizado o de recibir atención obstétrica en el caso de mujeres embarazadas. Tanto el Seguro popular como el Imss-Oportunidades suelen dejar fuera de la cobertura de sus paquetes básicos "acciones en salud" a una buena parte de los episodios que se presentan en los hogares.

Un problema que detectamos es el hecho de que la mayoría de los Centros de salud para población dispersa de la Ssa-Sonora están – en el mejor de los casos – atendidos por médicos pasantes en servicio social y por enfermeras o auxiliares de enfermería. Son muy escasos los técnicos en Atención primaria y también los médicos de base, a quienes pudiera dirigirse un programa de capacitación en salud comunitaria y competencia intercultural. Las promotoras de salud que están generalmente a cargo de las Casas de salud no cuentan con capacidad técnica ni equipo suficiente ni medicamentos adecuados que sepan manejar correctamente para garantizar al menos una atención de primer nivel. Por otra parte sus pagos son notoriamente precarios, como también lo son los de los pasantes y también los de las enfermeras. En el Imss Oportunidades el personal ni siquiera tiene base, salario digno, seguro médico ni derecho a incapacidades. Si a esto le agregamos el contexto indígena en el cual operan nos explicamos muchos de los problemas, abusos, ausencias, incompetencias, desabastos, negligencias y en ocasiones pautas discriminatorias entre el personal de salud y la población étnicamente diferenciada. Con honrosas excepciones [17].

13-Haro Encinas.pmd 378 25/10/2011, 9.01

No obstante, la adopción de pautas locales en las unidades de salud también produce buenos resultados y responden, como pudimos darnos cuenta, a la voluntad de servicio y capacidad técnica del personal responsable. Dan lugar a la creatividad y al despliegue de actividades en salud que son organizadas desde los mismos centros, como son visitas a comunidades aledañas para dar consulta y servicios preventivos o de educación para la salud, de gestión adicional de recursos humanos o técnicos extras, que no están contenidos en el esquema básico que se ordena desde niveles superiores. Como en la mayoría de los casos son pasantes los médicos encargados, esto hace que la calidad e incluso la accesibilidad "cada uno establece diferentes horarios y calendarios de atención" varíe considerablemente de un año a otro. En el caso de las enfermeras y auxiliares, que suelen ser de base, o de la promotora o del técnico en Atención primaria, su permanencia le imprime a las unidades de salud un perfil fundamental que es el que se proyecta sobre los pobladores rurales. A lo que se añaden pautas institucionales relacionadas también con la calidad, como son la capacitación, el abasto de insumos, el estado de las instalaciones, la existencia efectiva de mecanismos de referencia y contra-referencia de los pacientes y la efectividad de la red de apoyo para interconsultas.

Para el Programa es importante advertir la alta heterogeneidad en la calidad de los servicios que otorgan las unidades de salud. También señalar la inconsistencia que aun presenta el llamado "Nuevo Modelo de Atención a la Salud", basado en Línea de Vida en el caso de la SSA-Sonora y en el Prevenimss que maneja Imss-Oportunidades [18]. En nuestras observaciones las acciones se llevan de una manera muy irregular, que se traduce en un monitoreo muy limitado de acciones, en la mayoría de los casos que detectamos, y también en la pobreza en las detecciones que se realizan en las visitas preventivas que las familias beneficiarias deben realizar al menos 2 veces al año. El cumplimiento de la corresponsabilidad se convierte en una obligación, un requisito, un medio para no dejar de recibir los apoyos. Y es algo similar a lo que está sucediendo en los Talleres de autocuidado de la salud. Con excepciones locales, los talleres son charlas unidireccionales de escaso valor didáctico. En condiciones adversas, en formato masivo, sin ejercer una retroalimentación ni una adecuación a los problemas y pautas locales. Y sin un seguimiento que compruebe la efectividad de las intervenciones que se promueven. En muchos de los casos son talleres que realizan personas que están inconformes con la obligación de impartirlos y que son recibidos por beneficiarios para quienes es solamente un requisito compulsivo, no una oportunidad de aprendizaje.

13-Haro Encinas.pmd 379 25/10/2011, 9.01

Educación y creación de capacidades humanas

La oferta educativa en las micro-regiones es suficiente y adecuada en términos de accesibilidad, aunque su calidad es – como en el caso de los servicios de salud – también heterogénea y variada. Esto varía entre regiones pero también depende del sistema "indígena o formal, pues existen ambas modalidades". En el caso del sistema gubernamental de educación indígena, que abarca solamente educación inicial, preescolar y primaria, se encontraron mayores deficiencias. En el sistema formal que la eficiencia aumenta a medida que se incrementa el nivel de estudios, siendo por lo tanto mejor el desempeño en las escuelas preparatorias. Recibimos numerosos reportes de lo mucho que puede variar el funcionamiento de una escuela rural – indígena o no – dependiendo de quién sea el maestro, y también de cuál sea su vinculación con las redes de poder sindical o partidista en la región.

En cuanto a la forma en que los estudiantes hacen uso de la oferta educativa, también debemos señalar que es muy variada. No siempre estudian en el plantel más cercano, a veces optan por ir más lejos a una escuela que para ellos tiene más prestigio. O porque se les acomoda mejor, como es el caso de contar con familiares en otras partes de Sonora. Pero esto ocurre más bien con la educación media superior y no en primarias o secundarias. Y ello a la vez depende de las posibilidades económicas de las familias. Reiteramos la presencia de diversos sistemas educativos en las regiones estudiadas, por lo cual los estudiantes pueden elegir en qué tipo de plantel estudiar. Esto evidencia la falta de lógica con la que se ha venido construyendo el sistema educativo en las regiones indígenas de Sonora, donde abundan las inconsistencias, los traslapes, el derroche y a la vez la carencia de recursos, la hegemonía de factores extra-educativos sobre los procesos y muchas consideraciones más que tienen como resultado una situación caótica en el sector.

El equipamiento de los planteles es a la vez altamente heterogéneo. Por un lado testimoniamos excelencia en condiciones tanto de la planta física como de los insumos docentes y logísticos. Esto es más patente en las preparatorias, menos en las secundarias y mucho menos en telesecundarias "planteles rurales donde se reciben clases por televisión" y primarias. En la educación preescolar hay muchas variaciones, tanto en jardines de niños "kinder"como en educación inicial (o "maternal", antes del kinder). El abasto de ciertos insumos, como el voltaje eléctrico, es escaso, irregular e insuficiente en los medios rurales sonorenses que nosotros visitamos. El resto de insumos para el trabajo es adecuado, con la excepción casi gene-

13-Haro Encinas.pmd 380 25/10/2011, 9.01

ralizada de los sanitarios – que se encuentran deplorables e incluso inutilizables – y también problemas en el abasto de agua. Especialmente en las preparatorias. En las primarias que visitamos la situación es variada. Abundan distintos tipos de carencias, en mantenimiento, en insumos, lo cual varía mucho entre un plantel y otro, siendo su problemática muy particular.

En cuanto a recursos humanos la situación es similar: en zonas indígenas abundan las escuelas multigrado "donde en una misma aula un solo maestro dicta clases a alumnos de grados distintos" y numerosas irregularidades en la capacidad, el número, la calidad y el desempeño de los profesores, lo cual redunda en un mucho menor aprovechamiento escolar para los alumnos indígenas. No es que los salarios o las prestaciones de los profesores sean distintos al comparar el sistema formal con el indígena. Sucede que, de ser posible, casi nadie quiere trabajar en zonas indígenas, ni siquiera los propios profesores indígenas. Evidentemente en términos de recursos humanos el desempeño de los profesores es variado, en un rango que va de la indolencia al heroísmo. Desde discriminación franca y manipulación prepotente en relación al trato de alumnos y padres, especialmente en lo de la firma de las corresponsabilidades para Oportunidades, hasta ejemplos patentes de abnegación personal y sensibilidad para ponerse en el nivel de cada alumno. Y de gestionar con recursos propios las necesidades de los mismos. Pero en niveles rurales, y más en los indígenas, encontramos en lo general menor desarrollo de capacidades docentes.

Un resultado de obviedad es el hecho de que Oportunidades tiene un impacto notable en el incremento de la matrícula escolar y en las pautas de asistencia, pero debido a que las corresponsabilidades solamente se atienen a comprobar un 85 por ciento de asistencia a clases, no existe ninguna garantía de que a mayor asistencia haya mayor aprovechamiento, y por ende, que se esté potenciando el desarrollo de capacidades en quienes son sus becarios. Por otra parte, el cumplimiento de la corresponsabilidad en asistencia escolar no es tampoco evidencia de que ésta se cumple, pues existe algo de simulacro compartido que ocurre gracias al "factor compasión" que opera en ciertos maestros, del cual encontramos referencias especialmente respecto a niños indígenas. También encontramos indicios de que la corresponsabilidad es firmada bajo amenazas de los padres de familia, especialmente en relación al narcotráfico [(19)].

La situación es compleja y difícil de analizar, en tanto se requiere valorar cuidadosamente los pros y contras de la educación indígena. También los efectos del paternalismo oficial y docente, pues encontramos casos de alumnos indígenas que logran buenos promedios en la primaria indígena,

13-Haro Encinas.pmd 381 25/10/2011, 9.01

pero que al entrar a secundaria sus buenas notas causan consternación en los profesores que los reciben, al constatar el bajo nivel educativo, que paradójicamente coexiste con sus excelentes notas. También encontramos profesores que señalan consecuencias perversas del sistema indígena: desde que propicia el aislamiento y la discriminación al crear situaciones de *ghetto* "son un *apartheid* escolar", hasta la desventaja que perpetúa el hecho de continuar siendo los niños preferentemente monolingües gracias a la educación indígena. Al llegar a la secundaria tienen graves problemas e inequidades, especialmente en lo relativo a la lectoescritura. Lo que es contundente entre los profesores es la opinión de que en definitiva el aprovechamiento escolar es mucho más deficiente entre los indígenas. Y esto ocurre tanto en el sistema indígena como en el formal, aunque no necesariamente se relaciona con las calificaciones pero quizás sí con el abandono escolar [(20)].

Impacto del Programa en ex-becarios

Los impactos que el Programa manifiesta entre los ex-becarios que estudiamos en las tres micro-regiones son discretos y un tanto ambiguos, debido a que se diferencian poco al ser comparados con sus pares que nunca fueron becarios, aunque sí manifiestan diferencias según la etnicidad, pero que a su vez dependen de la micro-región analizada. En total logramos reconstruir la trayectoria de 72 ex-becarios, las cuales fueron cotejadas con 32 historias de quienes nunca fueron beneficiarios. En ambos casos, las trayectorias correspondieron a los jóvenes procedentes de los 48 hogares que constituyeron nuestros estudios de caso. Del total de 104 jóvenes, de ambos sexos, 53 fueron indígenas mientras que 51 fueron mestizos o no indígenas.

Es evidente que los ex-becarios tienen mayor escolaridad que los que nunca fueron becarios y que esto se hace más ostensible entre las mujeres y menos en la comparación entre indígenas y mestizos: en nuestro estudio el Programa tendió a favorecer más la disminución de la desigualdad en los niveles de escolaridad en su vertiente de género y menos en su dimensión étnica, como lo denota el análisis de las trayectorias señaladas. No obstante, esta conclusión debe ser matizada en tanto nuestros hallazgos indican que, dada la baja calidad de los servicios educativos, esto no se traduce necesariamente en un aumento de capacidades humanas o capital cultural [(21)]. Y que existe una brecha, tanto en el paso de la educación secundaria a la preparatoria "bachillerato", que se agudiza aun más en el paso siguiente a la educación universitaria o técnica.

13-Haro Encinas.pmd 382 25/10/2011, 9.01

La inserción laboral de los ex-becarios no se distingue de los que nunca fueron becarios. Influye mucho más el contexto. En la micro-región Yaqui fueron muy numerosos los casos de ex-becarios que no trabajan, han desertado los estudios o ejercen trabajos más bien temporales en los campos agrícolas y las maquiladoras.

Creemos, y lo discutimos bastante entre nosotros, que la causa de que entre los jóvenes Yaquis exista mayor indolencia – que también corroboramos con respecto al aprovechamiento en educación primaria y secundaria, y también en las conductas de salud que observamos o nos reportó el personal sanitario –, seguramente se relaciona con el "colchón" que representa su cultura ritual y su organización tribal. Cualquiera de ellos cuenta con un apoyo potencial en caso de necesitarlo por parte de las autoridades tradicionales. (Ver *Cuadro 1*).

Cuadro 1: Trayectorias de ex-becarios y no becarios en la micro-región Yaqui, 2008

Estatus Oportunidades	Etnicidad	En estudios	Trabajo formal	Trabajo informal	Desempleados	Total
Exbeneficiarios	Indígenas	2	1	1	11	15
Exbeneficiarios	No Indígenas	5	2	4	2	13
No Beneficiarios	Indígenas	1	2	0	0	3
No Beneficiarios	No Indígenas	1	1	1	0	3

Fuente: Elaboración propia, base de datos de trayectorias educativas de ex-becarios y sus pares en las tres microrregiones de Sonora, 2008.

En la micro-región Mayo se observa mayor desempeño laboral y también educativo si lo comparamos con el Yaqui, en jóvenes indígenas como asimismo en mestizos. La comparación de datos no resultó tan propicia como en el caso anterior debido a la dificultad que existe en esta región de localizar personas que no se consideren indígenas y también jóvenes que no hayan sido becarios de Oportunidades. Destaca, no obstante, el bajo número de casos de jóvenes que están desempleados, la proporción alta de quiénes continúan estudiando y el hecho de que las oportunidades de un trabajo formal sean tan escasas en esta región. (Ver *Cuadro 2*).

En la micro-región Guarijía las perspectivas de los ex-becarios, y en general de los jóvenes, no son en lo general buenas, a menos que cuenten con otro tipo de apoyos. En esta región eso significa frecuentemente el tener acceso a fuentes de financiamiento por actividades ilícitas. Ya sea de los jefes de familia, los hermanos, o ellos mismos. Desafortunadamente en

13-Haro Encinas.pmd 383 25/10/2011, 9.01

Cuadro 2: Trayectorias de ex-becarios y no becarios en la micro-región Mayo, 2008

Estatus Oportunidades	Etnicidad	En estudios	Trabajo formal	Trabajo informal	Desempleados	Total
Exbeneficiarios	Indígenas	8	2	5	1	16
Exbeneficiarios	No Indígenas	2	1	1	2	6
No Beneficiarios	Indígenas	1	0	0	0	1
No Beneficiarios	No Indígenas	0	1	0	3	4

Fuente: Elaboración propia, base de datos de trayectorias educativas de ex-becarios y sus pares en las tres microrregiones de Sonora, 2008.

esta región el mercado de trabajo está francamente constreñido y no hay opciones laborales viables. Por esto muchos de los jóvenes emigran. La condición étnica influye negativamente en las posibilidades de estudio pero no en las de trabajo, puesto que en la micro-región de San Bernardo las opciones laborales legales son realmente muy escasas. (Ver *Cuadro 3*).

Cuadro 3: Trayectorias de ex-becarios y no becarios en la micro-región Guarijía, 2008

Estatus Oportunidades	Etnicidad	En estudios	Trabajo formal	Trabajo informal	Desempleados	Total
Exbeneficiarios	Indígenas	2	2	3	2	9
Exbeneficiarios	No Indígenas	5	2	3	3	13
No Beneficiarios	Indígenas	0	0	4	5	9
No Beneficiarios	No Indígenas	1	1	5	5	12

Fuente: Elaboración propia, base de datos de trayectorias educativas de ex-becarios y sus pares en las tres microrregiones de Sonora, 2008.

Dependiendo del mercado de trabajo, los ex-becarios que nosotros indagamos se emplean en maquiladoras o en campos cercanos, en la siembra o pizca de enervantes "mariguana", en el empleo informal y en trabajos parciales y mal pagados, con muy pocas prestaciones y salarios escuálidos. Muchos de ellos sencillamente no trabajan y se limitan a sobrevivir en casa de sus padres, a veces tirando droga o vendiendo *fayuca* "mercancía extranjera de contrabando", menos de trabajadoras domésticas o lavando ajeno o en sus casas, cosa que sí es más común entre los Yoris (forma particular de los indígenas sonorenses para referirse a los no indígenas), particularmente entre jóvenes que no fueron beneficiarios del Programa.

13-Haro Encinas.pmd 384 25/10/2011, 9.01

En las tres micro-regiones encontramos que, por lo general, al terminar los estudios de preparatoria los jóvenes encuentran pocas oportunidades de trabajo como también muy escasas posibilidades de ingresar a una carrera universitaria, lo cual es más evidente y frecuente entre los indígenas. Aunque nuestros datos procedentes de las trayectorias realizadas y de los estudios de caso no son ni pretenden ser exhaustivos con respecto a las microrregiones estudiadas, sí señalamos que coinciden con otras investigaciones realizadas en estas tres regiones interétnicas, con los estudios de contexto que elaboramos para esta evaluación (HARO J.A. *et al*. 2008a) y con el cotejo con la visión de informantes clave locales. Cómo puede apreciarse en los *Cuadros 1*, *2* y *3*, la situación regional es determinante y explica los impactos heterogéneos observados. Sin embargo, al reunir los datos de las trayectorias de las tres situaciones investigadas (*Cuadro 4* y *Figura 2*), se aprecia que Oportunidades tiene efectos positivos especialmente en la posibilidad de continuar los estudios cuando comparamos ex-becarios con nunca becarios. Y que estas posibilidades son menores para los indígenas, para quienes también son menores las oportunidades de obtener un empleo formal. Por su parte los mestizos ex-becarios son quienes están en menor proporción en el desempleo, lo cual hace patente el impacto diferencial que el Programa no ha logrado romper. Como ya señalamos, los casos exitosos se deben a otros apoyos concurrentes que se suman a las becas de Oportunidades, pero no al Programa en sí mismo, como pudimos apreciar en el estudio etnográfico de estos casos. Tampoco debemos soslayar en este resumen agregado, el efecto de los contextos regionales indagados.

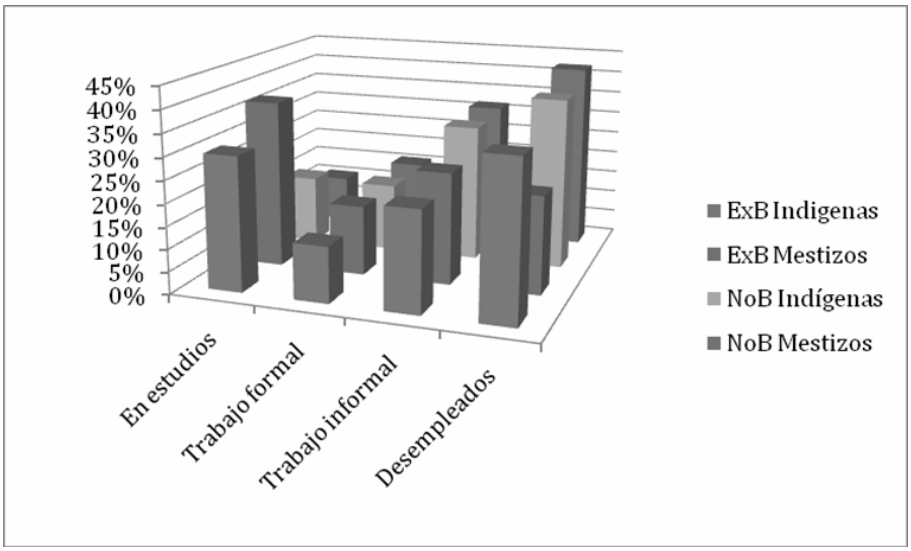
Cuadro 4: Resumen de trayectorias en las tres microrregiones de Sonora, 2008

Estatus Oportunidades	Etnicidad	En estudios		Trabajo formal		Trabajo informal		Desempleados		Total	%
Exbeneficiarios	Indígenas	12	30.0%	5	12.5%	9	22.5%	14	35.0%	40	100%
Exbeneficiarios	No Indígenas	12	37.5%	5	15.6%	8	25.0%	7	21.9%	32	100%
No Beneficiarios	Indígenas	2	15.4%	2	15.4%	4	30.8%	5	38.5%	13	100%
No Beneficiarios	No Indígenas	2	10.5%	3	15.8%	6	31.6%	8	42.1%	19	100%
Totales	Todos	28	26.9%	15	14.4%	27	26.0%	34	32.7%	104	100%

Fuente: Elaboración propia, base de datos de trayectorias educativas de ex-becarios y sus pares en las tres microrregiones de Sonora, 2008.

13-Haro Encinas.pmd 385 25/10/2011, 9.01

Figura 2 - Resumen de trayectorias en las tres microrregiones de Sonora, 2008



Fuente: Elaboración propia con datos del *Cuadro 5*.

Por ello, consideramos, buena parte de los jóvenes, sean becarios o no, y también indígenas o no, tienden a reproducir el empleo de sus padres, pero no sus pautas reproductivas, pues observamos en la comparación intergeneracional "derivada de nuestros estudios de caso" que los jóvenes de hoy tienden a postergar su fecundidad, con una edad más tardía en el primer parto de las jóvenes respecto a sus madres. Pero esto no sucede de forma contrastante entre ex-becarios y no becarios. En cambio, los jóvenes indígenas se emparejan a más temprana edad y tienen precozmente sus primeros hijos. Pero tienden a utilizar métodos de planificación familiar, y por ello están teniendo familias más pequeñas. No obstante, no debemos soslayar que estos jóvenes siguen en edad reproductiva, por lo que el tamaño de estas familias puede o no aumentar en un futuro próximo. El uso progresivo de anticoncepción entre los jóvenes puede atribuirse – o no – a un efecto secundario de Oportunidades, pero nos parece, a través de nuestras observaciones y charlas en campo, que la cultura reproductiva está cambiando hacia una baja en la fecundidad. Pero por diversas razones, donde la disponibilidad de anticonceptivos, los cambios en el mercado de trabajo, la crisis de la agricultura mexicana como efecto del Tratado de libre comercio, la penetración de los medios de comunicación, la "medicalización" masiva de la sociedad, el cambio cultural, el culto al individuali-

13-Haro Encinas.pmd 386 25/10/2011, 9.01

smo y otros efectos aplicables al empuje del neoliberalismo y aquello que llaman "globalización", son factores que tienden a impactar tanto a indígenas como a no indígenas, pero también a beneficiarios y no beneficiarios.

En síntesis, no están muy claros los impactos en ex-becarios de Oportunidades en la actual coyuntura económica. Pese a los apoyos del Programa, en vista de la precariedad de los mercados laborales en las regiones rurales no se ha producido el impacto ocupacional esperado, siendo un hallazgo compartido por las evaluaciones cualitativas realizadas en los otros tres estados (González De La Rocha M. *et al*. 2008a, Sariego J.L. *et al*. 2008, Agudo A. *et al*. 2008 y Haro J.A. *et al*. 2008a, citados en González De La Rocha M. 2008b). Hay factores estructurales de peso que impiden obtener una visión donde se aprecie claramente el impacto del Programa. También hay factores socioculturales que pueden servir para explicar porqué parece ser que el impacto en indígenas tiende a ser menor que entre la población mestiza. Consideramos que hace falta más tiempo y una estrategia de indagación más sistemática para evidenciar la magnitud del impacto y su diferenciación.

Conclusiones en torno a las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del Programa

Los hallazgos derivados de la evaluación nos llevan a concluir que, aunque Oportunidades es una estrategia muy relevante para la gestión de la pobreza en México y propicia varios aspectos positivos entre sus beneficiarios, no constituye un mecanismo eficaz ni adecuado para alcanzar su principal objetivo, consistente en la ruptura del círculo intergeneracional de la pobreza. Ello se debe tanto a fallas localizadas en sus reglas de operación y más específicamente en la forma en que éstas se implementan, pero especialmente en los factores contextuales, donde destaca por su importancia la contracción de los mercados de trabajo. Orientamos nuestras principales conclusiones siguiendo el esquema del análisis Foda, en el cual las fortalezas y debilidades se refieren a aspectos internos en la organización y operación del Programa, mientras que las oportunidades y amenazas atañen a factores contextuales o externos [(22)]. Un resumen sucinto, que no pretende ser exhaustivo ni absoluto, se presenta en la Figura 3.

Lo que resulta a nuestro ver la fortaleza más importante del Programa es quizás su aporte a la equidad de género en México, aun cuando en el

13-Haro Encinas.pmd 387 25/10/2011, 9.01

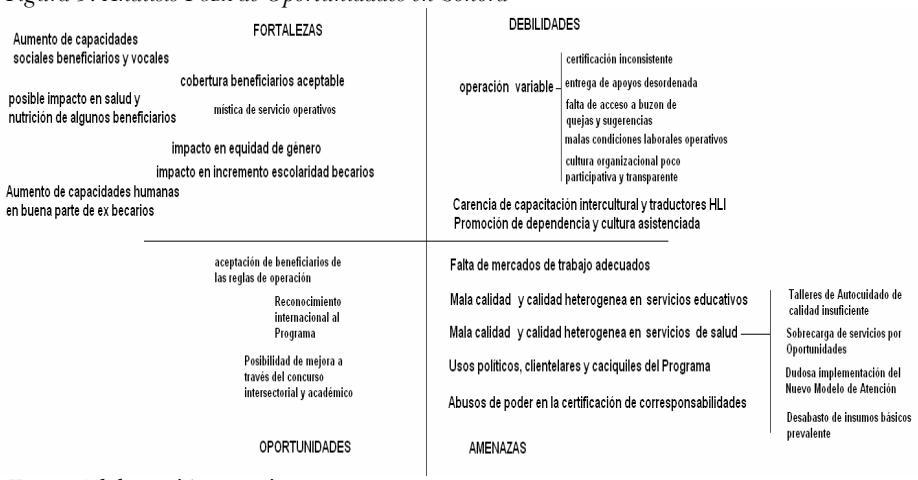
presente esto se traduce en una mayor carga y responsabilidad para las madres de familia (Molyneux M. 2006). El empoderamiento de las mujeres puede constatarse desde la figura de las titulares, quienes no solamente atraen recursos económicos al hogar con su participación, sino que además se están socializando en habilidades diversas e incrementando su capital humano en términos de redes sociales y de facultades para la organización de tareas, especialmente entre quienes fungen como vocales y quiénes son sus ayudantes. Pero también por el incremento de la escolaridad de las hijas mujeres, algo que puede apreciarse en nuestras trayectorias de becarios y no becarios, tanto indígenas como no indígenas. En muchos casos testimoniados el alargamiento de la escolaridad es directamente atribuible al Programa. Y su efecto es mayor aún entre las mujeres, algo que nos fue patente a través de varios testimonios de informantes clave y estudios de caso.

En términos de fortalezas hay que mencionar que Oportunidades tiende a elevar el capital social y cultural pero solo en algunos selectos hogares, pero que esto no necesariamente se relaciona con la posibilidad de salir de la pobreza en un mediano plazo y es una reflexión compartida por la gran mayoría de nuestros informantes locales. Ello obedece fundamentalmente al momento histórico en que ha operado este Programa, pues no hay que soslayar que en los últimos diez años han sucedido cambios estructurales en la economía y en la cultura del trabajo que analizaremos más adelante al referirnos a los factores externos.

¿En qué proporción de beneficiarios de largo plazo podemos hablar de éxito del Programa? Nos resulta obvio que no tenemos una respuesta certera para esta acuciosa pregunta, pero, en base a nuestra experiencia de campo, bien podemos sospechar que su impacto respecto a la superación de la pobreza es muy escaso, al menos en las tres microrregiones estudiadas. En cambio resulta evidente que Oportunidades ayuda en muy grande medida a paliar los problemas económicos y sociales que están provocando los cambios estructurales a los que hemos aludido. Es un mecanismo muy eficaz de contención social y por ende de la gobernabilidad del país, a pesar de que tenemos también indicios – que aquí no estudiamos – respecto al aumento de la delincuencia, el narcotráfico, la economía informal, la migración nacional e internacional, la violencia y probablemente también el aumento de las inequidades sociales, siendo Oportunidades una estrategia que tiende a disimular y ocultar la pérdida del salario real, del recorte de prestaciones sociales y la contracción del mercado de trabajo, al menos según pudimos observarlo en las zonas indagadas.

13-Haro Encinas.pmd 388 25/10/2011, 9.01

Figura 3: Análisis FODA de Oportunidades en Sonora



Fuente: Elaboración propia

Nuestras conclusiones resaltan entre las fortalezas del Programa en Sonora la relativamente buena cobertura que ya mencionamos, lo cual es particularmente evidente en la zona Mayo del sur del estado. No obstante, el hecho de que esta sea baja en localidades de otros municipios que tienen un mayor rezago tiende a crear una paradoja para un estado como Sonora, donde desde un punto de vista macrosocial no existe ningún municipio que pueda ser catalogado en su conjunto como de rezago social alto o muy alto. Sin embargo, esto esconde una realidad de desigualdades, porque Sonora es un estado que tiene una población indígena de las más numerosas del noroeste de México en cantidades absolutas (126.535 personas), como a la vez una de las más altas proporciones indígenas respecto a la población mestiza en el noroeste del país (5,7%) (HARO J.A. 2008b). Nos señala la presencia de importantes núcleos de pobreza y rezago social. Y también de desigualdades, pues al interior del estado se encuentran localidades pequeñas, inaccesibles y sin servicios, que han sido calificadas como de alto rezago social. En la operación del Programa se focalizan otras de sus relativas fortalezas, donde destaca el compromiso del personal, a pesar de las malas condiciones laborales que ya hemos expuesto, además que los insumos con los que trabajan son insuficientes, en términos de recursos humanos, materiales y financieros.

Para nosotros las principales limitaciones "debilidades" de Oportunidades se cifran en dos aspectos muy críticos: el hecho de ser un programa que no contempla adecuaciones ni monitoreos locales. Es un factor que resulta

13-Haro Encinas.pmd 389 25/10/2011, 9.01

crucial especialmente en zonas indígenas, por los problemas de comunicación intercultural pero también por la especificidad que asumen los problemas locales, especialmente en las regiones indígenas [23]. En segundo término, otra de las grandes debilidades del Programa es que apuesta a la superación de la pobreza desde un enfoque selectivo, que está muy lejos de ser integral. Aquí es justamente donde encontramos la principal debilidad del Programa: el no contribuir de forma certera a lo que consiste su principal objetivo: la creación de capacidades humanas, con la intención de romper el círculo vicioso de la pobreza.

La falta de una efectiva coordinación intersectorial y la ausencia de participación social operan como una debilidad interna y una amenaza externa al Programa Oportunidades. Esto genera una serie de efectos perversos en el nivel comunitario, que atentan incluso contra el objetivo primordial al promover el desarrollo de una cultura de dependencia, clientelismos, corruptelas, simulaciones y etcétera, los cuales tienden a reproducirse de forma masiva, creando al interior de las comunidades rurales sectores diferenciados. En el caso de la salud, particularmente, está produciendo un incremento de las inequidades sociales por varias vías: la de la derechohabiencia al Seguro popular que ampara particularmente a los beneficiarios y el que estos últimos sean los destinatarios privilegiados de las acciones preventivas, de educación para la salud pero también de trabajos comunitarios forzados.

No nos cabe duda que el Programa amerita ser revisado en sus estrategias y objetivos en una forma más profunda y acuciosa, con el concurso de los resultados de evaluaciones anteriores y considerando las más recientes evaluaciones, tanto cuantitativa como cualitativa. Esto se refiere a la definición no solamente de los criterios para la elegibilidad al Programa, sino también al carácter de las corresponsabilidades y de los medios competentes para certificarlas. Lo señalamos porque consideramos que el Programa debe focalizarse más en la creación de capacidades humanas y menos en su función no intencional que cumple como mecanismo de beneficencia y control social [24]. Implica, por ejemplo, indagar cuales son los factores que auguran casos exitosos de superación de la pobreza, que factores individuales o contextuales son los que pueden predecir una trayectoria y cuáles serían los mecanismos adecuados para incrementar estos casos. Los problemas serios que encontramos en la calidad de los servicios educativos y de salud ponen en tela de juicio la efectividad que implica la certificación de las corresponsabilidades. Y también varios efectos perversos que nosotros encontramos asociados a la operación del Programa: sus usos políticos, el fomento de una cultura del simulacro y la dependencia. Y los abu-

13-Haro Encinas.pmd 390 25/10/2011, 9.01

sos de poder asociados a la certificación de corresponsabilidades. Son algunas de sus principales amenazas en términos de un análisis FODA.

Un elemento importante a destacar es lo que la investigación antropológica puede aportar para la evaluación de programas e intervenciones sociales. Para nosotros fue evidente que el recurso a la etnografía fue el elemento clave que permitió indagar una serie de condiciones críticas en la operación del Programa, como también en la forma en que este es gestionado por las familias beneficiarias. Un ejemplo patente de ello es el uso del Programa como mecanismo de coerción y control social por parte del personal de salud y también el escolar, y también, el uso de la simulación como estrategia de las familias para mantenerse en el Programa. A la vez, la observación participante demostró numerosas inconsistencias entre el decir y el hacer tanto de los prestadores de servicios como de los operativos de Oportunidades, pero también de personas de la comunidad, beneficiarios y no beneficiarios. Ello apunta hacia la importancia de crear dispositivos locales de monitoreo y evaluación, en tanto para nosotros resultó evidente la brecha entre el diseño de políticas y su implementación, en cuya demostración la etnografía resulta ser particularmente eficaz (AGUILAR L.F. 1993) [25].

Nuestros hallazgos contrastan con la gran mayoría de evaluaciones cuantitativas y cualitativas realizadas con anterioridad, las cuales ofrecen resultados que, aun cuando son críticos, ofrecen una visión mucho más benevolente respecto al impacto de Oportunidades en varios rubros, como son el aumento de la escolaridad, el mayor uso de ciertos servicios de salud, el mejoramiento de la posición en el trabajo de los ex-becarios, e, incluso la disminución de la brecha en las inequidades por condición étnica y género. Nosotros encontramos que las deficiencias en el medio escolar impiden el desarrollo suficiente de capacidades, que el uso de servicios de salud se realiza de forma compulsiva para cumplir con las obligaciones que impone el Programa y que esto no se traduce en un mejor estado de salud para los beneficiarios. A pesar de los resultados encontrados en otras partes del país (GONZÁLEZ DE LA ROCHA M. 2008b), en Sonora no resultó evidente que la condición laboral fuera mejor en los ex-beneficiarios ni que Oportunidades esté disminuyendo la brecha entre indígenas y no indígenas, aunque sí es evidente que influye en la continuación de los estudios hacia grados superiores y que ha mejorado la situación educativa de las mujeres.

Los abundantes materiales producidos en las distintas evaluaciones del Programa Oportunidades representan un importante arsenal teórico y metodológico que orienta hacia un análisis riguroso y sistemático sobre el impacto del Programa en la superación de la pobreza y sus diversos rubros

13-Haro Encinas.pmd 391 25/10/2011, 9.01

orientados al desarrollo de capacidades, pues hasta ahora no existe aún un diagnóstico cabal sobre esta cuestión, debido a que estas evaluaciones no han sido planteadas ni desarrolladas con el suficiente tiempo y la rigurosidad que tal tarea requiere, además de que han sido conducidas bajo el monitoreo y el financiamiento de la propia Secretaría de desarrollo social (SEDESOL), responsable del Programa Oportunidades. Existe también la grave limitante de que las distintas evaluaciones cuantitativas y cualitativas, como también los componentes temáticos que incluyen, se han realizado hasta ahora de forma fragmentada, sin relación entre los distintos equipos de investigación. Desde nuestra experiencia esto se relaciona con un hecho fundamental que influye tanto en los financiadores como en los mismos evaluadores: la negativa a admitir que Oportunidades es un programa selectivo y paliativo de gestión pero no de superación de la pobreza.

Notas

(1) El Autor agradece la colaboración del equipo de investigadores de campo que participaron en el estudio realizado en Sonora (Lourdes Betina Minjárez, María del Carmen Bohórquez, Ana Luz Rascón, María Luisa Hernández, Alba Luz Rascón y Benjamín Alonso), como también a las colegas del Centro de Estudios en Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora, de quienes se recibieron sugerencias y comentarios para el desarrollo de la investigación y para la redacción del presente documento.

(2) «Desde el punto de vista analítico y tras diez años de operación del Programa, el principal reto se relaciona con la identificación de los efectos de largo plazo que permitan verificar que Oportunidades está en la ruta para alcanzar el fin último de contribuir a interrumpir la transmisión de la pobreza. Asimismo, se identificó la necesidad de evaluar la calidad de los servicios que se ofrecen a la población beneficiaria, toda vez que los efectos del Programa están mediados por las acciones concretas en los centros de salud y en las escuelas. Resulta crucial, por ello, conocer la calidad estructural y de procesos de los servicios, a través de indagar sobre las características, prácticas, mecanismos y dinámicas de los mismos, a la vez que explorar si éstas pueden dar lugar a efectos diferenciados. Por otra parte, se resaltó la necesidad de analizar los posibles efectos heterogéneos en distintos grupos de la población, en particular, enfocarse en lo que ocurre con la población de los distintos grupos étnicos que han padecido mayor exclusión social», señala el informe final de la evaluación externa 2008 a nivel nacional (SEDESOL 2008).

(3) Interesa señalar la relevancia que supone un programa de combate a la pobreza como lo es Oportunidades, de transferencias condicionadas, en un momento como el presente, en el que la pobreza y la desigualdad económica en el país tienden a incrementarse. Según indicadores del Banco Mundial la pobreza en México se mantiene en niveles inaceptablemente altos, con niveles actuales que son similares a los registrados a comienzos de la década de 1990, afectando a más de la mitad de los mexicanos. Alrededor del 53 por ciento de los habitantes del país son pobres y cerca del 24 por ciento son extremadamente pobres, debido en gran medida a la gran desigualdad en los ingresos. La décima parte más rica de la población gana más de 40 por ciento de los ingresos totales, mientras la décima parte más pobre solo obtiene 1.1 por ciento. Contribuyen a la pobreza la profunda desigualdad regional y étnica y las diferencias en cuanto al acceso a la salud, a la educación y a los servicios públicos de buena calidad (VEGA L. 2005). Se considera que en las áreas rurales el 61 por ciento de la población indígena vive en condiciones de pobreza extrema en

13-Haro Encinas.pmd 392 25/10/2011, 9.01

contraste con el 19 por ciento de la población no indígena. Y si bien estas cifras pueden ser controversiales, según los indicadores empleados, importa señalar que aun en las estimaciones de Coneval (2007) la pobreza patrimonial alcanzó al 47 por ciento de los mexicanos en 2005, con un 24.7 en el rango de pobreza en capacidades y un 18.2 por ciento en pobreza alimentaria. Estos cálculos evidencian la magnitud del problema.

(4) Al respecto, diferentes "teorías subjetivas sobre la pobreza" han destacado factores tales como las creencias y costumbres asociadas a las pautas productivas y de consumo, y también las explicaciones que la gente elabora sobre su propia situación de pobreza (Anthropos 2002). Estas teorías sostienen la existencia de una "cultura de la pobreza" que alude a una escasa participación social y una baja organización comunitaria, sentimiento de dependencia e inferioridad, resignación, fatalismo, etcétera (Lewis O. 1966). Se basan primordialmente en atribuir al esfuerzo individual o familiar el carácter de los resultados obtenidos. En un sentido contrario, las "teorías objetivas de la pobreza" enfatizan característicamente el peso de los factores "estructurales", como el ingreso económico, las características de la vivienda, la posición en el trabajo, el acceso a servicios, etcétera, sin considerar la voluntad y capacidad de agencia que tienen familias e individuos.

(5) Inicialmente hubo representantes locales (promotoras) que mediaban entre las familias y el Programa, pero se cambiaron posteriormente por Comités de promoción comunitaria locales. No obstante, existen también los llamados "enlaces municipales", quienes intervienen en tareas como el acopio de las papillas a los beneficiarios por parte de los municipios.

(6) Se parte de una idea de "cultura de la pobreza" que consiste en que para una familia rural los hijos tienen un valor económico. Su estrategia es incorporarlos desde muy temprana edad (incluso de los 6 años) a las tareas agrícolas, lo cual implica en muchos casos el abandono de la educación formal, la unión conyugal a edades tempranas y una alta fertilidad, con lo cual se tiende a reproducir el circulo en las generaciones subsecuentes. Es una estrategia eficaz de sobrevivencia en ciertos contextos donde hay abundancia de tierras y buena productividad, pero en condiciones de proletarización se vuelve ineficaz.

(7) El enfoque de las capacidades humanas que el Programa busca fomentar se refiere ambiguamente a nociones de buena salud y nutrición, autonomía personal y posibilidad de elección del estilo de vida, suficiencia económica para cubrir las necesidades humanas y también equidad social y justicia. Sin embargo, en términos específicos estas nociones no tienen referentes inequívocos, debido a que la categoría de capacidades humanas no se encuentra suficientemente especificada ni en los documentos del Programa ni tampoco en los textos de los autores en los cuales está inspirada su orientación teórica (Sen, Nussbaum, Rawls, entre otros que abogan por concepciones relativistas o universalistas). Nos parece importante mantener esta concepción abierta de las capacidades y las necesidades humanas, en tanto nuestros hallazgos de campo nos condujeron a advertir la naturaleza dual – estable y cambiante- de las mismas. Sin duda, el elemento de libertad o posibilidad de elección es uno de los objetivos fundamentales que Oportunidades pretende fomentar. Citando a (Sen A. 2000: 70): «...la "capacidad" de una persona se refiere a las combinaciones alternativas de funcionamientos que puede alcanzar. Así pues, la capacidad es un tipo de libertad: la libertad sustantiva de alcanzar combinaciones alternativas de funcionamiento o, dicho menos formalmente, la capacidad de alcanzar diversos estilos de vida».

(8) En la microrregión Yaqui se realizó trabajo de campo en cuatro localidades: Huirivis, Rahum, Las Guásimas y Oroz, donde se estudiaron 16 hogares, siendo la mitad de ellos indígenas. En la microrregión Mayo los estudios de caso procedieron de La Bocana, El Salitral y Los Viejos, en el municipio de Etchojoa. Aquí se estudiaron siete hogares indígenas (cuatro beneficiarios y tres no beneficiarios) y nueve hogares no indígenas (cinco beneficiarios y cuatro no beneficiarios). En la microrregión Guarijía todos los casos se encontraron en la localidad San Bernardo, municipio de Álamos. Se incluyeron nueve hogares indígenas (cuatro beneficiarios y cinco no beneficiarios, uno de los cuales había sido incorporado en 1998 pero dado de baja en 2002) y siete hogares mestizos (cuatro beneficiarios y tres no beneficiarios).

(9) Encontramos, por ejemplo, que en Etchojoa varios funcionarios del ayuntamiento son beneficiarios del Programa, cosa que también sucede con las enfermeras de La Bocana y con profesores de la misma localidad, aunque es algo que prohíben las reglas de operación de

13-Haro Encinas.pmd 393 25/10/2011, 9.01

Oportunidades. Una queja del personal de salud del IMSS-Oportunidades, en cierta localidad de la región Mayo, es que hay una cantidad de beneficiarios de Oportunidades que visitan en sus casas como parte de sus actividades. Muchos de ellos viven en domicilios incluso opulentos, pues varios son personajes notables del municipio. Nos señalaron que innumerables veces han denunciado esta situación ante el CAR de Huatabampo, pero que no ha habido respuestas efectivas, solamente señalamientos de levantar actas de las mencionadas situaciones. Así mismo, el no asegurarles la confidencialidad en las denuncias de los "errores de inclusión" (que no son tales, pues han sido bien intencionales, nos dijeron), es un hecho que claramente ha apagado su interés por manifestarse. En sentido inverso hay casos como el de una beneficiaria de San Bernardo cuya hija entró a cubrir un interinato como secretaria en la CDI por 30 días, y por este motivo fue dada de baja. Fue el caso también de una familia en Huirivis donde la abuela era la beneficiaria y sus nietos merecedores de becas escolares. Se les dio de baja debido a que su hija, la mamá de sus nietos, entró a trabajar como promotora cultural en Culturas populares.

(10) Este aspecto – como también la suficiencia de recursos – nos fue negado sistemáticamente en las entrevistas formales que sostuvimos con el personal de Oportunidades. Solo nos fue evidente a través de la observación participante y de situaciones informales que a las que posteriormente tuvimos acceso.

