

REVISTA ANTROPOFORMAS

FACULTAD DE ANTROPOLOGÍA
NÚMERO ESPECIAL
MEDICINA TRADICIONAL

- ¿Qué es la medicina tradicional?
- El apoyo a los enfermos con diabetes mellitus en Cosamaloapan, Veracruz
- Programa de detección-atención a la desnutrición en una población rural del altiplano mexicano

Número 6 enero-marzo 2002



REVISTA DE LA FACULTAD DE ANTROPOLOGÍA

ANTROPOFORMAS

ANTROPOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Dr. en Q. Rafael López Castañares
Rector

L. en T. Maricruz Moreno Zagal
Secretaría de Docencia

M. en A. P. José Martínez Vilchis
Secretario Administrativo

M. en C. Eduardo García Plego
Secretario de Rectoría

M. en A. José Salvador Origel Lule
Encargado del Despacho de Contraloría
Dr. Carlos Arriaga Jordán

Coordinador General de Investigación
y Estudios Avanzados

M. en E. S. Gustavo A. Segura Lazcano
Coordinador General de Difusión Cultural

M. en Pl. Octavio Castillo Pivón
Director General de Extensión
y Vinculación Universitaria

L. en Enf. Aurora López de Rivera
Directora General de Planeación
y Desarrollo Institucional

Lic. Gerardo Sánchez y Sánchez
Abogado General

Profr. José Luis Flores Sánchez
Vocero

FACULTAD DE ANTROPOLOGÍA

L. A. S. Juan Trejo Castro
Director

L. A. S. Georgina María Arredondo Ayala
Subdirectora Académica

L. A. E. Yolanda Cruz Baldoras
Subdirectora Administrativa

L. en S. Alejandro Flores Solís
Jefe del Departamento de Difusión Cultural

ANTROPOFORMAS

Antrop. Roberto Valdez Ruiz
Director

L. A. S. Velia González Martínez
Coordinadora General

Colaboradores

Kanna Castillo Damián
Victor Manuel Ameaga Roque
Yeni Domínguez Sánchez

Antrop. Manuel Peláez Casabianca
Coordinador de este número

Diseño y edición automatizada
José Carlos González Cerecedo

Corrección de estilo
Hugo Gómez López

Margarita Sánchez Sánchez
Elizabeth Guadarrama Pérez

Judith Madrid Hernández

ÍNDICE

Editorial	1
¿Qué es la medicina tradicional?	4
<i>Humberto M. Villalobos Villagra</i>	
El estudio de comunidad en el servicio social de medicina (un enfoque antropológico)	12
<i>Rosa María Zavala Valdés</i>	
Identidad, proceso reproductivo y migración indígena: propuesta de una aproximación conceptual desde el género	22
<i>Zuanilda Mendoza González</i>	
El apoyo a los enfermos con diabetes mellitus en Cosamaloapan, Veracruz	29
<i>Elia Nora Arganis Juárez</i>	
El universo tóxico: ¿estigma, vicio, padecimiento, enfermedad, adicción?	37
<i>Manuel Peláez Casabianca</i>	
Programa de detección-atención a la desnutrición en una población rural del altiplano mexicano	45
<i>Gabriel Saucedo Arteaga, Adolfo Chávez Villasana, Antonio Villa Romero</i>	
Propuesta para el análisis de los casos de chipilez en el estado de Morelos, México	54
<i>Alfredo Paulo Maya</i>	
Influencia de los mitos y costumbres ancestrales en la salud bucal de las mujeres embarazadas otomíes	58
<i>Mireya González Begué, María Elena Sánchez Zorrilla, Gustavo Adolfo Jiménez García</i>	

La revista *ANTROPOFORMAS* es una publicación de la Facultad de Antropología de la Universidad Autónoma del Estado de México. Matamoros esq. Francisco Villa s/n Toluca, México Tel. y Fax 01 (7) 2-19-46-15 antropofor@hotmail.com

El contenido de los artículos aquí publicados es responsabilidad exclusiva de los autores.

Editorial

Desde la aparición del texto *Medicina y magia* que en 1963 dió a conocer el doctor Gonzalo Aguirre Beltrán, hasta nuestros días, podemos mencionar que el recorrido que la antropología médica ha realizado en México ha sido enriquecido por los apuntes de un selecto grupo de científicos sociales que cada día encuentra un número mayor de adeptos a esta especialidad antropológica.