(11) En teoría, estos aspectos de orientación e información deberían ser sustentados por los contactos locales que Oportunidades propicia: las vocales, quiénes integran los Comités de promoción comunitaria. Aunque la elección de estas vocales – en los rubros de salud, educación, nutrición y vigilancia –, se ha realizado de acuerdo a las reglas de operación e incluso se ha incrementado su número de acuerdo a las nuevas normativas (OPORTUNIDADES 2007, 2008), en la práctica su nombramiento no suele ser asumido con el grado de responsabilidad y compromiso que ello requiere, a pesar de contar con experiencias sucesivas de capacitación. Generalmente no conocen bien las reglas de operación ni tampoco cuales deberían ser sus funciones como vocales. O sí las comprenden pero es raro que las ejerzan, siendo lo común que solamente una de ellas asuma el rango de jefa de las demás. Y que su función se limite a avisar a las titulares cuando va a haber alguna reunión.

(12) Encontramos también casos de venganzas personales por parte de las vocales de Oportunidades, quienes hicieron dar de baja a familias por motivos diversos: como un "ajuste de cuentas" que testimoniamos en una de las localidades estudiadas, cuando enviudó una beneficiaria a quien la familia de una vocal de Oportunidades le debía dinero. Al ir la viuda a cobrarles recibió como respuesta la noticia de su baja. Sobra quizás decir que ambas familias están involucradas en actividades ilícitas de la "economía informal" local.

(13) Esto sucede a pesar de que las reglas del Programa lo prohíben expresamente: «La certificación de la inscripción y de la asistencia a los servicios de salud y educación, bajo ningún concepto estará sujeta al pago de cuota o contraprestación alguna por parte de las familias beneficiarias. Lo anterior, sin menoscabo de que las familias beneficiarias decidan libre y voluntariamente participar en actividades comunitarias acordadas a nivel local. En caso de que a alguna familia beneficiaria se le condicione la certificación de corresponsabilidad, la titular beneficiaria debe presentar su queja conforme a lo establecido en el numeral 11.1. de estas Reglas de Operación» (OPORTUNIDADES 2008).

(14) La presencia de otros programas en las micro-regiones estudiadas es también relevante. Desde programas federales, como el de la Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca (SEMARNAP), y el de Secretaría de comunicaciones y transportes (SCT), que ofrecen empleos temporales a los pobres de la región de San Bernardo, arroyos y ríos. La Secretaría del trabajo y previsión social (STPS) también actualmente está ofertando un curso para la fabricación artesanal de taburetes, dotando de una compensación económica a quienes lo toman. En la zona yaqui encontramos además becas escolares, como también en los tres sitios localizamos familias beneficiarias de becas escolares de la CAPIS (Comisión para la atención a los pueblos indígenas de Sonora, a cambio de jornales laborales en caminos, reforestación y construcción de trincheras en del Gobierno del estado de Sonora). En menor proporción de una fundación privada (Esposos Rodríguez), como anteriormente la Fundación de apoyo social (FAI), quienes canalizaron distintos tipos de ayuda en

13-Haro Encinas.pmd 394 25/10/2011, 9.01

estas micro-regiones. La Secretaría de educación pública (Sep) provee también algunos apoyos escolares a través del Programa nacional de becas. El municipio de Álamos ofrece además modestas despensas alimentarias que implican el pago de trece pesos en San Bernardo por concepto de flete. Procampo también es una ayuda considerable que viene de la Secretaria de agricultura, ganadería, desarrollo rural, pesca y alimentación (Sagarpa), es un apoyo no condicionado, criticado porque llega a padres de familia (generalmente hombres) que son poseedores de tierras cultivables, que comúnmente es desperdiciado en consumos (muchas veces etílicos).

(15) Un médico de la región Mayo, quien conoce bastante del tema salud indígena, nos comentó que no existen cambios en el nivel de salud de los beneficiarios indígenas, pues el cambio cultural lleva mucho tiempo. «Al menos van a las pláticas y algo captan, aunque no sea adecuado el formato por aquello de la interculturalidad, llevan a sus niños a vacunar y a las detecciones. Antes las indígenas no iban al Papanicolau porque sus maridos no las dejaban. Hoy ellos son los más interesados en que ellas acudan para poder seguir cobrando». Esta opinión fue ampliamente compartida por otros médicos, maestros y enfermeras entrevistadas.

(16) Un hecho relevante, que ameritaría de una indagación más detallada, es que en las tres microrregiones encontramos que en lo general existe una baja capacidad de resolución de numerosos problemas de salud en el nivel local. Y que no existen mecanismos claros ni efectivos de referencia y contrarreferencia, muchas veces ni siquiera al interior de un mismo sistema de salud. La baja capacidad se refleja ya desde el mismo inventario de los recursos existentes, que conjuga opciones muy variadas incluso en zonas rurales apartadas y poco accesibles. La situación es variable: en la región Yaqui dominan los recursos relativamente cercanos de Ciudad Obregón, Guaymas y Hermosillo, Estación Vicam, Bacum y otras localidades de menor número de habitantes. Aquí se encuentra una variedad de unidades públicas de salud de la Secretaría de Salud de Sonora (Ssa-Sonora), el Imss, el Issste, el Isssteson, pero además una oferta muy amplia de la Medicina privada, donde aparecen muy concurridas las Farmacias Similares y otras, donde se otorga una buena parte de la atención a la salud. Además, como ya hemos señalado, existen en varias localidades yaquis curanderos y curanderas de mucha fama, cuyas consultas pudimos testimoniar generalmente abigarradas. En el Mayo la situación es similar, especialmente por la cercanía con Etchojoa, Huatabampo y Navojoa, lo cual reproduce el esquema yaqui. Es en la zona Guarijía donde hay menos recursos de medicina profesional aunque en la cabecera existen unidades de apoyo como son el Hospital general de Álamos de la Ssa-Sonora y una Unidad Médica familiar del Imss, con escaso poder resolutivo, motivo por el cual son muchos los serranos que terminan siendo atendidos en Navojoa, Obregón o Hermosillo.

(17) Muy importante en relación a la salud pública es que el personal sanitario no trabaja en base a la planeación local y mucho menos a la evaluación de las acciones. Se siguen verticalmente órdenes recibidas desde niveles que desconocen la epidemiología y los problemas locales. Por otra parte, el asumir estas unidades la certificación de las corresponsabilidades de Oportunidades es algo que produce atosigamiento y sobrecarga de los servicios en determinados momentos de cada mes. Pero también produce poderes que se concentran sobre todo en el personal de enfermería, responsable y conocedor del manejo de la población de su área de influencia, a quienes – especialmente si son beneficiarios de Oportunidades –, suelen controlar a su servicio y también beneficio. Así sucede con las jornadas obligadas de trabajo comunitario que imponen, con la condicionalidad de la firma de la corresponsabilidad si no se obedecen órdenes muy variadas, con los cobros mensuales a los usuarios o también de pago por servicio, o bimensuales en el caso de las titulares de Oportunidades. El caso es que cada unidad de salud establece sus propias reglas de operación. Si acaso respeta solamente ciertas normas institucionales como los horarios de servicio y las cuotas de acciones preventivas estipuladas: hay mucha variación en el nivel local.

(18) El "Nuevo modelo de atención a la salud" que impulsa en sector salud en sus distintas instituciones, consiste en un paquete de acciones preventivas y de detección de algunas enfermedades, que son implementadas de acuerdo a cada etapa del ciclo de vida.

(19) En una de las escuelas estudiadas nos señalaron que en épocas de pizca de mariguana se queda con la mitad de sus alumnos. Y los profesores les firman igual su asistencia para el Programa Oportunidades por estar amenazados por los padres de familia. Esta situación repercute muy

13-Haro Encinas.pmd 395 25/10/2011, 9.01

seriamente en el ambiente escolar pues cuando regresan los muchachos traen no solamente dinero en los bolsillos, sino inclusive algunos portan armas y bastante bravuconeria y altivez. Es un motivo para que muchos padres hayan decidido emigrar a otras partes para sacar a sus hijos de este ambiente mafioso y peligroso.

(20) El siguiente testimonio, recogido del director de la telesecundaria de La Bocana, resume muy claramente la desventaja indígena: «La condición étnica si influye en el rendimiento y dedicación a los estudios, los muchachos no tienen el estímulo de los padres, la comunicación entre padres e hijos es muy distante, no hablan con ellos, no se interesan por lo que los hijos piensan, en un mejor futuro para ellos, para la familia y para el pueblo; la mayoría preferiría que sus hijos estuvieran trabajando en el campo y llevaran dinero a su casa, el indígena es muy cómodo, quiere que le den las cosas, ellos están a la espera de que el gobierno traiga programas, no tienen iniciativa para aprovechar lo que aquí hay (como una gran producción de mango en los patios de las casas, la cercanía al mar y su riqueza, etcétera); si no fuera por las becas muchos de los alumnos no estarían aquí. El rezago de la comunidad indígena se hace evidente en que los alumnos se vengan a clases sin desayunar, sin dinero para comprar en la cooperativa que vende alimentos de calidad precisamente como una manera de cuidar la alimentación de los estudiantes y el personal mismo. Para ilustrar el pobre horizonte cultural de la comunidad cita el maestro el hecho de que "hay quienes no conocen ni el mar, aun cuando estamos a unos diez kilómetros de distancia. Los alumnos no traen buen nivel de conocimientos desde la primaria, no les interesa leer, no tienen interés en los libros, en su casa jamás han visto uno excepto los de texto que ellos mismos llevan, son apáticos, les interesa andar en los bailes "¿Qué tienen que andar haciendo los niños de secundaria en los bailes?" sin embargo son los que andan en la cancha cuando se realiza un baile – mujeres y hombres – ahora tampoco hay alternativas, su alternativa tendría que ser la lectura, el deporte, pero en la comunidad no hay algo para ellos, el modelo a seguir son los padres y aquí el alcoholismo es la lección cotidiana, los fines de semana podrá ver por las banquetas a los padres de familia tomando tequilas o cerveza. En la comunidad hay graves problemas de adicción, "ni se imagina" nosotros nos llevamos al pendiente de los muchachos, sabemos quienes están en mayor riesgo y estamos constantemente platicando con ellos. Veo muy difícil sacar a los muchachos de esta dinámica, no tienen los medios para salir a estudiar, sin el apoyo de los padres y las bajas becas que pueden conseguir algunos lo intentan pero llegar a la universidad y lograr superar el atraso es un privilegio que alcanzan unos cuantos y con muchos sacrificios, nosotros, los maestros y yo hacemos todo lo que podemos para que tengan conciencia y motivación para superarse, en la mayoría de los hogares se topan con pared y ahí los padres no refuerzan nuestra labor. Los niños y jóvenes se están educando con la televisión, no se está sabiendo educar en el mundo globalizado, no se comprende que la educación se ha transformado y los padres tienen que entrar a esta dinámica también».

(21) Al respecto, encontramos una amplia gama de factores que inciden en el impacto en la escolaridad de los becarios de larga exposición a Oportunidades. Entre ellos destacan el acceso geográfico a servicios educativos superiores, lo cual es más evidente en el caso de las mujeres; la calidad de la educación recibida; la existencia de otros apoyos económicos, ya sean familiares o de otras becas y la ausencia de enfermedades.

(22) El análisis Foda es una técnica ideada por Kenneth Andrews y Roland Christensen hace más de 20 años, ideal para evaluar la situación actual de cualquier organización. Su objetivo es netamente diagnóstico, con miras a la toma de decisiones para mejorar el desempeño organizacional. El término Foda es una sigla conformada por las primeras letras de las palabras Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Las fortalezas son las capacidades especiales que distinguen a la organización, atiende al análisis de recursos, capacidades y habilidades. Las debilidades son factores que provocan una posición desfavorable con respecto a la misión u objetivos de la organización. Por oportunidades se consideran los factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno, mientras que las amenazas son situaciones contextuales que pueden atentar incluso contra la permanencia de la organización.

(23) En realidad, los problemas indígenas superan con mucho la cuestión de la interculturalidad. En nuestro caso pudimos percatarnos de que la superación de la pobreza amerita respuestas diferenciadas en las tres etnias estudiadas, debido no tanto a su dinámica específicamente cultural,

13-Haro Encinas.pmd 396 25/10/2011, 9.01

sino a contextos vitales (ecológicos, sociales, políticos y económicos) muy distintos entre sí (Haro J.A. *et al.* 2007b, para las tres etnias. Ver, para Yaquis: Olavarria M.E. 1992, Spicer E. 1994, Figueroa A. 1994, Luna G. 2007); para los Mayos: Crumrine R. 1977, Agulilar Zeleny A. 1995, Moctezuma J.L. 2001; y para los Guarijíos: Gentry H.S. 1963, Butimea C. - Valdivia T. 1994, Haro, J. A. *et al*. 1998, Yetman D. 2002 y Valdivia T. 2007).

(24) Al respecto, recopilamos numerosos testimonios de la manipulación con que las enfermeras de ciertas localidades estudiadas (cuyo nombre no revelaremos), suelen utilizar la firma de corresponsabilidades como mecanismos de presión para asegurar que los beneficiarios asistan a mítines políticos, colaboren en cualquier cosa que les pidan, o paguen sus "impuestos" prontamente. Como nos señaló uno de nuestros informantes anónimos, «El Sector salud es actualmente el brazo político del Gobierno del Estado [...] ...es el pulpo a través del cual opera el poder político para conseguir todo lo que quiere con el apoyo del pobrerío de Sonora».

(25) Desde la perspectiva del equipo de trabajo el tiempo dedicado al trabajo de campo fue insuficiente para comprobar o falsear cabalmente las hipótesis planteadas, debido especialmente a que los rubros incluidos en la evaluación fueron demasiados para el poco tiempo disponible. No obstante, el contar con la opinión de actores locales fue un elemento clave en la realización del estudio y el arribo a estas conclusiones, como también lo fue el hecho de triangular varias estrategias metodológicas, en las cuales los elementos cuantitativos fueron asimismo importantes.

Bibliografía

Agudo Alejandro *et al.* (2008), *Documento analítico del estudio etnográfico de Chiapas, Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008*, Numeral 3, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Aguilar Luis - F. (curatore) (1993), *La implementación de las políticas*, Ed. Miguel Angel Porrúa, México.

Aguilar Alejandro (1995), *Los Mayos*, pp. 83-129, en AA.VV. *Etnografía contemporánea de los pueblos indígenas de México. Región Noroeste*, Instituto Nacional Indigenista - Secretaría de Desarrollo Social, México.

Anthropos (2002), *La pobreza. Hacia una nueva visión desde la experiencia histórica y personal*. "Anthropos, Huellas del conocimiento" 2002, Número 194.

Arriagada Irma - Mathivet Charlotte (2007), *Los programas de alivio a la pobreza Puente y Oportunidades. Una mirada desde los actores*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

Buitimea Cipriano - Valdivia Teresa (1994), *Como una huella pintada (Testimonio)*, El Colegio de Sonora, Hermosillo.

Castro Roberto - Erviti Joaquina - Leyva René (2007), *Globalización y enfermedades infecciosas en las poblaciones indígenas de México*, "Cadernos de Saúde Pública" vol. 23, n. 1, 2007, pp. S41-S50.

Coneval (Consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo social) (2007), *Indíce de rezago social*, (http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp?categorias=MED_POBREZA,MED_POBREZA-ind_rez_soc. 8 de septiembre, 2008).

Cortéz Fernando (2008), *Selección no aleatoria y validez. A propósito de la evaluación cualitativa de Oportunidades*, pp. 59-96, en Cortéz Fernando - Escobar Agustín - González Mercedes (curadores), *Método científico y política social. A propósito de las evaluaciones cualitativas de programas sociales*, El Colegio de México, México.

Crumrine Ross - N. (1977), *The Mayo Indians of Sonora: A people who refuse to die*, University of Arizona Press, Tucson.

Escobar Agustín - González De La Rocha Mercedes - Cortés Fernando (2005), *Evaluación cualitativa del Esquema Diferenciado de Apoyos 2005*, *Documento analítico del Esquema Diferenciado de Apoyos del*

13-Haro Encinas.pmd 397 25/10/2011, 9.01

Programa Oportunidades, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Colegio de México, México.

Figueroa Alejandro (1994), *Por la tierra y por los santos, identidad cultural entre yaquis,* Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.

Gentry Howard S. (1963), *The Warihio Indians of Sonora-Chihuahua: an ethnographic survey*, Smithsonian Institution of Washington, Publication No. 65, Washington.

Gertler Paul (2000), *Final report. The impact of Progresa on Health.* International Food Policy Research Institute, Washington.

González De La Rocha Mercedes (curador) (2006), *Procesos domésticos y vulnerabilidad: perspectivas antropológicas de los hogares con Oportunidades*, Publicaciones de la Casa Chata, México.

González De La Rocha Mercedes *et al*. 2008a. *Documento analítico del estudio etnográfico de Oaxaca, Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades*, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Occidente, Guadalajara.

González De La Rocha Mercedes (2008b). *La vida después de Oportunidades: impacto del Programa a diez años de su creación*, pp. 125-198, en Sedesol, *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007)*. Tomo I, Secretaría del Desarrollo Social, México.

González De La Rocha Mercedes - Agudo Alejandro (2008), *Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas Rurales, 2008, propuesta de investigación*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Gutiérrez Juan P. - Bautista Sergio - Gertler Paul - Hernández Mauricio - Bertozzi Stefano M. (2005), *Impacto de Oportunidades en la morbilidad y el estado de salud de la población beneficiaria y en la utilización de los servicios de salud. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales*, en Hernández - Prado Bernardo - Hernández - Ávila Mauricio (curadores), *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004*, Instituto Nacional de Salud Pública, 2008, Cuernavaca.

Haro Jesús Armando (curador) - Lara Blanca - Palacios Maria Refugio - Salazar Vidal - Salido Patricia (1998), *El sistema local de salud Guarijío-Makurawe. Un modelo para construir*, El Colegio de Sonora – Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo – Consejo Nacional para la Cultura y las Artes – Universidad de Sonora - Instituto Nacional Indigenista, Hermosillo.

Haro Jesús Armando (2007a), *Globalización y salud de los trabajadores. Jornaleros agrícolas y la producción de la uva en Pesqueira, Sonora* "Región y Sociedad", vol. 20, n. 40, pp. 73-105.

Haro Jesús A. (coordinador) - Figueroa Jose - L. - Restor Macrina - Zepeda Blanca (2007b), *Salud y condiciones de vida indígena en México y el noroeste. Diagnóstico de salud desde una perspectiva multicultural*, Numeral 4, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Occidente - El Colegio de Sonora, Hermosillo.

Haro Jesús A. (coordinador) - Alonso Benjamín - Bohórquez María C. - Hernández María L. - Minjarez Lourdes B. - Rascón Ana L. - Rascón Alba L. (2008a), *Documento analítico del estudio etnográfico de Sonora, Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades*, Largo plazo, Zonas rurales, 2008, Numeral 3, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Occidente - El Colegio de Sonora, Hermosillo.

Haro Jesús A. (2008b) *Etnicidad y salud: estado del arte y referentes del noroeste de México*, "Región y Sociedad", vol. 20, número especial 2, 2008, pp. 265-313.

Hernández Mauricio - Hernández Bernardo - Urquieta José (curador) (2006), Evaluación *externa de impacto del Programa Oportunidades 2006*, Tomo 1, Salud y Educación, Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca.

Jardón Ana María V. (2004), *500 años de salud indígena*, Ed. Miguel Ángel Porrúa, México.

Lewis Oscar (1983 [1959]), *La cultura de la pobreza*, en *La vida*, Ed. Grijalbo, México, 1983.

Luna Gustavo (2007), *Derechos, usos y gestión del agua en territorio yaqui*. Tesina de la Especialidad en Gestión Integrada de Cuencas Hidrológicas, El Colegio de Sonora, Hermosillo (http://www.colson.edu.mx/Cuencas/Documents/Tesina-GLE.pdf).

13-Haro Encinas.pmd 398 25/10/2011, 9.01

Moctezuma José L. (2001), *De pascolas y venados. Adaptación, cambio y persistencia de las lenguas yaqui y mayo frente al español*, Ed. Siglo XXI - El Colegio de Sinaloa, México.

Molyneux Maxine (2006), *Mothers at the service of the new poverty agenda: Progresa/Oportunidades, Mexico´s conditional transfer programme* "Social Policy & Administration", vol. 40, n. 4, 2006, pp. 425-449.

Olavarria, María E. (Curadora) (1992), *Símbolos del desierto,* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, México.

Oportunidades (2007), *Oportunidades. Un programa de resultados*, Sedesol, México http://www.oportunidades.gob.mx/e_oportunidades/publicaciones/Oportunidades_un_programa_de_Resultados_2007_PDF.pdf 12 de diciembre, 2008).

Oportunidades (2008), *Reglas de operación*, Sedesol, México. (http://www.oportunidades.gob.mx/htmls/reglas_2007.html 14 de septiembre, 2008).

Organización Panamericana de Salud (1998), *Situación de salud de los pueblos indígenas de México. Documento Ops/Hsp/Hso/98.10*, Organización Panamericana de la Salud - Iniciativa de salud de los pueblos indígenas, Washington.

Pastrana Daniela (2005), *El Programa Oportunidades fracasa. Mucho dinero, pobres resultados*, "Masiosare", Universidad Nacional Autónoma de México, n. 389, 5 de junio 2005.

Sariego Juan Luis *et al.* (2008), *Documento analítico: Estudio etnográfico en Chihuahua, Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo Plazo, Zonas rurales, 2008*, Numeral 3, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Occidente, Guadalajara.

Sedesol (Secretaría de desarrollo social) (2008), *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007)*, Secretaría de Desarrollo Social, México.

Sen Amartya (2001) [1992], *La desigualdad económica*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Sen Amartya (2000) [1999], *Desarrollo y libertad*, Ed. Planeta, Barcelona.

Sepúlveda Jaime (curatore) (1993), *La salud de los pueblos indígenas en México*, Instituto nacional indigenista - Secretaria de salud, México.

Skoufias Emmanuel - Behrman Jere - Gertler Paul - Schultz Paul (2000), Informe *de los resultados obtenidos de una evaluación realizada por el Ifpri, Síntesis de evaluación de impacto*, International Food Policy Research Institute, México.

Spicer Edward H. (1994), *Los yaquis. Historia de una cultura*, Universidad Nacional Autónoma de México.

Valdivia Teresa (2007), *Entre yoris y guarijíos. Crónicas sobre el quehacer antropológico*, Universidad Nacional Autónoma de México - Instituto de Investigaciones Antropológicas, México (http://www.eumed.net/ cursecon/ecolat/index.htm, 15 de septiembre, 2008).

Yetman David (2002), *The Guarijios of the Sierra Madre. Hidden people of northwestern Mexico*, The University of New Mexico Press, Albuquerque.

Nota sobre el Autor

Jesús Armando Haro Encinas nació en Hermosillo, México, el 20 de noviembre de 1957. Cursó estudios de Medicina en la Universidad autónoma de Guadalajara, una especialidad en medicina familiar en el Instituto mexicano del seguro social, una maestría en Ciencias sociales en la Universidad autónoma de Guerrero y un doctorado en Antropología por la Universitat Rovira i Virgili. Desde 1990 es profesor-investigador del Centro de estudios en salud y sociedad (Cess) en El Colegio de Sonora, donde ha

13-Haro Encinas.pmd 399 25/10/2011, 9.01

realizado diversas investigaciones sobre atención primaria a la salud, adicciones, salud en poblaciones indígenas, evaluación de programas sociales e instituciones gubernamentales. Ha dado cursos de teoría social, desigualdades en salud, metodología cualitativa y epidemiología sociocultural, entre otros.

Es autor de varios trabajos: *Las broncas de los chavos en Nogales. Adolescencia y salud en la frontera norte,* El Colegio de Sonora, Hermosillo, 1994; *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, El Colegio de Sonora - Produssep - Organización panamericana de la salud, Hermosillo, 1998; *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, El Colegio de Sonora, Hermosillo, 2000. Asimismo, del ensayo "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención a la salud", publicado en *Medicina y cultura*. *Estudios entre la antropología y la medicina*, Bellatera, Barcelona, 2000. Actualmente tiene un libro en prensa como editor, titulado *Epidemiologia sociocultural*. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y significados. Su dirección postal es: Avenida Obregón 54, Hermosillo, México 83000 y sus correos electrónicos: aharo@colson.edu.mx, y pueblos.geo@yahoo.com.

Resumen

De aciagas oportunidades. Evaluación de un programa de combate a la pobreza en tres regiones indígenas de Sonora, México

Se presentan hallazgos de una evaluación antropológica sobre una estrategia gubernamental de combate a la pobreza, en tres regiones indígenas de Sonora, México: el Programa Oportunidades, con la particularidad de que la metodología del estudio se dirigió a evaluar el impacto en familias con diez años como beneficiarias, a la vez que estimar el impacto diferencial según la condición indígena. Oportunidades es un programa de transferencias económicas a las familias en extrema pobreza, condicionadas al cumplimiento de corresponsabilidades en educación y salud. Como conclusiones destacan que Oportunidades presenta resultados positivos en escolaridad y empoderamiento de las mujeres, pero que sus impactos en salud, capital cultural y superación de la pobreza no son consistentes ni significativos al comparar con no beneficiarios, y que estos aspectos son más desfavorables al comparar indígenas con no indígenas.

Riassunto

Opportunità infauste. Valutazione di un piano di lotta alla povertà in tre regioni indigene di Sonora, Messico

Questo scritto riassume i risultati di una valutazione antropologica orientata su una strategia governativa di lotta alla povertà in Messico, relativa a tre regioni indigene di

13-Haro Encinas.pmd 400 25/10/2011, 9.01

Sonora: il Programma *Oportunidades*, Opportunità Si è inteso valutare l'impatto di tale programma su famiglie che ne sono beneficiarie da dieci anni, osservando i risultati in rapporto alla diversa condizione indigena. *Oportunidades* è un programma di trasferimenti economici a famiglie che versano in condizioni di estrema povertà, basato sulla attribuzione di supporto economico in cambio di collaborazione e corresponsabilità nell'educazione e nella salute. La conclusione enfatizza l'effetto positivo di *Oportunidades* nel consolidare l'educazione scolastica e l'*empowerment* delle donne, ma i risultati dal punto di vista della salute, del capitale culturale e del superamento della povertà appaiono scarsi e poco significativi se comparati ai non beneficiari, e ancor meno favorevole se la comparazione avviene tra indigeni e non indigeni.

Résumé

D'opportunités malheureuses. Évaluation d'un programme de combat à la pauvreté dans trois régions indigènes de Sonora, Mexique

Se présentent des découvertes d'une évaluation anthropologique sur une stratégie gouvernementale de combat à la pauvreté, dans trois régions indigènes du Sonore, Mexique: le Programma *Oportunidades*, avec la particularité que la méthodologie de l'étude a été dirigée à évaluer l'impact dans des familles avec dix années comme bénéficiaires, en même temps qu'estimer l'impact différentiel selon la condition indigène. *Oportunidades* est un programme de transferts économiques aux familles dans extrême pauvreté, conditionnées à l'accomplissement de coresponsabilités en éducation et santé. Comme des conclusions soulignent que *Oportunidades* présente des résultats positifs en éducation et habilitation (*empowerment*) des femmes, mais qui ses impacts en santé, capital culturelle et dépassement de la pauvreté ne sont pas consistants ni significatifs en comparant avec non bénéficiaires, et que ces aspects sont plus défavorables en comparant des indigènes avec non indigènes.

Abstract

Of fatal opportunities. Evaluation of a program of struggle against poverty in three indigenous regions of Sonora, México

This paper summarize outcomes of an anthropological assessment over a govern strategy to fight poverty in Mexico, in three indigenous regions of Sonora: the Program *Oportunidades*, with the purpose to evaluate their impact in families with ten years as beneficiaries, and the differential outcomes according to indigenous condition. *Oportunidades* is a conditional transfer programmed to families in extreme poverty that gives economical support in exchange of accomplishment of co-responsibi-

13-Haro Encinas.pmd 401 25/10/2011, 9.01

lities in education and health. The conclusions emphasize that *Oportunidades* enhance schooling and women empowerment, but their results in health status, cultural capital and poverty overcoming are scarce and less significative in the comparison with no beneficiaries, and these outcomes are less favorable in comparing indigenous with no indigenous.

13-Haro Encinas.pmd 402 25/10/2011, 9.01

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 29-32 (2010-2011), pp. 403-429

Aproximación clínica, etnográfica e intercultural de estudiantes de medicina a pacientes hospitalizados. Una experiencia docente en la Universidad Nacional Autónoma de México [1]

Roberto Campos-Navarro

Departamento de historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina, Universidad nacional autónoma de México (UNAM)
[rcampos@servidor.unam.mx]

Introducción

En el plan de estudios – vigente desde 1985 – de la carrera de médico cirujano de la Facultad de medicina de la Universidad nacional autónoma de México (Facultad de medicina, UNAM), en la Ciudad de México, se incluyeron – por primera vez de manera obligatoria – los contenidos de Antropología médica (AM) en la formación de los futuros médicos. Junto con la ética, la AM se ofreció integrada a la materia de Historia de la medicina que ya se encontraba registrada desde años previos [2].

En este artículo presentamos la experiencia realizada en el 2008 con un grupo de estudiantes que realizaron un singular trabajo colectivo: seleccionaron a 10 enfermos indígenas del Hospital general de México (HGM), les realizaron sus historias clínicas, sus narraciones de vida, la trayectoria ante la última enfermedad que motivó su relación con el hospital, asistieron a sus domicilios, y finalmente, reflexionaron sobre los resultados obtenidos y las vivencias experimentadas con sus informantes.

Esta comunicación tiene como propósito describir y analizar el proceso didáctico de la experiencia intercultural que permitió la articulación entre la teoría ofrecida en aula con el aprendizaje práctico adquirido durante el breve – pero significativo – trabajo de campo. Se trata de un ejercicio escolar inédito en la Facultad de medicina que intenta vincular al estudiante con la realidad social de los pacientes más pobres de México, conociendo no sólo su enfermedad "entendida como daño biológico", sino también su

14-Campos-Navarro.pmd 403 28/11/2011, 15.40

manera particular de vivir la enfermedad "entendida como padecimiento", el despliegue de recursos humanos, materiales y simbólicos "para neutralizar el daño", así como las consecuencias familiares, comunitarias y sociales que significa una hospitalización en una ciudad que no está cercana a ellos.

Antecedentes de la antropología mexicana en los estudios médicos profesionales

La antropología médica en México nació con la impronta del indigenismo como política estatal de los gobiernos emanados de la Revolución mexicana. Durante el esplendor nacionalista del gobierno de Lázaro Cárdenas se erige en 1936, el Instituto politécnico nacional (IPN) como una institución educativa de estudios técnicos superiores dirigida a hijos de obreros y campesinos, y dos años más tarde, dentro de la Escuela nacional de ciencias biológicas, la carrera de medicina rural, simiente de la futura Escuela superior de medicina rural (ESMR) que funcionaría legalmente a partir de 1945 [3]. Con esta orientación social, por primera vez se incluye la materia de antropología médica que abarcaría módulos de antropología física, antropología social y organización social (AGUIRRE G. 1963: 12).

El objetivo era que los estudiantes de la escuela recién creada tuvieran nociones de los problemas políticos, sociales, económicos y culturales del país "en especial de sus áreas campesinas" y pudieran insertarse de manera comprometida en su transformación. En palabras de uno de sus fundadores, el antropólogo Miguel Othón de Mendizábal: «que nazcan en el medio rural, que vuelvan y se reincorporen al medio rural y que sean los que cuiden de la salud y del vigor físico de la nación mexicana» (CRUZ R. - RUIZ A. 2006: 67). Otros profesores notables serían Gonzalo Aguirre Beltrán y Julio de la Fuente. En forma lamentable, los egresados de la ESMR acabaron concentrándose también en las ciudades, desapareciendo su objetivo rural y también los contenidos antropológicos [4].

Con este antecedente, la Universidad nacional de México, que había obtenido su autonomía en 1929, y que era considerada como una institución elitista, establecería en la Escuela nacional de medicina (ahora Facultad de medicina) el servicio social rural como parte del último año de la carrera profesional. Esta innovación iniciada en 1936 era una clara y directa respuesta universitaria ante la emergencia de la escuela médica politécnica [5]. No obstante, el plan de estudios no ofreció ningún curso formal teórico o práctico para el ejercicio rural de la medicina.

14-Campos-Navarro.pmd 404 25/10/2011, 9.02

De la década de los cincuenta y sesenta no conocemos de ningún proyecto educativo que incluyera las ciencias sociales al interior de las escuelas médicas del país pese a que se escribiera en esa época uno los más sobresalientes documentos de antropología médica aplicada: Los programas de salud en la situación intercultural (1955) del propio G. Aguirre Beltrán, y por otra parte, a nivel gubernamental se establecieran los programas sanitarios pioneros promovidos por el Instituto nacional indigenista. El *pensum* universitario era marcadamente biomédico, no se contemplaba ninguna materia de ciencias sociales, y lo más cercano a la orientación colectiva se refería a la salud pública, la medicina preventiva o la medicina social.

En 1974 la Facultad de medicina de la Unam conformó un proyecto experimental de Medicina general integral conocido como Plan a-36 "por la participación de 36 alumnos en cursos modulares", que intentaba eliminar el eruditismo y las clases magistrales, se suprimía el internado hospitalario y se hacía un fuerte énfasis en el servicio médico comunitario (Gasca H. 2004: 36) y además en la formación médica se expresaban seis áreas específicas donde la antropología aparecía en forma sobresaliente junto con la biología, la clínica, la patología, la epidemiología y la psicología (Hefer F. 1977: 428), a diferencia del plan ordinario donde el peso máximo se orientaba hacia las actividades biomédicas y clínicas con menoscabo de las asignaturas sociomédicas [(6)].

Cuatro antropólogos fueron contratados con la finalidad de asesorar los aspectos socio-antropológicos del proyecto, con cuatro tareas fundamentales: brindar clases de antropología, producir materiales de auto-enseñanza, diseñar el trabajo comunitario, y entrenar a los estudiantes para el trabajo de campo y la recolección de información comunitaria. (Hefer F. 1977: 428-429).

Los resultados fueron – en un principio – halagadores, sin embargo, el antropólogo de mayor jerarquía relató deficiencias e insuficiencias que desviaron el planteamiento revolucionario inicial (Hefer F. 1977: 433), y años más tarde, al hacerse una evaluación de las generaciones del Plan a-36 comparado con el plan adoptado en 1985, se observó que existían fuertes deficiencias en la preparación clínica y en el desempeño académico, en relación con los estudiantes del plan 85 (Martínez A. - Gil M. - Rodríguez R. 1997: 222-229) El proyecto experimental desaparecería con la implementación del Plan único de 1993.

En la década de los ochenta y noventa, en la Facultad de medicina de la Universidad veracruzana, la antropóloga Rosa María Lara y Mateos, implementó prácticas comunitarias que desembocaron en la formulación del

14-Campos-Navarro.pmd 405 25/10/2011, 9.02

libro Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud (2005).

Desde 1997, la Escuela superior de medicina del Ipn recobró la docencia obligatoria de antropología médica en el tercer semestre de la carrera, con 108 horas de clases teóricas y 40 de trabajo de campo. Mantienen prácticas y visitas escolares en diversos lugares del Distrito Federal pero también salidas a diversos puntos de la República Mexicana, como el Estado de México, Michoacán, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Oaxaca [7] (Cruz R. - Ruiz A. 2006: 69, 82-84).

Dentro del mismo Ipn pero en la Escuela nacional de medicina homeopática, también desde 1997 se encuentra la asignatura de antropología médica en el cuarto semestre con 72 horas de docencia con prácticas escolares en la Ciudad de México y estados colindantes, incluidos Guerrero y Oaxaca 8 (Camacho R. - Guzmán C. 2006: 105, 121).

En el 2002 la Secretaría de salud a partir de su Dirección general de medicina tradicional y desarrollo intercultural, con el auxilio de las principales instituciones académicas de nivel superior, ha recomendado el empleo de la antropología médica en los cursos universitarios sobre medicina tradicional en escuelas y facultades de medicina y enfermería de todo el país [9].

La presente experiencia tiene como antecedente directo, la idea práctica generada por un profesor de pediatría de la Facultad de medicina Unam, de los años setenta, que como un complemento no obligatorio de su materia, solicitaba a sus alumnos que realizarán una historia clínica a un paciente, y luego hicieran una visita domiciliaria para conocer su entorno social [10].

La experiencia docente

En el año 2008, el grupo 4405 denominado Núcleo de calidad educativa Nuce y perteneciente al cuarto año de la carrera [11], tuvo parte de sus prácticas clínicas en el Hospital general de México [12]. Estaba conformado por 26 alumnos, de los cuales 14 eran hombres y 12 mujeres. La mayoría egresados de escuelas privadas de preparatoria (o bachillerato), de estrato económico medio y alto, residentes urbanos que tienen casa o departamento propio, con agua potable y drenaje, teléfonos (fijo y celular), automóvil familiar; todos mestizos (es decir, ninguno con raíces indígenas) y todos protegidos por la seguridad social o privada.

14-Campos-Navarro.pmd 406 25/10/2011, 9.02

A diferencia de años previos en que cada alumno (o pequeños grupos de alumnos) hacían su investigación en humanidades médicas eligiendo el tema histórico, ético o antropológico que quisieran, de acuerdo al programa departamental, en esta ocasión se les invitó para hacer una investigación colectiva. La propuesta del autor de estas líneas fue una investigación de corte etnográfico donde se seleccionara un enfermo indígena [13] adscrito al HGM, y se le hiciera:

– Una historia clínica completa, que mencionara los tratamientos previos, los estudios de laboratorio y gabinete, y los diagnósticos hospitalarios, todo ello de acuerdo con la Norma oficial mexicana.
– Una historia de vida, que comprendía datos personales (algunos de los cuales eran omitidos en la historia clínica como identidad étnica y lengua materna), la estructura familiar, el ciclo de vida (nacimiento, infancia, adolescencia, matrimonio, planificación familiar, etc.), forma de propiedad (privada, comunal, ejidal), sistema de creencias (en especial referidas a la medicina) y hábitos domésticos como higiene y alimentación.
– Trayectoria del enfermos (y sus familiares) ante la enfermedad, que incluía el conjunto de comportamientos ante la enfermedad, el recuento detallado de los recursos individuales, familiares y comunitarios utilizados a partir de su malestar o enfermedad, la recolección de información sobre su manera propia y particular de vivir su padecimiento y las consecuencias sociales y económicas de enfrentar la hospitalización.
– Diario de campo, donde se anotaran las observaciones objetivas y subjetivas relacionadas con el informante, los familiares, la comunidad, así como los sentimientos que emergieran en el proceso de investigación.

El propósito general de la investigación fue promover un acercamiento directo de los estudiantes de medicina a las condiciones de vida y de salud de personas indígenas muy pobres, que, por lo general, carecen de servicios médicos en sus comunidades, regiones y estados de residencia "o que tienen deficiencias técnicas notorias", que se ven obligados a viajar a la Ciudad de México para tratar de resolver los problemas de salud concretos, y que por la índole de la enfermedad requieren de la hospitalización.

Los objetivos que se buscaron en forma específica se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

a) Identificar y familiarizar al estudiante de medicina con las técnicas e instrumentos cualitativos de la antropología social, en especial con las

14-Campos-Navarro.pmd 407 25/10/2011, 9.02

historias de vida (mediante entrevistas semi-estructuradas) y la observación participante (con empleo del diario de campo).

b) Permitir que identifique el estudiante al paciente como enfermo, como padeciente, como persona, como individuo integrante de una familia y una comunidad, como parte de otra cultura con diversidad de estilos de vida, de lenguas, de alimentación, de vivienda, de hábitos, de costumbres, etc.

c) Permitir que identifique el estudiante la aflicción del paciente con respecto a su enfermedad, y el grado de afectación en la vida social y familiar, en especial con las repercusiones del internamiento hospitalario.

d) Describir y analizar la interacción concreta de las prácticas médicas: autoatención, medicina doméstica, curanderos, medicina privada, medicina pública estatal, en el contexto sociocultural.

e) Describir y analizar la trayectoria del enfermo como el proceso que define e integra el donde, el cuando, el cómo y el porqué de las interacciones de los modelos médicos y sistemas de atención médica en un individuo determinado.

f) Conocer las condiciones de vida del enfermo en cuanto a vivienda, servicios sanitarios, transporte público, acceso y tiempos de espera en el hospital, calidad de la atención médica recibida, etc., de modo que el estudiante viva y sienta lo que el paciente (y sus familiares) padecen en el transporte, las salas de espera, el hospedaje en la ciudad, la hospitalización, los gastos generados, entre otros aspectos.

Por otra parte, la investigación sirvió para dos cuestiones. La primera, lograr la articulación entre el conocimiento teórico libresco, y su reconocimiento directo en la realidad social y comunitaria. La segunda, lograr un acercamiento real del estudiante de medicina con el entorno personal y familiar de un enfermo hospitalizado.

Con grata sorpresa de nuestra parte, todos los estudiantes aceptaron el reto, excepto una alumna (quien más adelante nos indicaría que tenía problemas de salud que le impedían un trabajo intensivo [14]. En una primera etapa, los veinticinco alumnos hicieron diez equipos de trabajo (2 a 3 alumnos por grupo) que tenían como objetivo central el obtener la información individualizada de cada enfermo y recibieron adiestramiento etnográfico de nuestra parte, con el auxilio de Karla González, una estudiante de antropología que participaba en el curso como oyente.

14-Campos-Navarro.pmd 408 25/10/2011, 9.02

En una segunda etapa, después de haber completado la recolección informativa individual, se disolvieron los grupos originales y se re-constituyeron en cinco grupos para analizar, comentar y redactar en forma transversal cada eje temático, es decir, ya no se trataba de recolectar, analizar y comentar lo que sucedía con cada enfermo, sino de hacer un análisis y discusión de las historias clínicas (grupo A), las biografías (grupo B), las trayectorias del enfermo (grupo C), las visitas domiciliarias (grupo D) y el contexto socioeconómico y cultural (grupo E). Para finalmente, elaborar los comentarios y conclusiones pertinentes y redactar el informe final.

De junio a agosto se dieron los temas teóricos del programa departamental que incluía temas como la autoatención, la medicina tradicional mexicana, el modelo médico hegemónico, la diferencia entre enfermedad y padecimiento, los comportamientos sociales ante la enfermedad y la interculturalidad en salud, luego se construyó el protocolo de investigación, se elaboró un módulo de técnicas socio-antropológicas, se adiestró a los estudiantes sobre el método etnográfico relativo a la entrevista, "que se facilitó por su experiencia previa en la elaboración de historias clínicas" pero ahora abordando otros temas sociales, económicos y culturales, la observación participante, la anotaciones en diario de campo, y finalmente en la segunda semana de septiembre, aprovechando los días feriados correspondientes a las fiestas de independencia "mediados de septiembre", se fueron a las comunidades donde vivían sus informantes durante dos y tres días.

En la construcción del protocolo se tuvo cuidado en establecer los criterios de selección de informantes: que fueran indígenas «empleándose el criterio más fácil y directo que era el lingüístico», que las comunidades residieran en un radio no mayor de 200 km alrededor de la ciudad de México (cuestión que no se cumplió porque algunos pacientes eran de comunidades indígenas de Veracruz y costa de Oaxaca, y los alumnos insistieron en ir más lejos sin importar la distancia), que fueran mayores de 16 años (para poder establecer una relación personalizada), y que aceptaran participar del proyecto, permitiendo la entrevista clínica y biográfica abierta, así como la (visita domiciliaria), firmando el denominado consentimiento informado.

En relación a la seguridad personal y grupal, se estableció que todos debían llevar la autorización escrita de los padres o tutores, la firma del seguro de vida que ofrece la Unam a todos los estudiantes que hacen práctica de campo y la entrega de un oficio departamental dirigido a las autoridades civiles y militares de los estados donde se realizaría la visita comunitaria [(15)].

14-Campos-Navarro.pmd 409 25/10/2011, 9.02

En todos los casos, los alumnos deberían de viajar en transporte público para que vivieran la experiencia cotidiana de sus enfermos, y las dificultades que ellos tienen para llegar al hospital general y para retornar a sus hogares.

En general, hubo una aceptación generalizada acompañada de entusiasmo, curiosidad y una gran dosis de ansiedad. Todos los padres de familia firmaron la autorización y en algunos casos se regocijaron por la investigación [16]. El oficio universitario sería de gran utilidad, como se comentará más adelante.

La práctica clínico-etnográfica

A continuación presento los hallazgos más relevantes de la experiencia clínica y socio-antropológica realizada en el trabajo de campo, que en estricto, requirió de tiempo exclusivo para obtener la historia clínica y la historia de vida que se efectuó durante la hospitalización del enfermo, más la información propiamente de campo, realizada en los domicilios respectivos.

Selección de informantes

Dado que en los expedientes del Hospital general de México no aparece la identidad étnica ni se solicita en la ficha de identidad de la historia clínica oficial, los alumnos debieron de hacer una búsqueda intencionada que no resultó fácil: «El llegar a los servicios del HGM y preguntar por un paciente de origen indígena o si alguien conocía que hablara una lengua indígena, fue una tarea nueva y diferente...» (AGUILAR V. *et al*. 2008: 51). Existía el temor generalizado de ofender a los que no lo fueran (quizás una forma de posible racismo o discriminación encubierta), y los alumnos debieron de recorrer varios pabellones observando los rasgos físicos, la indumentaria, y finalmente, algunos optaron por pedir el apoyo de enfermeras, trabajadoras sociales y médicos tratantes.

Bajo esta selección quedaron incluidos diez pacientes, seis mujeres y cuatro hombres. La pertenencia étnica fue la siguiente: tres Ñañhúes u Otomíes (dos del estado de Hidalgo, y una del Estado de México), dos Zapotecas (una en Oaxaca y otra migrante en la ciudad de México), dos Mazahuas (uno en Michoacán y otro en el estado de México), dos Nahuas (de Puebla y Veracruz) y una Totonaca residiendo en el Estado de México. (Ver *Cuadro 1*).

14-Campos-Navarro.pmd 410 25/10/2011, 9.02

La comunidad de residencia más cercana fue de la paciente que vive en Iztapalapa en la ciudad de México y la más lejana, en el estado de Oaxaca a 450 km del Distrito Federal, en la costa del Pacífico.

Cuadro 1. Características generales de los informantes indígenas seleccionados en el Hospital general de México.

Grupo	Nombre	Diagnóstico	Edad	Residencia	Lengua materna
1	David	Encefalopatía hepática	61	Michoacán	Mazahua
2	Guadalupe	Retinopatía diabética	52	Ciudad México	Zapoteca
3	Francisco	Litiasis vesical	68	Hidalgo	Ñañhú
4	Clemente	Fractura femoral izq.	83	Puebla	Náhuatl
5	José	Epidermolísis bullosa	31	Edo. de México	Ñañhú
6	Viviana	Miomatosis uterina	47	Edo. de México	Totonaca
7	Alejandrina	Prolapso uterino	50	Veracruz	Náhuatl
8	Graciela	Colecistitis litiásica	32	Oaxaca	Zapoteca
9	Elena	Dacriocistitis	62	Hidalgo	Ñañhú
10	Marcela	Tuberculosis	59	Edo. de México	Mazahua

Fuente: Información clínico-etnográfica, Hospital general de México, 2008

Historias clínicas

Se elaboraron dentro de las instalaciones del Hospital general. Fue la parte relativamente más fácil para los estudiantes pues están ya acostumbrados a realizarlas desde semestres previos [17]. En todos las historias clínicas se sigue una batería de preguntas, en un orden pre-establecido e incluso su calidad se encuentra normatizada por las autoridades sanitarias del país [18].

En función de la selección diversa de pacientes, los diagnósticos clínicos son también diversos y heterogéneos, y en todos los casos se tratan de problemas físico-biológicos que requieren un detallado seguimiento médico, y en determinados pacientes, de un tratamiento quirúrgico.

No fue ninguna sorpresa que se encontrara un bajo nivel educativo con un 50% de mujeres analfabetas, higiene personal deficiente, alimentación rica en carbohidratos, pobre en proteínas, y viviendas rurales con hacinamiento humano y estrecha convivencia con animales domésticos.

14-Campos-Navarro.pmd 411 28/11/2011, 16.08

Historias de vida

Esta sección fue completamente novedosa, y los ítems a preguntar fueron proporcionados por los antropólogos del grupo [19]. No hubo problemas en su recolección, y los alumnos al presentar los datos biográficos en el informe final destacan su relevancia para comprender el contexto personal, familiar y comunitario de las enfermedades consignadas en las historia clínicas.

Los alumnos supieron que el 90% de los informantes nacieron de partera, pero que ese patrón ha ido variando, y ahora la atención de los partos va siendo más frecuente con los médicos. Que los matrimonios se decidieron en forma libre y autónoma y hubo un sólo caso de arreglo entre padres de los contrayentes. Que la planificación familiar era nula entre las generaciones más viejas pero ahora está cambiando con los más jóvenes. Que la migración es relevante y un 50% de los informantes ha cambiado de residencia, en su mayoría a otros lugares rurales y una a la ciudad. Que la autoatención es la estrategia más utilizada antes que la medicina tradicional y la atención médica académica. Que las plantas medicinales siguen siendo conocidas y usadas en las comunidades, en tanto que no hay ni médicos ni curanderos en sus lugares de residencia. Que algunos no creen en los curanderos identificados como brujos o charlatanes pero sí asisten con parteras, hierberos y hueseros.

Con esta información de primera mano los estudiantes se dieron cuenta de otra realidad muy concreta y particular de los pacientes hospitalizados que no son de origen urbano, ni mestizo (como ellos) y que no se logra captar ni asimilar a partir del cartabón técnico de la historia clínica. Aparece una cultura desconocida para ellos, que es dinámica en cuanto que aparecen cambios y modificaciones, donde lo rural e indígena no obedecen a patrones y estereotipos culturales estáticos e inamovibles.

Es aquí donde aparece la autoatención como el primer filtro de atención curativa y luego los múltiples curadores que son relevantes en las áreas campesinas, e igual la notable ausencia de doctores en dichas áreas.

Trayectoria del enfermo

También se les proporcionó una guía para describir y analizar las estrategias y los recursos que emplean los enfermos y sus familiares para la última enfermedad que ha requerido el empleo del HGM [20].

Aquí los estudiantes se encontraron como existe un uso secuencial y simultáneo de episodios curativos correspondientes a la autoatención, el curan-

14-Campos-Navarro.pmd 412 25/10/2011, 9.02

derismo y la medicina académica, cuya última escala corresponde al servicio hospitalario público de donde han seleccionado sus informantes (HGM), pero que no significa la renuncia definitiva al uso de otros recursos, por ejemplo, herbolarios. Además se encontró que la medicina pública ofrecida por hospitales (segundo nivel de atención médica) se encuentra por encima de unidades de atención primaria (centros de salud) y de médicos privados.

Respecto a las representaciones del padecimiento, los alumnos pudieron acercarse a la vivencia de la enfermedad, constatar el empleo de términos populares como «piedritas en la vesícula» (colecistitis litiásica), «bulto en el ojo» (dacriocistitis) o tener el «hombro chispado» (luxación glenohumeral), etc.; sobre la causalidad percibida aparece la culpabilización propia (atribuida a la vejez) y ajena (que se atribuye a la brujería, o a una prueba de la divinidad) o bien como un incidente de la vida (diabetes mellitus, miomatosis uterina). Todos los enfermos aceptaron su afección física, un poco menos la afectación psicológica y la mitad de ellos reconocía las consecuencias y limitaciones en el terreno socioeconómico.

En cuanto a la percepción de las consecuencias de la hospitalización, en todos los casos se presentó el apoyo de la familia, con la emergencia de un «cuidador principal» que dirige y organiza la atención hacia el enfermo hospitalizado. Estos cuidadores (hijo o hija, esposa o esposo, u otro) por el papel activo en el cuidado de su familiar se vieron disminuidos en sus labores cotidianas, e incluso cuatro de ellos perdieron su trabajo.

Visita domiciliaria

Esta actividad de la investigación fue la que produjo más curiosidad, interés y asombro. Nunca antes realizada en su carrera profesional y no considerada en sus planes de estudio, despertó enorme ansiedad, miedo y nerviosismo. Al final de cuentas ellos manifestaron que esta experiencia les había brindado enorme satisfacción, alegría, felicidad y en algunos alumnos, el deseo de comprometerse más con los pacientes en su futura vida profesional.

A todos los estudiantes se le proporcionó una guía de observación y las indicaciones precisas de como hacer las anotaciones en el diario de campo [21].

Transporte. Todos se fueron en transporte público excepto un grupo que -desobedeciendo haciendo caso omiso de la indicación-utilizó su automóvil.

14-Campos-Navarro.pmd 413 25/10/2011, 9.02

Los que viajaron en autobuses en largas distancias sufrieron de incomodidad, insomnio y exceso de curvas: «Poniéndome en los zapatos del paciente me imagino que debió de ser terrible viajar en estas condiciones y con un cólico vesicular, quizá náuseas y vómitos, y que además se pudieran haber exacerbado por el tambaleo del camión». Después de 12 horas de viaje, luego una camioneta hacia Santa Marta donde «el trayecto fue algo tormentoso por tratarse de un camino de terracería y con un montón de curvas, subidas y bajadas» (equipo 8) [(22)].

Aún aquellos que fueron a la periferia de la ciudad de México abordaron el metro, luego un primer microbús «poco agradable, tenía rayaduras, ventanas rotas, el cofre del motor descubierto...varios asientos desgarrados y rotos», después una unidad más pequeña que les llevó serpenteando por calles estrechas del cerro. Luego a caminar seis cuadras.» (equipo 2). Otro equipo tendría que viajar en metro, luego autobús a Zitácuaro, Michoacán, luego un par de camionetas y finalmente, después de una hora de caminata (más o menos 5 kilómetros) llegar a su destino, no sin antes encontrarse con un retén militar.

Retenes militares.Dos de los equipos sufrieron la revisión militar pues son estados donde existe más narcotráfico y violencia política. No tuvieron problema por el oficio departamental que describía el objetivo de su viaje. Sin embargo, en el caso de Oaxaca «fuimos interceptados por un grupo militar [...] esta autoridad nos interrogó sobre nuestro asunto en el pueblo, a los cual respondimos ser estudiantes de la UNAM en un estudio antropológico y mostramos identificaciones y el documento otorgado [por el Departamento de historia y filosofía de la medicina], donde hace referencia a nuestra investigación. Estas personas de mala gana nos advirtieron de la complicada situación y que no se hacían responsables de nuestra seguridad, además de condicionarnos la entrada a la comunidad. Nos prohibieron tomar fotos y video de la gente del pueblo y que ese mismo día saliésemos de Santa Marta» (equipo 8). De hecho, en la noche fueron escoltados en su retorno de Santa Marta al poblado turístico de Puerto Escondido (AGUILAR V. *et al*. 2008: 53).

Contacto y recepción. El temor, la ansiedad, la inseguridad y la impaciencia durante el viaje se tornaron en bienestar, alegría y satisfacción cuando encontraron a los familiares del paciente, o bien, llegaron al domicilio indicado. «la gente es sumamente amable y de fácil trato» (equipo 1); «sentimos emoción por lo bien que nos trataron» (equipo 2); «nos fuimos sintiendo poco a poco más cómodos y alegres de estar ahí [en la casa del paciente]» (equipo 3); en la casa de la paciente «nos sentimos muy bien

14-Campos-Navarro.pmd 414 25/10/2011, 9.02

recibidos y tratados» (equipo 8); «Don Jesús [esposo de Marcela] nos recibió con una grata sorpresa, ya que después nos dijo que creyó que jamás iríamos hasta su casa, y nos ofreció un vaso de agua» (equipo 10).

Interculturalidad. En todas las entrevistas se empleó el idioma castellano y sólo en dos casos con mujeres monolingües (Elena y Alejandrina) hubo limitaciones: «A nosotras nos tuvieron que traducir sus palabras pues la señora Elena entiende bien el español pero sólo habla el Ñañhú. Nuestra traductora e intérprete fue su hija...» (equipo 9); «Iniciamos nuestra entrevista [que] fue muy difícil porque si bien nuestros pacientes no son tímidas y nos tienen confianza, todo lo que nos decía doña Alejandrina no lo entendíamos y Julia nos lo traducía, pero había veces en que ella hablaba y hablaba y Julia sólo nos decía unas palabras» (equipo 7). La medicina doméstica y tradicional especializada brotó de manera extensa en las entrevistas, las visitas a las huertas familiares y en un caso hasta conocieron un *temazcal* [23].

Doña Guadalupe, paciente Zapoteca radicada en la Ciudad de México, sorprendió a las estudiantes por su amplio conocimiento de plantas medicinales y sus maniobras curativas para tratar casos de empacho y caída de mollera [24]. «Actualmente la atención a la enfermedad de ella [diabetes mellitus] y de alguno de sus familiares se centra en la autoatención por medio de medidas generales, plantas medicinales en ocasiones, y que si llega a ser poco efectivo el tratamiento siempre llegan a acudir con un médico».

En Atlixco, Puebla, los estudiantes observaron el *temazcal* que se utiliza para «las mujeres embarazadas y cuando tienen una lesión o torcedura».

José, el paciente Ñañhú con problemas de la piel, se sentía molesto e incómodo con las preguntas sobre medicinas tradicionales, sin embargo «su madre jugó un gran papel en la obtención de información, ya que ella conocía más de las costumbres y prácticas que el mismo paciente negaba, ... [e incluso] su madre nos informó que la hermana realizaba limpias y que la gente del pueblo la buscaba para atender principalmente niños», además las alumnas conocerían y fotografiarían el altar familiar usado para las curaciones (equipo 5).

Sobre brujería, doña Elena, de origen Ñañhú de Hidalgo, afirma que en la localidad tienen la creencia de «que hay mujeres que son brujas, que son capaces de transformarse así mismas en animales "como pájaros" y que estas brujas se alimentan exclusivamente de la sangre de los niños alimentados al seno materno, les chupan la sangre hasta dejarlos muertos...» (equipo 9).

14-Campos-Navarro.pmd 415 25/10/2011, 9.02

Observación participante. Como estudiantes de medicina que desconocen las herramientas del ámbito antropológico, surgieron múltiples ejemplos de "sesgo etnocéntrico" y aparte de la escasa higiene del transporte colectivo, los sobresaltos de los retenes militares, su desubicación en el espacio rural y marginal urbano, los hoteles desaseados y otros inconveniente, en sus observaciones no faltaron los perros «sucios y poco amigables», los insaciables mosquitos, las molestas moscas y el abundante excremento de caballo en las calles.

Todos los muchachos quedarían sorprendidos por los reducidos espacios de las viviendas de sus pacientes: es una casa «tan pequeña» dirían unos, «muy humilde y modesta» dirán otros. Algunas con basura, suciedad y ausencia de servicios sanitarios mínimos. «Ninguno de nosotros imaginaba el grado de pobreza de los pacientes hasta que lo vivimos en carne propia» (Aguilar V. *et al*. 2008: 52).

Igualmente todos los alumnos se dieron cuenta de la escasez alimentaria habitual, y reconocieron los signos de hospitalidad cuando fueron agasajados con la comida regional proporcionada en forma solidaria, no faltó el pollo con mole [25] y tortillas; aguamiel [26], atole [27], sopa de frijoles quebrados con chile guajillo y tortillas «mejores que las de la ciudad»; té de canela y *cocoles* [28] «muy ricos», chicharrón [29] con papa y huevos a la mexicana; un exquisito caldo de camarón de río; ensalada de pepinos y aguacate [30], carne asada y salsa de *xoconostle* [31], tortillas «exquisitas», y de postre, unas tunas [32] rojas y del huerto, las granadas y los higos «que comimos con gusto»; «ricos *tlacoyos* [33] y gorditas [34] de chicharrón», en fin, nadie se quejó de los alimentos ofrecidos con tanto cariño, aunque no faltó un equipo miedoso que ni el agua probó: «aceptamos pero no tomamos ya que el agua la sacan de una pipa y nos mencionaron que había muchas enfermedades por amibiasis en esa zona».

Aspectos éticos. Como ya se dijo con anterioridad, se solicitó la firma del consentimiento informado a todos y cada uno de los pacientes involucrados en la investigación. La solicitud se hizo de manera honesta y respetuosa, se ofreció acompañamiento y la resolución de dudas administrativas. Las orientaciones médicas especializadas se canalizaron a los médicos tratantes de los diversos pabellones. Se establecieron vínculos estrechos con los familiares, en especial con los «cuidadores principales». Varios expresaron sorpresa con el cumplimiento de la visita domiciliaria pues había incredulidad.

Sentimientos y emociones. Sin duda, la investigación provocó múltiples estados de ánimo. Los diarios de campo están repletos de referencias a las

14-Campos-Navarro.pmd 416 25/10/2011, 9.02

emociones que emergieron durante el proceso. Desacostumbrados a las técnicas y herramientas de las ciencias sociales, los estudiantes de medicina sufrieron nerviosismo, incertidumbre e incomodidad por la búsqueda del informante, la salida al trabajo de campo, el enfrentamiento a situaciones novedosas y atemorizantes, la direccionalidad de las entrevistas, la obtención de observaciones pertinentes, la convivencia con el enfermo y su familia fuera de la seguridad que proporciona el espacio hospitalario y el tinglado urbano, entre otros. Todo ello contrastando con la confianza, el cariño y la amistad generados durante la visita comunitaria.

Deseamos destacar dos casos. El primero, sobre las angustias y sufrimientos del equipo 8, quienes fueron a la costa de Oaxaca, e insistieron en ir con su paciente Graciela y pudieron imaginarse – en forma personal – lo que significa viajar más de 15 horas con un dolor cólico-vesicular en caminos de terracería y asfalto; y además ser revisados y amedrentados por el ejercito: «Al ser detenidos por los militares sentimos bastante miedo de que fuésemos agredidos o se nos negara la entrada a Santa Marta [...] Nos sentimos observados y vigilados por vecinos y un militar que nos acompañó hasta el pueblo [...] Nos molestó el hecho de ser limitados en nuestra investigación, pues hasta parece que somos tratados como maleantes».

El segundo, es el equipo que hizo trabajo de campo en la Ciudad de México, quienes lograron tal empatía con su paciente que durante la entrevista al interrogar sobre la vivencia de la enfermedad (diabetes *mellitus*), lograron un evento de catarsis: «Es realmente sorprendente para nosotros entender de una manera mucho más tangible todo aquello que implica padecer una enfermedad. Fue el momento en que vimos a Guadalupe llorar por recordar los agravamientos que la acompañaron al momento del diagnóstico». Al terminar la entrevista, son invitados a comer pollo con mole, y a su vez, los estudiantes le regalan a la paciente un glucómetro para medirse los niveles de glucosa en sangre. Es la reciprocidad en acción [(35)].

Evaluación estudiantil

Existe completo consenso sobre la pertinencia y utilidad de la investigación, «fue algo fuera de lo común que nunca habíamos hecho, por lo que nos quedamos muy contentos [...] lo consideramos una experiencia de vida y parte de nuestra formación como médicos» (equipo 2). «Fue una gran experiencia [...] [Servirá] Para ayudar a nuestros pacientes [pues] no sólo debemos comprender la patología de la enfermedad, [también] debemos

14-Campos-Navarro.pmd 417 25/10/2011, 9.02

conocer el contexto en el que el paciente se desenvuelve, sólo así podremos ayudar de manera eficiente a nuestros enfermos» (equipo 9).

Igualmente ponderan en forma positiva el uso de las historias de vida como un instrumento complementario a la historia clínica, pues «permite conocer e identificar hechos [vitales] interesantes que generalmente no se reflejan en la historia clínica habitual, y por ende, se le subestima en cuanto a su importancia [...] [la historia de vida] nos brinda información necesaria para sensibilizarnos respecto a la persona, haciendo más enriquecedora nuestra práctica clínica» (Aguilar V. *et al*. 2008: 58).

Sin duda, el trabajo de campo, estrechó las relaciones sociales con los enfermos y familiares, a tal grado que hubo una gran confianza: «Dentro de su estancia en el hospital el paciente mostraba más confianza con nosotros, siendo tan solo estudiantes, que con los médicos de base o los residentes [...] logramos un excelente relación médico paciente con el simple hecho de aprender a escuchar y compartir momentos de vida» (Aguilar V. *et al*. 2008: 52). Esta percepción demuestra la óptima relación de reciprocidad donde los enfermos entregaban información personal, confidencial e íntima, y los estudiantes, les brindaron consejería, resolución de dudas, acompañamiento, y un elemento, poco valorado en la actualidad: saber escuchar.

Por todo lo anterior, los estudiantes concluyen que esta práctica de investigación participativa deba incluirse en los componentes teórico-prácticos de la asignatura: «... este trabajo nos ayudó a poder integrar todo lo que se vio en el salón de clase, observando como el empacho, el susto, el mal de ojo y las plantas medicinales siguen a la par con la medicina occidental, en la vida de muchos de nuestros pacientes y que es indispensable como médicos conocerlos para poder entender a cada uno de nuestros futuros pacientes» (Aguilar V. *et al*. 2008: 54), por lo que «Sugerimos hacer obligatoria una actividad de campo como la que realizamos, debido a que pronto estaremos en una comunidad realizando nuestro servicio social...» (Aguilar V. *et al*. 2008: 58).

Reflexiones finales

Si como señala Josep M. Comelles, la marginalidad de la antropología médica es evidente en las escuelas de medicina de Estados Unidos, y resulta más patente en España (1997: 187-88), la situación en México es de extrema precariedad. La subordinación ideológica de las ciencias sociales con relación a la biomedicina ha sido una constante en todas y cada una de

14-Campos-Navarro.pmd 418 25/10/2011, 9.02

las escuelas y facultades de medicina del país, desde su emergencia en la segunda mitad del siglo XIX y hasta la actualidad.

A pesar de esta enorme desventaja, los profesores de antropología médica que nos ubicamos en dichas escuelas debemos de crear, desarrollar y consolidar programas de corta, mediana y larga duración: cursos, seminarios, diplomados, maestrías y doctorados destinados a los estudiantes de licenciatura y posgrado, donde podamos demostrar la factibilidad, pertinencia y utilidad de la antropología médica en los estudios de las ciencias de la salud, donde incluimos la medicina, la enfermería, la odontología y otras carreras afines.

Un gran desafío es incorporar los contenidos antropológicos teóricos relevantes en función de la realidad demográfica y epidemiológica del país, y su relación e interacción con los sistemas de atención médica local, regional y nacional. Sin embargo, no basta con poseer un amplio y profundo esquema teórico-conceptual sino se logra un equilibrio con un trabajo práctico que sea igualmente significativo.

Creemos que los enormes esfuerzos que se están realizando en las escuelas de medicina y enfermería del Instituto politécnico nacional son dignos de encomio, señalando su relevancia e importancia. En el caso de nuestro equipo de trabajo departamental, no es frecuente sino excepcional el trabajo de campo [(36)].

En función de que se lograron cumplir con todos los objetivos generales y específicos de la investigación, sugerimos que esta aproximación clínica, etnográfica e intercultural pueda extenderse y generalizarse a distintas escuelas y facultades de medicina, con las adecuaciones pertinentes a las caracteristicas de cada país.

Con esta práctica escolar – que posee un carácter sistematizado e integrador – se logra que el estudiante tenga un gradual y ampliado acercamiento social y cultural al enfermo (nivel individual), a la red parental (nivel familiar), al entorno social-colectivo (nivel comunitario), y finalmente – con estos casos reales y concretos – trate de entender y comprender los grandes problemas nacionales (comunes en toda América latina), donde la pobreza y la marginalidad de los pueblos campesinos y originarios constituyen hechos poco o nada conocidos por los estudiantes de la carrera de medicina, cuya extracción social es de clase media, origen mestizo y un estilo de vida urbano.

Una investigación como ésta exige e implica *a*) tiempo (con calendarización escolar obligatoria y programación de la actividad práctica, de por lo menos una semana de duración o en su defecto, de uno o varios fines de semana); *b*) presupuesto (que bien pueden solventar los estudiantes si tomamos en cuenta que es una práctica escolar formativa, y nuestra

14-Campos-Navarro.pmd 419 28/11/2011, 16.09

universidad es pública y gratuita, y aún así, existe la posibilidad de obtener becas de apoyo); *c*) trámites administrativos obligatorios (seguro universitario, permiso de padres o tutores, oficio institucional de práctica escolar); *d*) condición física saludable (ausencia de enfermedad incapacitante, preparación física previa [37], inmunizaciones necesarias), y finalmente, *e*) Capacitación o adiestramiento en el uso de las técnicas y herramientas de la antropología.

Además, – como en toda investigación que se pretenda científica – es necesario que exista compromiso (personal y grupal, para cumplir con los objetivos de la investigación), honestidad (respetando la integridad del paciente y cumpliendo con las exigencias del trabajo de campo), y perseverancia (para alcanzar las metas del trabajo micro-grupal y colectivo).

Como señalamos en líneas previas, si consideramos que todos los alumnos involucrados son de estrato socioeconómico medio y alto, que gozan de todas las comodidades urbanas (casa o departamento, servicios públicos de agua potable, drenaje, alumbrado; teléfono y celular, seguridad social, algunos automóvil), que todos son mestizos, que estudian una carrera universitaria (algunos de ellos podrían pagar – sin problema alguno – los estudios médicos en escuelas privadas), podemos concluir que la aproximación concreta con pacientes del México Profundo – según palabras de Guillermo Bonfil (Bonfil G. 1994 [1987]) – todos ellos pobres, rurales e indígenas, resultó una experiencia vital única e inolvidable, intensa e incluso impactante.

Todos experimentarían el fenómeno – de acuerdo a (Devereux G. 1983) – del tránsito de la ansiedad al método, y todos quedarían satisfechos de la cordial relación que establecieron con sus informantes.

Eduardo Menéndez ha expresado – con justa razón – que existe la posibilidad de que los estudios de antropología médica dirigida a médicos y estudiantes de medicina, tan sólo sean un «parche» en la formación médica contemporánea (Menendez E. 2006: 59). En este sentido, los que brindamos docencia en escuelas de las llamadas ciencias de la salud, debemos asumir la responsabilidad y el compromiso de que la enseñanza de la antropología médica en México e Iberoamérica, sea la mejor posible en términos teóricos y prácticos y que su incidencia impacto no sólo sea en términos individuales sino que se establezca a nivel institucional tanto en el sector académico, como en el de servicios de salud.

Cerramos con palabras de los propios estudiantes: «Ahora sabemos que la medicina no sólo está en el hospital, la enfermedad se vive día a día, en el campo, en el hogar, con la familia, en la sociedad y en la vida de cada paciente» (Aguilar V. *et al*. 2008: 52).

14-Campos-Navarro.pmd 420 25/10/2011, 9.02

Notas

[1] Créditos y agradecimientos: a la Dra. Adriana Ruiz Llanos, que nos recordó de su experiencia inolvidable como estudiante del curso de pediatría, he hizo en 1972 la visita domiciliaria a un paciente infante en el Estado de México; con ella discutimos y ampliamos por la discusión y ampliación en los detalles de la presente aproximación teórico-práctica. A todos y cada uno de los alumnos del grupo 4405 que cursaron la asignatura en el segundo semestre de 2008, y que con este trabajo lograron el primer premio de investigación antropológica del XVI Coloquio Estudiantil de Investigación. A continuación sus nombres completos:

Equipo 1: Iara Pineda Tejeda, Sergio Lozano Kaplún y Gerardo Rodríguez Guevara.

Equipo 2: Valerie Aguilar García y Carlos Adrián Chávez Mendoza.

Equipo 3: Jéssica Valeria Hernández Pimenta y José Antonio Orozco Morales.

Equipo 4: Hugo Guillermo Cornú Rojas, Carlos González-Rebeles Guerrero e Iván Alejandro Ramírez Galindo.

Equipo 5: María del Pilar Leal Leyte, Mariana Quintanar Martínez e Iliana Vázquez Estrada.

Equipo 6: Javier Lozano Castro Villagrana, Alejandro Novoa Boldo y Alfonso Sosa Viscaino.

Equipo 7: Abigaíl Juárez Cruz, Alejandro Montaño Jiménez y Rodrigo Núñez Vidales.

Equipo 8: Edna Arianna Amaro Hernández, Marisol Ochoa Apreza y Elisafat Arce Liévano.

Equipo 9: Anaid Dordelly Hernández y Yoalli Aleida Palma Orozco

Equipo 10: Yoshimar Abel García López.

[2] Los estudiantes del cuarto año de medicina recibían las clases todo el año, una vez a la semana, con duración de tres horas. (Plan de estudios de la carrera de médico cirujano 85 de la Facultad de medicina.) Más adelante, con el Plan único de estudios implementado en 1993 se continuaron – y hasta la actualidad – con las mismas horas pero se concentró en el segundo semestre que abarca desde finales de mayo hasta principios de noviembre. (Plan único de estudios 1993, Facultad de medicina UNAM).

El programa departamental incluye 28 temas teóricos de antropología médica, donde predominan (más de una tercera parte) los contenidos relativos a las medicinas populares, que más adelante se orientaron al marco teórico de los modelos médicos y del proceso salud-enfermedad-atención.

Cabe mencionar que la mayoría de docentes somos médicos antropólogos y antropólogos médicos, egresados de la licenciatura y el posgrado de la Escuela nacional de antropología e historia (ENAH), y del Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS) y por tanto discípulos directos e indirectos del Dr. Eduardo Menéndez. Por ello es notorio el empleo de bibliografía sobre modelos médicos, alcoholización y proceso salud-enfermedad-atención.

En el curso de antropología médica, no se contempla de manera oficial el ejercicio de prácticas de campo, aunque parte sustantiva de la calificación final es la presentación de trabajos de investigación documental (histórica o ética) o bien de trabajo de campo (con etnografía) relacionado con algún tema antropológico. La selección temática es voluntaria y el docente funciona como tutor directo de las investigaciones estudiantiles.

[3] Véase:http://www.esm.ipn.mx/wps/wcm/connect/esm/ESM/Inicio/CONOCENOS/Identidad/Historia/ Consulta: 5-enero-2009.

[4] De manera oficial se pensó que era innecesario el adjetivo de rural, y en 1965 se eliminó el término, alegándose que sus egresados estaban perfectamente capacitados para ejercer la medicina «hacia cualquier tipo de población y en cualquier zona o territorio del país y muchas partes del extranjero» (*ibidem*).

[5] Este servicio social en regiones rurales subsiste hasta la actualidad, y ha sido modelo para otras universidades latinoamericanas.

[6] La Dra. Zuanilda Mendoza, egresó de dicho plan y expresa que las clases eran más bien de sociología que de antropología. Por otra parte, otro compañero, Andrés Aranda, egresado del Plan 85, menciona que sí hacían trabajo de campo comunitario en Xochimilco y otras zonas alejadas de la Ciudad universitaria (comunicaciones personales).

14-Campos-Navarro.pmd 421 28/11/2011, 16.10

(7) Las prácticas escolares duran de 1 a 3 días y dependen del tiempo disponible del profesor y de las posibilidades económicas de los alumnos. Se hacen actividades previas, y se recomienda el uso de diario de campo y la elaboración de un informe final, ya de regreso en la escuela, se realiza una evaluación grupal para reflexionar sobre el trabajo de campo. Un buen ejemplo de la interrelación de los estudiantes de medicina con médicos indígenas de Calpulalpan, Oaxaca se encuentra en Jiménez-Castañeda C. 2006: 87-103.

(8) A. Ruiz-Belmán relata que la Enmh tiene un programa de trabajo comunitario ya establecido en su sede capitalina pero también en Iguala, Guerrero y San Isidro del Buen Suceso, Tlaxcala (2006: 142).

(9) www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/medicina_tradicional_mexicana.pdf.

(10) Tal visita era grupal pero no formaba parte de ningún proyecto sistematizado (comunicación personal de la Dra. Adriana Ruiz Llanos, en aquel entonces estudiante de medicina, quien en 1972 realizó en el vecino Estado de México la visita domiciliaria a los familiares de un paciente infantil).

(11) Ese año la Facultad de medicina tuvo 6 994 alumnos de licenciatura, con 34 grupos de cuarto año y los Nuce lo constituyen 5 grupos que poseen calificaciones por encima del promedio generacional.

(12) El HgM, es el nosocomio público más importante de la República mexicana, cuya fundación data de 1905, que es la continuidad del Hospital de San Andrés que funcionó en el siglo XIX, y del Real hospital de San José de los naturales que operó para los indígenas desde el siglo XVI hasta su clausura en 1822. Recibe pacientes de todo el país, especialmente de aquellos que carecen de seguridad social, es decir, atiende a los enfermos más pobres, marginales y desprotegidos.

(13) En México, ser indígena es pertenecer a uno de los casi sesenta pueblos originarios del país, un diez a catorce por ciento de la población nacional. Se escogieron pacientes con esta categoría por varias razones. Primero, porque constituyen el sector social más pobre y desprotegido de la sociedad mexicana, y por ello representan la evidencia más concreta de las fallas del Estado para lograr una sociedad más igualitaria. Segundo, porque los pueblos originarios son los que tienen las peores condiciones de vida, con los más elevados índices de morbilidad y mortalidad general, materna e infantil. Tercero, porque tienen una riqueza cultural desconocida para los estudiantes universitarios de medicina, la mayoría de ellos mestizos que pertenecen a la clase media mexicana.

(14) No obstante, hizo un extraordinario trabajo sobre los problemas de comunicación médico-paciente, cuando éste último es sordo-mudo y el médico tratante no maneja el sistema de lenguaje de señas mexicano.

(15) Cabe mencionar que los estudiantes de medicina del plan vigente tienen reducidas salidas durante sus prácticas de campo en salud pública y la mayoría de ellas son en escuelas y colonias cercanas al *campus* universitario dentro de la Ciudad de México.

(16) Esta autorización se vio facilitada porque semanas antes se invitó a los papás a participar en una clase sobre herbolaria mexicana que acostumbramos hacer en cada ciclo escolar desde hace 15 años (Campos Navarro R. 2004a y 2004b).

(17) Por esta y otras razones, es conveniente que la asignatura integrada (historia, antropología, ética y filosofía) deba hacerse en el semestre inmediatamente antes del internado y el servicio social.

(18) Una historia clínica contiene los siguientes ítems: 1. Ficha de identificación (nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento, de residencia, estado civil, etc.). 2. Interrogatorio (Antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales gineco-obstétricos, antecedentes personales patológicos, padecimiento actual, motivo del ingreso e interrogatorio por aparatos y sistemas). Tratamientos previos a la internación, Exámenes de laboratorio y de gabinete previos. 3. Exploración física (Signos vitales, habitus exterior, cabeza, cuello, tórax, abdomen, periné, extremidades superiores e inferiores, piel y anexos, exploración neurológica), 4. Diagnósticos.

(19) La Historia de Vida incluyó los siguientes ítems: 1. Datos personales (nombre, edad, sexos, grupo étnico, lengua materna, ocupación, ingresos económicos). 2. Estructura familiar (tipo de

14-Campos-Navarro.pmd 422 25/10/2011, 9.02

familia, tipo de unión matrimonial). 3. Estructura de parentesco (genealogía). 4. Ciclo de vida (nacimiento, infancia, matrimonio, planificación familiar, vejez) 5. Régimen de propiedad (privada, comunal, ejidal, casa propia o de alquiler). 6 Hábitos domésticos (alimentos, tabúes alimentarios, hábitos higiénico-sanitarios). 7. Rituales y creencias religiosas. 8. Rituales de medicina (tipos de curanderismo, tipos de enfermedades popular-tradicionales, recursos curativos, prevención de enfermedades, autoatención).

(20) En este apartado se incluyeron los siguientes ítems que debían recolectar de manera precisa y detallada, considerando las variables del espacio y el tiempo: 1. Conjunto de comportamientos ante la enfermedad (aparicióndе signos y síntomas, respuestas inmediatas a los malestares) 2. Recuento detallado de recursos individuales, familiares y comunitarios utilizados a partir del malestar o la enfermedad (desde la autoatención hasta el internamiento en el hospital general, pasando por tiendas, farmacias, curanderos, médicos generales institucionales, médicos privados, centros de salud, hospitales regionales, etc.). 3. Recolección de información sobre el padecimiento (cómo le llama, que lo causó, cómo evolucionó, que gravedad tiene, como se evaluaron los tratamientos previos a la hospitalización). 4. Consecuencias de la hospitalización (afectación personal, familiar, laboral, escolar).

(21) Se les adiestró en el uso del diario de campo. Anotación de acontecimientos en forma cronológica desde que salen de su casa hasta el término del día. Observaciones objetivas en cuanto a contexto, ambiente, información no verbal, observación directa de estilos de vida (alimentación, higiene, uso de servicios de salud). Anotación de hechos subjetivos percepciones personales, sentimientos y sensaciones.

(22) En sus vivencias los alumnos dirán «Queremos afirmar que nosotros lo hicimos una sola vez, y que además somos personas jóvenes y sanas, ellos son enfermos y muchas veces llegan a su hogar después de un día pesado en la ciudad y en ocasiones después de estar toda la mañana en el Hospital general » (Aguilar V. *et al*. 2008: 52).

(23) Baño de vapor de origen prehispánico mesoamericano.

(24) Conocidas enfermedades populares «tradicionales», también reconocidas como «síndromes culturalmente delimitados», de «filiación cultural» o «dependientes de la cultura».

(25) Mole: Clase de salsa, preparada con diferentes chiles (por ejemplo, ancho, pasilla y mulato) y jitomate, ajo, cebolla, clavo, pimienta, sal, canela, manteca, chocolate, azúcar (Gómez de Silva G. 2001: 143).

(26) Aguamiel: Jugo sin fermentar del maguey (género *Agave*), que, fermentado, es el pulque (Gómez de Silva G. 2001: 6).

(27) Atole: Bebida que se prepara con masa de maíz (o con harina de maíz) disuelta en agua y hervida hasta que adquiera cierta consistencia (Gómez de Silva G. 2001: 18).

(28) Cocol de anís: pan con anís (Gómez de Silva G. 2001: 55).

(29) Chicharrón: Piel (con algo de carne) de cerdo joven, oreada y frita (Gómez de Silva G. 2001: 44).

(30) Aguacate: Fruta comestible de varios árboles del género *Persea* (Gómez de Silva G. 2001: 6).

(31) Xoconostle: tuna agria que sólo se emplea en la confección de dulces en almibar o cubiertos (Gómez de Silva 2001: 243).

(32) Tuna: fruto del nopal (*Opuntia tuna*) (Gómez de Silva G. 2001: 234).

(33) Tlacoyos: tortilla gruesa de maíz con relleno de frijol u otro alimento (Gómez de Silva G. 2001: 226).

(34) Gorditas: Tortilla gruesa de maíz más pequeña que la gorda (Gómez de Silva G. 2001: 94).

(35) En otros equipos también se relatan fenómenos de llanto «en el momento de recordar su niñez, al relatar su enfermedad, recordar a sus seres queridos o al expresar la situación familiar» (Aguilar V. *et al*. 2008: 52).

(36) En la actualidad, los profesores de antropología sólo dirigen y asesoran investigaciones estudiantiles de antropología (asociadas a trabajo de campo), cuando los alumnos seleccionan un tema afín, pero los alumnos pueden inclinarse por hacer investigaciones en el campo de la historia o de la ética médica, que por lo general, implican únicamente trabajo bibliográfico y documental.

14-Campos-Navarro.pmd 423 25/10/2011, 9.02

[37] Quizá se piense que exagero pero en los diarios de campo aparecieron las siguientes observaciones: el equipo 1 que debió caminar cerca de 5 km. para llegar al rancho del paciente, manifestaron su «pésima condición física», y uno de los integrantes del equipo 8 relata que después de una hora de caminata bajo un «sol abrazador» que «jamás imaginé ver a mis compañeras tan exhaustas y sudorosas como ese día. jajaja».

Bibliografía

Aguilar Valerie - Amaro Edna Ariana - Arce Elisafat - Chávez Carlos A. - Cornú Guillermo - Dordelly Anaid - García Yoshimar - González Carlos - Hernández Jéssica - Juárez Abigaíl - Leal María P. - Lozano Javier - Lozano Sergio - Montaño Alejandro - Novoa Alejandro - Núñez Rodrigo - Ochoa Marisol - Orozco José A. - Palma Yoalli A. - Pineda Iara - Quintanar Mariana - Ramírez-Galindo Iván A. - Rodríguez Gerardo - Sosa Alfonso - Vázquez Iliana - Campos Roberto (2008), "*Yo no creo en los curanderos...*" *Enfermedad, padecimiento y trayectoria del enfermo en pacientes indígenas del Hospital General de México. Mecanoescrito*, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Aguirre Beltrán Gonzalo (1955), *Los programas de salud en la situación intercultural*, Instituto Indigenista Interamericano, México.

Aguirre Beltrán Gonzalo (1980 [1963]), *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Bonfil Batalla Guillermo (1994 [1987]), *México profundo. Una civilización negada*, Ed. Grijalbo, México.

Campos Navarro Roberto (2004a), *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina*, pp. 129-151, en Fernández Gerardo (editor), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Universidad de Castilla La Mancha, Ed. Abya Yala, Quito.

Campos Navarro Roberto, (2004b), *El uso de metáforas en la enseñanza de la historia de la medicina. Algunas experiencias docentes en la facultad de Medicina de la UNAM*, en "Analecta Histórica Médica", vol. II, n. 2, 2004, pp. 24-36.

Comelles Josep M. (1997), *Paradojas de la antropología médica europea*, "Nueva Antropología", vol. 52-53, 1997, pp. 187-188.

Cruz Rebeca - Ruiz Alfonso (2006), *La enseñanza de la Antropología Médica en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional*, pp. 65-86, en Izquierdo Teresa - Aguirre Enrique (editores), *La Medicina tradicional en el contexto de la Antropología Médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Devereux George (1983), *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Ed. Siglo XXI, México.

Gasca Humberto (2004), *Crónica de la Facultad de Medicina. Tomo II, 1971-1991*, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Gómez De Silva Guido (2001), *Diccionario breve de mexicanismos*, Academia Mexicana/Fonde de Cultura Económica, México.

Hefer Fritz (1977), *Plan para la educación médica al servicio del pueblo mexicano*, "América Indígena", vol. XXXVII, n. 2, 1997, pp. 425-434.

Jimenéz - Castañeda Cuahuteotlita (2006), *Acercamiento del estudiante de medicina a los médicos tradicionales Escuela Superior de Medicina*, pp. 65-86, en Izquierdo Teresa - Aguirre Enrique, (editores), *La Medicina tradicional en el contexto de la Antropología Médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Lara Rosa Ma. (2005), *Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud*, Ed. Manual Moderno, México.

14-Campos-Navarro.pmd 424 25/10/2011, 9.02

Martínez Adrián - Gil Miguel - Rodríguez Rodolfo (1997), *Nivel académico de los alumnos del Programa de Medicina General Integral (Plan A-36) y su comparación con los alumnos del Plan de Estudios 85* "Revista Facultad de Medicina", Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 40, n. 6, 1997, pp. 222-229.

Menéndez Eduardo (2006), *Interculturalidad, "diferencias" y antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas*, pp. 51-65, en Fernández Gerardo, (editor), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*, Ed. Universidad de Castilla La Mancha - Ed. Abya Yala, Quito.

Morfín Roxana - Guzmán Cándido (2006), *Constructivismo y medicina tradicional. (Una experiencia en la formación médica)*, pp. 104-123, en Izquierdo T. - Aguirre Enrique (editores), *La Medicina tradicional en el contexto de la Antropología Médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Ruiz Belmán Alfonso (2006), *Trabajo de campo y antropología médica*, pp. 131-143, en Izquierdo Teresa - Aguirre Enrique (editores), *La medicina tradicional en el contexto de la antropología médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Universidad Nacional Autónoma de México (1985), *Plan de estudios de la carrera de médico cirujano.* Facultad de medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Universidad Nacional Autónoma de México (1993), *Plan único de estudios de la carrera de médico cirujano.* Facultad de medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1993, México.

Consultas en internet

http://www.esm.ipn.mx/wps/wcm/connect/esm/ESM/Inicio/CONOCENOS/Identidad/Historia/Consulta: 5-enero-2009

www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/medicina_tradicional_mexicana .pdf - Consulta: 5-enero-2009

Nota sobre el Autor

Roberto Campos Navarro nació en Aguascalientes, México, el 9 de diciembre de 1951. Es médico cirujano con especialidad en medicina familiar. Estudios de maestría en antropología social en la Escuela nacional de antropología e historia (Enah). Doctorado en Antropología en el Instituto de investigaciones antropológicas de la Universidad nacional autónoma de México (Unam).