Muestra de este crecimiento son los esfuerzos etnográficos realizados en diversas investigaciones, mismas que recogen en los procesos que involucran grupos humanos desde las diversas técnicas de diagnóstico empleadas por diversos grupos humanos hasta la descripción de distintos elementos usados en el proceso salud-enfermedad-atención, expresiones tales que introducen al investigador en niveles de relevante significación.

En los últimos 10 años el creciente desarrollo que la antropología médica ha experimentado, no sólo a nivel mundial sino en México y otros países de Latinoamérica, ha sido posible, entre otras cosas, gracias al ejercicio de la potencialidad de análisis de las perspectivas antropológicas, ausentes y/o con peso limitado en gran parte de las principales experiencias generadas tanto a nivel estatal como de los conjuntos subalternos, este aspecto fortalece la disciplina y permite mostrar el vasto elenco de posibilidades que esta especialidad ofrece para poder lograr un mejor conocimiento de saberes y prácticas que los diversos conjuntos sociales han ido construyendo y que en muchos casos, aún mantienen a través del tiempo.

Sabiduría popular o no, que encuentra registro etnográfico sobre aspectos individuales y colectivos, médicos, clínicos, realizados en diversos campos y espacios de nuestro país, hecho tal que debido a la oportunidad que la Facultad de Antropología de la UAEM a través de la publicación de la revista *Antropoformas*, en este número especial sobre antropología médica, permite mostrar parte de estos avances.

Avances que trascienden el notable silencio de gran parte de la producción que venía realizando la antropología social en décadas pasadas, silencio explicado por el dominio de problemáticas que excluyeran la necesidad de precisar la relación entre lo cultural y lo biológico.

Los artículos que a continuación se incluyen abarcan diversos ejemplos que ilustran con profesionalismo la estatura que está obteniendo esta especialidad antropológica en México, talla que se ve lubricada entre otras cosas por la gran riqueza de su tradición sociomédica, tradición que exige un mayor compromiso social por parte de los diversos conjuntos sociales de nuestro país.

Ocho son los artículos que en esta ocasión se presentan:

El doctor Humberto Mariano Villalobos Villagra, médico y antropólogo, en su trabajo acerca de "Qué es la medicina tradicional", busca establecer una serie de puntos y aspectos que ayude a identificar qué es lo que caracteriza a la medicina tradicional. Entre los principales puntos de reflexión está la de su determinación histórica, así como la dependencia que esta medicina tiene con la naturaleza. El autor menciona que este último aspecto es de gran interés puesto que es este vínculo dependiente el que permite establecer su diferencia con la medicina alopática, la cual, aunque también tiene tradiciones, éstas evocan su independencia de las fuerzas de la naturaleza.

La antropóloga Rosa María Zavala en su artículo "El estudio de comunidad en el servicio social de medicina (un enfoque antropológico)", revisa la importancia científica que tiene la elaboración del estudio de comunidad para el pasante de medicina en servicio social. El enfoque utilizado en este artículo es el de antropología médica y en la primera parte se abordan los problemas metodológicos más frecuentes en la búsqueda de datos y en la jerarquización de los temas específicos que se tienen que investigar en la comunidad para lograr un diagnóstico de salud.

En la segunda parte se revisa la forma de ir integrando la información obtenida, y con este fin se analiza someramente la interacción de aspectos ambientales, políticos, sociales, económicos, culturales con el estado de salud individual y colectiva, enfatizando el concepto de complejidad.

A lo largo de todo el artículo se destaca la importancia que tiene el servicio social, sobre todo en zonas rurales, no sólo porque es la única opción que hoy en día tienen muchos poblados en nuestro país de acceder a la atención médica alópata, sino también porque le brinda al pasante médico la oportunidad de recuperar una identidad, hoy en día fragmentada con la tecnología, las especializaciones, las certificaciones impuestas de carácter internacional, que lo han alejado de situaciones sociales críticas y que sólo es ese servicio social el que vuelve a conectarse para reflexionar y valorar su profesión, la utilidad que tiene en la población y la importancia de convertirse en un aliado de su paciente en lo individual y lo colectivo. El artículo al final revisa algunos aspectos que se convierten en muchas ocasiones en obstáculos para una buena alianza con los pacientes y que haciéndolos conscientes, pueden resolverse más o menos fácilmente.