Desde 1985 hasta 2000, fue profesor titular de antropología médica en la maestría y doctorado de antropología social de la Enah. Desde 1987 y hasta la actualidad es Profesor titular de tiempo completo de la materia de antropología médica en el departamento de Historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina, Unam. Actualmente

14-Campos-Navarro.pmd 425 25/10/2011, 9.02

funge como coordinador de investigación de dicho departamento. Ha sido coordinador de diplomados de posgrado en salud intercultural en México, Bolivia y Perú. Profesor titular en cursos de maestría y doctorado en México, Argentina y España. Conferencista en Guatemala, Costa Rica, Panamá, Venezuela, Perú, Bolivia, Ecuador, Chile, Argentina, Cuba, República Dominicana, Uruguay, Paraguay, Colombia, Usa, España, Italia, Suiza y Alemania.

Las principales líneas de investigación son el curanderismo urbano, enfermedades populares en México y América Latina e interculturalidad en salud en hospitales rurales.

Es autor de los libros: *La antropología médica en México* (Instituto Mora/Unam, 1992); *Nosotros los curanderos. Experiencias de una curandera tradicional en el México de hoy* (Nueva Imagen, 1997); *El empacho en la medicina mexicana, Antología (siglos XVI-XX)* (Instituto nacional indigenista, 2000); *Textos peruanos sobre el empacho* (Unam-Amares) y *Medir con la cinta y tirar del cuerito. Textos médicos sobre el empacho en la Argentina* (2009)

Artículos y revistas: *Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización*, "Nueva Antropología", vol. 52-53, 1997, pp. 67-87; *Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México*, "Rev. Med. IMSS", vol. 35, n. 4, 1997, pp. 265-272; *La medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina*, "Salud-Problema", vol. 4, n. 7, 1999, pp. 75-81; *La enseñanza de la medicina popular-tradicional en la Facultad de medicina de la Universidad nacional autónoma de México*, "Kallawaya" [La Plata-Salta, Argentina], vol. 6, octubre 1999, pp. 7-18; *Adecuaciones interculturales en los Hospitales para Indios en la Nueva España*, "Gaceta Médica de México", vol. 137, n. 6, 2001, pp. 595-608; *¿Existe el empacho en Cuba? Textos históricos y etnográficos* (1821-2004), "Medisan", vol. 8, n. 3, 2004; *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina*, en Fernández - Juárez (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Universidad de Castilla La Mancha - Abya Yala, Quito, 2004 y 2006.

Domicilio: Departamento de historia y filosofía de la medicina. Facultad de medicina, Universidad nacional autónoma de México, Brasil 33, Centro Histórico. México, D.F., C.P. 06020. Correo electrónico. rcampos@servidor.unam.mx

Resumen

Aproximación clínica, etnográfica e intercultural de estudiantes de medicina a pacientes hospitalizados. Una experiencia docente en la Universidad Nacional Autónoma de México

La asignatura de antropología médica es obligatoria desde 1985 en la Facultad de medicina de la Universidad nacional autónoma de México (Unam). Sus contenidos teóricos contrastan con los escasos elementos prácticos. En el segundo semestre de 2008,

14-Campos-Navarro.pmd 426 25/10/2011, 9.02

veinticinco alumnos emprendieron una investigación que comprendía aspectos médicos y socio-antropológicos. Seleccionaron diez enfermos de origen indígena, residencia no mayor a 200 km. de la Ciudad de México, que fuesen mayores de edad y que aceptaran participar en el estudio. Se utilizaron instrumentos convencionales tanto de la medicina – la historia clínica –, como de las ciencias sociales – la historia de vida, la entrevista, la observación participante y el diario de campo –, para indagar sobre la enfermedad, el padecimiento, la carrera del enfermo o trayectoria ante la enfermedad, las consecuencias de la hospitalización, y finalmente, conocer el contexto socioeconómico y cultural del paciente, la familia y la comunidad, mediante una visita domiciliaria, que duró dos a tres días en promedio. Los estudiantes viajaron en los transportes públicos que usan de manera cotidiana los pacientes, pasaron por retenes militares, conversaron y comieron con los enfermos y sus familiares, e intercambiaron saberes y experiencias. Todos ellos calificaron esta aproximación como vital e inolvidable. Con esta práctica se logra un equilibrio significativo entre la teoría y la práctica, e introduce al estudiante de medicina "mestizo, urbano y de clase media alta" a la realidad social, económica, política y cultural del campesino e indígena Mexicano. El objetivo de esta investigación fue brindar elementos teóricos y prácticos de la antropología médica para un acercamiento real a las prácticas curativas de los pacientes de origen indígena y así profundizar en los procesos concretos de interculturalidad en salud.

Riassunto

Approccio clinico, etnografico e interculturale di studenti di medicina a pazienti ospedalizzati. Un'esperienza didattica alla Universidad nacional autónoma de México

Dal 1985 l'Antropologia medica è obbligatoria nella formazione medica presso la Facoltà di medicina della Universidad nacional autónoma de México (UNAM), ma i suoi contenuti teorici contrastano con alcuni aspetti pratici. Nel corso dell'anno 2008, venticinque studenti hanno portato a termine una ricerca, utilizzando al contempo tecniche mediche e socio-antropologiche, selezionando dieci pazienti di origine indiana, la cui residenza fosse situata in un raggio inferiore a 200 km da Città del Messico, che fossero maggiorenni e consenzienti. Sono stati utilizzati strumenti convenzionali sia della medicina – la storia clinica – sia delle scienze sociali – la storia di vita, l'intervista, l'osservazione partecipante e il diario di campo, per fare ricerca sulla malattia, la sofferenza, la carriera del malato, l'itinerario precedente la malattia, le conseguenze dell'ospedalizzazione, e infine conoscere il contesto socioeconomico e culturale del paziente, la famiglia e la comunità, attraverso una visita domiciliare della durata media di due o tre giorni. Gli studenti hanno utilizzato lo stesso trasporto pubblico quotidiano

14-Campos-Navarro.pmd 427 25/10/2011, 9.02

usato dai pazienti, attraversato blocchi militari, conversato e condiviso i pasti con i degenti e con i loro familiari, scambiando saperi ed esperienze. Tutti hanno qualificato questa esperienza come vitale e indimenticabile. Con questa pratica di ricerca si stabilisce un equilibrio significativo tra la teoria e la pratica, e si introduce lo studente di medicina "meticcio, urbano e di classe medio-alta" alla realtà sociale, economica, politica e culturale del contadino e dell'indigeno messicano. L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di coniugare elementi teorici e pratici dell'antropologia medica per un avvicinamento reale alle pratiche curative dei pazienti di origine indigena, per poter approfondire in tal modo i processi concreti di interculturalità nel campo della salute.

Résumé

Approche clinique, ethnographique et interculturel d'étudiants de médecine à des patients hospitalisés. Une expérience didactique à l'Universidad nacional autónoma de México

Le sujet de l'anthropologie médicale est obligatoire depuis 1985 dans la formation médicale à la Faculté de médecine de l'Universidad nacional autónoma de México (Unam). Son contenu théorique à la différence de quelques éléments pratiques. Durant l'année de 2008, vingt-cinq étudiants ont entrepris une enquête, impliquant à la fois techniques médicales et socio-anthropologiques, avec dix patients sélectionnés d'origine indienne, séjour ne dépassant pas 200 km. Mexico City, plus de vingt années et ont accepté de participer a la recherche. Les instruments conventionnels ont été utilisés en médecine – antécédents médicaux – et des sciences sociales, – de l'histoire de vie des interviews, l'observation participante et le journal de terrain –, pour en savoir davantage sur la maladie, la souffrance, le carrière de maladie ou de chemin d'accès de soins, les conséquences de l'hospitalisation, et enfin, de connaître le contexte socio-économique et culturel du patient, la famille et la communauté à travers une visite à domicile, qui a duré deux à trois jours en moyenne. Les étudiants voyageant dans les transports publics sur une base quotidienne avec des patients passés par des postes de contrôle militaires, ont mangé et parlé avec les patients et leurs familles, et ont échangé des connaissances et des expériences pratiques, et introduit l'étudiant en médecine "non-indigènes urbaines et la classe moyenne supérieure" à la vie sociale, économique, politique et culturelle du paysan et indigène mexicaine. L'objectif de cette recherche était de fournir des éléments théoriques et pratiques de l'anthropologie médicale pour une véritable approche de pratiques de guérison d'origine autochtone et les patients et d'examiner les processus de santé spécifiques interculturel.

14-Campos-Navarro.pmd 428 25/10/2011, 9.02

Abstract

Medical students encounter hospitalized patients. Clinical, ethnographical and intercultural aspects of a teaching experience at the Universidad nacional autónoma de México

The lessons of medical anthropology have been included since 1985, as obligatory in the curriculum of medical training, in the Faculty of Medicine in the Universidad nacional autónoma de México, but its theoretical content in contrast to the few practical items. In 2008, twenty-five students undertook an investigation, involving both medical and socio-anthropological techniques. They have selected ten patients of indigenous origin, residence not exceeding 200 kms. Mexico City, over twenty years old and that accept to participate in the study. Conventional instruments were used in medicine like clinical history, and the social science resources, such as life history, interviews participant observation and field diary, to inquire about the disease, suffering, health seeking behavior, the consequences of hospitalization, and finally, to know the socio-economic and cultural context of the patient, family and the community through a home visit, which lasted two to three days on average. Students traveling on public transport on a daily basis using patients, went through military checkpoints, talked and ate with the patients and their families, and exchanged knowledge and experiences. They all described this approach as vital and unforgettable. This practice achieves a significant balance between theory and practice, and introduces the medical student "non-indigenous, urban and upper-middle class" to the social, economical, political, and cultural life of the peasant and indigenous Mexican. The objective of this research was to provide theoretical and practical elements of medical anthropology for a real approach to the healing practices of indigenous origin and patients and to examine the processes of intercultural health specific.

14-Campos-Navarro.pmd 429 25/10/2011, 9.02

AM 29-30 e 31-32 (2010-2011)
Rivista della Società italiana di antropologia medica

Osservatorio

■ *01. Presentación* 433
[Rosa María Osorio C.]

■ *02. Bibliografia. La investigación social mexicana sobre los procesos de salud/enfermedad/atención [1920-2010]*
[Rosa María Osorio C.] 439

■ *03. Directorio de investigadores*
[Rosa María Osorio C.] 481

■ *04. Algunas instituciones que desarrollan de investigación socio-antropológica en salud: sitios web* 495

15a-(Osserv) Occhiello.pmd 431 25/10/2011, 9.02

01. Presentación

Rosa María Osorio C.

Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (Ciesas), Districto Federal

Esta sección tiene como propósito ofrecer al lector un panorama global de la investigación social que desde un enfoque colectivo, estudia los procesos de salud/enfermedad/atención (s/e/a) en México. El *Osservatorio de AM* incluye en este volumen, dos apartados con información relevante que refiere tanto al tipo de producción desarrollada como a quienes la han producido. A continuación se presenta una extensa recopilación bibliográfica de la investigación social producida para México, así como un directorio de investigadores que laboran en las instituciones de investigación y docencia de este país.

Cada uno de estos apartados, ha sido concebido como un material de apoyo valioso que al mismo tiempo pueda constituirse en una herramienta de trabajo que permita identificar – al menos parcialmente – de una manera sencilla y accesible, los aportes teórico – metodológicos y empíricos desarrollados por la antropología médica y ciertas disciplinas afines, enfocados a comprender los procesos de s/e/a en la realidad mexicana, así como también posibilite el reconocimiento y ubicación de algunos de los colegas que han desarrollado estos aportes.

En esta presentación, me interesa hacer un conjunto de precisiones respecto de los criterios de inclusión y la metodología que guiaron la conformación de estos materiales, a fin de esclarecer sus alcances y limitaciones. En primer término, es necesario mencionar que se consideró como principal criterio de inclusión, aquellos trabajos que dentro de la antropología médica y algunas otras disciplinas sociales demostrasen un énfasis en las dimensiones simbólico-cultural, socio-económica y/o histórico-política de los procesos de s/e/a en determinados conjuntos sociales, a lo largo del siglo pasado y principios del siglo XXI, que hubiesen sido realizados respecto a México. Si bien se tomó como eje central la producción desarrollada por la antropología médica, es indudable que el análisis de un objeto de estudio tan complejo y dinámico, ha tenido en su devenir una aproximación desde varios campos disciplinarios, en donde las fronteras de cada cual se difuminan y los límites entre unas y otras disciplinas resultan poco claros. En la medida en que nuestra realidad se ha transformado, es un hecho que como en todos los campos del saber, nuestro objeto de estudio se ha ido construyendo a través de las contribuciones realizadas por investigadores de distinta orientación profesional, recuperando marcos teóricos, metodologías y técnicas diversas, incursionando en nuevas problemáticas de estudio a partir del análisis de un abanico cada vez más amplio de realidades empíricas.

Como ha sido desarrollado en el capítulo introductorio de este volumen, es importante enfatizar la dinámica de transformación de la antropología médica a lo largo del siglo

15b-(Osserv) Presentación.pmd 433 25/10/2011, 9.03

pasado, en donde se identifica una orientación – característica sobre todo para antes de la década de los años 70 –, en la cual la mayoría de los trabajos socioantropólogicos utilizan el método etnográfico y se distinguen por un sello de la disciplina, como lo han sido las técnicas cualitativas de investigación. Es notable la continuidad que prevalece en recuperar la dimensión simbólico-cultural y desentrañar los sentidos y significados que respecto de los procesos se s/e/a poseen los conjuntos sociales. En el periodo mencionado, resulta notable la cantidad de trabajos referidos a la etnomedicina o la llamada medicina tradicional indígena, centrándose en las terapias y terapeutas tradicionales.

Esta tendencia dominante en una época, fue cuestionada de una manera crítica por la propia antropología, señalando la importancia de la determinación socioeconómica y política de los proceso de salud, enfermedad, muerte y en la estructura de recursos de atención que brinda la sociedad y el Estado. Este cuestionamiento marcó la inclusión de nuevos paradigmas en la propia investigación socioantropológica, una revisión de los "viejos" temas con nuevos enfoques teóricos y políticos, la incursión en nuevas problemáticas de estudio con otros sujetos sociales como posibles actores a los cuales acceder, al mismo tiempo que la aplicación en las investigaciones empíricas, de ciertos métodos estadísticos combinados con las metodologías y técnicas cualitativas.

Este proceso transcurrido a lo largo del siglo pasado, en la actualidad ha permitido establecer sólidos puentes de comunicación con otros profesionales (médicos, sociólogos, epidemiólogos, salubristas, etc.) que también han estudiado la dimensión colectiva de la salud y la enfermedad en tanto producción social, impulsando un creciente y enriquecedor diálogo entre voces con experiencias distintas, así como una disposición a establecer formas de investigación inter y multidisciplinaria que gradualmente adquiere mayor notoriedad.

De esta manera, en la bibliografía se han incluido referencias que de manera central provienen de la antropología médica y también se incorporan aquellos trabajos que recuperan estas dimensiones de los procesos de s/e/a colectivos, desde disciplinas tales como la sociología médica, historia y filosofía de la medicina, salud pública, medicina social, epidemiología sociocultural, estudios sobre género y salud reproductiva, antropología física, demografía histórica, psiquiatría social, entre otras. De igual manera, en el directorio de investigadores hay una predominancia de antropólogos médicos, pero también se incluyen médicos, nutriólogos, sociólogos, historiadores, filósofos, antropólogos físicos, todos los cuales han contribuido con aportes relevantes al estudio de la dimensión sociocultural, pero que difícilmente se autorreconocerían o adscribirían al campo de la práctica profesional de la antropología médica. A fin de evitar susceptibilidades, he preferido ampliar el criterio de inclusión en una categoría global más incluyente, denominada "la investigación social mexicana sobre los procesos de s/e/a".

En segundo término, en la bibliografía se han logrado conjuntar alrededor de novecientas referencias de distintos temas y autores. Sin embargo, resulta imprescindible enfatizar que la recopilación se ha enfocado con mayor amplitud y profusión en los trabajos realizados durante los últimos treinta años, si bien se ha incluido una selección relativamente representativa de la producción que da inicio en la década de 1920. En la introducción de este volumen se ha analizado la periodización que marca los cambios en la producción disciplinar y la manera en que se han ido transformando los sujetos, temáticas, regiones y marcos teóricos referidos al estudio de los procesos salud-enfermedad-atención en los conjuntos sociales.

Para fines de esta recopilación, se realizó una búsqueda retrospectiva centrada inicialmente en el periodo 1980-2010, que conforme avanzó el rastreo de la información, se

15b-(Osserv) Presentación.pmd 434 25/10/2011, 9.03

amplió el lapso cubierto, mismo que se remonta hacia la primera mitad del siglo XX. Sin embargo, existe una diferencia en cuanto a la distribución temporal de los trabajos que aquí se incluyen, ya que mientras que para las últimas tres décadas la búsqueda de los registros fue más o menos exhaustiva, puede decirse que a medida que retrocedemos en el tiempo, disminuyó esta intensidad, hasta llegar a una selección de textos representativos para el periodo 1920-1950. En este sentido, la bibliografía que aquí se presenta, concentra fundamentalmente la producción desarrollada durante el periodo 1980-2010 (77% del total de referencias), reduciéndose gradualmente para el lapso 1950-1979 (19%), mientras que para el periodo 1920-1949 la proporción es comparativamente reducida (4% del total). Definitivamente nos habría gustado hacer un seguimiento con la misma exhaustividad para toso los periodos, pero no contamos con el tiempo ni los recurso humanos disponibles para esta empresa, además de que tomamos en cuenta el hecho de que hay sendos trabajos que han reconstruido la bibliografía para los periodos iniciales.

En tercer lugar, me interesa mencionar que la estrategia seguida en esta recopilación partió de un listado preliminar de investigadores – nacionales y extranjeros – que en la actualidad desarrollan sus trabajos respecto de México y que comparten las condiciones socioeconómicas y políticas de producción del conocimiento científico a partir de su inserción laboral en instituciones académicas nacionales. De ese listado inicial de autores, se registró la producción biblio-hemerográfica más destacada, así como los datos requeridos para elaborar el directorio.

Paulatinamente y de manera paralela a la progresión de la bibliografía, dicho listado se fue diversificando y ampliando, incorporando cada vez un mayor número de autores, disciplinas y textos. Se desarrolló entonces una estrategia de búsqueda siguiendo las ramificaciones temáticas derivadas del primer listado bibliográfico – usando la metáfora de la mancha de aceite que va expandiendo – lo cual permitió a su vez identificar nuevas líneas temáticas e incorporar "viejos" y "nuevos" autores, muchos de ellos nacionales, pero también bastantes extranjeros que hacen o hicieron aportes sustantivos al estudio de nuestro país y cuya adscripción institucional formal pudiera no estar en México sino en su país de origen. En este rastreo, tuve ocasión de reconocer colegas que laboran en otras regiones del país y cuyo trabajo desafortunadamente no es del todo reconocido por una falta de difusión en el medio académico de la capital del país.

En tercer lugar, es importante mencionar que para fines de obtención de la información, hice uso de las nuevas tecnologías de la información y pese a mi propio escepticismo inicial, creo que el resultado puede evaluarse como bastante positivo. Por motivos de orden técnico-logístico y en aras de una mayor facilidad y rapidez para ubicar la información, la bibliografía se conformó a partir de la consulta de las fuentes que ofrece el internet. Se revisaron los catálogos electrónicos existentes en la mayor parte de las bibliotecas virtuales que ofrecían las instituciones involucradas; se consultaron también las referencias biblio-hemerográficas de las páginas personales de los autores seleccionados, así como se recuperaron las referencias más frecuentemente citadas incluidas en los trabajos reportados. Se dio prioridad a la exploración de los acervos electrónicos y en algunos casos se complementó con la información puntual buscada en las obras específicas y/o en los catálogos en papel, sobre todo cuando cierta información no estaba disponible en la red.

Por otro lado, en lo que respecta específicamente al directorio de investigadores, éste incluye un listado de algunos de los colegas que trabajan las temáticas de salud/enfer-

15b-(Osserv) Presentación.pmd 435 25/10/2011, 9.03

medad desde distintas disciplinas, predominantemente desde la antropología médica mexicana. Se han incluido los datos de 67 investigadores cuya obra ha sido relevante para el tema que nos ocupa, aunque como se ha señalado, este registro no es exhaustivo ni ha pretendido serlo. El propósito es ofrecer un instrumento que permita a los interesados en temáticas particulares, la identificación personalizada de algunos colegas que laboran en distintas instituciones mexicanas, con la idea de facilitar un posible contacto y comunicación con ellos.

El directorio se ha organizado en su mayoría, a partir de la información institucional que aparece en los sitios web de las instituciones en las cuales labora cada uno de los investigadores. Incluye los siguientes datos: nombre del investigador, líneas temáticas en las que trabaja, adscripción institucional actual, domicilio postal institucional y – en la mayoría de los casos – su correo electrónico, que son los datos mínimos a partir de los cuales el lector puede identificar colegas que abordan temáticas de su interés.

Por todo lo anterior, considero que la presencia (o la ausencia) de ciertos textos y/o autores debe ser interpretada y acotada a la luz de lo que aquí se ha expuesto, en varios sentidos, como son la distribución desigual para ciertos periodos producto de esta búsqueda retrospectiva, el tipo de fuentes utilizadas o la estrategia de recopilación, donde el motor inicial de búsqueda partió de un listado de autores reconocidos, que gradualmente se fue ramificando en número de personas, en periodos históricos recuperados, así como en número y variedad de trabajos referidos. No obstante, me parece importante señalar que la producción citada para cada uno de los periodos mencionados, refleja de una manera esquemática y quizás simplista, pero palpable, cuáles han sido las tendencias prevalecientes a lo largo del siglo pasado y en la primera década del siglo XXI, en cuanto al desarrollo de la antropología médica y sus disciplinas afines en México.

Estas tendencias refieren a un proceso de florecimiento y expansión, en cantidad de trabajos y diversidad de temáticas abordadas, que ha sido reconocido como un proceso de fragmentación en el objeto de estudio, que incluye la diversificación de los sujetos tradicionales de investigación, la incorporación de nuevas reflexiones teóricas y la combinación/complementariedad de herramientas metodológicas, dando lugar a un creciente diálogo multidisciplinario, donde los límites derivados de las distintas orientaciones profesionales se difuminan progresivamente.

En términos generales, puede decirse que la bibliografía y el directorio que aquí se presentan reúnen ciertas características en cuanto a su distribución temporal y disciplinaria y a pesar de sus posibles sesgos o limitaciones, la intencionalidad ha sido preservar un criterio más incluyente que selectivo, tener una mirada más puesta en el presente que en el pasado, enfocar prioritariamente a la antropología médica pero reconociendo que es imprescindible la complementariedad con otras disciplinas sociales.

Se ha mencionado que si bien existen otros importantes trabajos de recopilación bibliohemerográfica en el campo de la antropología médica, sociología médica, medicina tradicional, o historia de la medicina, al menos hasta donde yo conozco, el más reciente cubriría hasta el año 1990. Desde esta perspectiva, el trabajo que aquí presento significa una puesta al día de lo que hemos desarrollado principalmente, durante los últimos treinta años en México, lo cual seguramente se complementará con las anteriores compilaciones realizadas y que constituye un aporte relevante para conocer y comprender el desarrollo de la investigación social sobre los procesos de s/e/a.

15b-(Osserv) Presentación.pmd 436 25/10/2011, 9.03

Por último, quiero manifestar mi agradecimiento a Araceli Granados y a Jorge Díaz, por su colaboración en la organización de este trabajo. Su ayuda ha sido fundamental en esta tarea, así como su compromiso y rigor, sobre todo en la adecuación a las normas editoriales de la bibliografía recopilada. A ambos mi reconocimiento a su esfuerzo y mi gratitud por su dedicación.

En lo personal, considero que la labor de recopilar la producción biblio-hemerográfica y de construir el directorio de investigadores para México, han sido experiencias arduas y muy laboriosas, pero sumamente aleccionadoras y gratificantes. Con relativa modestia reconozco que ha resultado ser un grato (re)descubrimiento de mi disciplina y un reencuentro con mis propios colegas. Espero que este trabajo sea de utilidad al lector.

15b-(Osserv) Presentación.pmd 437 25/10/2011, 9.03

02. Bibliografía
La investigación social mexicana sobre los procesos de salud/enfermedad/atención [1920-2010]

Rosa María Osorio C.

Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (Ciesas), Districto Federal

Abreu Luis F. - Cravioto Alejandro - Gorenc Klaus D. - Infante Claudia (2000), *Implicaciones sociales de la calidad profesional de los médicos y de la certificación*, "Gaceta Médica de México", vol. CXXXVI, n. 6, noviembre-diciembre 2000, pp. 611-623.

Abreu Luis F. - Infante Claudia (2004), *La educación médica frente a los retos de la sociedad del conocimiento*, "Gaceta Médica de México", vol. CXL, n. 4, julio-agosto 2004, pp. 381-390.

Acero Cecilia (2008), *Formas de interactuar en la relación paciente-médium (curador espiritualista), desde la perspectiva del paciente, en la zona sur-oriente de Tuxtla Gutiérrez*, Tesis de licenciatura en antropología social, Universidad Autónoma de Chiapas, Tuxtla Gutierrez.

Acevedo Marta - Lamas Marta - Liguori Ana L. (1980), *México: una bolsita de cal por las que van de arena*, "Fem", vol. IV, n, 3, marzo-abril 1980, pp. 7-25.

Acosta Martín - Panduro Arturo - Vargas Raúl - Villaseñor Sergio J. (2002), *La discapacidad psíquica en México: un problema negado*, "Investigación en Salud", vol. IV, n. 1, abril 2002, pp. 4-5.

Agudo Alejandro - González Mercedes (2008), *Documento analítico del estudio etnográfico de Chiapas, Evaluación cualitativa de impacto del Programa Oportunidades, Largo plazo, Zonas rurales, 2008*, Numeral 3, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Aguilar Abigail - Zolla Carlos (1982), *Plantas tóxicas de México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Aguilar Jorge (2006), *Formas y procesos productivos en la determinación de la morbilidad, mortalidad y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2: comparación de dos comunidades del estado de Michoacán*, Tesis de maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Aguirre Beltrán Gonzalo (1943), *La medicina ilusoria de los negros*, "Anuario de la Sociedad Folklórica de México", n. 1, 1943, p. 192,

Aguirre Beltrán Gonzalo (1947), *La medicina indígena*, "América Indígena", n. 7, 1947, pp. 107-127.

Aguirre Beltrán Gonzalo (1955), *Programas de salud en la situación intercultural*, Instituto Indigenista Interamericano, México.

Aguirre Beltrán Gonzalo (1958a), *Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Aguirre Beltrán Gonzalo (1965), *El rol de la medicina en las regiones de refugio*, pp. 23-77, en *Homenaje a Juan Comas*, vol. 1, Ed. Libros de México, México.

Aguirre Beltrán Gonzalo (1972), *La población Negra de México. Estudio etnohistórico*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Aguirre Beltrán Gonzalo (1985 [1958b]), *Cuijla. Esbozo etnográfico de un pueblo negro*, Ed. Fondo de Cultura Económica - Secretaría de Educación Pública, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 439 25/10/2011, 9.03

Aguirre Beltrán Gonzalo (1986), *Antropología Médica*, Ediciones de la Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Aguirre Beltrán Gonzalo (1988), *Sobre teoría e investigación en la antropología social mexicana*, pp. 9-14, en *Teoría e investigación en la antropología mexicana*, Cuadernos de la Casa Chata, n. 160, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Universidad Autónoma Metropolitana, México

Aguirre Beltrán Gonzalo (1992), *Obra antropológica VIII*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Aguirre Enrique - Izquierdo Teresa (editores) (2006), *La Medicina tradicional en el contexto de la Antropología Médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Aino Vittoria - Avitabile Claudia (2006), *Dinámicas de la salud. Entre tradición, hegemonía y modernidad en el área popoluca, México. Subproyecto 6 del proyecto "Ruta de la obsidiana"*, "Thule. Rivista Italiana di Studi Americanistici", n. 20-21, abril-octubre 2006, pp. 237-248.

Alarcón Donato G. (1960), *Ejercicio liberal de la medicina y el médico asalariado*, pp. 121-133, en Del Pozo Efrén C. (coordinador), *Problemas del ejercicio profesional en México*, Academia Nacional de Medicina, México.

Alcántara Elizabeth - Mercado Francisco J. - Robles Silvia L. (1991), *La diabetes y su manejo*, Universidad de Guadalajara, México.

Alejandre Virginia - Galante María C. - Sesia Paola (1988), *Cómo nos curamos: remedios y plantas medicinales de la región Istmeña*, Grupo de Estudios Regionales, México.

Almada Ignacio (compilador) (1982), *La mortalidad en México*, *1922-1975*, Colección Salud y Seguridad Social - Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Almaguer José A. - MAS Jaime (coordinadores) (2009 [2008]), *Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, 2ª edición, Secretaría de Salud - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Álvarez Laurencia (1987), *La enfermedad y la cosmovisión en Hueyapan, Morelos*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Álvarez Selene (1980), *Institucionalización del sector salud como parte del proceso de legitimación del estado Mexicano 1910-1946*, Tesis de maestría en sociología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Álvarez Selene (1987), *Salud robada*, Ed. Quinto Sol, México.

Álvarez Selene (1988), *Hacia la participación democrática en la gestión de la salud*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Álvarez Selene (1989), *Sobrevivencia infantil: la terapia de hidratación oral en México*, Tesis de doctorado en sociología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Álvarez Selene (1998a), *Cultura de prevención de enfermedades sexuales transmisibles y embarazo en adolescentes*, "Dimensión Antropológica", vol. XII, enero-abril 1998, pp. 77-98.

Álvarez Selene (1998b), *Las prácticas maternas frente a la enfermedad diarreica infantil y la terapia de la rehidratación oral*, "Salud Pública de México", vol. XL, n. 3, mayo-junio 1998, pp. 256-264.

Álvarez Selene (2000a), *Construcción de la salud como hecho sociológico. Paradigma teórico y metodología*, "Cuicuilco", vol. VII, n. 19, mayo-agosto 2000, pp. 271-293.

Álvarez Selene (2000b), *Análisis del sistema de pensiones mexicano financiado por medio de la capitalización individual*, "El Cotidiano", vol. XVI, n. 102, julio-agosto 2000, pp. 29-39.

Álvarez Selene (2004a), *Habitus, campo y violencia simbólica. Una construcción sociológica de la salud*, "Acta Sociológica", n. 40, enero-abril, 2004, pp. 180-213.

Álvarez Selene (2004b), *Mujeres y salud reproductiva en la biósfera de Calakmul*, pp. 465-462, en *XXVI Congreso internacional de americanística*, Centro studi americanistici 'Circolo Amerindiano', Perugia, 2004.

Álvarez Selene - Aramoni Ma. Elena (1991), *Antropología médica*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 440 25/10/2011, 9.03

Anzures María del Carmen (1983), *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismo y conflictos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Arana Marcos (1984), *Por donde sale el sol*, Honorable Ayuntamiento de Tonalá, México.

Arana Marcos (2005), *Educación para la salud con enfoque estacional. La pertinencia estacional, un enfoque en educación en salud y nutrición para culturas con tiempo circular*, "Cuadernos de Nutrición", vol. XXVIII, n. 4, julio-agosto 2005, pp. 154-159.

Arana Marcos (2010), *Alimentación infantil y Vih*, "Cuadernos de Nutrición", vol. XXXIII, n. 2, marzo-abril 2010, pp. 66.

Aranda Patricia (2005), *Saberes relacionados con el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino: estudio con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo, Sonora*, Tesis de doctorado en ciencias sociales con especialidad en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social de Occidente, Guadalajara, México.

Aranda Patricia (2010), *Los motivos de la "desidia". Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino*, El Colegio de Sonora, Hermosillo, México.

Aranda Patricia - Castro Carmen - Denman Catalina A. (2007), *Salud en Sonora desde una perspectiva de género: retos y propuestas*, "Región y Sociedad", vol. XIX, 2007, pp. 119-170.

Aranda Patricia - Castro Carmen (2008), *Para una epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cervicouterino: experiencias de investigación*, "Región y Sociedad", vol. XX, n. 2, 2008, pp. 93-126.

Arenas Luz M. - Paulo Alfredo - López Humberto E. (1999), *Educación popular y nutrición infantil: experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México*, "Revista de Salud Pública", vol. XXXIII, n. 2, abril 1999, pp. 13-121.

Arenas Luz M. - Paulo Alfredo (2001), *Apuntes sobre cultura y promoción de la salud*, "Boletín Mexicano de Filosofía de la Medicina", vol. IV, n. 1, 2001, pp. 6-9.

Arenas Luz M. - Bonilla Pastor - Hernández Isabel - Valdez Rosario (2004), *Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos*, "Salud Pública de México", vol. XLVI, n. 4, julio-agosto 2004, pp. 326-332.

Arenas Luz M. - Hernández Isabel - Valdez Rosario (2007), *Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo*, "Género y Salud en Cifras", vol. V, n. 3, septiembre-diciembre 2007, pp. 97-104.

Arganis Elia N. (1998), *Ideas populares acerca de diabetes y su tratamiento*, "Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social", vol. XXXVI, n.5, septiembre-octubre 1998, pp. 383-387.

Arganis Elia N. (2001), *El padecer de los adultos mayores con diabetes*, "Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina", vol. IV, n. 1, 2001, pp. 10-14.

Arganis Elia N. (2002a), *Medicina y antropología médica. Encuentros y desencuentros*, "Laborat-acta", vol. XIV, n. 2, abril-junio 2002, pp. 59-62.

Arganis Elia N. (2002b), *El concepto de diabetes mellitus en la medicina del siglo XIX*, "Laborat-acta", vol. 1XIV, n. 4, octubre-diciembre 2002, pp. 121-127.

Arganis Elia N. (2005a), *La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa, Distrito Federal*, "Cuicuilco", vol. XII, n. 33, enero-abril 2005, pp. 11-25.

Arganis Elia N. (2005b), *El dolor de envejecer enfermo*, "Dolor, Clínica y Terapia", vol. III, n. 12, agosto-septiembre 2005, pp. 37-39.

Arganis Elia N. (2006), *Magia, religión y medicina*, "Laborat-acta", vol. XVIII, n. 3, julio-septiembre 2006, pp. 87-91.

Arganis Elia N. - Campos Navarro Roberto - Sabido Cristina - Torres Diana (2001), *Autoterapias complementarias de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas*, "Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social", vol. XXXIX, n. 1, enero-febrero 2001, pp. 15-19.

Arganis Elia N. - Campos Navarro Roberto - Torres Diana (2002*), Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México*, "Cadernos de Saúde Pública", vol. XVIII, n. 5, septiembre-octubre 2002, pp. 1271-1279.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 441 25/10/2011, 9.03

Arganis Elia N. - Mendoza Zuanilda (2007), *Los límites de la práctica médica*, "Laborat-acta", vol. XIX, n. 1, enero-marzo 2007, pp. 25-30.

Argueta Arturo (2008), *Los Saberes Púrhépecha: los animales y el diálogo con la naturaleza*, Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo - Universidad Nacional Autónoma de México - Gobierno del Estado de Michoacán - Universidad Intercultural Indígena de Michoacán - Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente - Casa Juan Pablos, México.

Argueta Arturo - Zolla Carlos (coordinadores) (1993), *Nueva bibliografía de la medicina tradicional mexicana*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Arias Jacinto (1975), *El mundo luminoso de los mayas: estructura y cambios contemporáneos*, Instituto Chiapaneco de Cultura, México.

Arias Patricia - Woo Ofelia (editoras) (2007), *¿Campo o ciudad? Nuevos espacios y formas de vida*, Universidad de Guadalajara, México.

Ashburn Percy M. (1981), *Las huestes de la muerte: Una historia médica de la conquista de México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Audirac María R. (1998), *Velas, rituales y brujería. prácticas curativas tradicionales en la zona de Pátzcuaro, Michoacán*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Ávila Domitila (1987), *El delito de violación en Puebla: una interpretación feminista*, Tesis de licenciatura en antropología social, Universidad Benemérita de Puebla, México.

Ávila Jorge A. (2008), *Diseño y aplicación de un programa de educación nutricional para madres solteras de la delegación Tlalpan,* Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Ávila Leticia - Hijar Martha - Valdez Rosario (2006), *¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja?*, "Salud Mental", vol. XXIX, n. 6, noviembre-diciembre 2006, pp. 57-64.

Avitabile Claudia (2009), *Tradición y innovación en un hospital rural de Yucatán*, pp. 231-280, en Gorza Piero - Domenici Davide - Avitabile Claudia (compiladores), *Mundos Zoque y Maya: miradas italianas*, Unam, Merida, 2009.

Ayora Steffan I. (2002), *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*, Universidad Autónoma de Yucatán - Ed. Plaza y Valdés, México.

Báez Jorge F. (1988), *Entre los naguales y los santos (Aspectos del la religiosidad popular en Guatemala y México)*, pp. 83-118, en Lupo Alessandro - López Austin Alfredo (coordinadores) *La cultural plural. Reflexiones sobre diálogos y silencios en Mesoamérica*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Báez Jorge F. (coordinador) (2008), *Memorial crítico: diálogos con la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán en el centenario de su natalicio*, Gobierno del Estado de Veracruz, Xalapa, Veracruz.

Ballesté Mercedes - Hernández Ana M. (1996), *La salud sexual y reproductiva: reflexiones de Sipam* [Salud Integral para la Mujer] *sobre una experiencia de atención a mujeres con perspectiva de género*, Grupo Interdisciplinario Sobre Mujer Trabajo y Pobreza, México.

Barragán Anabella (2001), *Representaciones del dolor crónico en un grupo de enfermos y sus médicos*, "Cuicuilco", vol. VIII, n. 23, septiembre-diciembre 2001, pp. 171-190.

Barragán Anabella (2002), *Dolor crónico: una revisión antropológica*, "Dolor, Clínica y Terapia", vol. I, n. 3, agosto 2002, pp. 17-20.

Barragán Anabella (2004), *Antropología del dolor*, "Dolor, Clínica y Terapia", vol. II, n. 8, febrero 2004, pp. 9-14.

Barragán Anabella (2005a), *Las múltiples representaciones del dolor: entre la religión y la violencia*, "Dolor, Clínica y Terapia", vol. III, n. 8, abril 2005, pp. 17-20.

Barragán Anabella (2005b), *Raza y dolor*, "Dolor, Clínica y Terapia", vol. III, n. 12, agosto-septiembre 2005, pp. 8-11.

Barragán Anabella (2005c), *Etnia y dolor*, "Dolor, Clínica y Terapia", vol. III, n. 12, agosto-septiembre 2005, pp. 21-25.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 442 25/10/2011, 9.03

Barragán Anabella - Ramírez Omar F. - Barragán Araceli N. (1998), *La anestesiología: especialidad de alto riesgo. Un análisis antropológico*, "Revista Médica del Hospital General de México", vol. LXI, n. 1, enero-marzo 1998, pp. 31-36.

Barragán Anabella - Ramírez Omar F. - Barragán Araceli N. (2000), *La salud y el ambiente laboral entre los anestesiólogos: contexto social y laboral*, "Revista Médica del Hospital General de México", vol. LXIII, n. 4, octubre-diciembre 2000, pp. 247-253.

Barragán Anabella - Ramírez - Omar F. (2001), *Las representaciones del procedimiento anestésico*, "Revista Médica del Hospital General de México", vol. LXIV, n. 2, abril-junio 2001, pp. 81-85.

Barriguete Armando (1996), *Lo que el vino se llevó*, Ed. Diana, México.

Bartoli Paolo (2002), *Aspettando il dottore? Riflessioni su una ricerca di antropologia medica in Messico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 15-16, octubre 2002, pp. 291-324.

Bartoli Paolo (2005), *¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México*, "Revista de Antropología Social", vol. 14, 2005, pp. 71-100.

Bartoli Paolo (2006), *Medicina tradizionale in Messico: risorsa indigena o invenzione antropologica?*, "Thule. Rivista Italiana di Studi Americanistici", n. 20-21, abril-octubre 2006, pp. 89-112.

Basauri Carlos - Argoytia Luis (1937), *Características biológicas de los escolares proletarios*, Ed. Dapp, México.

Bautista Isidro - González Pedro (1980), *La salud en las comunidades indígenas*, "Medicina Tradicional", n. 10, 1980, pp. 47-51.

Baytelman Bernardo (1986), *De enfermos y curanderos. Medicina tradicional en Morelos*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Bellato Liliana (1990), *Condiciones económicas y sociales de la mujer indígena*, Tesis de licenciatura en sociología, Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México.

Bellato Liliana (2001), *Representaciones sociales y práctica de hombres y mujeres mazahuas sobre la sexualidad y la reproducción*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Bellato Liliana (2007), *Representaciones sociales de la sexualidad de hombres y mujeres Mazahuas*, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

Berganza Carlos E. - Rojas Carlos - Villaseñor Sergio J. (2002), *La enfermedad y la medicina en las culturas precolombinas de América: la cosmovisión nahua*, "Investigación en Salud", vol. IV, n. 3, diciembre 2002, pp. 163-172.

Blackbill Ivonne - Woodward Lynn (1993), *Medicamentos y embarazo: contacto del niño con los medicamentos y consumo materno*, Ed. Fondo de Cultura Económica - Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Blanco Julia - Flores Lili - Hijar Martha - Valdez Rosario (2003) *Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar*, "Salud Pública", vol. XLV, n. 4, julio-agosto 2003, pp. 252-258.

Blanco Jorge H. - Maya José (2000), *Fundamentos de salud pública*, Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín.

Blanco José (1996), *Polarización de la calidad de vida y de la salud en la Ciudad de México*, "Salud Problema", n. 1, 1996, pp. 23-31.

Bonfil Guillermo (1966), *Conservative thought in applied anthropology: a critique*, "Human Organization", n. 25, 1966, pp. 89-92.

Bonfil Guillermo. (1994 [1987]), *México profundo. Una civilización negada*, Ed. Grijalbo, México.

Bonfil Guillermo (2006 [1962]), *Diagnóstico del hambre en Sudzal, Yucatán, Colección Clásicos y contemporáneos en Antropología*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Universidad Autónoma Metropolitana - Universidad Iberoamericana, México.

Bonilla Celia (1953), *El proceso de cambio cultural en medicina*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Brandes Stanley (2004), *Estar sobrio en la Ciudad de México*, Ed. Plaza y Janés, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 443 25/10/2011, 9.03

Bronfman Mario (2001), *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - Universidad Nacional Autónoma de México, Buenos Aires, Argentina.

Bronfman Mario - Castro Roberto (coordinadores) (1999), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Instituto Nacional de Salud Pública - Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México.

Bunzel Ruth (1991 [1940]), *El rol del alcoholismo en dos culturas centroamericanas*, en Menéndez Eduardo (compilador), *Antropología del alcoholismo en México, los límites culturales de la economía política 1930-1979*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Burgos Hugo - Flores Norma (1964), *Medicina en transición en una comunidad campesina*, Organización de los Estados Americanos, México.

Bustamante Miguel E. (1958), *La fiebre amarilla en México y su origen en América*, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, México.

Bustamante Miguel E. (1967), *Notas sobre enfermedades posthispánicas en México*, "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana", 1967, pp. 204-211.

Bustamante Miguel E. (1975), *Aspectos históricos y epidemiológicos del hambre en México*, "Gaceta Médica de México", vol. CIX, 1975, pp. 23-43.

Bustamante Miguel E. (1977), *La viruela en México, desde su origen hasta su erradicación*, "Gaceta Médica de México", vol. CXXXIII, 1977, pp. 564-573.

Bustamante Miguel E. (1982a), *La situación epidemiológica de México en el siglo XIX*, vol. 2, pp. 425-476, en Florescano Enrique - Malvido Elsa (coordinadores), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Bustamante Miguel E. (1982b), *Nota complementaria sobre la fiebre amarilla en México y su origen en América*, vol. 2, pp. 19-33, en Florescano Enrique - Malvido Elsa (coordinadores), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Camacho Roxana - Guzmán Cándido E. (2006), *Constructivismo y medicina tradicional. (Una experiencia en la formación médica)*, en Izquierdo Teresa - Aguirre Enrique (editores), *Medicina tradicional en el contexto de la antropología médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las ciencias de la salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Campillo Carlos (1982), *Los problemas relacionados con el alcohol en México y estrategias para prevenirlos*, pp. 165-172, en Molina Valentín - Sánchez Luis (coordinadores), *El alcoholismo en México*, vol. I, *Patología,* Fundación de Investigaciones Sociales, México.

Campos Navarro Roberto (1989), *Causas de consulta del curanderismo urbano. Estudio de caso en la ciudad de México*, "América Indígena", vol. XLIX, n. 4, 1989, pp. 703-726.

Campos Navarro Roberto (1990), *"Nosotros los curanderos...": Aproximación antropológica al curanderismo contemporáneo en la Ciudad de México*, Tesis de maestría en antropología social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Campos Navarro Roberto (compilador) (1992), *La Antropología Médica en México*, 2 vols., Instituto Mora - Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Campos Navarro Roberto (1997a) *Nosotros los curanderos. Experiencias de una curandera tradicional en el México de hoy*, Ed. Nueva Imagen, México.

Campos Navarro Roberto (1997b), *Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización*, "Nueva Antropología", n. 52-53, 1997, pp. 67-87.

Campos Navarro Roberto (1997c), *Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México*, "Revista Médica Imss", vol. XXXV, n. 4, 1997, pp. 265-272.

Campos Navarro Roberto (1999a) *La medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina*, en "Revista Salud-Problema", vol. IV n. 7, 1999, pp. 75-81.

Campos Navarro Roberto (1999b); *La enseñanza de la medicina popular-tradicional en la Facultad de medicina de la Universidad nacional autónoma de México*, "Revista Kallawaya", n. 6, octubre 1999, pp. 7-18.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 444 25/10/2011, 9.03

Campos Navarro Roberto (compilador) (2000), *El empacho en la medicina tradicional mexicana. Antología (Siglos XVI-XX)*, Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana - Instituto Nacional Indigenista, México.

Campos Navarro Roberto (2001), *Adecuaciones interculturales en los Hospitales para Indios en la Nueva España*, "Gaceta Médica de México", vol. CXXXVII, n. 6, 2001, pp. 595-608.

Campos Navarro Roberto (2004a), *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina*, pp. 129-151, en Fernández Gerardo (editor), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Universidad de Castilla la Mancha - Ed. Abya - Yala, Quito.

Campos Navarro Roberto (2004b), *El uso de metáforas en la enseñanza de la historia de la medicina. Algunas experiencias docentes en la facultad de Medicina de la Unam*, "Analecta Histórica Médica", vol. II, n. 2, 2004, pp. 24.

Campos Navarro Roberto (2005), *Las medicinas indígenas en México y Bolivia: una historia de sujción y sobordonación desde la Época Colonial hasta la actualidad*, "Thule. Rivista italiana di studi americanistici" (Perugia) (numero monografico: *Questioni di antropologia medica nelle Americhe, 1)*, n. 18-19, aprile-ottobre 2005, pp. 75-102.

Campos Navarro Roberto (2008a), *Consideraciones antropológicas y epistemológicas de la formación médica contemporánea*, "Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina", vol. XI, n. 1, 2008, pp. 21-25.

Campos Navarro Roberto (2008b), *Esperienze cliniche sul* susto *o* espanto *a Città del Messico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 21-26, octubre 2006-2008, pp. 261-283.

Campos Navarro Roberto (compilador) (2009), *Medir con la cinta y tirar del cuerito: textos médicos sobre el empacho*, Ed. Continente, Buenos Aires, Argentina.

Campos Navarro Roberto (2010), *La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la salud intercultural del siglo XXI*, "Revista Peruana de Salud Experimental y Salud Pública", n. 27, 2010, pp. 114-122.

Campos Navarro Roberto - Ruíz Adriana (2001), *Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España*, "Gaceta Médica de México", vol. CXXXVII, n. 6, noviembre-diciembre 2001, pp. 595-608.

Campos Navarro Roberto - Ruíz Adriana (2002a), *Mortalidad por empacho en el suroeste del Valle de México (1834-1867)*, "Boletín Médico del Hospital Infantil de México", vol. LIX, n. 6, junio 2002, pp. 345-355.

Campos Navarro Roberto - Torres Diana - Arganis Elia N. (2002b), *Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México*, "Cadernos de Saúde Pública", vol. 18, n. 5, 2002, pp. 1271-1279.

Campos Navarro Roberto - Citarella Luca (2004), *Willaqkuna, un programa en salud intercultural en Bolivia*, en Fernández Gerardo (coordinador), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Ediciones Abya - Yala - Agencia Bolhispana - Universidad de Castilla La Mancha, Quito, Ecuador.

Campos Teresa (1977), *El sistema médico de los Tojolabales*, pp. 195-234, en Ruz Mario - H. (editor), *Los legítimos hombres. Aproximación antropológica al grupo Tojolabal*, vol. III, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Cantón Raúl J. (1998), *No por viejo, sino por pobre: representaciones y prácticas entorno a las pérdidas materiales, sociales y de salud* que *se presentan durante el proceso de envejecimiento. Casos de la merced Distrito Federal*, Tesis de maestría en antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Cantón Raúl J. (2004), *Otros embates al Imss. Las reformas al régimen de jubilaciones y pensiones a sus alrededores*, "El Cotidiano", vol. XX, n. 128, noviembre-diciembre 2004, pp. 40-44.

Cardaci Dora (compiladora) (1980a), *Mujeres y medicina: de cómo fuimos perdiendo nuestro cuerpo*, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México.

Cardaci Dora (compiladora) (1980b), *Mujeres y medicina: Quien es esta nueva mujer que soy*, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 445 25/10/2011, 9.03

Cardaci Dora (compiladora) (1987a), *Mujeres y medicina: como son las cosas*, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México.

Cardaci Dora (compiladora) (1987b), *Mujeres y medicina: volar hasta el otro lado*, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México.

Cardaci Dora (1990), *Propuestas en salud innovadoras el caso de Cidhal* (*Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina)*, "Fem", vol. XIV, n. 91, julio 1990, pp. 22-27.

Cardaci Dora (1991), *Mujer y violencia: reto para la educación en salud*, "Cuestión Social", n. 22, verano 1991, pp. 41-44.

Cardaci Dora (1992a), *Pensando como mujeres. Propuestas educativas en salud de los colectivos y las redes de mujeres*, "Investigación y Educación en Enfermería", vol. X, n. 1, marzo 1992, pp. 55-67.

Cardaci Dora (1992b), *La violencia desde la educación en salud*, "Cuestión Social", n. 27, octubre-diciembre 1992, pp. 26-31.

Cardaci Dora (1993), *La salud de todos a todos moviliza: propuesta educativa de las jornadas populares de salud*, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México.

Cardaci Dora (1996), *Salud, género y currículo*, "Perspectivas Docentes", n. 20, septiembre-diciembre 1996, pp. 8-14.

Cardaci Dora (1998), *Nuevos entramados; familia, salud y organizaciones de mujeres*, pp. 243-265, en Figueroa Juan G. (compilador), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México.

Cardaci Dora (2004), *Salud, género y programas de estudios de la mujer en México*, Programa Universitario de Estudios de Género - Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco - Organización Panamericana de la Salud, México.

Cardaci Dora - González De León Deyanira (compiladoras) (1990), *Medicina*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Cardaci Dora - Rivas José F. (1997), *Género y tabaquismo en estudiantes de medicina de una universidad mexicana; 1995*, "Investigación y Educación en Enfermería", vol. 15, n. 2, septiembre 1997, pp. 71-81.

Cardaci Dora - Sánchez Ángeles (2009), *"Hasta que lo alcancemos..." Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas*, pp. 21-40, en Cardaci Dora - Sánchez Ángeles. (Coordinadoras), *Género, cultura y procreación*, "Alteridades", vol. XIX, n. 38, julio-diciembre 2009.

Cárdenas Rosario (2000), *La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México*, pp. 301-327, en Stern Claudio (coordinador), *Salud reproductiva y sociedad: resultados de investigación*, El Colegio de México - Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano - Programa Salud Reproductiva y Sociedad - Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México.

Careaga Gloria - Figueroa Juan G. - Mejía María C. (compiladores) (1998), *Ética y salud reproductiva*, Programa Universitarios de Estudios de Género - Programa Universitario de la Investigación en Salud - Coordinación de Humanidades - Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Careaga Gloria - Cruz Salvador (2006), *Debates sobre masculinidades, Universidad Nacional Autónoma de México*, Universidad Nacional Autónoma de México - Programa Universitario de Estudios de Género, México.

Casas Antonio (1981), *Evolución de la mortalidad infantil es 52 centones rurales de Costa Rica 1962-1977*, Tesis de maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Castañeda Elena L. (1998), *Bendito sea el fruto de tu vientre: representaciones y prácticas de mujeres con diagnóstico de esterilidad en la ruta del padecer*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Casillas Leticia E. (1979), *El uso de recursos médicos en el hogar: estudio de familias urbanas y suburbanas en la Ciudad de México*, "Estudios de Etnobotánica y Antropología Médica", n. 111, 1979, pp. 95-114.

Casillas, Leticia E. - Vargas Luis A. (1985), *Alimentación y nutrición en la adolescencia*, "Cuadernos de Nutrición", vol. VIII, n. 3, mayo-junio 1985, pp. 17-32.

Castañeda Martha P. (2001), *Modernización e identidad femenina: el caso de San Francisco Tepeyanco, Tlaxcala*, Tesis de maestría en antropología social, Universidad Iberoamericana, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 446 25/10/2011, 9.03

Castañeda Martha P. (coordinadora) (2003), *La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias de Ciencias y Humanidades - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Castro Carmen (2000), *Salud reproductiva en Sonora: un estudio exploratorio*, Colegio de Sonora, México.

Castro Carmen (2008), *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*, El Colegio de Sonora, Hermosillo, Sonora.

Castro Carmen - Salazar Gilda (2005), *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino: un estudio en Hermosillo, Sonora*, Colegio de Sonora, México.

Castro Roberto (1996), *Ciencias sociales y ciencias de la salud: dificultades de la interacción y alternativas de solución*, "Salud Pública de México", vol. XXXVIII, n. 4, julio-agosto 1996, pp. 225-226.

Castro Roberto (2000), *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Castro Roberto (2001), *Sociología médica en México: el último cuarto de siglo*, "Revista Mexicana de Sociología", vol. LXII, n. 3, julio-septiembre 2001, pp. 271-293.

Castro Roberto (2002), *La angustia como lazo social*, "Fractal", vol. VII, n. 26, otoño 2002, pp. 57-68.

Castro Roberto (2003a), *Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales*, "Ciência & Saúde Coletiva", vol. VIII, n. 1, 2003, pp. 47-62.

Castro Roberto (2003b), *¿Aumenta o disminuye la violencia contra las mujeres en el embarazo? Algunos hallazgos de un estudio en Morelos*, "Universidad de México", n. 629, noviembre 2003, pp. 104-109.

Castro Roberto (2004), *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - Universidad Nacional Autónoma de México, Cuernavaca, México.

Castro Roberto - Agustín Gregorio - Arenas María L. - Juárez Sergio - Martínez Nora B. (2002), *Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social: un estudio sobre determinantes, prevalecía y severidad*, "Papeles de Población", vol. VIII, n. 31, enero-marzo 2002, pp. 243-266.

Castro Roberto - Erviti Joaquina (2003), *Las redes sociales en la experiencia del aborto: un estudio de caso con mujeres de Cuernavaca (México)*, "Estudios Sociológicos", vol. XXI, n. 63, septiembre-diciembre 2003, pp. 585-611.

Castro Roberto - Riquer Florinda - Medina Ma. Eugenia (coordinadores) (2006), *Violencia de género en las parejas mexicanas*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - Universidad Nacional Autónoma de México, Cuernavaca, México.

Castro Roberto - Erviti Joaquina - Leyva René (2007), *Globalización y enfermedades infecciosas en las poblaciones indígenas de México*, "Cuadernos de Salud Pública" vol. XXIII, n. 1, 2007, pp. 541-550.

Castro Roberto - Erviti Joaquina - Leyva Rene (2007), *Globalización y enfermedades infecciosas en poblaciones indígenas de México*, "Cadernos de Saúde Pública", n. 23, Suplemento, pp. 15-24.

Castro Roberto - Casique Irene (coordinadores) (2008), *Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006*, Instituto Nacional de las Mujeres, México.

Castro Roberto - López Alejandra (2010), *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Cataldo Miriam (2004), *Susto o espanto: en torno a la complejidad del fenómeno*, "Dimensión Antropológica", vol. XXXII, 2004 [revista en línea].

Ceballos Guadalupe I. (2010), *Cuidados prenatales y violencia doméstica durante el embarazo en la Ciudad de Tijuana, Baja California*, Tesis de doctorado en ciencias sociales con especialidad en estudios regionales, Tijuana, Baja California, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 447 25/10/2011, 9.03

Cifuentes Enrique - Pérez Gil Sara (1982), *Factores socioeconómicos y estado nutricional de los niños en una comunidad rural*, División de Nutrición de Comunidad, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México.

Colín Araceli (2003), *La crianza del niño en la cosmovisión Nahua*, "Revista Voces Universitarias", Nueva Generación, año 1, n. 2, primavera 2003 [revista en línea].

Collado Rolando (1976), *Médicos y estructura social*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Comas Juan (1942), *El régimen alimenticio y el mejoramiento indígena*, "América Indígena", vol. 2, 1942, pp. 51-56.

Comas Juan (1943), *La asistencia pública y el desarrollo biológico del indígena*, "América Indígena", vol. 3, 1943, pp. 337-344.

Comas Juan (1968), *Medicina y antropología*, "Revista de la Facultad de Medicina", vol. 2, 1968, pp. 69-75.

Cooper Donald B. (1980 [1965]), *Las epidemias en la Ciudad de México 1761-1813*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (1982), *Necesidades esenciales en México, Situación actual y perspectivas al año 2000*, vol. IV, Salud, Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) - Ed. Siglo XXI, México.

Cortés Ana O. - Fuentes Clotilde - López María K. - Vásquez Gabriela A. - Farías Oscar A. - Olivares Juan J. - González Alejandro (2005), *Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas*, "Gaceta Médica de México", vol. CXLI, n. 4, julio-agosto 2005, pp. 341-344.

Cortés Beatriz (1988), *La funcionalidad contradictoria del consumo colectivo de alcohol*, "Nueva Antropología", vol. X, n. 34, noviembre 1988, pp. 157-185.

Cortés Beatriz (1992), *Instituciones médicas y "alcoholismo", o de la inexistencia del paciente alcohólico*, pp. 91-136, en Menéndez Eduardo L. (editor), *Prácticas e ideologías "Científicas" y "Populares" respecto del "Alcohol" en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Cortés Beatriz (1998), *Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura*, "Nueva Antropología", n. 52-53, 1998, pp. 89-115.

Cortés Ana (2006), *Persecución legal del aborto en la Ciudad de México: un atentado al derecho a decidir*, Grupo de Información en Reproducción Elegida, México.

Cosminky Sheila, (1978), *La atención al parto y la antropología médica*, pp. 132-143, en Velimirovic Boris (ed.), *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Cruz Carlos - Vargas Luis (2001), *Estrés entenderlo es manejarlo*, Ed. Alfaomega, México.

Cruz Jorge L. - Nazar Austreberta (editores) (2009), *Sociedad y desigualdad en Chiapas. Una mirada reciente*, El Colegio de la frontera sur, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.

Cruz Rebeca - Ruíz Alfonso (2006), *La enseñanza de la Antropología Médica en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional*, pp. 65-86, en Izquierdo Teresa - Aguirre Enrique (editores), *La Medicina tradicional en el contexto de la Antropología Médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Cuenya Miguel A. - Malvido Elsa (1993), *Demografía histórica de México, siglos XVI al XIX*, Colección Antologías Universitarias, Instituto Mora, México.

Cuevas Sofía - Blanco Julia - Juárez Clara - Valdéz Rosario (2006), *Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México*, "Salud Pública de México", vol. XLVIII, n. 2, 2006, pp. 239-249.

Currier Richard L. (1966), *The hot-cold syndrome and symbolic balance in Mexican and Spanish-American folk medicine*, "Ethnology", n. 4, 1966, pp. 251-266.

Daltabuit Magali (1992), *Mujeres mayas: trabajo, nutrición y fecundidad*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 448 25/10/2011, 9.03

Deeds Susan M. (2002), *Brujería, género e inquisición en Nueva Vizcaya*, "Desacatos", n. 10, otoño-invierno 2002, pp. 30-47.

De Keijzer Benno (2007), *Enfoque de género en el desarrollo de programas de salud reproductiva de adolescentes*, "Salud Pública de México", vol. XLIX (volumen especial), 2007, pp. 42-44.

De Keijzer Benno (2008), *La violencia masculina ¿Un asunto de salud pública?*, "Altepepaktli: Salud de la Comunidad", vol. IV, n. 8, septiembre 2008, pp. 33-38.

De La Cruz Martín (1964), *Libellus de medicinalibus indorum herbis*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

De La Fuente Julio (1941), *Creencias indígenas sobre la onchocercosis, el paludismo y otras enfermedades*, "América Indígena", n. 1, 1941, pp. 43-46.

De La Fuente Julio (1955), *Alcoholismo y sociedad*, (manuscrito), Biblioteca del Instituto Nacional Indigenista, México.

De La Fuente Ramón (1959), *Psicología medica*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

De La Peña Francisco - González Guillermo - Palacios Lino - Vargas Luis A. (2008a), *Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Primera parte*, "Salud Mental", vol. XXXI, n. 3, mayo-junio 2008, pp. 173-179.

De La Peña Francisco - González Guillermo - Palacios Lino - Vargas Luis A. (2008b), *Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: una actualización. Segunda parte*, "Salud Mental", vol. XXXI, n. 4, julio-agosto 2008, pp. 283-289.

De La Portilla Néstor - Rojas Carlos - Villaseñor Sergio J. (2002), *Historiografía de la psiquiatría latinoamericana*, "Investigación en Salud", vol. IV, n. 3, diciembre 2002, pp. 173-182.

Del Pozo Efrén C. (1940), *Botánica medicinal indígena y la necesidad de su estudio farmacodinámico*, "Educación", 1940, p. 61.

Del Pozo Efrén C. (coordinador) (1960), *Problemas del ejercicio profesional*, Academia Nacional de Medicina, México.

Del Pozo Efrén C. (1965), *La botánica medicinal indígena de México*, "Estudios de Cultura Náhuatl, n. 5, 1965, pp. 57-77.

Del Rio Aurora - Liguori Ana L. - Magis Carlos (1995), *La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México*, "Salud Pública de México", vol. XXXVII, n. 6, noviembre-diciembre 1995, pp. 581-591.

Denman Catalina A. (1991), *Las repercusiones de la industria maquiladora de exportación en la salud: el peso al nacer de hijos de obreras en Nogales*, Colegio de Sonora, México.

Denman Catalina A. (1997), *Salud en la maquila: preguntas para la investigación*, "Nueva Antropología", vol. XVI, n. 52-53, agosto 1997, pp. 167-185.

Denman Catalina A. (1998), *Salud y maquila: acotaciones del campo de investigación en vista de las contribuciones recientes*, "Relaciones", vol. XIX, n. 74, primavera 1998, pp. 73-100.

Denman Catalina A. (2008), *Mujeres, maquila y embarazo: prácticas de atención de madres-trabajadoras en Nogales, Sonora, México*, Colegio de Sonora, México.

Denman Catalina A. - Escobar Agustín - Infante Claudia - Mercado Francisco J. - Robles Leticia (1993), *Familia, salud y sociedad: experiencias de investigación en México*, Universidad de Guadalajara - Instituto Nacional de Salud Pública - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - El Colegio de Sonora, México.

Denman Catalina A. - Haro Jesús (compiladores) (2000), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, El Colegio de Sonora, México.

Denman Catalina A. - Bronfman Mario (2003), *Salud reproductiva: temas y debates*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Denman Catalina A. - Monk Janice - Ojeda Norma (editores) (2004), *Compartiendo historias de fronteras: cuerpos, géneros, generaciones y salud*, El Colegio de Sonora, México.

Denman Catalina A. - Castro Carmen - Arana Patricia (2007), *Salud en sonora desde una perspectiva de género*, "Región y Sociedad", vol. XIX (volumen especial), 2007, pp. 147-170.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 449 25/10/2011, 9.03

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", vol. XIV, n. 1, enero-febrero 2007, pp. 1-3.

Dietschy Hans (1937a), *Los médicos españoles y la medicina mexicana*, "Acta Ciba", n. 9, 1937, pp. 275-277.

Dietschy Hans (1937b), *Los pecados y la enfermedad en el antiguo México*, "Acta Ciba" n. 9, 1937, pp. 289-299.

Dietschy Hans (1937c), *Médicos y hechiceros aztecas*, "Acta Ciba", n. 9, 1937, pp. 279-288.

Dirección de Medicina Tradicional Mexicana y Desarrollo Intercultural (2002), *La Medicina tradicional mexicana en el contexto de la Antropología Médica en los planes de estudio de escuelas y facultades de medicina de México*, Secretaría de Salud, México.

Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (2003), *Fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional mexicana y su relación intercultural con la medicina institucional*, Secretaría de Salud, México.

Drezin Jenny (2001), *Imaginemos una vida sin violencia: estrategias de comunicación y de los medios para terminar con la violencia contra las mujeres*, United Nations Development Fund for Women, New York.

Duarte Beatriz - Campos Navarro Roberto - Nigenda Gustavo (2007 [2005]), *Medical anthropology in Mexico: recent trends in research and education*, pp. 71-86, en Saillant Francine - Genest Serge (editores), *Medical anthropology. Regional perspectives and shared concerns*, Blackwell Publishing, Singapore.

Eber Christine E. (1995), *Women and alcohol in a Highland Maya town*, University of Texas Press, Texas.

Echeverría Magdalena (1982), *Crisis, Trabajo y Salud: estudio de casos. Chile 1970-1980*, Tesis de maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Echeverry Esperanza (2005), *El derecho a la salud en Medellín. Colombia desde la perspectiva de los usuarios en el contexto de la reforma: 1990-2006*, Tesis de doctorado en ciencias de la salud colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Eeden Lucia V. (1948), *Maternity care in Spanish-American community of New México*, Catholic University of America Press, Washington.

El Colegio de México (1994), *Directorio de Investigadores y centros de investigación en salud reproductiva: México y algunos otros países*, El Colegio de México, México.

Eloesser Leo - Galt Edith - Hemingway Isabel (1963 [1950]), *El embarazo, el parto y el recién nacido. Manual de parteras rurales*, Instituto Indigenista Interamericano, México.

Elú María del Carmen (1971), *Mujeres que hablan: implicaciones psicosociales en el uso de métodos anticonceptivos*, Instituto Mexicano de Estudios Sociales - Instituto Nacional de la Nutrición, México.

Elú María del Carmen (1975), *La Mujer en América Latina: Tomo II*, Secretaria de Educación Pública, México.

Elú María del Carmen (1976), *Perspectivas femeninas en América Latina*, Secretaria de Educación Pública, México.

Elú María del Carmen (1982), *De lo institucional a lo comunitario: un programa de salud rural*, Asociación Mexicana de Población, México.

Elú María del Carmen (1992a), *La salud reproductiva de la mujer en Oaxaca*, Instituto Militar de Estudios Superiores, México.

Elú María del Carmen (1992b), *De carne y hueso: estudio sobre género y reproducción, generaciones, fecundidad, anticoncepción, aborto y muerte: estudios de caso*, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, México.

Elú María del Carmen (1993), *La luz enterrada: estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Elú María del Carmen - Lánger Ana (editoras) (1994), *Maternidad sin riesgos en México*, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 450 25/10/2011, 9.03

Estrada Eric (1992), *Plantas medicinales de México. Introducción a su estudio*, Universidad Autónoma de Chapingo, México.

Eroza Enrique (1994), *Pueblos indígenas de México: lacandones*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Eroza Enrique (2006), *Las crisis convulsivas entre los Tzotziles y los Tzeltales. Del don sagrado al estigma*, pp. 77-108, en Freyermuth Graciela - Sesia Paola, *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*, "Desacatos", n. 20, enero-abril 2006.

Eroza Enrique - Castro Roberto - Córdova Rocío (1997), *Espacios familiares: ámbitos de sobrevivencia y solidaridad*, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, México.

Erviti Joaquina (2005), *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - Universidad Nacional Autónoma de México, Cuernavaca, México.

Fabrega Horacio (1970), *Dynamics of medical practice in a folk community*, "The Milbank Memorial Fund Quarterly", n. 48, 1970, pp. 391-413.

Fabrega Horacio (1977), *Group differences in the structure of illness*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 1, 1977, pp. 379-394.

Fabrega Horacio - Silver Daniel B. (1973), *Illness and shamanistic curing in Zinacantan: An Ethnomedical analysis*, Stanford University Press, Stanford.

Fábregas Andrés (1969), *El nahualismo y su expresión en la región de Chalco-Amecameca*, Tesis de maestría en ciencias antropológicas, Escuela Nacional de Antropología Social - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Fagetti Antonella (compiladora) (2003), *Los que saben. Testimonios de vida de los médicos tradicionales de la región de Tehuacán*, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad de Puebla - Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

Fagetti Antonella (2004), *Síndromes de Filiación Cultural. Conocimiento y práctica de los médicos tradicionales en cinco Hospitales Integrales con medicina Tradicional del Estado de Puebla*, Secretaría de salud - Gobierno del Estado de Puebla, México.

Fagetti Antonella (2007a), *El cuerpo sutil. Consustancialidad y "contagio" entre el cuerpo humano, las partes que lo conforman y los objetos que lo rodean*, pp. 63-76, en Fournier P. - Millán S. - Olavarría M. (coordinadores), *Antropología y simbolismo*, Escuela Nacional de Antropología e Historia - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Fagetti Antonella (2007b), *Chamanes. Una tetralogía sobre el chamanismo en México*, (Documental), Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad de Puebla - Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México.

Fagetti Antonella (2009a), *Iniciaciones, trances y sueños... Investigaciones sobre el chamanismo en México*, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad de Puebla - Ed. Plaza y Valdés, México.

Fagetti Antonella (editora) (2009b), *El chamanismo en la actualidad de México contemporáneo*, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México.

Farfán Olimpia (1994), *El Fidencismo. Un culto al Niño Fidencio*, Centro Regional de Nuevo León - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Favre Henry (1964), *Notas sobre el homicidio entre los Chamulas*, "Estudios de Cultura Maya", vol. IV, 1964, pp. 305-322.

Favre Henry (1973), *Cambio y continuidad entre los Mayas de México*, Ed. Siglo XXI, México.

Fernández Sonia B. (1991), *Condiciones de salud materno infantil*, Secretaría de salud, México.

Fernández Francisco (1956), *El tifus en México antes de Zinser*, "Gaceta Médica de México", vol. LXXXIV, 1956, pp. 181-187.

Fernández Gerardo (editor) (2004), Salud *e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Universidad de Castilla la Mancha - Ed. Abya-Yala, Quito.

Field Henry (1953), *Notes on medical plants used in Tepoztlan, Morelos*, "América Indígena", n. 13, 1953, pp. 291-300.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 451 25/10/2011, 9.03

Figueroa Juan G. (1993a), *El enfoque de género y la representación de la sexualidad: algunas reflexiones*, Dirección General de Planificación Familiar - Secretaria de Salud, México.

Figueroa Juan G. (1993b), *El entorno de la regulación de la fecundidad en México. Una experiencia de investigación en la dirección general de planificación familiar México*, Dirección General de Planificación Familiar - Secretaria de Salud, México.

Figueroa Juan G. (1994), *Apuntes para un estudio multidisciplinario de la esterilización femenina*, "Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano", vol. IX, n. 1, enero-abril 1994, pp. 105-128.

Figueroa Juan G. (1995), *Aproximación al estudio de los derechos reproductivos*, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad - El Colegio de México, México.

Figueroa Juan G. (1997), *Algunas reflexiones sobre el enfoque de género y la representación de la sexualidad*, "Estudios Demográficos y Urbanos", vol. XII, n. 1-2, enero-agosto 1997, pp. 201-244.

Figueroa Juan G. (1999), *Algunos desencuentros al normar servicios sobre salud reproductiva: un apunte desde la experiencia de las Organizaciones no gubernamentales*, pp. 139-171, en González Soledad (coordinadora), *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, El Colegio de México, México.

Figueroa Juan G. (compilador) (1998), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México.

Figueroa Juan G. (coordinador) (2002), *Ética religión y reproducción: apuntes para una discusión*, Católicas por el derecho a decir, México.

Figueroa Juan G. (2006), *Algunas reflexiones sobre ética y estudio de los varones en la investigación demográfica*, "Estudios Demográficos y Urbanos", vol. XXI, n. 1, enero-abril 2006, pp. 227-237.

Figueroa Juan G. - Aguilar Blanca M. - Hita María G. (1994), *Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos*, "Estudios Sociológicos", vol. XII, n. 34, 1994, pp. 129-154.

Figueroa Juan G. - Stern Claudio (coordinadores) (2001), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva: políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, El Colegio de México, México.

Figueroa Juan G. - Aguilar Blanca M. (2006), *Una reflexión sobre el uso de anticonceptivos en México a la luz de los derechos reproductivos*, pp. 185-211, en Lezama José L. - Morelos José B. (coordinadores), *Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo*, El Colegio de México, México.

Flanet Veronique (1977), *Viviré si Dios quiere. Un estudio de la violencia en la mixteca de la costa*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Florescano Enrique - Malvido Elsa (coordinadores) (1982), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, 2 vols., Colección Salud y Seguridad Social, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Flores Francisco (1982), *Historia de la medicina*, 2 vols., Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Flores Claudia R. (2007), *Algunos elementos del ejercicio de la masculinidad en un grupo de sacerdotes de la Iglesia católica*, Tesis de maestría en estudios de género, El Colegio de México, México.

Foster George M. (1942), *A primitive Mexican economy*, University of Washington Press, Washington.

Foster George M. (1944), *Nahualism in Mexico and Guatemala*, "Acta Americana", n. 2, 1944, pp. 85-103.

Foster George M. (1952), *Relationships between theoretical and applied anthropology: a public health program analysis*, "Human Organization", n. 11, 1952, pp. 5-16.

Foster George M. (1953), *Relationships between Spanish and American Spanish folk medicine*, "Journal of American Folklore", vol. LXVI, 1953, pp. 201-217.

Foster George M. (1958), *Problems in cultural health programs*, "Social Science Research Council", Pamphlet, New York.

Foster George M. (1961), *Análisis antropológico-intercultural en un programa de ayuda técnica*, Smithsonian Institution, México.

Foster George M. (1964 [1962]), *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Foster George M. (1974 [1969]), *Antropología aplicada*, Fondo de Cultura Económica, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 452 25/10/2011, 9.03

Foster George M. (1976 [1967]), *Tzintzuntzan. Los campesinos mexicanos en un mundo de cambio*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Foster George M. (2000 [1948]), *Los hijos del Imperio. La gente de Tzintzuntzan*, El Colegio de Michoacán, México.

Freyermuth Graciela (1993), *Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Sureste, México.

Freyermuth Graciela (1996), *Carpeta informativa, muerte materna en el municipio de San Pedro Chenalhó*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Sureste, México.

Freyermuth Graciela (1997), *Mortalidad materna: género, familia y etnia en Chenalhó*, "Nueva Antropología", vol. XVI, n. 52-53, agosto 1997, pp. 141-166.

Freyermuth Graciela (2000), *Morir en Chenalhó: género etnia y generación: factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, Tesis doctoral en antropología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Freyermuth Graciela (2003), *Las mujeres de humo: morir en Chenalhó: factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Freyermuth Graciela (2006), *Los rezos, elemento de prevención de las complicaciones del parto en los Altos de Chiapas*, "Desacatos", n. 20, enero-abril 2006, pp. 169-172.

Freyermuth Graciela (2008), *Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas*, pp. 203-251, en Lerner Susana - Szasz Ivonne (compiladoras), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, El Colegio de México, México.

Freyermuth Graciela (2009), *Mortalidad materna en los altos de Chiapas: validación de un indicador alterno para identificar el subregistro de muerte materna en algunas regiones indígenas*, "Estudios Demográficos y Urbanos", vol. XXIV, n. 1, enero-abril 2009, pp. 119-149.

Freyermuth Graciela - Fernández Mariana (1996), *Mujeres indígenas y derechos reproductivos, el caso de las mujeres de San Juan Chamula*, "Anuario Instituto de Estudios Indígenas", n. 6, 1996, pp. 177-192.

Freyermuth Graciela - Jiménez Victoria (1998), *Muerte materna en los municipios indígenas de los Altos*, Grupo de Mujeres de San Cristóbal, México.

Freyermuth Graciela - Manca María C. (coordinadoras) (2000), *Luna golpeada. Morir durante la maternidad: investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas, y otras experiencias en torno a la mortalidad materna*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México.

Freyermuth Graciela - Villalobos Ivonne - Arguello Hilda - De La Torre Cecilia (2004), *Maternidad peligrosa: evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Chiapas*, Secretaría de Desarrollo Social - Instituto de Desarrollo Social - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Freyermuth Graciela - Estudillo María L. - Sánchez Héctor J. - Ochoa Héctor (2005), *La salud y el uso de servicios de salud por las mujeres de las áreas urbana y rural en las zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de la región fronteriza de Chiapas*, "Estudios Demográficos y Urbanos", vol. XX, n. 2, mayo-agosto 2005, pp. 309-339.

Freyermuth Graciela - Sesia Paola (2006), *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*, "Desacatos", n. 20, enero-abril 2006, pp. 9-28.

Freyermuth Graciela - Sesia Paola (2009b), *La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Freyermuth Graciela - Meneses Sergio (coordinadores) (2009a), *De crianzas, jaibas e infecciones: indígenas del sureste en la migración*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Fromm Erich - Maccoby Michael (1979 [1970]), *Sociopsicoanálisis del campesino mexicano. Estudios de la economía y la psicología en una comunidad rural*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 453 25/10/2011, 9.03

Fujigaki Augusto - González Alfonso (1982), *Epidemias conocidas en México durante el siglo XX*, vol. 2, pp. 669-724, en Florescano Enrique - Malvido Elsa (coordinadores), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, 2 vols., Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Gallardo Juan (2002), *Medicina tradicional p'urhepecha = Tsinapekua tua ka iasi anapu*, El Colegio de Michoacán - Instituto Michoacano de Cultura, México.

Gallástegui Beatriz (1994), *Las parteras capacitadas por el Imss en el Estado de México: el caso de los Reyes, La Paz*, pp. 65-100, en Navarrete Emma L. - Vera Martha (coordinadoras), *Población y sociedad*, El Colegio Mexiquense - Consejo Estatal de Población, México.

Gamio Manuel (1922), *La población del valle de Teotihuacan*. Secretaría de Educación Pública, México.

Gamio Manuel (1948), *Consideraciones sobre el problema indígena*, Instituto Indigenista Interamericano, México.

García Josefina (2005), *Viabilidad del mejoramiento de las condiciones de salud de costureras organizadas en cooperativas de vestido*, Tesis de maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

García Juan C. (2005), *Manejo terapéutico de enfermos oculares: el tracoma en una localidad tzeltal del Oxchuc, Chiapas*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste, México.

García Carlos - Perera Susana (1981), *Los aspectos sociales de la enseñanza de la medicina en América latina*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

García Carlos - Perera Susana (1982), *La industria farmacéutica en América latina*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Garduño María de los Ángeles (1990), *Salud y doble jornada: taquilleras del metro*, "Salud Problema", n. 20, 1990, pp. 41-45.

Garduño María de los Ángeles (1991), *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*, "Argumentos. Estudios críticos de la sociedad", n. 12, 1991, pp. 135-13.

Garduño María de los Ángeles (1994), *La categoría del género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres*, "Salud Problema", n. 25, 1994, pp. 17-26.

Garza Ana M. (2000), *Problemas de la antropología frente a la muerte: cultura, género y muerte materna en los altos de Chiapas*, pp. 363-391, en Stern Claudio (coordinador), *Salud reproductiva y sociedad: resultados de investigación*, El Colegio de México - Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano - Programa Salud Reproductiva y Sociedad - Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México.

Gertler Paul (2000), *Final report. The impact of Progresa on health*, International Food Policy Research Institute, Washington.

Gibson Charles (1967), *Los aztecas bajo el dominio español, 1591-1810*, Ed. Siglo XXI, México.

Glantz Namino - Halperin David - Hunt Linda (2002), *Childbirth care-seeking behavior in Chiapas*, Health Care for Women International, pp. 98-118.

Glantz Namino - Martínez Imelda - Tinoco Rolando - De León Patricia (2004), *"Si no tomara él..." El consumo de alcohol y su papel en las relaciones de pareja*, "Revista Salud Mental", vol. 27, n. 6, diciembre 2004, pp. 50-56.

Glockner Valentina (2003), *Jovita Lezama Sánchez, Temaquixti Partera*, pp. 21-51, en Fagetti Antonella (compilador), *Los que saben. Testimonios de vida de los médicos tradicionales de la región de Tehuacán*, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad de Puebla - Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

Gómez Teresita (2000), *Prácticas médicas de atención a la salud en una comunidad Otomí del estado de Querétaro*, pp. 67-96, en Stern Claudio (coordinador), *Salud reproductiva y sociedad: resultados de investigación*, El Colegio de México - Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano - Programa Salud Reproductiva y Sociedad - Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México.

Gómez José (1961), *Estudio biotipológico de los Otomíes*, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Gómez José - Argoytia Luis (1940), *Deportistas*, Secretaria de Educación Pública, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 454 25/10/2011, 9.03

Gómez José - Martínez Liborio (1943), *El índice cefálico en la clase trabajadora del Distrito Federal*, "Anales del Instituto de Biología", 1943.

González Wilfrido, (1951), *Ciclo vital en Nahuatzen*, Tesis, Escuela Superior de Medicina Rural, México.

González Miguel A. - Liguori Ana L. (1992), *El Sida en los estratos socioeconómicos de México*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

González Miguel A. - Metzger Duane G. - Von Christine A. (1993), *Teleconferencia computarizada en salud fronteriza universitaria*, "Salud fronteriza", vol. IX, no. 4, octubre-diciembre 1993, pp. 19-31.

González Pablo - Arana Marcos (2010), *Cuando la ayuda lastima. Las prácticas inadecuadas de alimentación infantil durante las situaciones de emergencia*, "Cuadernos de Nutrición", vol. XXXIII, n. 2, marzo-abril 2010, pp. 57-64.

González Raúl (1948), *Notas para la interpretación del pensamiento mágico*, Ed. América, México.

González Raúl (1950), *Pantalla cultural y trastornos metales*, pp. 144-170, en *Primera asamblea nacional para la salud mental. Reunión de psiquiatría*, Ed. Psiquis, México.

González Soledad (1987), *La dinámica doméstica y los cambios ocupacionales en una comunidad campesina, Xalatlaco 1920-1983*, Tesis de maestría en antropología social, Universidad Iberoamericana, México.

González Soledad (2003), *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México: memorias del seminario de investigación*, El Colegio de México, México.

González Soledad (2009*), Violencia contra las mujeres, derechos y ciudadanía en contextos rurales e indígenas de México*, "Convergencia", vol. XVI, n. 50, mayo-agosto 2009, pp. 165-185.

González Soledad (coordinadora) (1993), *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer - El Colegio de México, México.

González Soledad (compiladora) (1995), *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México.

González Soledad (coordinadora) (1999), *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, El Colegio de México, México.

González Soledad - Ruíz Olivia - Velazco Laura - Woo Ofelia (compiladoras) (1995), *Mujeres, migración y maquila en la frontera norte*, El Colegio de México - El Colegio de la Frontera Norte, México.

González Soledad - Tuñón Julia (compiladoras) (1997), *Familias y mujeres en México: del modelo a la diversidad*, El Colegio de México, México.

González Yólotl (2007), *Santería y enfermedad*, pp. 227-236, en Ramírez Juan L. (compilador), *Enfermedad y Religión. Un juego de miradas sobre el vínculo de la metáfora entre lo mórbido y lo religioso*, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Granados José A. - Delgado Guadalupe (2007), *Salud mental y riesgo de Vih-Sida en jóvenes homosexuales. Aproximación cualitativa a la experiencia de la homofobia*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Gual Carlos - Leñero Luis - Elú María C. (editor) (1971), *Mujeres que hablan: implicaciones psicosociales en el uso de métodos anticonceptivos*, Instituto Mexicano de Estudios Sociales - Instituto Nacional Indigenista, México.

Güémez Miguel - Quattrocchi Patricia (coordinadores) (2007), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy: cuaderno de trabajo*, Asociación de Investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales de Trieste, México.

Guiteras Calixta (1965), *Los peligros del alma*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Guiteras Calixta (1992), *Cancuc. Etnografía de un pueblo tzeltal de los altos de Chiapas 1944*, Consejo Estatal de Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura, México.

Gutiérrez Juan P. - Bautista Sergio - Gertler Paul - Hernández Mauricio - Bertozzi Stefano M. (2005), *Impacto de Oportunidades en la morbilidad y el estado de salud de la población beneficiaria y en la utilización de los servicios de salud. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales*, en Hernández Bernardo - Hernández Mauricio (curadores), *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 455 25/10/2011, 9.03

Gutman Mathew C. (2000), *Ser hombre de verdad en la Ciudad de México: ni macho ni mandilón*, El Colegio de México - Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer - Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano - Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México.

Haces María A. (2002), *Maternidades y paternidades en Valle de Chalco: una aproximación antropológica*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Harman Robert C. (1990 [1974]), *Cambios médicos y sociales de una comunidad maya-tzeltal*, Instituto Nacional Indigenista - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.

Haro Jesús A. (2007), *Globalización y salud de los trabajadores. Jornaleros agrícolas y producción de uva en Pesquería, Sonora*, "Región y Sociedad", vol. XIX, n. 40, septiembre-diciembre 2007, pp. 73-105.

Haro Jesús A. (2008), *Etnicidad y salud. Estado del arte y referentes del noroeste de México*, "Región y Sociedad", vol. XX (volumen especial), n. 2, 2008, pp. 265-313.

Haro Jesús A. (editor) (2010), *El planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances*, Lugar Editorial. Buenos Aires.

Haro Jesús A. (coordinador) - Lara Blanca - Palacios María R. - Salazar Vidal - Salido Patricia (1998), *El sistema local de salud Guarijío-Makurawe. Un modelo para construir*, El Colegio de Sonora - Centro de Investigación Alimentación y Desarrollo - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Universidad de Sonora - Instituto Nacional Indigenista, Hermosillo, México.

Haro Jesús A. - De Keijzer Benno (editores) (1998), *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, El Colegio de Sonora, México.

Haro Jesús A. (coordinador) - Figueroa Jose L. - Restor Macrina - Zepeda Blanca (2007), *Salud y condiciones de vida indígena en México y el noroeste. Diagnóstico de salud desde una perspectiva multicultural*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social de Occidente - El Colegio de Sonora, Hermosillo, México.

Haro Jesús A. (coordinador) - Alonso Benjamín - Bohórquez María C. - Hernández María L. - Minjarez Lourdes B. - Rascón Ana L. - Rascón Alba L. (2008), *Documento analítico del estudio etnográfico de Sonora, Evaluación cualitativa de impacto del programa Oportunidades, largo plazo, zonas rurales, 2008*, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social de Occidente - El Colegio de Sonora, Hermosillo, México.

Hermite Esther (1980), *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo*, Instituto Indigenista Interamericano, México.

Hernández Daniel - Mojarro Octavio (1994), *¿Qué pasa con el programa de planificación familiar en el país y en el Estado de México?*, pp. 101-126, en Navarrete Emma L. - Vera Martha (coordinadoras), *Población y sociedad*, El Colegio Mexiquense - Consejo Estatal de Población, México.

Hernández Daniel - Sánchez Gabriela - Pelcastre Blanca - Juárez Clara (2005), *Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por Vih/Its en migrantes clandestinos*, "Salud Mental", vol. XXVIII, n. 5, octubre 2005, pp. 20-26.

Hernández Mauricio - Hernández Bernardo - Urquieta José (coordinador) (2006), *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2006*, Tomo 1, Salud y Educación, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

Hernández Rosaura (1962), *Epidemias y calamidades en el México prehispánico*, "Anuario de Historia", vol. 2, 1962, pp. 21-35.