La médica Zuanilda Mendoza González, quien actualmente realiza estudios de doctorado en antropología social, presenta un estudio denominado "Identidad, proceso reproductivo y migración indígena. Propuesta de una aproximación conceptual desde el género". Este artículo es un acercamiento al uso de algunas categorías como referen-

tes teóricos en la construcción de un proyecto de investigación en el área de antropología médica. Las categorías son: identidad de género, proceso reproductivo y poblaciones migrantes.

El proyecto versa sobre la construcción social diferencial del proceso reproductivo en el que inciden las condiciones materiales e ideológicas del libro, desde donde se realizan transacciones como respuesta a la marginación y como elemento de identidad. El cuestionamiento central es: ¿cómo se construye ese proceso reproductivo entre hombres y mujeres indígenas al migrar a la ciudad de México? ¿Qué transformaciones ha sufrido y cómo se han dado?

Se parte desde una perspectiva de género tratando de dar cabida a la discusión respecto de la construcción social de femineidad/masculinidad, lo relacional, la inequidad y la importancia de las políticas públicas en el ámbito de la salud reproductiva con una perspectiva parcial e ideologizada. Qué invisibiliza a los seres sociales en los cuales se aplican dichas políticas, ocultando sus características étnicas, de clase, genéricas y culturales que dan vida, al cómo y de qué forma se vive el proceso reproductivo, sus decisiones y sus dificultades.

La antropóloga Elia Nora Arganiz Juárez presenta "El apoyo a los enfermos con diabetes mellitus en Cosamaloapan, Veracruz", artículo que analiza el apoyo que se otorga a un grupo de enfermos de diabetes y que son derechohabientes del IMSS. Para el estudio se emplearon técnicas cualitativas con una muestra de 12 mujeres y ocho hombres que participan dentro del club de diabéticos del IMSS. El papel de la red social que incluye tanto la participación familiar en el cuidado del paciente, así como el funcionamiento del club de diabéticos son elementos importantes —señala la autora— que enfrentan el padecer.

Entre otras cuestiones se resalta la necesidad de generar un programa real de educación para la salud a partir de un grupo doméstico que incluyera no sólo enseñar sobre la enfermedad y su tratamiento, sino realizar una promoción para la salud que coincidan en los aspectos sociales, contando por supuesto, con un mayor interés institucional en acciones individuales y colectivas.

Del autor de esta introducción, antropólogo Manuel Peláez Casabianca, se presenta un apartado correspondiente a uno de los capítulos de la tesis que presenta para obtener el grado de maestría en antropología social, dentro de la especialidad de antropología médica de la ENAH, denominado "El universo tóxico: estigma, vicio, padecimiento, enfermedad, adicción..." Trabajo de investigación sobre el proceso de recuperación para adictos a las drogas al interior de un grupo de autoayuda denominado Narcóticos Anónimos (NA) en la ciudad de México.

Para este apartado de la tesis, se presenta una reflexión acerca de cómo los diversos conjuntos sociales consideran esta problemática social y de salud pública.

Entre otras cosas se hace una revisión acerca de cómo algunas investigaciones realizadas han vinculado el exceso en el consumo de drogas en las comunidades oprimidas y en países capitalistas subdesarrollados, con la deculturación y el estrés generados por la hegemonía cultural capitalista, con la estratificación social, la pobreza y la dominación física.

El antropólogo físico Gabriel Saucedo Arteaga, presenta un "Programa de detección-atención a la desnutrición en una población rural del altiplano mexicano". Presentación que sintetiza la experiencia de campo y hace un análisis de un programa nutricional, aplicado en 35 comunidades de la población rural marginal-mestiza, del altiplano mexicano. Durante un año se estudiaron los cambios del estado nutricional de una cohorte de 1 133 niños. Se aplicaron entrevistas con las promotoras de salud sobre las acciones y los resultados del programa. El mayor beneficio ocurrió en comunidades aisladas, con poca infraestructura y mayor producción de autoconsumo. La cohorte demostró la dinámica que existe al interior de cada estrato nutricional, este hecho se explica y corrobora con la opinión de las promotoras. Las acciones, aun cuando son de baja intensidad, lograron un efecto importante de prevención y recuperación en la desnutrición moderada y severa. El rechazo al programa ocurrió sobre

todo en el grupo de familias con extrema pobreza, desnutrición severa y con problemas de alcoholismo.

Se incluye también el trabajo realizado por el antropólogo Alfredo Paulo Maya, titulado "Propuesta para el análisis de los casos de chipilez en el estado de Morelos, México". Trabajo que basado en la revisión de diferentes estudios etnográficos e investigaciones realizadas en ese estado del país, identifica a la chipilez como uno de los síndromes de filiación cultural con mayor registro.