Herrera Martha R. (1997), *Los modos de andar por la vida. Crecimiento y condición nutricional en preescolares otomíes de San Pedro Abajo, Estado de México*, Tesis de maestría de medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México.

Herrera Martha R. - Molinar Patricia (2007), *En el silencio de su soledad. La reproducción de la violencia Intrafamiliar*, Juan Pablo Editores - Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

Hersch Paul (1997), *Tlazol e Ixtlazol: persistenza degli 'aires de basura' (Estado de Puebla, México)*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 3-4, octubre 1997, pp. 41-67.

Hersch Paul (2000), *Plantas medicinales: relato de una posibilidad confiscada. El estatuto de la flora en la biomédica mexicana*, Colección científica. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 456 25/10/2011, 9.03

Hersch Paul - Haro Jesús A. (2007), *¿Epidemiología sociocultural o Antropología Médica? Algunos ejes para un debate interdisciplinario*, "Conferencia de Clausura", pp. 7-9, en *VII Coloquio de Redam: Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente*, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Hijar Martha - Loredo Arturo - Sauceda Juan M. - Valdez Rosario - Velázquez Antonio (2002), *La violencia familiar. ¿Un problema que se hereda o se aprende?*, "Gaceta Médica de México", vol. CXXXVIII, n. 2, marzo-abril 2002, pp. 157-176.

Holland William R.(1978), *Mexican-American medical beliefs*, pp. 99-117, en Arguijo Ricardo (editor), *Hispanic culture and health care*, C. V. Mosby Co., St. Louis.

Holland William R. (1989 [1963]), *Medicina maya en los Altos de Chiapas*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Holland William - Tharp Roland G. (1964), *Highland Maya psychotherapy*, "American Anthropology", vol. LXVI, n. 1, 1964, pp. 41-52.

Imberton Gracia M. (1999), *La vergüenza. Enfermedad y regulación social en una comunidad chol*, Tesis de maestría en antropología social, Universidad Autónoma de Chiapas, México.

Incháustegui Carlos (1967), *Cambio cultural en Huautla de Jiménez, Oaxaca: un centro coordinador indigenista en la sierra mazateca*, Tesis de maestría en etnología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Incháustegui Carlos (1994), *La mesa de plata: cosmogonía y curanderismo entre los mazatecos de Oaxaca*, Instituto Oaxaqueño de Cultura, México.

Incháustegui Carlos (2000), *Entorno enemigo. Los mazatecos y sus sobrenaturales*, "Desacatos", n. 5, invierno 2000, pp. 131-146.

Infante Claudia (1977), *Contribución al estudio de las influencias sociales en el niño con trastornos psiquiátricos: (Un estudio de caso) enfoque sociológico*, Tesis de licenciatura en sociología, Universidad Nacional Autónoma de México - Ed. Autor, México.

Infante Claudia (1994), *El enfoque sociológico en el estudio de la prevención de los problemas de salud*, "Acta Sociológica", n. 11, mayo-agosto 1994, pp. 203-226.

Infante Claudia (2004), *Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica*, Tesis de doctorado en ciencias médicas, Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Medicina - Ed. Autor, México.

Infante Claudia - COBOS Yolanda (1989), *El aborto inducido en cifras. Análisis de la difusión de las estadísticas en la prensa*, "Salud Pública de México", vol. 31, n. 3, mayo-junio 1989, pp. 385-393.

Infante Claudia - Schlaepfer Loraine (1990), *La medición de salud: perspectivas teóricas y metodologías*, "Salud Pública de México", vol. 32, n. 2, marzo-abril 1990, pp. 141-155.

Infante Claudia - Schlaepfer Loraine (1994), *Las variables socioeconómicas en la investigación en salud pública en México*, "Salud pública de México", vol. 36, n. 4, julio-agosto 1994, pp. 364-373.

Infante Claudia - Schlaepfer Loraine (1998), *La iniquidad en la salud y atención a la salud de la mujer en México*, "Extensiones", vol. V, n. 1-2, 1998, pp. 96-100.

Infante Claudia - De La Guardia Gabriela - Díaz Lizbeth I. - Ruiz Arturo (2010), *Patrón de consumo y opinión sobre «Edificio libre de humo de tabaco», en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Unam*, "Revista de la Facultad de Medicina", vol. LIII, n. 1, enero-febrero 2010, pp. 32-37.

Ingham John M. (1970), *On Mexican folk medicine*, "American Anthropology", LXXII, n. 1, 1970, pp. 76-89.

Instituto Politécnico Nacional (1947), *Escuela superior de medicina rural*, Secretaria de Educación Pública, México.

Instituto Mexicano del Seguro Social (1994), *Directorio nacional de parteras rurales: información por Estado, Municipio, Localidad, edad y capacitación*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Instituto Nacional Indigenista (1976), *Seis años de acción indigenista*, Instituto Nacional Indigenista, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 457 25/10/2011, 9.03

Izquierdo José J. (1922), *Estudios fisiológicos del indígena adulto del valle de Teotihuacan*, vol. II, pp. 167-186, en Gamio Manuel, *La población del valle de Teotihuacan*, Secretaría de Educación Pública, México.

Jardón Ana M. (2004), *500 años de salud indígena*, Ed. Miguel Ángel Porrúa, México.

Jiménez Cuahuteotlita (2006), *Acercamiento del estudiante de medicina a los médicos tradicionales Escuela Superior de Medicina*, pp. 65-86, en Izquierdo Teresa - Aguirre Enrique (editores), *La Medicina tradicional en el contexto de la Antropología Médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Jiménez Lucero (2003), *Dando voz a los varones. Sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - Universidad Nacional Autónoma de México, Cuernavaca, México.

Jacorzynski Witold - López Artemio (1998), *La tierra sagrada de los Tzotziles: un estudio sobre ecología indígena*, "Cuicuilco", vol. XII, enero-abril 1998, pp. 15-45.

Jacorzynski Witold (coordinador) (2002), *Estudios sobre la violencia: teoría y práctica*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Ed. Porrúa, México.

Jacorzynski Witold (coordinador) (2008), *Demonios y pastillas: una aproximación interdisciplinaria a la locura*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Jores Arthur (1967), *La medicina en la crisis de nuestro tiempo*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Juárez Clara (1998), *Participación social y salud: el caso Texalpan*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigacion y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Juárez Clara (2006), *Ya no quisiera ni ser yo: La experiencia de la violencia doméstica en un grupo de mujeres y varones provenientes de zonas rurales y urbanas en México*, Tesis de Doctorado en Antropología Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

Juárez Clara - Valdéz Rosario - Hernández Daniel (2005), *La percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal*, "Salud Mental", vol. XXVIII, n. 4, agosto 2005, pp. 66-73.

Justice James W. (1978), *Adiestramiento a través de barreras culturales: la experiencia del servicio de salud indio con el programa de adiestramiento de ayudantes de médicos en salud comunitaria*, pp. 109-123, en Velimirovic Boris (ed.), *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Kaplan Lucile H. (1956), *Tonal and nagual in coastal Oaxaca, México*, "Journal of American Folklore", vol. 69, 1956, pp. 363-368.

Kearney Michel (1971), *Los vientos de Ixtepeji: concepción del mundo y estructura social de un pueblo zapoteca*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Kearney Michael (1977), *Oral performance by Mexican spiritualism in possession trance*, "Journal of Latin American Lore", vol. III, n. 2, 1997, pp. 309-328.

Kelly Isabel (1955), *El adiestramiento de parteras en México desde el punto de vista antropológico*, "América Indígena", n. 15, 1955, pp. 306-316.

Kelly Isabel (1960), *La antropología, la cultura y la salud pública*, Universidad de los Andes, Venezuela.

Kelly Isabel (1965), *Folk practices in North Mexico: Birth customs, folk medicine and spiritualism in the Laguna zone*, University of Texas, Austin.

Kelly Isabel - García-Manzanedo Héctor - García-Manzanedo Catalina (1956), *Santiago Tuxtla, Veracruz, cultura y Salud*, Instituto de Asuntos Interamericanos, México.

Kelly Isabel - Palerm Ángel (1952), *The Tajin Totonac*, Smithsonian Institute, Washington.

Kennedy John G. (1963), *Tesgüino complex: the role of beer in Tarahumara culture*, "American Anthropology", n. 65, 1963, pp. 620-640.

Key Harold (1965), *Texts on Nahuatl healing methods*, "Tlalolcan", vol. V, pp. 74-84.

Kiev Ari (1972), *Curanderismo. Psiquiatría folklórica mexicano-norteamericana*, Ed. Cuadernos de Joaquín Motriz, México.

Kohler Ulrich (1975), *Cambio cultural dirigido en los Altos de Chiapas: un estudio sobre la antropología social aplicada*, Instituto Nacional Indigenista, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 458 25/10/2011, 9.03

Kumate Jesús (1977), *Las enfermedades infecciosas del hombre: evolución, civilización y adaptación*, "Gaceta Médica de México", vol. CXIII, 1977, pp. 263-272.

Kumate Jesús (1982), *Las enfermedades infecciosas en México*, vol. 1, pp. 43-57, en Ortiz Federico (editor), *Vida y muerte del mexicano*, 2 vols., Ed. Folios, México.

La Barre Weston (1980 [1938]), *El culto al peyote*, Ed. Premiá, México.

Lagarriga Isabel (1974), *Magia y religión entre los espiritualistas trinitarios marianos*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Lagarriga Isabel (1975), *Medicina tradicional y espiritismo. Los espiritualistas marianos de Jalapa, Veracruz*, Secretaria de Educación Pública-Setentas, México.

Lagarriga Isabel (1982), *Espiritismo, contacto constante con el mas allá*, Cuaderno del Museo Nacional de Antropología - Secretaria de Educación Pública - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Lagarriga Isabel (1991), *Espiritualismo trinitario mariano. Nuevas perspectivas de análisis*, Universidad Veracruzana, México.

Lagarriga Isabel (1993-1994), *El interjuego del lenguaje esotérico y del habla cotidiana en los procesos de curación*, "Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje", vol. II, n. 1, invierno 1993-1994, pp. 127-139.

Lagarriga Isabel (1996), *La Antropología Médica en México. Situación y perspectivas*, "Salud-Problema", año 1, n. 1, 1996, pp. 72-79.

Lagarriga Isabel (2007), *Características de los terapeutas religiosos en México*, pp. 1-30, en Ramírez Juan L. (compilador), *Enfermedad y religión. Un juego de miradas sobre el vínculo de la metáfora entre lo mórbido y lo religioso*, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Lagarriga Isabel (2008), *La posesión demoníaca: una expresión popular de la de la concepción de la enfermedad mental*, en Báez Jorge F. (coordinador), *Memorial crítico: diálogos con la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán en el centenario de su natalicio*, Gobierno del Estado de Veracruz, Xalapa, Veracruz.

Lagarriga Isabel - Sandoval Juan M. (1977), *Ceremonias mortuorias entre los Otomíes del norte del estado de México*, Gobierno del Estado de México, México.

Lagarriga Isabel - Galinier Jacques (Coordinadores) (1995), *Chamanismo en Latinoamérica*, Universidad Iberoamericana - Ed. Plaza y Valdés - Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos, México.

Lagarriga Isabel - Ortíz Silvia (2002), *Lenguaje y ritual terapéutico en el espiritualismo trinitario mariano*, "Boletín Oficial del Instituto Nacional de Antropología e Historia", n. 68, 2002, pp. 3-10.

Laguarda Rodrigo (2003), *Construcción de identidades: un bar gay en la Ciudad de México*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Lamas Marta (1996), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México, Colección las ciencias sociales-Estudios de Género, México.

Lamas Marta, (2001), *Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*, Ed. Plaza y Janés, Serie Temas de debate, México.

Langer Ana - Tolbert Kathryn (editores) (1996), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council - Edamex, México.

Lara y Mateos Rosa M. (2000), *Enfermedades estigmatizadoras: el caso del Vih/Sida*, "Investigación en Salud", vol. II, n. 1, abril 2000, pp. 13-20.

Lara y Mateos Rosa M. (2005), *Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud*, Ed. Manual Moderno, México.

Lara y Mateos Rosa M. (2006), *Vivir muriendo: la estigmatización a los hombres que tiene sexo con hombres (Hsh) seropositivos del puerto de Veracruz*, Centro Nacional para la Prevención y el Control del Vih/Sida, México.

Larralde Selvia (2001), *¿Quién cuida a Esteban? familias desgastadas unidades domésticas con enfermos crónicos*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 459 25/10/2011, 9.03

Laurell Asa C. (1975), *Medicina y capitalismo en México*, "Cuadernos Políticos", n. 5, 1975, pp. 80-93.

Laurell Asa C. (1978a), *Investigación en sociología Médica: 1ª parte*, "Salud Problema", n. 1, 1978, pp. 5-9.

Laurell Asa C. (1978b), *Investigación en sociología Médica: 2ª parte*, "Salud Problema", n. 2, 1978, pp. 18-20.

Laurell Asa C. (1978c), *Investigación en sociología Médica: 3ª parte*, "Salud Problema", n. 2, 198, pp. 27-30.

Laurell Asa C. (1980), *La investigación en la Maestría en Medicina Social*, "Salud Problema", n. 6, 1980, pp. 4-13.

Laurell Asa C. (1991), *El impacto del tratado de libre comercio en el sector salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Laurell Asa C. (1994), *Para leer el tratado de libre comercio en relación con el sector salud*, "Salud Problema", n. 24, 1994, pp. 7-10.

Leal Gustavo F. (2004a), *La política pública de salud y seguridad en México y el mundo (1996-2000)*, División de Ciencias Biológicas y de la Salud - Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Leal Gustavo F. (2004b), *Discutiendo las instituciones de seguros especializadas en salud (Ises)*, División de Ciencias Biológicas y de la Salud - Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Leal Gustavo F. - Martínez Carolina (2004), *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva*, División de Ciencias Biológicas y de la Salud - Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Leighton Dorotea C. (1943), *El indio y la medicina*, "América Indígena", n. 3, 1943, pp. 127-133.

León-Portilla Miguel (1979), *La filosofía náhuatl*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Lerín Sergio (1994), *Saberes y prácticas relacionadas con la alimentación infantil: un estudio en hospitales y en hogares en Ciudad de México*, Tesis de doctorado en antropología social, Universitat Rovira i Virgili, España.

Lerín Sergio (2001), *Del beber y el tomar en Juchitán, Oaxaca*, "Cuicuilco", vol. VIII, n. 22, mayo-agosto 2001, pp. 229-247.

Lerín Sergio (2004), *Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta*, "Desacatos", n. 15-16, 2004, pp. 111-125.

Lerner Susana (editora) (1998), *Varones, sexualidad y reproducción: diversas perspectivas teórico metodológicas y hallazgos de investigación*, El Colegio de México - Sociedad Mexicana de Demografía, México.

Lewis Oscar (1951a), *Life in a Mexican village. Tepoztlan restudied*, University of Illinois Press, Urbana.

Lewis Oscar (1951b), *The effects of technical progress on mental health in rural populations*, "América Indígena", n. 12, 1951, pp. 299-307.

Lewis Oscar (1983 [1959]), *La cultura de la pobreza en La vida*, Ed. Grijalbo, México.

Lewis Oscar (1985 [1959]), *Antropología de la pobreza, cinco familias*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Lewis Oscar (1982a [1961]), *Los hijos de Sánchez*, Colección tratados y manuales de. México, Ed. Grijalbo, México.

Lewis Oscar (1982b [1969], *Una muerte en la familia Sánchez*, Ed. Grijalbo. México.

Lewis Oscar (1970), *Medicine and politics in a Mexican village*, pp. 291-319, en Lewis Oscar (compilador), *Anthropological Essays*, Random House, Nueva York.

Lewis Oscar (1986 [1982]), *Ensayos antropológicos*, Ed. Grijalbo, México (1ª edic. en español 1982).

Leyva José M. (2006), *El ocaso de los Espíritus. El espiritismo en México en el siglo XIX*, Ed. Cal y Arena, México.

Liguori Ana L. (1994), *El Sida y la salud reproductiva*, "Fem", vol. XVIII, n. 133, marzo 1994, pp. 12-14.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 460 25/10/2011, 9.03

Liguori Ana L. (1995), *Mujeres y Sida. Perspectiva poco alentadora*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Linares Nivaldo (2006), *Efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México 1995-2002*, Informa del servicio social del doctorado en ciencias de la salud colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Long Janet - Vargas Luis A. (2005), *Food culture in México*, Serie Food Culture Around the World, Westport.

López-Acuña Daniel (1980), *La salud desigual en México*, Ed. Siglo XXI, México.

López Austin Alfredo (1967), *Cuarenta clases de magos del mundo náhuatl*, "Estudios de Cultura Náhuatl", vol. VII, 1967, pp. 87-117.

López Austin Alfredo (1980), *Cuerpo humano e ideología*, 2 vols., Universidad Nacional Autónoma de México.

López Austin Alfredo (1998 [1990]), *Los mitos del Tlacuache. Caminos de la mitologías mesoamericana*, Instituto de Investigaciones Antropológicas - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

López Juana (2007), *La práctica médica tradicional y sus representaciones en los problemas de salud que ocasionan la muerte materna en San Juan Chamula*, Tesis de licenciatura en antropología social, Universidad Autónoma de Chiapas, México.

López Olga L. - Salvatierra Ernesto B. - Nazar Austreberta - Sánchez Pérez Héctor (2010), *Mortalidad infantil y migración en Chiapas, México*, "Población y Salud en Mesoamérica" (Universidad de Costa Rica), vol. 8, n. 1, julio-diciembre 2010, pp. 1-19.

Lozano Fernando R. (1984), *Los trabajadores petroleros y la defensa en su salud*, Tesis de maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Lozoya Xavier (1976), *El estado actual del conocimiento de las plantas medicinales mexicanas*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México.

Lozoya Xavier (1982), *Visión histórica de la medicina tradicional*, vol. 2, pp. 15-47, en Ortiz-Quesada Federico (editor), *Vida y muerte del mexicano*, 2 vols., Ed. Folios, México.

Lozoya Xavier - Lozoya Mariana (1982a), *Flora medicinal de México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Lozoya Xavier - Lozoya Marina (1982b), *Plantas indígenas mexicanas*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Lozoya Xavier - Zolla Carlos (editores) (1983), *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*, Ed. Folios, México.

Lupo Alessandro - López Austin Alfredo (editores) (1998), *La cultura plural. Reflexiones sobre diálogo y silencios en Mesoamérica (Homenaje a Italo Signorini)*, Universidad Nacional Autónoma de México - Università di Roma "La Sapienza", México.

Mackline June (1967), *El niño Fidencio. Un estudio de curanderismo en Nuevo León*, "Humanitas", n. 8, 1967, pp. 529-563.

Mackline Barbara J. - Crumrine Ross (1973), *Three north-mexican folk saints movements*, "Comparative Studies in Society and History", vol. 15, n. 1, 1973, pp. 89-114.

Madsen William (1960), *The Virgin's children: life in an Aztec village today*, University of Texas Press, Austin.

Madsen William - Madsen Claudia (1972), *A guide to Mexican witchcraft*, Ed. Minutiae, México.

Maier Elizabeth (2004), *Encuentros, empoderamiento y construcción de análisis a través de la investigación-acción. Enajenación y auto rescate corporales de mujeres indígenas inmigradas a Baja California*, en Denman Catalina A. - Monk Janice - Ojeda Norma (editores), *Investigación-acción en la salud reproductiva: Lecciones de la frontera México - Estados Unidos*, El Colegio de Sonora, México.

Maier Elizabeth (2007), *Educación para la prevención del Vih-Sida para Inmigrantes Indígenas*, "Región y Sociedad", vol. 19, n. 40, septiembre-diciembre 2007, pp. 3-37.

Maier Elizabeth (2008), *La disputa por el cuerpo de la mujer, la/s sexualidad/es y la/s familia/s en Estados Unidos y México*, "Frontera Norte", vol. 20, n. 40, julio-diciembre 2008, pp. 7-47.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 461 25/10/2011, 9.03

Mak Cornelia (1959), *Mixtec medical beliefs and practices*, "América Indígena", n. 19, 1959, pp. 125-150.

Malvido Elsa (1973), *Factores de despoblación y reposición de la población de Cholula (1641-1810)*, "Historia Mexicana", vol. 89, 1973, pp. 52-110.

Malvido Elsa (2006), *La población, siglos XVI al XX*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Manca Maria Cristina (1994), *Choles*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Márquez Margarita (1988), *El desgaste en las obreras de la maquila eléctrico-electrónica*, "Salud Problema", n. 14, 1988, pp. 9-24.

Martínez Manuel (1969), *Factores económicos, culturales y sociales en la génesis de las llamadas enfermedades tropicales*, El Colegio de México, México.

Martínez Nelly (2006), *La enseñanza de la terapéutica tradicional mexicana en la Escuela superior de enfermería y obstetricia del Instituto politécnico nacional*, en Izquierdo Teresa - Aguirre Enrique (editores), *Medicina tradicional en el contexto de la Antropología Médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Martínez-Cortés Fernando (1965), *Las ideas en la medicina náhuatl*, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México.

Martínez-Cortés Fernando (1979), *Consulta médica y entrevista clínica*, Ed. La Medicina del Hombre en su Totalidad, México.

Martínez-Cortés Fernando (1983), *Enfermedad y placer*, Ed. La Medicina del Hombre en su Totalidad, México.

Martínez Imelda - Sánchez Ivonne - Tinoco Rolando (2009), *La violencia de género y Vih/Sida en contextos multiculturales*, "Expreso Chiapas" (Tuxtla Gutiérrez, Chiapas), marzo 2009.

Martínez Inés - Araoz Edith - Aguilar Fernanda (compiladoras) (1994), *Mujer: salud y sexualidad, cultura y participación social*, El Colegio de Sonora, México.

Martínez Maximino (1969), *Las plantas medicinales de México*, Ed. Botas, México.

Martínez Roberto (2006a), *Sobre el origen y significado del término nawalli*, "Estudios de Cultura Náhuatl", n. 37, 2006, pp. 95-106.

Martínez Roberto (2006b), *El Ihiyotl, la sombra y las almas-aliento en Mesoamérica*, "Revista Cuicuilco", septiembre-diciembre, vol. XII, n. 38, 2006, pp. 177-199.

Martínez Carolina (1994), *Tres perspectivas de la mortalidad en el Estado de México*, pp. 121-152, en Navarrete Emma L. - Vera Martha (coordinadoras), *Población y sociedad*, El Colegio Mexiquense - Consejo Estatal de Población, México.

Mateos Elizabeth (2009), *Las hierbas mágicas del tonal. El uso de herbolaria y animales con fines curativos en Cuaxuchpa, Sierra Negra de Puebla*, Tesis de licenciatura en etnohistoria, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

McClain Carol (1975), *Ethno-obstetrics in Ajijic*, "Anthropological Quarterly", vol. 48, 1975, pp. 38-56.

McClain Carol (1977), *Adaptation in health behavior: modern and traditional medicine in a west Mexican community*, "Social Science and Medicine", vol. 11, 1977, pp. 341-347.

Mellado Virginia - Zolla Carlos - Castañeda Xóchitl (1989), *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, Centro interamericano de estudios de seguridad social, México.

Méndez Luis (1960), *La medicina y la seguridad social*, pp. 89-93, en Del Pozo Efrén C. (coordinador), *Problemas del ejercicio profesional*, Academia Nacional de Medicina, México.

Mendizábal Miguel Othón de (1947a), *Distribución geográfica de los médicos en la República Mexicana*, vol. 6, pp. 529-537, en Mendizábal Miguel Othón de, *Obras completas*, Talleres Gráficos de la Nación, México.

Mendizábal Miguel Othón de (1947b), *Situación actual de la asistencia médica y social en la república*, vol. 6, pp. 543-551, en Mendizábal Miguel Othón de, *Obras completas*, Talleres Gráficos de la Nación, México.

Mendizábal Miguel Othón de (1946-1947), *Obras completas*, Talleres gráficos de la nación, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 462 25/10/2011, 9.03

Mendoza Zuanilda (1994), *De lo biomédico a lo popular: el proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Cópala, Oaxaca*, Tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Mendoza Zuanilda (1997), *Enfermedad ¿Para quién?: saber popular entre los Triquis*, "Nueva Antropología", vol. XVI, n. 52-53, agosto 1997, pp. 117-139.

Mendoza Zuanilda (2001), *La metrópoli, espacio social de multiculturalidad ¿Médicos y enfermos en interacción o fricción cultural?*, "Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina", vol. IV, n. 1, 2001, pp. 15-19.

Mendoza Zuanilda (2004), *De la casa del nene al árbol de las placentas: proceso reproductivo, saberes y transformación cultural entre los Triquis de Cópala en la merced*, Tesis de doctorado en antropología, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Mendoza Víctor M. - Martínez María Luz - Vargas Luis A. (editores) (2004), *Gerontología comunitaria*, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza - Dirección General de Asuntos del Personal Académico - Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología - Gobierno del Estado de Hidalgo, México.

Menegoni Lorenza (2003), *Le concezioni del cancro tra gli indigeni maya del Chiapas, Messico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 15-16, octubre 2003, pp. 325-368.

Menéndez Eduardo L. (1979), *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Ed. Nueva imagen, México.

Menéndez Eduardo L. (1981), *Poder, estratificación y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo L. (1982), *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina 'popular'*, Cuadernos de la Casa Chata, n. 57 - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo L. (1984), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo L. (1985), *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*, "Nueva Antropología", vol. VII, n. 28, octubre 1985, pp. 11-28.

Menéndez Eduardo L. (1988), *Antropología Médica, Orientaciones, tendencias y omisiones*, pp. 109-142, en *Teoría e investigación en la antropología mexicana*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Universidad Autónoma Metropolitana, México (Cuadernos de la Casa Chata, n. 160).

Menéndez Eduardo L. (1990a), *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuadernos de la Casa Chata, n. 179).

Menéndez Eduardo L. (1990b), *Morir de alcohol*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Ed. Alianza Editorial, México.

Menéndez Eduardo L. (1992a), *Achiquemos el Estado mientras la muerte está*, pp. 177-206, en Alonso José A. - Azíz Alberto - Tamayo Jaime E. (coordinadores) (2005), *El nuevo Estado mexicano*, vol. IV, Ed. Estado y Sociedad, México.

Menéndez Eduardo L. (1992b), *Etnografía y alcoholismo: la construcción metodológica de un problema*, pp. 9-19 en Menéndez Eduardo L. (editor), *Prácticas e ideologías "Científicas" y "Populares" respecto del "Alcohol" en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México

Menéndez Eduardo L. (1993), *Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica*, pp. 130-162, en Mercado Francisco - Robles Leticia - Denman Catalina A. - Escobar Agustín - Infante Claudia (editores), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Universidad de Guadalajara -Instituto Nacional de Salud Pública - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - El Colegio de Sonora, Guadalajara, México.

Menéndez Eduardo L. (1997), *El punto de vista del actor: Homogeneidad, diferencia e historicidad*, "Relaciones", vol. XVII, n. 69, invierno 1997.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 463 25/10/2011, 9.03

Menéndez Eduardo L. (1998), *Estilos de vida, riesgos y construcción social conceptos similares y significados diferentes*, "Estudios Sociológicos", vol. XVI, n. 46, 1998, pp. 37-36.

Menéndez Eduardo L. (2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Ed. Bellaterra, Barcelona.

Menéndez Eduardo L. (2003), *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, "Ciência & Saúde Coletiva", vol. VIII, n. 1, 2003, pp. 185-207.

Menéndez Eduardo L. (2005a), *Intencionalidad, experiencias y función: la articulación de los saberes médicos*, "Revista de Antropología Social", vol. 14, 2005, pp. 33-69.

Menéndez Eduardo L. (2005b), *Poblaciones abiertas, seguras y privadas: cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud mexicano*, pp. 151-91, en Azíz Alberto - Alonso José A. (coordinadores), *El estado mexicano, herencias y cambios*, Tomo II, Economía y Política, Ed. Porrúa - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo L. (2006), Interculturalidad, *"diferencias" y antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas*, pp. 51-65, en Fernández Gerardo, (editor), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*, Universidad de Castilla la Mancha - Ed. Abya-Yala, Quito.

Menéndez Eduardo L. (2009a), *De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas*, "Salud Colectiva", vol. V, n. 2, mayo-agosto 2009, pp. 155-179.

Menéndez Eduardo L. (2009b), *Esterilizaciones y sectores sociales subalternos en América Latina. El caso mexicano*, pp. 119-134, en Fernández Gerardo (Coordinador), *Salud e interculturalidad en América Latina*, Universidad de Castilla la Mancha, Quito.

Menéndez Eduardo L. (2009c), *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Lugar editorial. Buenos Aires, Argentina.

Menéndez Eduardo L. (2010), *Las influenzas por todos tan temidas o de los difíciles usos del conocimiento*, pp. 17-34, en Molina América (coordinadora), *La epidemia de la influenza humana*, "Desacatos", enero-abril 2010.

Menéndez Eduardo L. (coordinador) (1987), *Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado... patología, integración funcional o representación cultural*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo L. - Di Pardo Renée B. (1987), Los *patrones socioculturales de consumo de alcohol, un intento de síntesis*, pp. 95-108, en Menéndez Eduardo L. (coordinador), *Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado... patología, integración funcional o representación cultural*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo L. - García Eduardo L. (coordinadores) (1990), *Prácticas populares, ideología médica y participación social aportes sobre antropología médica en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo L. (editor) (1992), *Prácticas e ideologías "Científicas" y "Populares" respecto del "Alcohol" en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo L. - Di Pardo Renée B. (1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes, Atención primaria y proceso de alcoholización*, Colección Miguel Othón de Mendizábal, Centro de Investigaciones Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo L. - Di Pardo Renée B. (1998), *Violencias y alcohol. Las cotidianidades de las pequeñas muertes*, "Revista Relaciones", vol. XIX, n. 74, primavera 1998, México.

Menéndez Eduardo L. - Di Pardo Renée B. (2006), *La salud como catástrofe: el caso de la prensa escrita en México*, "Thule. Rivista italiana di studi americanistici" (Perugia) (numero monografico: *Questioni di antropologia medica nelle Americhe, 2)*, n. 20-21, aprile-ottobre 2006, pp. 113-149.

Menéndez Eduardo L. - Di Pardo Renée B. (2009), *Miedos, riesgos e inseguridades. El papel de los medios, de los profesionales y de los intelectuales en la construcción de la salud como catástrofe*, Libros de la Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Menéndez Eduardo L. - Spinelli Hugo (coordinadores) (2006), *Participación Social ¿Para qué?*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 464 25/10/2011, 9.03

Mercado Francisco J. (coordinador) (1989), *El perfil patológico de las familias de los artesanos de Tonalá y Tlaquepaque, Jalisco*, Universidad de Guadalajara, México.

Mercado Francisco J. (1996), *Entre el infierno y la gloria*, Universidad de Guadalajara, México.

Mercado Francisco J. - Frenk Julio (coordinadores) (1994), *Médicos, educación y empleo*, Universidad de Guadalajara, México.

Mercado Francisco J. - Blanco José - Sáenz Orlando (coordinadores) (1994), *Espacio urbano y salud*, Universidad de Guadalajara, México.

Mercado Francisco J. - Robles Leticia (compiladores) (1995), *La medicina al final del milenio: realidades y proyectos en la sociedad occidental*, Universidad de Guadalajara, México.

Mercado Francisco J. - Robles Leticia (compiladores) (1998), *Investigación cualitativa en salud: perspectivas desde el occidente de México*, Universidad de Guadalajara, México.

Mercado Francisco J. - Torres Teresa M. (compiladores) (2000), *Análisis cualitativo en salud: teoría método y practica*, Ed. Plaza y Valdés, México.

Metzger Duane - Williams Gerald (1963), *Tenejapa medicine: the curer*, "South Western Journal of Anthropology", vol. XIX, 1963, pp. 216-234.

Milano Chiara (2004), *La medicina tradizionale a Cuetzalan (Messico). Processi di legittimazione e professionalizzazione*, Tesis de licenciatura en etnología, Facoltà di Lettere - Università di Roma "La Sapienza", Roma.

Milano Chiara (2007), *La legitimación de las medicinas indígenas en México, el ejemplo de Cuetzalan del Progreso*, "Dimensión Antropológica", año 14, vol. XLI, septiembre-diciembre 2007, pp. 81-106.

Miranda Pedro (1998), *El «encantamiento de hombres» la hechicería erótica en la provincia de Yucatán durante el siglo XVII*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Módena María Eugenia (1990), *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Módena María Eugenia (2009), *Diferencias, desigualdades y conflicto en un grupo de Alcohólicos Anónimos*, "Desacatos", n. 29, enero-abril 2009, pp. 31-46.

Módena María Eugenia - Mendoza Zuanilda (2001), *Géneros y generaciones: etnografía de las relaciones entre hombres y mujeres de la Ciudad de México*, Population Council, México.

Molina Valentín - Sánchez Luis (coordinadores) (1982), *El alcoholismo en México*, vol. I, Patología, Fundación de Investigaciones Sociales, México.

Molinar Patricia - Herrera Martha R. (2009), *Crecer y desarrollarse en la adversidad, estrategias de sobrevivencia en Valle de Chalco Solidaridad*, Juan Pablos Editor - Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

Molyneux Maxine (2006), *Mothers at the service of the new poverty agenda: Progresa/Oportunidades, Mexico´s conditional transfer programme*, "Social Policy & Administration", vol. XL, n. 4, 2006, pp. 425-449.

Mondragón Rodolfo (1994), *El reconocimiento social de las facultades de los espiritistas para curar controlar y/o enviar enfermedades: Cintapala Chiapas. Estudio de caso*, Tesis de licenciatura en etnología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Mondragón Rodolfo (1998), *Descripción y análisis de las representaciones y prácticas respecto de la brujería entre los curadores espiritistas de Cintalapa Chiapas*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Morales Lorenzo (1955), *La salud en el municipio de Oxchujk*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Mummert Gail - Ramírez Luis A. (editores) (1998), *Rehaciendo las diferencias: identidades de género en Michoacán y Yucatán*, El Colegio de Michoacán - Universidad Autónoma de Yucatán, México.

Munguía Josefina (2009), *Las reformas del sector Salud en los programas de atención primaria. Centro de Salud de Chilapa, Guerrero 1999-2006*, Tesis de maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 465 25/10/2011, 9.03

Muradás María L. (2002), *Estudio exploratorio de algunos elementos del comportamiento reproductivo de un grupo de varones de la Ciudad de México*, Tesis de maestría en demografía, El Colegio de México, México.

Nash June (1967), *The logic of behavior: curing in a maya Indian town*, "Human Organization", n. 26, 1967, pp. 132-140.

Nash June (1970), *Bajo la mirada de los antepasados: creencias y comportamientos en una comunidad maya*, Instituto Nacional Indigenista, México (Ediciones especiales, n. 71).

Nash Manning (1960), *Witchcraft as social process in a tzeltal community*, "América Indígena", n. 20, 1960, pp. 121-126.

Natera Guillermina - Tiburcio Marcela - Villatoro Jorge V. (1997), *Marital violence and its relationship to excessive drinking in Mexico*, "Contemporary Drug Problems", n. 24, 1997.

Navarrete Emma L. - Vera Martha (coordinadoras) (1994), *Población y sociedad*, El Colegio Mexiquense - Consejo Estatal de Población, México.

Navarro Irma G. - Sánchez Isabel - Villaseñor Sergio (2005), *Los trastornos de la personalidad y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias*, "Revista Digital Universitaria", vol. VI, n. 11, noviembre 2005, pp. 1-11.

Navarro Edgar A. (2009), *La legitimación social de la violencia conyugal y los daños a la salud producidos en ejecutores y victimas*, Tesis de maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Nazar Austreberta - Salvatierra Ernesto B. (2010), *Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género*, "Papeles de Población", vol. 16, n. 64, abril-junio 2010, pp. 67-92.

Nigenda Gustavo (1994), *Los recursos humanos para la salud. En busca del equilibrio*, Fundación Mexicana para la Salud, México.

Nigenda Gustavo - Frenk Julio - Robledo Cecilia - Vásquez Luis A. - Ramírez Catalina (1990), *Los sistemas locales de salud y el mercado de trabajo médico: resultados de un estudio de preferencias de ubicación geográfica de los médicos urbanos de México*, "Educación Médica y Salud", Organización Panamericana de la Salud, vol. 24, n. 2, abril-junio 1990, pp. 115-135.

Nigenda Gustavo - Lánger Ana (editores) (1995), *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Nigenda Gustavo - López Mariana - Matarrazo Cecilia - Juárez Clara (2007), *La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano*, "Salud Pública de México", vol. XLIX, n. 4, julio-agosto 2007, pp. 286-294.

Noriega Mariano - Cruz Adriana - Garduño María (2004), *Aportes de la medicina social a la salud en el trabajo*, "Salud Problema", n. 17, 2004, pp. 47-56.

Ocaranza Fernando (1934), *Historia de la medicina en México*, Midy, México.

Ojeda Norma (1999), *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*, El Colegio de la Frontera Norte, México.

Olavarrieta Marcela (1992), *Magia en los Tuxtlas, Veracruz*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Olvera Tonantzin - Barragán Anabella - Olvera Romualdo (2001), *La tuberculosis pulmonar en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Un enfoque antropológico*, "Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias", vol. XIV, n. 2, abril-junio 2001, pp. 99-104.

O´Nell Carl - Selby Henry (1968), *Sex differences in the incidence of susto in two Zapotec pueblos: An analysis of the relationships between sex-role expectations and folkillnes*, "Ethnology", n. 7, 1968, pp. 95-105.

Organización Panamericana de la Salud (1978), *Bibliografía seleccionada en antropología médica para los profesionales de la salud en las Américas*, Oficina de Campo - Frontera Norte, Texas, Estados Unidos.

Organización Panamericana de la Salud (1998), *Situación de salud de los pueblos indígenas de México. Documento Ops/Hsp/Hso/98*, Organización Panamericana de la Salud - Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 466 25/10/2011, 9.03

Organización Panamericana de la Salud (1994), *México y Bolivia. Una experiencia en el trabajo con parteras tradicionales: proyecto de cooperación étnica entre países*, Organización Panamericana de la Salud, México.

Ortega Judith (1987), *Henequén y salud*, Universidad Autónoma de Yucatán, México.

Ortega Judith (1999), *Proceso Reproductivo Femenino: saberes, géneros y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*, Tesis de doctorado en antropología, El Colegio de Michoacán, México.

Ortega Judith - Hoil Jolly - Lendechy Angel (1999), *Proceso reproductivo femenino: género, representaciones y actores sociales. Una reflexión desde el contexto yucateco en Género y salud en el Sureste de México*, 2 vols., El Colegio de la Frontera sur - Fondo de población de las naciones unidad - Consejo estatal de población, México.

Ortega Judith - Andueza Guadalupe - Hoil Jolly - Santana Andrés (2001), *Salud-enfermedad reproductiva: una aproximación a los derechos reproductivos de Yucatán*, "Revista Biomédica", vol. XII, n. 1, enero-marzo 2001, pp. 35-45.

Ortega Judith - Rodríguez Elsa - Ulcab Francisco (2003a), *Las muertes maternas en Yucatán: un llamado a la investigación-acción*, "Revista Biomédica", vol. XIV, n. 3, julio-septiembre 2003, pp. 213-214.

Ortega Judith - Tuñón Esperanza (2003b), *Representaciones genéricas de la sexualidad entre adolescentes del sureste de México*, "GénEros", vol. XI, n. 31, octubre 2003, pp. 47-53.

Ortega Judith - Puerto Marilyn (editoras) (2004*), Investigación y salud en la región sureste de México*, Universidad Autónoma de Yucatán, México.

Ortiz de Montellano Bernardo (1978), *The scientific basis for aztec treatment of wounds*, "Estudios Sobre Etnobotánica y Antropología Médica", n. 3, 1978, pp. 145-154.

Ortiz - Quesada Federico (ed.) (1982), *Vida y muerte del mexicano*, 2 vols. Ed. Folios, México.

Ortiz Silvia (1977), *Espiritualismo en México ¿Quiénes y cuáles son los espiritualistas?*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Ortiz Silvia (1981), *Religiones creencias, organización e ideología*, Secretaria de Educación Pública, México.

Ortiz Silvia (1990), *Una religiosidad popular el Espiritualismo Trinitario Mariano*, Colección Científica, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Ortiz Silvia (coordinadora) (1999), *La medicina tradicional en el norte de México*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Ortiz Silvia - Lagarriga Isabel (2007), *Santería y Espiritualismo Trinitario Mariano. Interrelación e Imaginario ideológico en la Ciudad de México*, pp. 211-226, en Ramírez Juan L. (compilador), *Enfermedad y Religión. Un juego de miradas sobre el vínculo de la metáfora entre lo mórbido y lo religioso*, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Ortiz Víctor M. - Tinat Karine (2009), *El caso D. Lo errante y aberrante de un cuerpo anoréxico*, "Relaciones", vol. XXX, n. 117, invierno 2009, pp. 83-129.

Osorio Rosa María (1990), *Evaluación antropológica de un programa integrado de nutrición y atención primaria*, pp. 199-213, en Menéndez Eduardo L. - García Eduardo L. (coordinadores), *Prácticas populares, ideología médica y participación social aportes sobre antropología médica en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Osorio Rosa María (1992), *Usos, funciones y consecuencias de la alcoholización. El alcohol como instrumento de las relaciones familiares*, pp. 21-41, en Menéndez Eduardo L. (editor), *Prácticas e ideologías "Científicas" y "Populares" respecto del "Alcohol" en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Osorio Rosa María (1993), *Sistemas de saberes y prácticas de atención a determinados padecimientos gastrointestinales. El rol materno en la carrera curativa*, pp. 294-309, en Denman Catalina A. - Mercado Francisco J. - Escobar Agustín - Infante Claudia - Robles Leticia. (coordinadores), *Familia salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Universidad de Guadalajara - Instituto Nacional de Salud Pública - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Colegio de Sonora, México.

Osorio Rosa María (1994), *La cultura médica materna y la salud infantil: síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia*, Tesis de maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 467 25/10/2011, 9.03

Osorio Rosa María (1995), *La cultura médica materna en la atención de la salud materno-infantil*, pp. 45-54, en Pérez Gil Sara E. - Ramírez Juan C.- Ravelo Patricia (coordinadores), *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, México.

Osorio Rosa María (1999), *Antropología médica y antropología de género: convergencias posibles y necesarias*, "Ankulegi. Revista de Antropología Social", número temático: *Antropología feminista. Desafíos teóricos y metodológicos*, Instituto Vasco de la Mujer. Donostia, País Vasco.

Osorio Rosa María (2000), *No hay doctor que crea en estas enfermedades*, pp. 264-275, en Campos Navarro Roberto (compilador), *El empacho en la "medicina tradicional mexicana. Antología (Siglos XVI-XX)*, Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana, Instituto Nacional Indigenista, México.

Osorio Rosa María (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, Biblioteca de la medicina tradicional mexicana, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Osorio Rosa María (2002), *La estructura de autoatención y la cultura médica popular. Un análisis de los saberes maternos y las relaciones de hegemonía y subalternidad*, en *Memorias del Congreso de Antropología*, Instituto Catalán de Antropología, Barcelona, España.

Osorio Rosa María (2004), *La construcción cultural de los procesos reproductivos: cambio y continuidad en los saberes maternos. Informe técnico de investigación*, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Osorio Rosa María (2005), *La reproducción medicalizada. Cambios en la atención al embarazo y el parto en una comunidad suburbana de la Ciudad de México*, pp. 81-99, en Esteban Mari L. - Pallares Joan (coordinadores), *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*, Fundación Al Monte - Federación de Asociaciones de Antropología del estado Español - Asociación Andaluza de Antropología, Sevilla, España.

Osorio Rosa María (2006a), *Los múltiples caminos del itinerario terapéutico en los padecimientos infantiles. Un análisis de los condicionantes de la trayectoria de atención en México*, pp. 781-787, *XXVIII Convegno Internazionale di Americanistica*, *Perugia, Italia 3-7 maggio 2006*, en "Quaderni di Thule. Rivista italiana di studi americanistici", vol. VI, mayo 2006, Argo, Lecce.