Si bien se reconoce que los casos de chipilez son un conjunto de padeceres percibidos y asumidos por un contexto cultural particular, no obstante, tomando como referencia las condiciones socioeconómicas, de las comunidades campesinas del estado de Morelos, sugieren que su manifestación mantiene un estrecho vínculo con el patrón reproductivo de la familia, el proceso de producción agrícola y la desnutrición infantil.

En el artículo titulado "Influencia de los mitos y costumbres ancestrales, en la salud bucal de las mujeres embarazadas otomíes", se habla de la existencia de mitos ancestrales ligados a los diferentes grupos étnicos que radican en nuestro país, los cuales impiden el contacto directo del profesional de la salud con ellos, y no se conoce el estado de salud bucal de las mujeres otomíes, quienes todavía creen en el dicho popular que indica: "por cada embarazo, se pierde un diente". Este artículo lo escribieron en conjunto la Facultad de Medicina y la Facultad de Odontología de la UAEM. Por parte de la primera participan la M. en C. S. E. María Elena Sánchez Zomilla y el M. en C. S. E. Gustavo Adolfo Jiménez García, y por parte de la segunda participa la M. en C. Mireya González Begné.

De esta forma queda conformado este número especial sobre algunos trabajos de investigación en antropología médica, información que no dudo contribuye a difundir las investigaciones que directa o indirectamente promuevan el intercambio de conocimientos y saberes sobre los procesos de salud, enfermedad en las áreas urbanas y marginadas de nuestro país.

Antrop. Manuel Peláez Casabianca

¿Qué es la medicina tradicional?*

INTRODUCCIÓN

Para poder dar inicio a una respuesta que permita aportar una reflexión sustancial al problema sobre qué es eso de la medicina tradicional (en adelante MT), el que esto suscribe se permite partir de la siguiente afirmación que hace V. Mezhúiev (1980:175), la cual dice: "Es importante señalar que el tradicionalismo, como rasgo específico de todo el sistema de vida en las formaciones precapitalistas, constituye la consecuencia directa de la predominancia del elemento natural en la actividad vital de los seres humanos, caracterizando no un tipo de cultura especial e independiente, sino solamente la etapa primaria de su desarrollo".

La cita de V. Mezhúiev es interesante porque permite establecer tres consideraciones importantes:

1. Que el *tradicionalismo* fue un rasgo específico de toda sociedad precapitalista.
2. Que el *tradicionalismo* fue consecuencia directa del predominio de los elementos naturales, o sea del predominio que la naturaleza tenía sobre las actividades vitales de los seres humanos de aquel periodo.
3. Que el *tradicionalismo* caracterizó la etapa primaria del desarrollo de grupos humanos sobre los cuales predominaron los elementos de la naturaleza.

Estas tres consideraciones derivadas de la cita de V. Mezhúiev permiten establecer cinco preguntas importantes para el tema que aquí se trata:

1. Si el tradicionalismo fue un rasgo específico de sociedades precapitalistas, entonces ¿por qué hoy día éste subsiste?
2. Si el tradicionalismo fue consecuencia del predominio de la naturaleza sobre las actividades vitales de seres humanos, entonces, ¿la presencia en la actualidad del tradicionalismo indica que hoy día existen grupos de seres humanos sobre los cuales los elementos de la naturaleza siguen predominando sobre sus actividades vitales?
3. Si el tradicionalismo caracterizó la etapa primaria del desarrollo de los grupos humanos sobre los cuales predominaba la naturaleza, entonces ¿ubicar la existencia hoy día del tradicionalismo es ubicar la existencia actual de grupos humanos que reproducen las etapas primarias del desarrollo humano, dado que aún sobre ellos predomina la fuerza de la naturaleza?
4. ¿Qué debe entenderse por "natural" y tradicionalismo y cómo se establece la relación entre ambos?
5. ¿Lo anterior qué aporta para el entendimiento de la MT?

Establecidos los cinco puntos anteriores, es necesario presentar los avances hasta ahora alcanzados sobre una serie de ideas que posibilitan una respuesta no sólo a los puntos presentados sino además sobre qué es eso de la MT.