Osorio Rosa María (2006b), *¿Te atiendes en casa o mejor te vas al hospital? Condicionantes de la forma de atención al parto en una localidad suburbana de la Ciudad de México*, pp. 853-860 en *Actas del XXVIII. Convegno Internazionale di Americanistica*, *Mérida, México 25-29 octubre 2006*, en "Quaderni di Thule. Rivista italiana di studi americanistici", vol. VI, octubre 2006, Argo, Lecce.

Osorio Rosa María (2007), *La trayectoria de atención en las enfermedades infantiles. Una puesta en escena de las representaciones y prácticas sociales*, pp. 151-137, en Esteban Mari L. (editor), *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Ed. Osalde - Asociación por el derecho a la salud - Osasun Publikoaren, Bilbao.

Osorio Rosa María (2008), *Partecipazione sociale e salute in una comunità messicana. Un approccio qualitativo al capitale sociale*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 21-26, octubre 2008, pp. 261-283.

Osorio Rosa María (2010), *Construyendo puentes y abriendo caminos. La cultura médica materna como vía de aproximación a la Epidemiología Sociocultural*, pp. 209-239, en Haro Jesús (editor), *El planteamiento de una Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances*, Lugar Editorial. Buenos Aires.

Page Jaime T. (1996), *Religión y política en el consumo de prácticas médicas en una comunidad tzotzil (estudio de caso)*, Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas, México.

Page Jaime T. (1998), *La medicina Tzotzil en el complejo de la interrelación entre las medicinas: un acercamiento*, "Quehacer Científico en Chiapas", vol. I, n. 2, 1998, pp. 72-82.

Page Jaime T. (2002a), *Curandería tzotzil y procesos de formación, iniciación y de trabajo de sus practicantes*, Tesis de doctorado en antropología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Page Jaime T. (2002b), *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas, 1857-1995*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 468 25/10/2011, 9.03

Page Jaime T. (2005a), *El mandato de los dioses: medicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó Chiapas*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Page Jaime T. (2005b), *The myth of creation and health in San Juan Chamula*, "Voices of Mexico", n. 72, julio-septiembre 2005, pp. 41-48.

Page Jaime T. (2006), *Ayudando a Salvar: Biografía del j'ilol Antonio Vázquez Jiménez*, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste - Instituto de Investigaciones Antropológicas - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Page Jaime T. (editor) (2002), *Ayudando a sanar: biografía del J'ilol Antonio Vázquez Jiménez*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Palacios Patricia (1986), *Conocimientos y prácticas médicas en una comunidad campesina*, Centro de Estudios Antropológicos - Universidad Autónoma de Querétaro. México.

Palacios José (2009), *Espiritualidad, inversión del estigma y transformación del sujeto: una comunidad de Alcohólicos anónimos en el norte de México*, "Desacatos" n. 29, enero-abril 2009, pp. 47-68.

Parcero María L. (1992), *Condiciones de la mujer en México durante el siglo XIX*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Paulo Alfredo (2007), *Estructura familiar de los preescolares con déficit nutricional en Hueyapan, comunidad nahua del Estado de Morelos*, "Laborat-acta", vol. XIX, n. 3, julio-septiembre 2007, pp. 83-88.

Paulo Alfredo - Venegas Rose M. (2009), *Análisis interdisciplinario de la chipilés. Síndrome de filiación cultural que afecta a la niñez, en Tetelcingo, Morelos*, "Laborat-acta", vol. XXI, n. 4, octubre-diciembre 2009, pp. 85-90.

Peláez Ingris (2008), *Percepción de riesgo, trayectoria de enfermedad e impacto socio-cultural de familias con casos múltiples de espondilitis anquilosante*, Tesis de doctorado en Antropología, Facultad de Filosofía y Letras - Instituto de Investigaciones Antropológicas - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Peláez Manuel (2003), *Médicos mexicanos. Semblanza del doctor Manuel Peláez Cebrián*, "Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina", vol. VI, n. 2, 2003, pp. 32-34.

Peña Edith Y. (2003), *Los entornos y las sexualidades de las personas con discapacidad*, Ediciones Edufam - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Peña Edith Y. - Hernández Lilia - Ortiz Francisco (coordinadores) (2009), *La construcción de las sexualidades*, Memorias de la IV Semana Cultural de la Diversidad Sexual, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Pérez Gil Sara E. (1984), *Validación de indicadores socioeconómicos en los estudios nutricionales*, Tesis de licenciatura en sociología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Pérez Gil Sara E. - YSUNZA Alberto (1992), *Educación popular comunitaria y salud*, "Revista Consejo Nacional al fomento educativo: Educación y Cultura", n. 5, enero-marzo 1992, pp. 20-25.

Pérez Gil Sara E. - Ramírez Juan C. - Ravelo Patricia (coordinadores) (1995), *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en Méxic*o, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, México.

Pérez Gil Sara E. - Ravelo Patricia (coordinadores) (2004), *Voces Disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género*, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Pérez Quijada Juan (1991), *Medicina tradicional en Oaxaca*, en Castellanos Alicia (editora), *Sociedad etnia en Oaxaca*, Instituto Nacional de Antropología e Historia - Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Pérez Quijada Juan (1993), *Las tradiciones del chamanismo mazateco Trances de posesión*, "Anales de Antropología", vol. XXX, 1993, pp. 351-358.

Pérez Tamayo Ruy (1985), *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*, Ed. Siglo XXI, México.

Peña Patricia M. (1994), *Estrategias de madres mazahuas en relación a su percepción a la primera causa de muerte infantil: aire del señor de la tierra*, Tesis de licenciatura en antropología social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 469 25/10/2011, 9.03

Peña Patricia M. (2006), *Mortalidad infantil y brujería: el caso de una etnia mazahua*, Tesis de doctorado en antropología social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

Pitt Rivers Julian A. (2004 [1970]), *Spiritual power in Central America. The naguals of Chiapas*, pp. 183-205, en Douglas Mary (editor), *Witchcraft, confessions and accusation*, Routledge, London.

Ponce Patricia (1993), *La morada de Xochiquetzal: un estudio de caso sobre la sexualidad en el campo veracruzano*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Golfo, México.

Ponce Patricia (1994), *Amazonas apasionadas*, Documentación y estudios de mujeres, México.

Ponce Patricia (2000), *Trabalho poder e sexualidade: historias valoracoes e percepcoes femeninas. Um estudo de caso da costa veracruzana, México*, Universidade Estadual de Campiñas, Brasil.

Ponce Patricia (2001), *Género sexualidades y Sida*, "Salud Pública", vol. II, n. 2, 2001.

Ponce Patricia (2002), Sueños *de transgresión. Historias femeninas: Trabajo, amor y placer en un rincón del agro veracruzano*, Instituto Veracruzano de la Cultura - Secretaría de Educación y Cultura en Xalapa, Veracruz.

Ponce Patricia (2006), *Sexualidades costeñas. Un pueblo veracruzano entre el rió y la mar*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Ponce Patricia (compiladora) (2005), *Algunas enfermedades. Remedios y tratamientos terapéuticos en el México del siglo XIX*, Universidad Iberoamericana, México.

Porras Eugeni (1998), *Guarojio warijo de Chihuahua*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Pozas Ricardo (1977), *Chamula*, 2 vols. Instituto Nacional Indigenista, México.

Quattrocchi Patrizia - Güémez Miguel (2007), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Asociación de Investigaciones Etnoantropológicas y Sociales de Trieste - Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades - Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán - Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, delegación Yucatán, Universidad autónoma de Yucatán, México.

Quezada Noemí (1996 [1975]), Amor *y magia amorosa entre los aztecas. Supervivencia en el México colonial*, Instituto de Investigaciones Antropológicas -Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Ramírez Axel (1979), *Bibliografía comentada de la medicina tradicional mexicana (1900-1978)*, Instituto Mexicano de Plantas Medicinales, México.

Ramírez Josefina (1998), *En torno a la percepción social que un grupo de obreras de la industria metalmecánica tiene acerca de sus procesos enfermantes*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudio Superiores en Antropología Social, México.

Ramírez Josefina (2003), *El estrés de las telefonistas, ¿Amenaza o desafío?*, "Desacatos", n. 11, primavera 2003, pp. 36-58.

Ramírez Josefina (2005a), *Representaciones del estrés y su invisibilidad para la atención*, "Revista Cuicuilco", vol. XII, n. 33, 2005, pp. 27-60.

Ramírez Josefina (2005b), *Autoatención a la salud en el medio laboral. La perspectiva de las operadoras telefónicas, a propósito del estudio del estrés*, *Primer Congreso Latinoamericano de Antropología*, Universidad de Rosario, Argentina.

Ramírez Josefina (2005c), *Una voz educada y amable. Regulación de las emociones en el trabajo, Primer Congreso Latinoamericano de Antropología*, Universidad Nacional de Rosario y Escuela de Antropología, Argentina.

Ramírez Josefina (2005d), *El estudio del estrés. Un modelo para armar*, en "Estudios de Antropología Biológica", vol. XII, 2005, pp. 497-520.

Ramírez Josefina (2010), *El estrés como metáfora. Estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas*, Colección Científica. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Ramírez Juan L. (compilador) (2007), *Enfermedad y Religión. Un juego de miradas sobre el vínculo de la metáfora entre lo mórbido y lo religioso*, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 470 25/10/2011, 9.03

Ramírez Juan C. (2005), *Madejas entreveradas. Masculinidad, violencia y poder*, Ed. Plaza y Valdés - Universidad de Guadalajara, México.

Ramírez Juan C. - Uribe Griselda (coordinadores) (2009), *Masculinidades. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres*. Ed. Plaza y Valdés, México.

Ramírez Martha A. (2000), *Hombres violentos. representaciones y prácticas masculinas sobre el padecimiento y el ejercicio de la violencia conyugal*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en antropología Social, México.

Ramírez Martha A. (2002), *Hombres Violentos. Un estudio antropológico de la violencia masculina*, Ed. Plaza y Valdés - Instituto Jalisciense de las Mujeres, México.

Ramírez Raquel M. (2010), *Seguro popular de salud y atención a la infancia en el tercer nivel: relaciones entre políticas y prácticas*, Tesis de maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Ramos Alfredo (1942), *La alimentación en al campo y en los niños*, "América Indígena", n. 2, 1942, pp. 7-10.

Ramos Alfredo (1949), *El departamento de nutriología de la secretaría de salubridad y asistencia ante el estudio de la alimentación indígena en México, en Anales del II congreso indigenista*, Cuzco, Perú.

Rangel Gudelia - Hernández Mauricio (coordinadores) (2009), *Condiciones de salud en la frontera norte de México*, Ed. El Colegio de la frontera Norte - Secretaría de Salud - Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos - Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Ravelo Patricia (1985), *Patrones de consumo y construcción social del proceso de alcoholización en la percepción infantil*, Tesis de licenciatura en sociología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Ravelo Patricia (1986), *Aproximación a la discusión teórica para el estudio de la salud de las trabajadoras de la confección*, pp. 1-25, en *Primer coloquio sobre crisis, procesos de trabajo y clase obrera en el tema: "Proceso de trabajo y salud"*, México.

Ravelo Patricia (1998), *Representaciones sociales de los procesos de salud-enfermedad en obreras del vestido en la Ciudad de México*, Tesis de doctorado en sociología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Ravelo Patricia (2001), *Trabajo, enfermedad y resistencia entre costureras de la Ciudad de México: un estudio acerca de sus representaciones experiencias y subjetividad*, Secretaria del Trabajo y Previsión Social, México.

Ravelo Patricia (2002), *Estrategias y acciones de resistencia en torno de la violencia sexual*, "El Cotidiano", vol. IX, n. 16, noviembre-diciembre 2001, pp. 55-62.

Ravelo Patricia (2006), *Los cuerpos de la violencia fronteriza*, "Nómadas", n. 24, abril 2006, pp. 142-151.

Ravelo Patricia - Sánchez Sergio (1999), *Trabajo y salud en las maquiladoras de la Ciudad de Chihuahua*, "Iztapalapa", vol. XIX, n. 45, enero-junio 1999, pp. 155-168.

Ravelo Patricia - Sánchez Sergio (2001), *Trabajadores de la salud y neoliberalismo (Episodios de movilización en el Imss)*, "El Cotidiano", vol. XVII, n. 107, mayo-junio 2001, pp. 35-46.

Reartes Diana (1998), *La planificación familiar en el primer nivel de atención: una aproximación antropológica a las representaciones y prácticas médicas*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Reartes Diana (2005), *La infección por el virus del papiloma humano: conflictividades, miedos y ambivalencias. Un estudio con parejas y médicos en un hospital del 3er. nivel de atención en la Ciudad de México*, Tesis de doctorado en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Redfield Robert (1928), *Remedial plants of Tepoztlan: a Mexican Folk. Herbal*, "Journal of the Washington Academy of Science", vol. XVM, n. 8, abril 1928, pp. 216-226.

Redfield Robert (1930), *Tepoztlan, a Mexican village. A study of folk life*, University of Chicago Press, Chicago.

Redfield Robert (1941), *The folk culture of Yucatan*, The University of Chicago Press, Chicago.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 471 25/10/2011, 9.03

Redfield Robert - Park Margaret (1940), *Disease and its treatment in Dzitas, Yucatan*, Carnegie Institution, Washington.

Redfield Robert - Villa Rojas Alfonso (1934), *Chan Kom. A Maya village*, Carnegie Institution, Washington.

Reyes Laureano (1995a), *Mixes*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Reyes Laureano (1995b), *Antropología de un volcán. Migración y nutrición de comunidades Zoques. A diez años de la erupción del Chichonal*, Tesis de maestría en antropología social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Reyes Laureano (1998), *Los Zoques del Volcán*, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

Reyes Laureano (1999), *Los Zoques de Chiapas: salud, enfermedad y atención en la vejes*, Tesis de doctorado en ciencias sociales, El Colegio del la Frontera Norte, México.

Reyes G. Laureano (2004), *Envejecer en Chiapas: Etnogerontología zoque*, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste - Instituto de Investigaciones Antropológicas - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Risse Guenter B. (1979), *Historia de la medicina en los Eeuu. Nuevos enfoques de investigación y enseñanza*, "Boletín de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina", n. 28, 1979, pp. 113-127.

Rivas Marta - Amuchástegui Ana (1999), *Reflexiones: la construcción de la noción de derechos reproductivos entre mujeres mexicanas, el caso del Distrito Federal*, El Colegio de México, México.

Rivera Ana G. (2005), *Caracterización de los procesos que intervienen en la satisfacción de la atención entre usuarios y trabajadores en la atención de salud*, Tesis de maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Robinson Dow F. (1961), *Textos de medicina náhuatl*, "América Indígena", n. 21, 1961, pp. 345-353.

Robles Roberto (1959), *El programa de salud*, "Acción Indigenista", n. 68, 1959.

Robles Leticia (1990), *Las relaciones padres-hijos y la enfermedad*, Universidad de Guadalajara, México.

Robles Leticia (2001), *El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento*, "Estudios Demográficos y Urbanos", vol. XVI, n. 3, septiembre-diciembre 2001, pp. 561-584.

Robles Leticia (2002), *Del amor al trabajo. La invisibilidad del ciudadano a los enfermos crónicos*, Tesis de doctorado en ciencias sociales, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Universidad de Guadalajara, México.

Robles Leticia (2003), *Doble o triple jornada: el cuidado de enfermos crónicos*, "Estudios del Hombre", n. 17, 2003, pp. 75-99.

Robles Leticia (2004), *El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de Autoatención*, "Cadernos de Saúde Pública", vol. 20 n. 2, mazo-abril 2004, pp. 618-625.

Robles Leticia (2005), *La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social*, "Papeles de Población", vol. XI, n. 45, julio-septiembre 2005, pp. 49-69.

Robles Leticia (2006), *La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas Políticas*, "Revista Relaciones", vol. XXVII, n. 105, 2006, pp. 141-175.

Robles Leticia (2007), *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*, Universidad de Guadalajara - Centro Universitario de Ciencias de la Salud, México.

Robles Leticia (2007), *La pobreza urbana. ¿Cómo sobrevivir enfermo y pobre?*, pp. 67-100, en Arias Patricia - Woo Ofelia (editoras), *¿Campo o ciudad? Nuevos espacios y formas de vida*, Universidad de Guadalajara, México.

Robles Leticia - Vázquez Felipe - Reyes Laureano - Orozco Imelda (2006), *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*, Colegio de la Frontera Norte - Ed. Plaza y Valdés, México.

Robles Roberto (1959), *El programa de salud*, "Acción Indigenista", n. 68, 1959.

Robles Roberto (1960), *La expectación de vida en las regiones indígenas*, (Manuscrito), Biblioteca del Instituto Nacional Indigenista, México.

Rodríguez Gabriela (2002), *El aborto*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 472 25/10/2011, 9.03

Rodríguez Gabriela - Mesa Alicia (2004), *Fundamentos internacionales en torno a los derechos sexuales de jóvenes*, "Perinatología y Reproducción Humana", vol. 18, n. 1, enero-marzo 2004, pp. 10-22.

Rodríguez Gabriela - De Keijzer Benno (2002), *La noche se hizo para los hombres: sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinos y campesinas*, Libros para todos - Population Council, México.

Rodríguez Gabriela - Carbajal María L. - Marcelo Alejandro (2006), *Mediación comunitaria: conflictos en el escenario social urbano: conflictos en la comunidad, conflictos públicos, conflictos interculturales, enfoques y abordajes*, Editorial Universidad, Buenos Aires.

Rodríguez Beatriz E. (1991), *La carrera del enfermo en el Valle de Culiacán: análisis del grupo indigena Triqui*, Tesis de maestría en ciencias sociales, Ed. Autor - Universidad de Sonora - Colegio de Sonora, México.

Rojas Raúl (1982), *Capitalismo y enfermedad*, Ed. Folios, México.

Román Rosario - Denman Catalina A. (coordinadores) (1992), *Número especial sobre salud y sociedad en Sonora*, "Estudios Sociales", vol. III, n. 5, enero-junio 1992.

Romero Álvarez Humberto (1975), *Salud sin fronteras*, Asociación Fronteriza Mexicana - Estadounidense de Salud, México.

Romero Josefina (1986), *Procesos de producción y patrones de desgaste en las obreras de la industria maquiladora*, Tesis de maestría en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Romero Laura E. (2003), *Casilda Valdivia Ramírez, Tepopova, La que hace limpias*, pp. 85-105, en Fagetti Antonella (compiladora), *Los que saben. Testimonios de vida de los médicos tradicionales de la región de Tehuacán*, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades - Benemérita Universidad de Puebla - Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

Romero Laura E. (2006a), *Cosmovisión, cuerpo y enfermedad: el espanto entre los nahuas de Tlacotepec de Díaz, Puebla*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Romero Laura E. (2006b), *Saber ver, saber soñar: el proceso de iniciación y aprendizaje de los curanderos nahuas de San Sebastián Tlacotepec, Puebla*, Tesis, maestría en estudios mesoamericanos, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Romero Laura E. (2008), *La noción de persona. La cosmovisión de los nahuas de la Sierra Negra de Puebla*, "Arqueología Mexicana", vol. XVI, n. 91, mayo-junio 2008, pp. 62-65.

Ronzón Zoraida (2003), *La concepción de la vejez en el discurso intergeneracional*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Ruz Arthur J. (1967), *El susto en Hispanoamérica*, "América Indígena", n. 27, 1967, pp. 69-90.

Ruz Mario H. (1983), *Médicos y doctores; enfermedad y cultura en dos comunidades tojolabales*, pp. 183-194, en Ruz Mario H. (editor), *Los legítimos hombres. Aproximación antropológica al grupo tojolabal*, vol. III, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Ruz Mario H. (2006), *Lo splendore della tradizione. Tracce mediche tra i Maya contemporanei*, "Thule. Rivista italiana di studi americanistici" (Perugia) (numero monografico: *Questioni di antropologia medica nelle Americhe, 2)*, n. 20-21, abril-octubre 2006, pp. 151-179.

Ruíz Alfonso (2006), *Trabajo de campo y antropología médica*, pp. 131-143, en Aguirre Enrique - Izquierdo Teresa (editores), *La Medicina tradicional en el contexto de la Antropología Médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Ruíz Teresita de Jesús (2000), *Ser curandero en Uruapan*, El Colegio de Michoacán, México.

Rubel Arthur J. - O´Nell Carl - Collado Rolando (1989), *Susto, una enfermedad popular*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.

Ryesky Diana (1976), *Conceptos tradicionales de la medicina en un pueblo mexicano*, Secretaria de Educación Pública - Setentas, México.

Sahagún Bernardino De (1956 [1938]) *Historia general de las cosas de la Nueva España*, Ed. Porrúa, 4 vols., México.

Salas Monserrat (1998), *Flojita, flojita. etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 473 25/10/2011, 9.03

Salas Monserrat (2001), *Calidad de la atención con perspectiva de género: aportes desde la sociedad civil*, Salud Integral para la Mujer - Ed. Plaza y Valdés, México.

Salas Monserrat - Torres José L. (2004), *La salud sexual y reproductiva en el Distrito Federal: un ejercicio de corresponsabilidad entre el gobierno y la sociedad civil*, Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal - Ed. Plaza y Valdés, México.

Sanchez Flor (2001), *¿Quién atiende a las mujeres maltratadas?*, "Tramas: subjetividad y procesos sociales", n. 17, 2001, pp. 51-68.

Sánchez Oscar (2008), *Cuerpo, ch´ulel y Lab. Elementos de la configuración de la persona tzeltal en Yajalon, Chiapas*, "Revista de Pueblos y Fronteras Digital", n. 4, diciembre-mayo 2007-2008.

Sánchez Oscar (2009), *Los avatares chamánicos, técnicas de pulsación y diagnostico de las enfermedades tzeltales*, en Fagetti Antonella (editora), *El chamanismo en la actualidad de México contemporáneo*, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México.

Sánchez José R. (1994), *El santo oficio acusa a Pablo Lugo de blasfemia y no asistir a misa*, Instituto Veracruzano de Cultura, México.

Sánchez José R. (1997), *Cólera, balance y perspectivas*, Instituto Veracruzano de Cultura, México.

Sánchez Alejandra (2007), *Procesos de re-socialización en un grupo de Alcohólicos Anónimos y su papel en el control del alcoholismo*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Sandoval Erica M.(2006), *En diálogo con el propio cuerpo: la experiencia de la transexualidad en sujetos que habitan en la Ciudad de México*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Saucedo Irma (1993), *Las Ong's de mujeres en México*, "Fem", vol. XVII, n. 126, agosto 1993, pp. 10-13.

Saucedo Irma (1998), *Comentarios al documento Nuevos entramados: familia, salud y organizaciones de mujeres*, pp. 267-271, en Figueroa Juan - G. (compilador), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México.

Saucedo Irma (1999), *La experiencia de la Ong en el trabajo sobre violencia sexual y doméstica*, pp. 75-95, en González Soledad (coordinadora), *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, El Colegio de México, México.

Saucedo Irma (2002), *Violencia doméstica: modelo de intervención en Unidades de Salud*, Banco interamericano de desarrollo - El Colegio de México - Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer - Programa Salud Reproductiva y Sociedad, México.

Saunders Lyle (1954), *Culture difference and medical care: the case of the Spanish-speaking people of the southwest*, Russell Sage Foundation, Nueva York.

Sheffler Lilian (1977), *Medicina folk y cambio social en un pueblo náhuatl del valle de Tlaxcala*, "Boletín de Investigaciones de las Tradiciones Populares", 1977.

Schendel Gordon (1968), *Medicine in Mexico. From Aztec herbs to betatrums*, University of Texas Press, Austin.

Secretaría de Salud (1992), *Manual de la partera tradicional*, Secretaría de Salud, México.

Secretaría de Salud (1994), *El perfil de la partera tradicional en México*, Secretaría de Salud, México.

Seminario - Taller Identidad Masculina, Sexualidad y Salud Reproductiva: 1997, Ciudad de México (2001), *Memorias del seminario-taller Identidad masculina sexualidad y salud reproductiva*, El Colegio de México - Programa Salud Reproductiva y Sociedad, México.

Sentíes Yolanda - Herrera Fernando - Álvarez Diana L. - Gutiérrez Isaías D. (1994), *El perfil de la partera tradicional en México*, Organización Panamericana de la Salud - Secretaría de Salud - Organización Panamericana de la Salud, México.

Sepúlveda Bernardo (1960), *Propósitos de la medicina en la seguridad social*, pp. 95-101, en Del Pozo Efrén - C. (coordinador), *Problemas del ejercicio profesional*, Academia Nacional de Medicina, México.

Sepúlveda María T. (1988), *La medicina entre los purépecha prehispánicos*, Instituto de Investigaciones Antropológicas - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 474 25/10/2011, 9.03

Sereno José A. (1982), *Daño fetal en el embarazo de mujer alcohólica*, pp. 159-164, en Molina Valentín - Sánchez Luis (coordinadores), *El alcoholismo en México*, vol. I. *Patología*, Fundación de Investigaciones Sociales, México.

Sesia Paola (editora) (1983), *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*, Centro de Investigaciones Superiores en Antropología Social, México.

Sesia Paola (1994), *Chatitos*, Instituto Nacional Indigenista - Secretaría de Desarrollo Social, México.

Sesia Paola (1999), *Los padecimientos gastrointestinales entre los Chinantecos en Oaxaca: aspectos denotativos y connotativos del modelo etnomédico*, "Alteridades", vol. IX, n. 17, enero-junio 1999, pp. 71-84.

Sesia Paola (editora) (2002), *Confronting neoliberalism: food security and nutrition among indigenous coffee-growers in Oaxaca-Mexico*, Tesis de doctorado, Universidad de Arizona, Tucson, Usa.

Sesia Paola - Reina Felipe (1994), *Tés, aguas de tiempo y otros remedios: plantas medicinales para el tratamiento de la diarrea y la disentería en la región Chinanteca de Oaxaca*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Sesia Paola - Chávez Claudia - Ruiz Karla - Entella Adriana (2007), *Violencia y mortalidad materna en contextos indígenas de Oaxaca: una mirada etnográfica"*, "GénEros", vol. XIV, n. 1, marzo-agosto 2007, pp. 53-83.

Serna Jacinto De La - Ponce De León Pedro - Feria Pedro De (1953), *Tratado de las idolatrías, supersticiones, dioses, ritos, hechicerías y otras costumbres gentílicas de las razas aborígenes de México*, Ed. Fuente cultural, México.

Signorini Italo (1979), *Los Huaves de San Mateo del Mar*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Signorini Italo - Lupo Alessandro (1989), *Los tres ejes de la vida. Almas, cuerpo, enfermedad entre los Nahuas de la Sierra de Puebla*, Universidad Veracruzana, Xalapa, México.

Silver Daniel B. (1966), *Enfermedad y curación en Zinacantán. Esquema provisional*, en Vogt Evon - Z. (editor), *Los Zinacantecos: un pueblo tzotzil de los altos de Chiapas*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Simoni Joseph J. - Vargas Luis A. - Casillas Leticia E. (1983), *Merolicos y educación de salud*, "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana", vol. 94, n. 5, pp. 461-472, publicado en inglés como *Merolicos and health education*, "Bulletin of the Pan American Health Organization", vol. 17, n. 1, mayo 1983, pp. 4-13.

Solís Gonzalo (2003), *Modelo Intercultural de atención a la salud con los pueblos indígenas de México: una perspectiva de equidad y democracia*, H. Cámara de Diputados LVIII Legislatura, México.

Somolinos Germán (1961a), *La viruela en Nueva España*, "Gaceta Médica de México" vol. XCI, 1961, pp. 1015-1024.

Somolinos Germán (1961b), *Las epidemias en México durante el siglo XVI*, "Symposium", n. 9, 1961, pp. 138-143.

Somolinos Germán (1966), *La fusión médica cultural indoeuropea*, "Médica Nacional", n. 2, 1966, pp. 9-20.

Somolinos Germán (1970), *La epidemia de cocoliztli de 1545, señalada en un códice*, "Tribuna Médica", vol. XV, 1970, pp. 15-85.

Somolinos Germán (1978), *Historia de la medicina*, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, México.

Somolinos Germán (1979), *Capitulo de historia médica IV. Relación de estudios de los impresos médicos mexicanos redactados y editados desde 1521 a 1618*, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, México.

Stern Claudio - García Elizabeth (1999), *Reflexiones: hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente*, El Colegio de México, México.

Stern Claudio (coordinador) (1995), *Reflexiones: prioridades de investigación y apoyo para proyectos en salud reproductiva*, El Colegio de México, México.

Stern Claudio (coordinador) (1996), *El papel del trabajo materno en la salud infantil. Contribuciones al debate desde las ciencias sociales*, The Population Council - El Colegio de México, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 475 25/10/2011, 9.03

Stern Claudio (coordinador) (2000), *Salud reproductiva y sociedad: resultados de investigación*, El Colegio de México - Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano - Programa Salud Reproductiva y Sociedad - Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México.

Stern Claudio - Guillermo Juan (coordinadores) (2001), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México.

Szasz Ivonne (1999), *Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja*, pp. 109-121, en Bronfman Mario - Castro Roberto (coordinadores), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Instituto Nacional de Salud Pública - Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México.

Szasz Ivonne - Lerner Susana (compiladoras) (1998), *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la respectiva de las ciencias sociales*, El Colegio de México - Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México.

Sullivan Thelma D. (1969), *Embarazo y parto: costumbres, supersticiones y técnicas prehispánicos de los aztecas y su supervivencia en México*, "Anuario Indigenista", vol. XXIX, 1969, pp. 285-293.

Tax Sol. (editor) (1956), *Heritage of conquest*, The Free Press, Glencoe.

Terres José (1976), *Reseña histórica del Instituto Médico Nacional*, pp. 113-122, en Viesca Carlos (editor), *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Metropolitano de Planificación, México.

Tetelboin Carolina (2003), *Lectura del Programa Nacional de Salud 2001-2006 en México*, "Argumentos: estudios críticos de la sociedad", n. 45, 2003, pp. 5-22.

Tetelboin Carolina (2004), *Treinta años de Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana. Pensando el futuro*, "Salud Problema", n. 17, 2004, pp. 7-9.

Tezoquipa Isabel - Arenas María L. - Valdéz Rosario (2001), *El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana*, "Revista Salud Pública", vol. XXXV, n. 5, 2001, pp. 443-450.

Thomas Norman D. (1974), *Envidia, brujería y organización ceremonial. Un pueblo zoque*, Secretaria de Educación Pública-Setentas, México.

Tinat Karine (2005), *Aproximación antropológica de las relaciones entre anorexia nerviosa y feminidad*, "Psicología Iberoamericana", vol. XII, n. 2, diciembre 2005, pp. 104-114.

Tinat Karine (2008a), *De jóvenes, cuerpos y alimentos: la reconstrucción de un itinerario de investigación*, "Estudios Sociológicos", vol. XXVI, n. 76, enero-abril 2008, pp. 179-196.

Tinat Karine (2008b), *¿Existen la "anorexia" y la "bulimia" en el medio rural? Nuevas representaciones y prácticas alimentarías y corporales entre los jóvenes de Patamban, Michoacán*, "Estudios Sociológicos", vol. XXVI, n. 78, septiembre-diciembre 2008, pp. 647-667.

Tinat Karine (2009), *La biografía ilusoria de Simone Beauvoir*, "Estudios Sociológicos", vol. XXVII, n. 81, septiembre-diciembre 2009, pp. 798-800.

Tinoco Rolando (2008-2012), *Sexualidad y salud reproductiva en los programas de educación y comunicación con pueblos indígenas*, Foro Nacional: Las políticas de Población en México, Programa Nacional de Población 2008-2012, Debates y propuestas.

Tranfo Luigi (1975), *Vida y magia en un pueblo Otomí del Mezquital*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Tranfo Luigi (1990 [1980]), *Vida y magia en un pueblo Otomí del Mezquital*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Torres Teresa M. (2007), *Imágenes y realidades sobre los profesionales en Ciencias de la Salud*, Ed. Amate, México.

Torres Teresa M. - Sandoval Manuel - Pando Manuel (2007), *Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México.* "Cadernos de Saúde Pública", vol. 21, n. 1, 2007, enero-febrero 2005, pp. 101-110.

Tousignant Michel (1978), *La femme dans la medicine traditionnelle mexicaine*, "Social Science & Medicine", vol. XII, 1978, pp. 215-218.

Ulate Jeannette - De Keijzer Benno (1985), *Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México*, "Nueva Antropología" vol. VII, n. 28, México, octubre 1985, pp. 153-176.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 476 25/10/2011, 9.03

Uribe Miguel - Mora Olga L. - Cortés Ana (2007), *Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental*, "Universitas Médica", vol. XLVIII. n. 3, julio-septiembre 2007, pp. 207-220.

Urrutia Elena (coordinadora) (1992), *Directorio de investigadoras sociales y programas de estudio e investigación sobre la mujer en América Latina y el Caribe*, El Colegio de México, México.

Valdéz Rosario (2008), *Encuesta de salud y derechos de las mujeres indígenas: Ensademi 2008*, Instituto Nacional de Salud Pública - Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

Valdéz Rosario - Sanin Luz H. (1996), *La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer*, "Salud Pública de México", vol. XXXVIII, n. 5, septiembre-octubre 1996, pp. 352-362.

Valdéz Rosario - Juárez Clara (1998), *Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México*, "Salud Mental", vol. XXI, n. 6, diciembre 1998, pp. 1-10.

Valdéz Rosario - Juárez Clara - Salgado V. Nelly - Agoff Carolina - Ávila Leticia - Hijar Marta C. (2006), *Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México*, "Salud Pública de México", vol. XLVIII, n. 2, 2006, pp. 250-258.

Vargas Luis A. (1976), *Relaciones médico-paciente y cultura*, pp. 32-36, en *Simposio Syntex*, México.

Vargas Luis A. (2002), *Una visión integral de la alimentación: cuerpo, mente y sociedad*, "Cuadernos de Nutrición", vol. XXV, n. 2, marzo-abril, 2002, pp. 88-92.

Vargas Luis A. (2006), *Anthropología y medicina. Una contribución para conciliar un doble recorrido*, "Thule. Rivista italiana di studi americanistici" (Perugia) (numero monografico: *Questioni di antropologia medica nelle Americhe, 2)*, n. 20-21, abril-octubre 2006, pp. 77-87.

Vargas Luis A. (2007), *Las leyes de la alimentación*, "Cuadernos de Nutrición", vol. XXX, n. 4, julio-agosto 2007, pp. 128-136.

Vargas Luis A. - Casillas Leticia E. (1989), *Medical Anthropology in Mexico*, "Social Science and Medicine", vol. 28, n. 12, enero 1989, pp. 1343-1349.

Vargas Luis A. - Casillas Leticia E. (1999), *Perspectiva antropológica de la participación comunitaria para la promoción de la salud*, pp. 131-145, en García Mariano (editor), *Salud comunitaria y promoción de la salud*, Instituto Canario de Estudios - Promoción Social y Sanitaria - Las Palmas de Gran Canaria, España.

Vázquez Luz M. - Vázquez Carlos E. (1994), *Biblio-Hemerografia sobre Antropología Médica (1900-1990)*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - Facultad de Medicina - Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina - Instituto de Investigaciones Antropológicas - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Vázquez Felipe (1999), *Hacia una cultura de la ancianidad y de la muerte en México*, "Papeles de Población", vol. V, n. 19, pp. 65-75.

Vázquez Felipe (2001), *La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida,* "Estudios Demográficos y Urbanos", vol. XVI, n. 3, septiembre-diciembre 2001, pp. 615-634.

Vázquez Felipe (2006), *Coloreando la vejez. Reflexiones y problemáticas*, "Altepepaktli: Salud de la Comunidad", vol. II, n. 4, septiembre 2006, pp. 38-44.

Vázquez Felipe (2008), *Migración, redes trasnacionales y envejecimiento*, en Montes De Oca Verónica - Molina Ahtziri - Ávalos Rosaura (editores), *Migración, redes trasnacionales y envejecimiento*, Universidad Nacional Autónoma de México - Instituto de Investigaciones Sociales - Gobierno de Guanajuato, México.

Vázquez Felipe (coordinador) (1999), *Las interacciones sociales y el proselitismo religioso en una ciudad periférica*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Vázquez Felipe (compilador) (2003), *Contando nuestros días: un estudio antropológico sobre la vejes, Centro* de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Velasco Rafael (1982), *Factores causales del alcoholismo*, pp. 25-39, en Molina Valentín - Sánchez Luis (coordinadores), *El alcoholismo en México,* vol. I. *Patología*, Fundación de Investigaciones Sociales, México.

Vélez Jorge C. (1996), *El nahualismo y los tapahtianil/nahualmej de Cuetzalan, Sierra Norte de Puebla*, "Revista Alteridades", n. 6, 1996, pp. 33-38.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 477 25/10/2011, 9.03

Velimirovic Boris - Velimirovic Helga (1978), *Examen global de la medicina tradicional y las personas que la ejercen en los servicios de salud*, pp. 193-207, en Velimirovic Boris (editor) (1978), *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Velimirovic Boris (editor) (1978), *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Ventura Joaquín (2005), *Cómo se vive la discapacidad causada por tracoma, un estudio de caso en el municipio de Oxchuc*, Tesis de maestría en antropología médica, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste, México.

Viesca Carlos (1982), *Hambrunas y epidemias en Anáhuac (1450-1454)*, vol. 1, pp. 157-169, en Florescano Enrique - Malvido Elsa (coordinadores), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, 2 vols., Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Viesca Carlos (2005), *Los antiguos códices y la medicina tradicional mexicana*, "Thule. Rivista italiana di studi americanistici" (Perugia) (numero monografico: *Questioni di antropologia medica nelle Americhe, 1)*, n. 18-19, abril-octubre 2005, pp. 55-73.

Viesca Carlos (editor) (1976), *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Metropolitano de Planificación, México.

Viesca Carlos - Vargas Luis (1984), *Estudios de antropología médica*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Villa Rojas Alfonso (1947), *Kinship and nagualism in a tzeltal community. Southeastern México*, "American Anthropologist", vol. 49, 1947, pp. 578-587.

Villa Rojas Alfonso (1955), *Adiestramiento de personal*, "América Indígena", vol. 15, 1955, pp. 306-316.

Villa Rojas Alfonso (1963), *El nagualismo como recurso de control social entre los grupos mayances de Chiapas, México*, "Estudios de cultura maya", vol. 3, 1963, pp. 243-260.

Villa Rojas Alfonso (1987 [1978]), *Los elegidos de Dios. Etnografía de los mayas de Quintana Roo*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Villa Rojas Alfonso (1990), *Etnografía tzeltal de Chiapas. Modalidades de una cosmovisión prehispánica*, Gobierno del estado de Chiapas - Consejo Estatal para el Fomento de la Investigación y Difusión de la Cultura, México.

Villalobos Humberto M. (2001), *¿Por qué la medicina alopática no es una medicina tradicional?*, "Revista de la Facultad de Medicina", vol. XLIV, n. 1, enero-febrero 2001, pp. 29-31.

Villalobos Humberto M. (2005), *La trinidad dialéctica de los antiguos nahuas representada en el cuerpo humano*, "Laborat-acta", vol. XVII, n. 2, abril-junio 2005, pp. 59-62.

Villalobos Humberto M. (2007), *Los trece cielos nahuas representados en el cuerpo humano*, "Revista de la Facultad de Medicina", vol. L, n. 4, julio-agosto 2007, pp. 169-173.

Villanueva María - Serrano Sánchez Carlos - Vera José L. (1999), *Cien años de antropología física en México: inventario bibliográfico*, Instituto de investigaciones antropológicas - Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Villaseñor Sergio J. (2001), *Los rituales terapéuticos con plantas psicotrópicas. El caso del cecectzin*, "Investigación en Salud", vol. III, n. 3, diciembre 2001, pp. 166-176.

Villaseñor Sergio J. (2008a), *Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana*, Universidad de Guadalajara, México.

Villaseñor Sergio J. (2008b), *Viento y agua: testimonios de un pueblo Nahua*, Universidad de Guadalajara, México.

Villaseñor Sergio J. - Aceves Martha P. - Reyes José R. - González Irma P. (2004), *La cultura y las enfermedades mentales*, "Revista Universidad de Guadalajara", n. 30, invierno 2004, [Revista en línea].

Villoro Luis (1950), *Los grandes momentos del indigenismo en México*, El Colegio de México, México.

Viqueira Carmen - Palerm Ángel (1954), *Alcoholismo, brujería y homicidio en dos comunidades rurales de México*, "América Indígena", n. 14, 1954, pp. 7-36.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 478 25/10/2011, 9.03

Vogt Evon Z. (1966), *Los h'iloletik:organización y funciones del chamanismo en Zinacantán*, pp. 113-128, en Vogt Evon Z. (editor), *Zinacantecos: un pueblo tzotzil de los Altos de Chiapas*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Vogt Evon Z. (1969), *Zinacantan: a maya community in the Highlands of Chiapas*, Harvard University Press, Cambridge.

Vogt Evon Z. (editor) (1966), *Los Zinacantecos: un pueblo tzotzil de los Altos de Chiapas*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Von Christine A. (2001), *La homeopatía como nueva respuesta a la salud pública en Baja California*, El colegio de la frontera norte, Tijuana, Baja California, México.

Von Christine A. - Metzger Duane G. (1997), *La percepción del riesgo ambiental del plomo: una comparación entre tres grupos en Tijuana, Baja California*, "Frontera norte", vol. 9, n. 17, enero-junio 1997, pp. 61-73.

Ysunza Alberto (1976), *Estudio bioantropológico del tratamiento del susto*, pp. 59-73, en Viesca Carlos (editor), *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto Metropolitano de Planificación, México.

Ysunza Alberto (1985), *Polarización alimentaria y nutricional de México: en ejemplo de desigualdad social*, "Nueva Antropología" vol. VII, n. 28, octubre 1985, pp. 29-50.

Ysunza Alberto (1987), *Consideraciones biosociales de la lactancia materna*, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México.

Ysunza Alberto (coordinador) (1996), *¿No que no?: una experiencia con promotores comunitarios de salud en Oaxaca*, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México.

Zárate Alberto (2000), *El saber que nunca sobra. Saber materno en la atención y cuidado del preescolar afectado por evento diarreico. Un estudio en una comunidad indígena de la sierra negra de Puebla. Mamá: neh tlayichtía*, Tesis de maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Zolla Carlos (2000-2001), *Agua cosmovisión y salud*, "Ciencias", n. 60-61, octubre-marzo 2001, pp. 142-1146.

Zolla Carlos (2005), *La medicina tradicional del México actual*, "Arqueología Mexicana", vol. XIII, n. 74, julio-agosto 2005, pp. 62-65.

Zolla Carlos (2008), *Antropología médica, salud y medicina en la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán*, en Báez Jorge F. (coordinador), *Memorial crítico: diálogos con la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán en el centenario de su natalicio*, Gobierno del Estado de Veracruz, Xalapa, Veracruz, México.

Zolla Carlos (director) (1994), *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Zolla Carlos - Del Bosque Sofía (coordinadores) (1987), *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social "Jesús Reyes Heroles", México.

Zolla Carlos - Zurita Maritza (1987), *Enfermedades dermatológicas en la medicina tradicional de México*, "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana", vol. 101, n. 4, octubre 1986.

Zolla Carlos - Del Bosque Sofía - Tascón Antonio (1988), *Medicina tradicional y enfermedad*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.

Zolla Carlos (Director) - Mellado Virginia - Mata Soledad (colaboradores) (1994), *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Zolla Carlos (Coordinador) - Eroza Enrique (1999), *El agua en la cosmovisión y terapéutica de los pueblos indígenas de México*, Instituto Nacional Indigenista, México.

Zúñiga Edith - Sánchez-Pérez Héctor J. - Orihuela David (2010), *De frente a la violencia familiar. Lineamientos y recomendaciones para su comprensión, prevención y apoyo a personas que viven esta condición*, Asociación Tech Palewi A.C. - El Colegio de la Frontera Sur - Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, México.