NATURALEZA DEL TRADICIONALISMO

Naturaleza de las sociedades

Siguiendo en general las ideas de V. Mezhúiev (1980: 148-176) se encuentra que si bien es cierto que toda sociedad tiene como sustento universal a la naturaleza, también es cierto que no todas las sociedades tienen la misma naturaleza, esto es, que por un lado podrán encontrarse sociedades naturales y por otro lado otras que no lo son. Veamos esta diferencia.

Dentro de la evolución de la historia de la humanidad se encuentran dos grandes etapas: la primera de ellas hace referencia al momento en que el desarrollo de la sociedad descansó sobre la base de los instrumentos de producción surgidos o más bien dicho, dados de manera natural, esto es, dados por la naturaleza (una piedra, un

* El presente trabajo es parte del proyecto de investigación titulado "¿Qué es la medicina tradicional?"

** Profesor de antropología médica del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM (humavi2@latinmail.com)

palo, un hueso, etc.); la segunda etapa se refiere al momento en que el desarrollo de la sociedad humana descansa sobre la base de instrumentos de producción surgidos o mejor dicho, creados ya no por la naturaleza sino por el propio ser humano (martillo, cincel, tubo, etcétera).

Ubicar estas dos etapas es de trascendental importancia porque en el primer caso, en la sociedad basada en instrumentos naturalmente producidos en la que se desarrolla un trabajo de apropiación de la naturaleza, nos encontramos que los integrantes de ésta se venían subordinados a la naturaleza y esta subordinación contemplaba los aspectos objetivos como las prácticas sociales y los aspectos subjetivos como las creencias y conocimientos. Esta dependencia y subordinación a la naturaleza es lo que le da a esta sociedad y a todos los elementos que la componen su carácter de natural.

Para el segundo caso, la sociedad basada en instrumentos producidos de manera no natural que desarrolla un trabajo de transformación, nos encontramos que los integrantes de esta sociedad se ven subordinados al producto del trabajo y esta subordinación contempla también los aspectos objetivos como las prácticas sociales y los aspectos subjetivos como el conocimiento y las creencias. Esta dependencia y subordinación a los productos del trabajo es lo que le da a esta sociedad y a todos los elementos que la componen su carácter de no natural.

Es precisamente a esta segunda etapa, la etapa del desarrollo industrial, a la que históricamente se fue subordinando, paulatinamente, la primera etapa y así el trabajo natural, como pudo serlo el caso de la agricultura, se subsumió a la segunda etapa y de esta manera el ser humano se fue liberando de las antiguas condiciones naturales a las que estaba sujeto para ahora verse supeditado a condiciones sociales históricamente formadas, esto es, supeditado a lo producido por instrumentos de producción, creados por una sociedad industrial y no por la naturaleza, es decir, encontrarse ahora supeditado a los resultados de un trabajo que no precede a la persona sino que la antecede.

Es en esta última situación en donde el elemento históricamente creado asume la significación de condicionante general de la producción social. Es así como uniéndose a ese elemento en el proceso de la actividad laboral, el sujeto resulta relacionado con otras personas a través de la necesidad del intercambio de productos y/o actividades ya no naturales, esto es, no a través de intercambios y actividades naturales surgidas al interior y sólo del interior de una comunidad natural v. g. la tribu.

Así pues, en la sociedad no natural, los seres humanos se manifiestan como consecuencia directa del trabajo y se realizan por intermedio de aquél que constituye su resultado y en la medida que se desarrolla esta relación no natural, el carácter social del trabajo se ve liberado de su pasada delimitación natural *asumiendo así su forma de manifestación general y universal*.

Es en este sentido como debe entenderse que donde el elemento históricamente formado ha tenido significación decisiva, *la relación del ser humano con la naturaleza se presenta directamente como relación social* y ya no como una relación supeditada a la naturaleza, ya que la relación con ella ha dejado de tener el carácter de unidad, para llegar ahora a ser una unidad activa condicionada del todo por el propio hecho de su existencia en una sociedad ya no natural.

Es ahora, en la sociedad no natural o industrial, donde la propia naturaleza se da al ser humano en forma de resultados conjuntos de la actividad humana, es decir, en forma socialmente transformada y ya no de manera directa. De este modo es como debe entenderse que hoy día la relación del ser humano con la naturaleza se presenta de principio a fin en forma de relación social y no natural, en la que la persona se relaciona entre sí por los lazos de una actividad realizada conjuntamente y no por los de parentesco o cualquier otra forma de unidad natural. Siendo esto así, en el desarrollo histórico de la humanidad se aprecia, en general, la tendencia a seguir una línea que ha llevado al ser humano a una mayor liberación de su primera dependencia, esto es, de su dependencia de la naturaleza, al verse ésta incorporada en las relaciones sociales que se sustentan a través de los productos de un trabajo no natural.