Zurrosa Omar (1985), *Salud y enfermedad en el grupo étnico Yaqui de Sonora y Sinaloa*. Tesis de licenciatura. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

15c-(Osserv) Biblio.pmd 479 25/10/2011, 9.03

Paulo Maya, Alfredo
Chamanismo, Etnoecología, Interculturalidad
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina
Facultad de Medicina – Universidad Nacional Autónoma de México
Sede: Palacio de Medicina. Brasil 33, Plaza de Santo Domingo.
Centro Histórico, Distrito Federal. México.
nahuamor@prodigy.net.mx

Peña Sánchez, Edith Yesenia
Salud reproductiva. Antropología de la sexualidad, Historia de las sexualidades
Dirección de Antropología Física
Instituto Nacional de Antropología e Historia
Reforma y Gandhi s/n Museo Nacional de Antropología, Col. Polanco, Distrito Federal, México.
yesenia_dafinah@yahoo.com.mx

Pérez-Gil Romo, Sara Elena
Salud comunitaria. Nutrición en poblaciones rurales. Género y nutrición.
Departamento de Estudios Experimentales Rurales
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga #15, colonia sección XVI, Tlalpan, C.P. 14000, Distrito Federal, México
sperezgil@quetzal.innsz.mx

Pérez Quijada, Juan
Medicina tradicional
Departamento de Antropología, en la Unidad Iztapalapa
Universidad Autónoma Metropolitana
Av. San Rafael Atlixco No. 186, Col. Vicentina, C.P. 09340 Del. Iztapalapa, Distrito Federal, México.
jupequi@hotmail.com

Ponce Jiménez, Martha Patricia,
Antropología, demografía, sexualidades
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, CIESAS-Unidad Golfo
Av. Encanto S/N, Esq. Antonio Nava Col. El Mirador, C.P. 91170, Xalapa, Veracruz, México
patponce@ciesas.edu.mx

P**orras Carrillo**, Eugeni
Medicina tradicional indígena – Chamanismo.
Centro Regional Nayarit
Instituto Nacional de Antropología e Historia
eugenipc@hotmail.com

Ramírez Solórzano, Martha Alida
Violencia de género. Políticas públicas y equidad de género.
Instituto Nacional de las Mujeres
Tacuba No. 76, 5 piso, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06020, México, Distrito Federal.
maramirez@inmujeres.gob.mx

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 489 25/10/2011, 9.04

Ramírez Rodríguez, Juan Carlos
Salud de la Mujer. Género y salud. Violencia, masculinidad y mortalidad.
Programa interdisciplinario de estudios de género – Departamento de Estudios Regionales.
Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas (CUCEA). Universidad de Guadalajara
Módulo M 3er. Piso, Periférico Norte 799, Módulo M, 2o. nivel, Núcleo Los Belenes. C.P. 45100 Zapopan, Jalisco, México – Apartado Postal 2-43 Guadalajara, Zapopan, Jalisco.
jucarlos@cucea.udg.mx

Ramírez Velázquez, Josefina Amparo
Salud ocupacional. Salud mental.
Posgrado de Antropología Física – Escuela Nacional de Antropología e Historia.
Instituto Nacional de Antropología e Historia.
Reforma y Gandhi s/n Museo Nacional de Antropología, Col. Polanco, Distrito Federal, México
josefinaram@hotmail.com

Ravelo Blancas, Patricia
Violencia y género. Feminicidios. Derechos humanos y salud.
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS-D.F.
Calle Juárez 87, Col. Tlalpan, Del. Tlalpan C.P. 14000, Distrito Federal, México
blancas1952@yahoo.com.mx

Reartes Peñafiel, Diana
Enfermedades de transmisión sexual (VPH; VIH-Sida). Población juvenil y sexualidad.
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS-Sureste
Carretera a San Juan Chamula Km. 3.5
Barrio la Quinta San Martín, C.P. 29247.
San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.
dlrp8@prodigy.net.mx

Reyes, Laureano
Etnogerontología. Procesos de envejecimiento y enfermedad.
Investigador del Centro de Estudios Indígenas
Universidad Autónoma de Chiapas

Robles Silva, Leticia
Enfermedades crónicas. Procesos de cuidado y atención a la enfermedad.
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Universidad de Guadalajara
Sierra Mojada No. 950, Col. Independencia C.P. 44348. Guadalajara, Jalisco, México.
lrobles@cucs.udg.mx

Ruiz Llanos, Adriana
Salud intercultural, ética y derechos humanos.
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina – Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
Sede: Palacio de Medicina. Brasil 33, Plaza de Santo Domingo.

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 490 25/10/2011, 9.04

Centro Histórico, Distrito Federal. México.
binajel@hotmail.com

Ruiz Méndez, Teresita de Jesús
Medicina Tradicional, curanderos,
Centro de Estudios Rurales
Colegio de Michoacán
Martínez Navarrete 505, col. Las fuentes, C.P. 59699, Michoacán, México

Salas Valenzuela, Monserrat
Salud reproductiva, alimentación infantil
Departamento de Estudios Experimentales Rurales
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
Vasco de Quiroga #15, colonia sección XVI, Tlalpan, C.P. 14000, Distrito Federal, México
monsesalas@gmail.com

Sánchez Jiménez, José
Antropología política y salud;
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – CIESAS-Golfo
Av. Encanto S/N, Esq. Antonio Nava Col. El Mirador, C.P. 91170, Xalapa, Veracruz, México
jsanchezj@gmail.com

Sánchez Pérez, Héctor Javier
Tuberculosis, pobreza y enfermedad. Violencia familiar, derechos humanos y salud. Efecto de agroquímicos en la salud humana.
Área Académica de Sociedad, Cultura y Salud.
Colegio de la Frontera Sur – Unidad San Cristóbal.
Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n, Barrio María Auxiliadora, C.P. 29290, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.
hsanchez@ecosur.mx

Saucedo, Irma
Cuerpo e identidad femenina, violencia domestica, salud y sexulidad.
Programa Salud Reproductiva y Sociedad
El Colegio de México
Camino Al Ajusco No. 20. Col. Pedregal de Santa Teresa. C.P. 10 740, Distrito Federal, México

Sesia, Paola
Salud reproductiva, mujeres y maternidad. Políticas públicas en salud y educación.
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – CIESAS-Pacífico Sur
Dr. Federico Ortiz Armengol 201, Fracc. La Luz la Resolana, Col. Reforma C.P. 68050 Oaxaca, México
sesia@ciesas.edu.mx

Telboin Henroin, Carolina
Salud laboral. Medicina Social
Maestría de Medicina Social. Departamento de atención a la salud.

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 491 25/10/2011, 9.04

Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco.
Calzada del Hueso 1100 Col. Villa Quietud Delegación Coyoacán, Distrito Federal, C.P. 04960, Distrito Federal, México
ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

Tinat, Karine
Sociología del cuerpo, alimentación, género y edad.
Centro de Estudios Sociológicos – Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
El Colegio de México
Camino Al Ajusco No. 20. Col. Pedregal de Santa Teresa. C.P. 10 740, Distrito Federal, México
ktinat@colmex.mx

Tinoco Ojanguren, Rolando
Alcoholismo y salud
Departamento de Estudios en Salud, Equidad y Desarrollo.
El Colegio de la Frontera Sur – Unidad San Cristóbal
Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n, Barrio María Auxiliadora, C.P. 29290, Chiapas, México
rtinoco@cisc.org.mx

Torres López, Teresa Margarita
Enfermedades crónicas. Diabetes. Acoso laboral. Metodología cualitativa.
Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Departamento de Salud Pública.
Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara
Sierra Mojada 950. Edificio N Planta alta. Colonia Independencia C.P. 44340. Guadalajara, México.
ttorres@cucs.udg.mx

Vargas Guadarrama, Luis Alberto
Antropología física. Antropología médica. Nutrición, Medicina tradicional.
Instituto de Investigaciones Antropológicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Circuito Exterior, Ciudad Universitaria, C.P. 04510, Distrito Federal, México
lavargas@servidor.unam.mx

Vázquez Palacios, Felipe
Antropología de la vejez y la muerte. Población indígena y campesina.
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. CIESAS-Golfo
Av. Encanto S/N, Esq. Antonio Nava Col. El Mirador, C.P. 91170, Xalapa, Veracruz, México
fevaz@ciesas.edu.mx

Vélez Cervantes, Jorge César
Medicina tradicional, Chamanismo,
Departamento de Antropología Social.
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.
Av. San Rafael Atlixco No. 186, Col. Vicentina, C.P. 09340 Del. Iztapalapa, Distrito Federal, México

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 492 25/10/2011, 9.04

Viesca Treviño, Carlos
Medicina tradicional. Historia de la medicina. Filosofía en la medicina. Bioética.
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina- Facultad de Medicina.
Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Medicina – Universidad Nacional Autónoma de México
Sede: Palacio de Medicina. Brasil 33, Plaza de Santo Domingo.
Centro Histórico, Distrito Federal. México.
Andreasviesca@yahoo.com.mx

Villalobos Villagra, Humberto
Medicina tradicional. Concepciones de la enfermedad. Salud intercultural.
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina – Facultad de Medicina.
Universidad Nacional Autónoma de México.
Sede: Palacio de Medicina. Brasil 33, Plaza de Santo Domingo.
Centro Histórico, Distrito Federal. México.
humberto_villalobos@latinmail.com

Villaseñor Bayardo, Sergio Javier
Etnopsiquiatria, Antropología médica – Salud intercultural.
Departamento de Clínicas Médicas
Universidad de Guadalajara
Hospital 320, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Col. El Retiro, Guadalajara, Jalisco.
sjavier@cucs.udg.mx

Von Glascoe, Cristina
Salud ambiental, salud reproductiva, grupos indígenas migrantes y nativos, homeopatía.
Departamento de Estudios de Población
El Colegio de la Frontera Norte
Carretera escénica Tijuana – Ensenada, Km 18.5, San Antonio del Mar, 22560, Tijuana, Baja California, México
cglascoe@colef.mx

Ysunza Ogazón, Alberto
Nutrición, etnicidad y salud
Departamento de Estudios Experimentales Rurales
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga #15, colonia sección XVI, Tlalpan, C.P. 14000, Distrito Federal, México
ceciproc@laneta.apc.org

Zolla Luque, Carlos
Medicina tradicional. Salud en población indígena. Políticas públicas.
Programa Universitario México Nación Multicultural
Universidad Nacional Autónoma de México
Av. Río de la Magdalena # 100, Col. La Otra Banda, C.P. 01090. Delegación Álvaro Obregón. México, Distrito Federal.
czolla@servidor.unam.mx

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 493 25/10/2011, 9.04

04. Algunas instituciones que desarrollan de investigación socio-antropológica en salud: sitios web

A continuación ofrecemos un listado de los sitios web de aquellas instituciones en las que trabajan grupos de investigación en antropología médica y otras disciplinas sociales enfocadas a la investigación en salud:

Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS)
http://www.ciesas.edu.mx

Departamento de historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina. Universidad nacional autónoma de México (UNAM)
http://www.facmed.unam.mx/palacio/Historiayf/Historiayf.html

Instituto de investigaciones antropológicas (IIA)
http://swadesh.unam.mx/default.htm

Programa de investigaciones multidiscplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste (PROIMMSE-UNAM)
http://proimmse.unam.mx)

Instituto de estudios indígenas, Universidad autónoma de Chiapas (IIE-UNACH)
http://iei.unach.mx/

Programa universitario México nación multicultural (PUMNMC)
http://www.nacionmulticultural.unam.mx).

Dirección de etnología y antropología social, Instituto nacional de antropología e historia (DEAS-INAH)
http://www.deas.inah.gob.mx)

Escuela nacional de antropología e historia (ENAH)
http://www.enah.edu.mx

Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas (CDI)
http://www.cdi.gob.mx

Centro de estudios de salud y sociedad, El Colegio de Sonora (COLSON)
http://www.colson.edu.mx)

Universidad de Guadalajara (UDEG)
http://www.udg.mx

15e-(Osserv) Istituzioni.pmd 495 25/10/2011, 9.04

Centro de Investigaciones regionales "Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán (UADY)
http://www.cir.uady.mx

Programa de estudios de la mujer, Universidad autónoma metropolitana unidad Xochimilco, (UAM-X)
http://mujer.xoc.uam.mx

Programa interdisciplinario de estudios de la mujer, El Colegio de México, (COLMEX)
http://piem.colmex.mx

Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición "Salvador Zurbirán", (INNSZ)
http://www.innsz.mx

15e-(Osserv) Istituzioni.pmd 496 25/10/2011, 9.04

Norme per i collaboratori

Comunicazioni

- Ogni comunicazione per la rivista deve essere inviata a:
  AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica
  presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
  posta: ex monastero di Santa Caterina Vecchia,
  strada Ponte d'Oddi, 13, 06125 Perugia (Italia)
  telefono e fax: (+39) 075/41508
  (+39) 075/5840814
  e-mail: redazioneam@antropologiamedica.it
  sito web: www.antropologiamedica.it

Invio dei contributi

- Il testo fornito dagli Autori deve essere di norma elaborato con programmi Word e giungere sia per e-mail all'indirizzo *redazioneam@antropologiamedica.it*, sia per via postale in versione cartacea all'indirizzo *ex monastero di Santa Caterina Vecchia, strada Ponte d'Oddi, 13, 06125 Perugia (Italia)*. Ogni cartella di stampa deve corrispondere a circa 2000 battute.

- Il testo fornito dall'Autore viene considerato definitivo e completo di ogni sua parte. La correzione delle bozze di stampa sarà effettuata dalla Redazione (salvo diverso accordo con l'Autore) e concernerà i soli errori di composizione.

- Al testo vanno aggiunti un *Riassunto* (abstract) di non più di 1500 battute nella lingua del testo (e la sua traduzione nelle altre lingue in cui i riassunti ven-gono pubblicati: italiano, francese, spagnolo, inglese) ed una *Scheda sull'Autore* (bio-bibliografica) tra le 1500 e le 3000 battute (corredata da luogo e data di nascita e da un recapito).

- Il nome (indicato per esteso) e il cognome dell'Autore, insieme alla sua attuale qualifica principale, vanno anche collocati sotto il titolo del contributo. Di seguito va indicato il suo indirizzo elettronico o postale.

- La Direzione della rivista, di intesa con il Comitato di redazione ed i Referees, può suggerire agli Autori possibili interventi sui testi dei contributi ed è comunque la sola responsabile per ogni decisione definitiva in merito alla loro accettazione. I contributi non pubblicati non verranno restituiti.

Convenzioni grafiche

- Si richiede agli Autori di adottare le convenzioni grafiche qui di seguito indicate.

  □ Per le denominazioni (sostantivi) dei gruppi etnico-culturali, linguistici, religiosi, politico-ideologici, va usata di norma la iniziale maiuscola (esempi: i Fenici, i Melanesiani, gli Europei, i Bororo [ma gli Indiani bororo o le comunità bororo], i Pentecostali).

  □ Per le denominazioni di istituzioni, enti, associazioni, società scientifiche e altre strutture collettive, va usata di norma la iniziale maiuscola solo per la prima parola (esempi: Società italiana di antropologia medica, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)). Le relative sigle vanno invece date in maiuscoletto (esempio: SIAM) salvo nel caso in cui siano da tenere in conto anche eventuali articoli, congiunzioni o preposizioni (esempio: Comitato di redazione = CdR).

  □ Per le denominazioni di periodi storico-cronologici va usata l'iniziale maiuscola (esempi: il Rinascimento, il Medioevo, l'Ottocento, il Ventesimo secolo [oltreché, evidentemente, XX secolo]).

  □ I termini in dialetto o lingua straniera, ove non accolti nella lingua del testo, vanno posti in corsivo.

  □ I termini di cui si vuol segnalare l'utilizzo in una accezione particolare vanno posti tra virgolette in apice (“ ”).

  □ Le citazioni, isolate o meno dal corpo del testo, vanno poste tra virgolette caporali (« »). Le citazioni da testi in lingua straniera – che vanno comunque poste, come si è detto, tra virgolette caporali – possono essere mantenute nella lingua originale, fornendone in questo caso, almeno in nota, la traduzione italiana. Ove la citazione sia mantenuta nella lingua originale, la sua collocazione tra virgolette caporali esime dall'uso del corsivo.

  □ Le note, complessivamente precedute dall'indicazione *Note* e numerate in progressione, vanno fornite a fine testo (e non a pie' di pagina), prima dei *Riferimenti bibliografici* o di una vera e propria *Bibliografia*. I numeri d'ordine delle singole note, e gli stessi rimandi alle note nel testo dell'articolo, vanno posti in apice, in corpo minore, tra parentesi tonde (esempio: [3]).

Normativa per i rinvii bibliografici nel testo e nelle note

- Nei richiami collocati nel testo oppure in nota con funzione di rinvio ai *Riferimenti bibliografici* o ad una vera e propria autonoma *Bibliografia*, si richiede che gli Autori adottino le convenzioni qui di seguito indicate.

  □ Fra parentesi tonde vanno inseriti cognome (maiuscoletto) e nome (puntato) dell'autore o curatore, la data di pubblicazione dell'opera e, nel caso di citazioni o riferimenti specifici, il numero della/e pagina/e preceduto dal segno grafico dei due punti e da uno spazio. Esempi: (DE MARTINO E. 1961) (DE MARTINO E. 1961: 19) (DE MARTINO E. 1961: 19-22).

- □ Per richiami relativi a più opere del medesimo autore pubblicate in anni diversi: (DE MARTINO E. 1949, 1950). Per richiami relativi a più opere del medesimo autore pubblicate nel medesimo anno: (DE MARTINO E. 1948a, 1948b).
- □ Per richiami ad opere pubblicate in più edizioni: l'anno dell'edizione utilizzata seguito, tra parentesi quadra, dall'anno della prima edizione (DE MARTINO E. 1973 [1948]). Per richiami ad opere pubblicate in traduzione: l'anno dell'edizione utilizzata (tradotta) seguito, tra parentesi quadra, dall'anno dell'edizione originale (NATHAN T. 1990 [1986]).
- □ Per richiami relativi ad opere di più autori: (GOOD B. - DELVECCHIO GOOD M.-J. 1993). Nel caso di più di tre autori, nel richiamo può essere indicato solo il primo autore seguito da *et al.* (CORIN E.E. *et al.*), mentre nei *Riferimenti bibliografici* e nella *Bibliografia* devono tutti comparire.
- □ Per richiami relativi a differenti opere di differenti autori: (DE NINO A. 1891, PITRÈ G. 1896, ZANETTI Z. 1892).
- □ Per richiami relativi ad opere predisposte da un curatore: (DE MARTINO E. cur. 1962). Da più curatori: (LANTERNARI V. - CIMINELLI M. L. curr. 1998).

Normativa per la costruzione e l'ordinamento delle informazioni nella bibliografia

- ■ Nella costruzione dei *Riferimenti bibliografici* cui si rinvia dal testo del contributo o anche da una sua nota, si richiede che gli Autori forniscano almeno le informazioni previste dalla esemplificazione qui di seguito proposta.
  - □ Libri
    - DE MARTINO Ernesto (1948), *Il mondo magico*, Einaudi, Torino.
    - DE MARTINO Ernesto (1973 [1948]), *Il mondo magico*, III ediz., introduzione di Cesare CASES, Boringhieri, Torino [I ediz.: Einaudi, Torino, 1948].
    - DE NINO Antonio (1879-1897), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., Barbera, Firenze.
    - DE NINO Antonio (1891), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., vol. V. *Malattie e rimedii*, Barbera, Firenze.
    - DE NINO Antonio (1965 [1879-1897]), *Usi e costumi abruzzesi*, ristampa anastatica della I ediz., 6 voll., Leo S. Olschki Editore, Firenze [I ediz.: Barbera, Firenze, 1879-1897].
    - NATHAN Tobie (1990 [1986]), *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, traduz. dal francese e cura di Mariella PANDOLFI, Ponte alle Grazie, s.l. [ediz. orig.: *La folie des autres. Traîté d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1986].
    - FRIGESSI CASTELNUOVO Delia - RISSO Michele (1982), *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino.
    - CORIN Ellen E. - BIBEAU Gilles - MARTIN Jean-Claude - LAPLANTE Robert (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repère pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
    - BASTANZI Giambattista (1888), *Le superstizioni delle Alpi Venete*, con una lettera aperta al prof. Paolo Mantegazza, Tipografia Luigi Zoppelli, Treviso / in particolare: *Superstizioni agricole*, pp. 141-146; *Superstizioni mediche (Superstizioni relative ai rimedii alle malattie e alle virtù curative di certe persone)*, pp. 163-189.

□ Opere collettive

- DE MARTINO Ernesto (curatore) (1962), *Magia e civiltà*, Garzanti, Milano.
- GALLI Pier Francesco (curatore) (1973), *Psicoterapia e scienze umane. Atti dell'VIII Congresso internazionale di psicoterapia (Milano, 25-29 agosto 1970)*, Feltrinelli, Milano.
- *Enciclopedia delle religioni* (1970-1976), 6 voll., Vallecchi, Firenze.
- MAUSS Marcel (1965 [1950]), *Teoria generale della magia e altri saggi*, avvertenza di Georges GURVITCH, introduzione di Claude LÉVI-STRAUSS *(Introduzione all'opera di Marcel Mauss)*, traduz. dal francese di Franco ZANNINO, presentazione dell'edizione italiana di Ernesto DE MARTINO, Einaudi, Torino.

□ Contributi individuali entro opere collettive o entro collettanee di lavori del medesimo autore

- GOOD Byron - DELVECCHIO GOOD Mary-Jo (1981), *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, pp. 165-196, in EISENBERG Leon - KLEINMAN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- BELLUCCI Giuseppe (1912), *Sugli amuleti*, pp. 121-127, in SOCIETÀ DI ETNOGRAFIA ITALIANA, *Atti del Primo congresso di etnografia italiana. Roma, 19-24 ottobre 1911*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia.
- DI NOLA Alfonso M. (1972), *Malattia e guarigione*, coll. 2-15, 2 tavv. f.t., in *Enciclopedia delle religioni*, 6 voll., vol. IV, Vallecchi, Firenze.
- TAMBIAH Stanley Jeyaraja (1985), *A Thai cult of healing through meditation*, pp. 87-122, in TAMBIAH Stanley Jeyaraja, *Culture, thought, and social action. An anthropological perspective*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts) - London [ediz. orig. del saggio: *The cosmological and performative significance of a Thai cult of healing through meditation*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. I, 1977, pp. 97-132].

□ Opere collettive in periodici

- LÜTZENKIRCHEN Guglielmo (curatore) (1991), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del Convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demo-antropologica. I,* "Storia e Medicina Popolare", vol. IX, fasc. 2-3, maggio-dicembre 1991, pp. 58-213.

□ Contributi individuali entro opere collettive in periodici

- PRINCE Raymon (1982), *Shamans and endorphins: hypotheses for a synthesis*, pp. 409-423, in PRINCE Raymond (curatore), *Shamans and endorphins*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", vol. 10, n. 4, inverno 1982.

□ Articoli in periodici

- DE MARTINO Ernesto (1956), *Crisi della presenza e reintegrazione religiosa*, "Aut-Aut", n. 31, 1956, pp. 17-38.
- DE MARTINO Ernesto (1949), *Intorno a una storia dal mondo popolare subalterno*, "Società", vol. V, n. 3, settembre 1949, pp. 411-435.
- BELLUCCI Giuseppe (1910), *La placenta nelle tradizioni italiane e nell'etnografia*, "Archivio per l'Antropologia e la Etnologia", vol. XL, fasc. 3-4, 1910, pp. 316-352.

- DE MARTINO Ernesto (1942-1946), *Percezione extrasensoriale e magismo etnologico*, "Studi e Materiali di Storia delle Religioni", vol. XVIII, 1942, pp. 1-19, vol. XIX-XX, 1943-1946, pp. 31-84.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1985), *Aproximación crítica al desarollo de la antropología médica en América Latina*, "Nueva Antropología", vol. VII, n. 28, ottobre 1985, pp. 11-27.

- Nota bene: le indicazioni dei luoghi di edizione, come peraltro quelle degli editori, vanno mantenute nella lingua originale. Vanno invece dati in italiano termini come: curatore / presentazione di ..., introduzione di ..., avvertenza di ..., postfazione di ... / traduz. dall'inglese di ... / ristampa, II ediz., III ediz. rivista e corretta, ediz. orig., / nuova serie, vol., fasc., n., ottobre-dicembre, estate.

- I *Riferimenti bibliografici* di fine contributo vanno organizzati per ordine alfabetico in relazione al cognome dell'autore o curatore.

  □ Nel caso di più lavori di uno stesso autore o curatore pubblicati in anni diversi, i riferimenti vanno organizzati per ordine cronologico. Nel caso di più lavori di uno stesso autore o curatore pubblicati nel medesimo anno, i riferimenti vanno organizzati per ordine alfabetico (in base al titolo) e le date vanno contrassegnate con lettere minuscole progressive: esempio: (1990a) e (1990b).

  □ Nel caso di un lavoro prodotto da più autori o curatori, i riferimenti vanno collocati *dopo* quelli in cui il primo autore compare da solo. Nel caso in cui il primo autore compaia in differenti lavori con differenti co-autori, la collocazione alfabetica terrà in conto ciascun insieme di co-autori (esempio: *prima* BIANCHI M. - ROSSI C., *poi* BIANCHI M. - ROSSI C. - NERI F. *e poi* BIANCHI M. - VERDI G.).

  □ Nel caso in cui un autore risulti *anche* curatore di altro o altri lavori, questi ultimi vanno ordinati *dopo* quelli in cui egli è autore.

Altre norme bibliografiche

- Laddove i lavori indicati in una vera e propria *Bibliografia* – laddove cioè non costituiscano oggetto di rinvio dal testo o da una nota e non siano dunque *riferimenti bibliografici* – la indicazione relativa alla data di pubblicazione può essere data anche in questo caso entro parentesi, dopo la indicazione dell'autore, o essere invece data dopo il luogo di edizione. Lo stesso vale nel caso di singole indicazioni bibliografiche isolate.

- Per i contributi destinati a rubriche come *Repertori* o *Osservatorio* – curati redazionalmente o direttamente commissionati a singoli collaboratori – possono volta a volta valere nella costituzione delle schede bibliografiche criteri integrativi finalizzati a fornire un maggior numero di informazioni relative alle pubblicazioni (ad esempio le pagine complessive del volume o la sua eventuale collocazione in una collana editoriale) ovvero altri criteri concernenti invece materiali diversi quali tesi di laurea o di dottorato oppure documenti filmici o videomagnetici. Tali criteri saranno comunicati per tempo ai singoli collaboratori cui il contributo viene richiesto.

Direttore responsabile
Tullio Seppilli

Direzione e Redazione
AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica
c/o Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
ex Monastero di Santa Caterina Vecchia
strada Ponte d'Oddi, 13
06125 Perugia (Italia)
tel. e fax: (+39) 075/41508 e (+39) 075/5840814
e-mail: redazioneam@antropologiamedica.it

Proprietà della testata
Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
ex Monastero di Santa Caterina Vecchia
strada Ponte d'Oddi, 13
06125 Perugia (Italia)
tel. e fax: (+39) 075/41508 e (+39) 075/5840814
e-mail: fondazionecelli@antropologiamedica.it
sito web: www.antropologiamedica.it
partita IVA: 01778080547

Editore
ARGO Editrice s.c.r.l.
corte dell'Idume, 6
73100 Lecce (Italia)
tel.: (+39) 0832/241595
fax: (+39) 0832/303630
e-mail: info@argoeditrice.it
sito web: www.argoeditrice.it
partita IVA: 02600260752

Stampa
Stabilimento Tipografico «Pliniana»
viale Francesco Nardi, 12
06016 Selci Lama (prov. di Perugia, Italia)
tel.: (+39) 075/8582115
fax: (+39) 075/8583932
e-mail: st.pliniana@libero.it

Promozione e distribuzione
PDE

Come acquisire *AM*

modalità di pagamento (ad Argo Editrice s.c.r.l.) mediante:

- carta di credito (VISA o MASTERCARD) ordinando sul sito www.argoeditrice.it
- accredito sul conto corrente bancario n. 1513931 intestato a Argo Editrice, presso la Unicredit, viale Leopardi, 132 – 73100 Lecce (Italia) [Abi 02008 - Cab 16002]
- compilazione del bollettino di conto corrente postale n. 478735 intestato a Argo Editrice, corte dell'Idume, 6 – 73100 Lecce (Italia) [Abi 07601 - Cab 16000]

costo:

- volume annuale (fascicolo doppio): Italia e Paesi della Unione europea € 50,00
  altri Paesi US$ 60
- volume annuale (fascicolo doppio arretrato): Italia e Paesi della Unione europea € 60,00
  altri Paesi US$ 70
- abbonamento annuo: Italia e Paesi della Unione europea € 50,00
  altri Paesi US$ 60

Per i Soci SIAM il versamento della quota associativa annuale comprende il diritto a ricevere direttamente questa rivista

Autorizzazione del Tribunale di Lecce n. 630 del 3 aprile 1996

Quanto espresso nei contributi originali pubblicati in *AM* impegna soltanto la responsabilità dei singoli Autori

17-Direttore responsabile.pmd 503 28/11/2011, 16.18

Finito di stampare nel mese di ottobre 2011
dallo Stabilimento Tipografico « Pliniana »
Viale F. Nardi, 12 – 06016 Selci-Lama (PG)

17-Direttore responsabile.pmd 504 25/10/2011, 9.07

03. Directorio de investigadores

Rosa María Osorio C.
Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS), Districto Federal

Álvarez Larrauri, Selene
Promoción y educación de la salud
Centro Regional en Xalapa Veracruz
Instituto Nacional de Antropología e Historia
Benito Juárez No. 425 y 431, entre Madero e Hidalgo, Col. Centro, C. P. 91700, Veracruz, México
alvarezselene@hotmail.com

Anzures, Maria del Carmen
Medina y religión en el México Colonial
Dirección de Etnología y Antropología Social
Instituto Nacional de Antropología e Historia
Av. Revolución No. 4, Col. San Ángel, Distrito Federal, México

Arana Cerdeño, Marcos
Salud pública y nutrición. Derecho a la salud. Educación para la salud.
Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos y Defensoría del Derecho a la Salud. (CCESC-DDS-Chiapas)
Venezuela 5-A.B de Mexicanos. C.P. 22940. San crsitóbal de las Casas, Chiapas, México.
ccesc.chiapas@gmail.com

Aranda Gallegos, Patricia
Salud reproductiva
Profesora-Investigadora del Programa de salud y sociedad
Colegio de Sonora
Avenida Obregón #54 col. Centro, C. P. 83000, Sonora, México
pag@colson.edu.mx

Arganis, Elia Nora
Procesos de envejecimiento y cuidado en adultos mayores. Diabetes. Accidentes.
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina
Facultad de Medicina – Universidad Nacional Autónoma de México
Sede: Palacio de Medicina. Brasil 33, Plaza de Santo Domingo.
Centro Histórico, Distrito Federal. México.
enarganis@yahoo.com.mx

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 481 25/10/2011, 9.04

Argueta Villamar, Arturo
Estudios etnobiológicos y etnoecológicos en pueblos indígenas. Diversidad cultural en México.
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarías (CRIM-UNAM).
Universidad Nacional Autónoma de México
Av. Universidad s/n, circuito 2, Col. Chamilpa, C.P. 62210, Cuernavaca, Morelos, México
arguetav@servidor.unam.mx

Ávila, Domitila
Equidad de género
Colegio de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
4 sur 104 Centro histórico, C.P. 72000, Puebla, México

Báez, Jorge Félix
Identidades étnicas, mentalidades y religión comparada en contextos étnicos y rurales
Cuerpo Académico: Identidades Étnicas, Mentalidades y Religión
Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales
Universidad Veracruzana
Diego Leño No. 8 Col. Centro C.P. 91000. Xalapa, Veracruz, México
fbaez@uv.mx

Barragán, Anabella
Experiencia de dolor crónico; cuerpo y enfermedad
Posgrado de Antropología Física – Escuela Nacional de Antropología e Historia
Instituto Nacional de Antropología e Historia
Periférico Sur y Calle Zapote s/n, Isidro Fabela, C.P. 14030, Distrito Federal México
anabsolis@hotmail.com

Bellato, Liliana
Salud y sexualidad
Instituto de Medicina Preventiva
8ª Poniente Norte No. 271-B, esq. 2ª Norte, Chiapas, México
amarais17@hotmail.com

Blanco Gil, José
Medicina social. Salud laboral.
Maestría en Medicina Social – Departamento de Atención a la salud.
Universidad Autónoma Metropolitana
Calzada del Hueso 1100 Col. Villa Quietud Delegación Coyoacán, Distrito Federal, C.P. 04960, Distrito Federal, México
jblanco@correo.xoc.uam.mx

Campos Navarro, Roberto
Salud intercultural. Medicina tradicional. Historia de la medicina.
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina
Facultad de Medicina – Universidad Nacional Autónoma de México
Sede: Palacio de Medicina. Brasil 33, Plaza de Santo Domingo.
Centro Histórico, Distrito Federal. México.
rcampos@servidor.unam.mx

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 482 25/10/2011, 9.04

Cardaci, Dora
Salud reproductiva y estudios de género
Programa de Estudios de la Mujer
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
Edificio Central, segundo piso. Calzada del Hueso 1100 Col. Villa Quietud, Delegación Coyoacán. Distrito Federal, México, C.P. 04960
dcardaci@correo.xoc.uam.mx

Castañeda, Martha
Salud y género
Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades
Universidad Nacional Autónoma de México
Torre II de Humanidades 4º Piso, Circuito Interior, Ciudad Universitaria. C.P. 04510, Distrito Federal, México

Castro, Roberto
Violencia y género. Políticas públicas y salud. Salud y derechos reproductivos
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM-UNAM)
Universidad Nacional Autónoma de México
Av. Universidad s/n, circuito 2, Col. Chamilpa, C.P. 62210, Cuernavaca, Morelos, México
rcastro@servidor.unam.mx

Castro Vásquez, Carmen
Género y salud
Programa de salud y sociedad
Colegio de Sonora
Avenida Obregón #54 col. Centro, C.P. 83000, Sonora, México
ccastro@colson.edu.mx

Cruz Santacruz, Rebeca
Medicinas complementarias y biomedicina. Formación antropológica en médicos.
Unidad Politécnica de Integración Social – Escuela Superior de Medicina.
Instituto Politécnico Nacional.
Plan de San Luis y Salvador Díaz Mirón Col. Sto. Tomás, Del. Miguel Hidalgo C.P. 11340
rcruzsa@ipn.mx

Cortés Flores, Ana Olivia
Salud y género
Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica
Instituto Mexicano del Seguro Social
Col. Prados Providencia, 44670, Jalisco, México
avygail5@yahoo.com.mx

De Keijzer, Benno
Equidad de género y salud. Violencia y Masculinidad
"Salud y Género" A.C.
Xalapa, Veracruz, México
Telefax: (01 28) 151-175
bdekeijzer@uv.mx

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 483 25/10/2011, 9.04

Denman Champion, Catalina
Salud reproductiva; salud ocupacional; Estudios sobre salud positiva.
Programa de salud y sociedad
Colegio de Sonora
Avenida Obregón #54 col. Centro, C.P. 83000, Sonora, México
cdenman@colson.edu.mx

Di Pardo Cortés, Renée
Proceso de alcoholización. Medios de comunicación y salud.
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS-D. F.
Calle Juárez 87, Col. Tlalpan, Del. Tlalpan C.P. 14000, Distrito Federal, México.
dicoren@ciesas.edu.mx

Eroza Solana, José Enrique
Salud mental; Situación intercultural.
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. CIESAS-Sureste.
Carretera a San Juan Chamula Km. 3.5
Barrio la Quinta San Martín, C.P. 29247.
San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.
enriquesol@yahoo.com

Fagetti Spedicato, Antonella
Medicina tradicional y chamanismo
Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
3 Oriente 218, C.P. 72000, Puebla, México
antonellafagetti@yahoo.com.mx

Figueroa, Juan Guillermo
Masculinidad y equidad de género. Violencia.
Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales
El Colegio de México
Camino al Ajusco No. 20. Col. Pedregal de Santa Teresa. C.P. 10 740, Distrito Federal, México
jfigue@colmex.mx

Freyermuth Enciso, Maria Graciela
Género y salud reproductiva; Mortalidad materna
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS-Sureste
Carretera a San Juan Chamula Km. 3.5
Barrio la Quinta San Martín, C.P. 29247.
San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.
gfreyermuth@ciesassureste.edu.mx

Garduño Andrade, María de Los Ángeles
Medicina social
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Universidad Autónoma Metropolitana
Calzada del Hueso 1100 Col. Villa Quietud Delegación Coyoacán
C.P. 04960, Distrito Federal, México
angeles@correo.xoc.uam.mx

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 484 25/10/2011, 9.04

González Chévez, Lilian
Migración y salud, enteógenos, epidemiología sociocultural
Profesora investigadora
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Av. Universidad 1001, Colonia Chamilpa,
Cuernavaca, Morelos, México
lilianahora@gmail.com

González Montes, María de la Soledad
Salud y género
Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer
El Colegio de México
Camino Al Ajusco No. 20. Col. Pedregal de Santa Teresa. C.P. 10 740, Distrito Federal, México
msgonza@colmex.mx

Güémez Pineda, Miguel
Medicina Tradicional. Cosmovisión maya. Lengua y tradiciones mayas.
Coordinador de la Unidad de Ciencias Sociales
Centro de Investigación Regional "Hideyo Noguchi"
Universidad Autónoma de Yucatán
gpineda@tunku.uady.mx

Haro Encinas, Jesús Armando
Epidemiología sociocultural. Etnicidad y salud.
Programa de Salud y Sociedad
Colegio de Sonora
Avenida Obregón #54 col. Centro, C.P. 83000, Sonora, México
aharo@colson.edu.mx

Herrera Bautista, Martha Rebeca
Violencia familiar. Sexualidades y género.
Dirección de Antropología Física
Instituto Nacional de Antropología e Historia
Reforma y Gandhi s/n Museo Nacional de Antropología, Col. Polanco, Distrito Federal, México
mareheba@yahoo.com.mx

Hersch Martínez, Paul
Epidemiología sociocultural, etnobotánica, historia social de la terapéutica
Programa de antropología médica y etnobótanica
Centro INAH Morelos
Matamoros 14, Colonia Acapantzingo
Cuernavaca, Morelos, México
osemos@gmail.com

Infante, Claudia
Calidad de la Atención. Demandas sobre negligencias médica.
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 485 25/10/2011, 9.04

Facultad de Medicina, Circuito Interior, Ciudad Universitaria, Av. Universidad 3000, C.P. 04510, México, Distrito Federal.
claudiainfante@prodigy.net.mx

Jacorzynski Ceran, Witold Robert
Medio ambiente y salud; Enfermedad mental en grupos indígenas.
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Golfo
Av. Encanto S/N, Esq. Antonio Nava Col. El Mirador, C.P. 91170, Xalapa, Veracruz, México
witusito@yahoo.com.br

Juárez Ramírez, Clara
Violencia y género. Calidad de los servicios de salud a población indígena.
Dirección de Innovación en Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública
7a. Cerrada de Fray Pedro de Gante #50, Col. Sección XVI Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México D.F.
cjuarez@correo.insp.mx

Lagarriga, Isabel
Espiritualismo. Religión y enfermedad.
Dirección de Etnología y Antropología Social
Instituto Nacional de Antropología e Historia
Av. Revolución No. 4, Col. San Ángel, Distrito Federal, México
ilagarriga@hotmail.com

Lamas, Marta
Movimiento feminista, aborto, derechos reproductivos
Consejo de Administración de Grupo de Reproducción Elegida (GIRE).
Grupo de Reproducción Elegida
Apartado Postal 21-147, Administración 21, Coyoacán, C.P. 04021, Distrito Federal, México
correo@gire.org.mx

Lerín Piñón, Sergio
Salud Intercultural. Diabetes y atención a población indígena
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS-Distrito Federal
Calle Juárez 87, Col. Tlalpan, Del. Tlalpan C.P. 14000, Distrito Federal, México
leps@ciesas.edu.mx

Liguori, Ana Luisa
Género y Salud
Dirección de Etnología y Antropología Social
Instituto Nacional de Antropología e Historia
Av. Revolución No. 4, Col. San Ángel, Distrito Federal, México

López Austin, Alfredo
Cosmovisión mesoamericana
Instituto de Investigaciones Antropológicas
Universidad Nacional Autónoma de México

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 486 25/10/2011, 9.04

Circuito Exterior, Ciudad Universitaria, C.P. 04510, Distrito Federal, México
alopeza@cablevision.net.mx

Lozoya, Xavier
Plantas medicinales. Etnobotánica.
Director médico y de investigación científica – Phytomedicamenta
Genomma Laboratories México, S.A. de C.V.
http://phytomedicamenta.com

Maier, Elizabeth
Equidad de género, sexualidad y salud reproductiva. Migrantes indígenas y VIH-Sida.
Departamento de Estudios Culturales
El Colegio de la Frontera Norte
Carretera escénica Tijuana – Ensenada, Km. 18.5, San Antonio del Mar, C.P. 22560, Tijuana, Baja California, México
emaier@colef.mx

Márquez Serrano, Carolina Margarita
Medicina social. Riesgo, desgaste y salud ocupacional.
Maestría en Medicina Social
Universidad Autónoma Metropolitana
Calzada del Hueso 1100 Col. Villa Quietud Delegación Coyoacán
C.P. 04960, Distrito Federal, México

Mendoza González, Zuanilda
Migración y salud. Población indígena y salud.
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina
Facultad de Medicina – Universidad Nacional Autónoma de México
Sede: Palacio de Medicina. Brasil 33, Plaza de Santo Domingo.
Centro Histórico, Distrito Federal. México.
zuanilda@hotmail.com

Menéndez Spina, Eduardo Luis
Alcoholización. Modelos médicos. Enfoque relacional en salud.
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Distrito Federal
Calle Juárez 87, Col. Tlalpan, Del. Tlalpan C.P. 14000, Distrito Federal, México
emenendez1@yahoo.com.mx

Mercado Martínez, Francisco Javier
Enfermedades crónicas. Metodología cualitativa.
Investigador del Departamento de Salud Pública
Universidad de Guadalajara
Sierra mojada No. 950, Col. Independencia (Puerta 7), Guadalajara, Jalisco, México
fmercado@cucs.udg.mx

Módena Allegroni, María Eugenia
Alcoholismo y grupos de ayuda mutua. Alcohólicos Anónimos
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, Distrito Federal
Calle Juárez 87, Col. Tlalpan, Del. Tlalpan C.P. 14000, Distrito Federal, México
pimo@juarez.ciesas.edu.mx

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 487 25/10/2011, 9.04

Mondragón Ríos, Rodolfo
Medicina tradicional – Brujería. Violencia política en zonas indígenas.
Investigador de la Unidad San Cristóbal
El Colegio de la Frontera Sur
Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n, Barrio María Auxiliadora, C.P. 29290, Chiapas, México
rmondragon@ecosur.mx

Nazar-Beutelspacher, Austreberta
Salud reproductiva y enfermedades crónicas. Políticas de salud y población.
El Colegio de la Frontera Sur. Unidad San Cristóbal
Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n, Barrio María Auxiliadora, C.P. 29290, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
anazar@ecosur.mx

Nigenda López, Gustavo
Políticas de salud pública
Centro de Análisis Social y Económico-Fundación Mexicana Para la Salud
Periférico Sur no. 4809, El Arenal Tepepan, Delegación Tlalpan, C.P. 14610, Distrito Federal, México
gustavo.nigenda@insp.mx

Ortega Canto, Judith
Salud reproductiva en población indígena maya.
Departamento de Medicina social y Salud Publica – Unidad Biomédicas.
Universidad Autónoma de Yucatán
Avenida Itzaés # 490, x Calle 59, Colonia Centro, C.P. 97000 Mérida, Yucatán, México
ocanto@tunku.uady.mx

Ortiz Echaniz, Silvia
Medicina tradicional, Religiosidad popular
Dirección de Etnología y Antropología Social
Instituto Nacional de Antropología e Historia
Av. Revolución No. 4, Col. San Ángel, Distrito Federal, México

Osorio Carranza, Rosa Maria
Salud materno-infantil y autoatención. Salud reproductiva. Enfermedades crónicas.
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS-Distrito Federal
Calle Juárez 87, Col. Tlalpan, Del. Tlalpan C.P. 14000, Distrito Federal, México
rosorioc@yahoo.com.mx

Page Pliego, Jaime
Salud indígena, salud intercultural, enfermedades crónicas
Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste- Instituto de Investigaciones Antopológicas (PROIMSE-IIA-UNAM)
Calle Cuauhtémoc núm. 12. Colonia Centro C.P. 29200, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
jaimepagepliego@gmail.com

15d-(Osserv) Directorio Final.pmd 488 25/10/2011, 9.04