Sin embargo, a lo dicho por V. Mezhdiev, el que esto suscribe acota que la susodicha línea que ha llevado a los seres humanos a liberarse de su primera dependencia para incorporarlo a una sociedad en donde el tipo de relaciones sociales se sustenta a través de los productos de un trabajo no natural, no se ha manifestado de manera homogénea ni a lo largo de la historia y mucho menos en nuestras sociedades actuales, ya que amplios sectores de la población mundial se han visto y se ven hoy día expulsados de esta tendencia liberadora al estar condenados a mantenerse, por múltiples factores, directamente ligados y en dependencia a la naturaleza; esto es, que amplios grupos de la población mundial, hoy mismo, se ven obligados a reproducir las pristinas formas de desarrollo humano, dado que aún sobre ellos predominan las fuerzas de la naturaleza, por esta misma razón es por lo que puede entenderse que hasta nuestros días subsista el tradicionalismo, fenómeno que nos indica que en el flamante mundo de la posmodernidad y del tercer milenio, existen amplios grupos de seres humanos sobre los cuales los elementos de la naturaleza siguen predominando sobre sus actividades vitales.

Pero, ¿cuáles son esos factores que mantienen a estos amplios grupos de la población mundial ligados a la naturaleza y por ende a la reproducción del tradicionalismo? Estos factores bien pueden ser procesos históricos como el colonialismo o el neocolonialismo, o procesos económicos y político-económicos como el imperialismo y la dependencia económica, el liberalismo o el neoliberalismo, pero también pueden ser procesos geopolíticos como los que se entienden en la demarcación que antaño se hacía del bloque del Este vs. el bloque del Oeste y que en la actualidad se repite en la demarcación de países del Norte vs. países del Sur. Son precisamente fenómenos como éstos los que permiten que la supuesta linealidad del desarrollo histórico-social, que supuestamente liberaría a los seres humanos de su dependencia natural no haya sido homogénea o sencillamente se encuentre interrumpida y por esta razón se deje a importantes sectores de la sociedad mundial, en par-

ticular de África, América Latina y Asia, fuera del consumo y goce de la gran mayoría de los productos propios de la actual civilización.

Ahora bien, considero que bien cabe pensar que si la actividad productiva de los seres humanos en los niveles tempranos de la historia estuvo limitada por las *condiciones del trabajo*, las cuales tuvieron un origen *no histórico* sino natural, entonces hoy día dados los múltiples y complejos factores económicos y políticos que impiden el tránsito de estos pueblos o sectores de un pueblo, hacia su propio desarrollo liberador de la naturaleza, también se encuentran limitados en su actividad productiva y por ende se hallan indisolublemente ligados a las condiciones naturales como en antaño se encontraron las primeras comunidades humanas, sólo que ahora resulta y es importante señalar que la demarcación que estos pueblos tienen a las condiciones naturales de existencia y a diferencia de las primeras sociedades, *está determinada por factores históricamente creados*, esto es, no naturales y por lo cual estos pueblos en esencia siguen y seguirán preservando su dependencia natural mientras existan las condiciones ya mencionadas que los excluye de la civilización actual y por cuya exclusión se mantienen ligados a las formas naturales de existencia y seguirán desarrollando el tradicionalismo propio de estas sociedades como una forma de vida.

Así pues, puede considerarse que en cuanto la actividad de los seres humanos se encuentre limitada por condiciones específicas de la producción y éstas se constituyan como las premisas del trabajo y no su resultado, se establecen condiciones para un trabajo de tipo natural y con ello una delimitación hacia lo natural de esa sociedad, así como de su estado cultural y por lo mismo, la cultura de esta sociedad se nos presenta como una cultura natural, en donde el tradicionalismo será su eje rector. Este nivel de cultura natural propio de este tipo de sociedad se encuentra representado en una suficiente cantidad de ricos y diversos objetos propios de una cultura material y espiritual natural, objetos que portan la subjetividad y la objetividad natural de estos sujetos naturales.

Pues bien, habiendo referido hasta aquí la naturaleza de las sociedades y en particular la de la sociedad no natural o industrializada, ahora es necesario ampliar las ideas acerca de la naturaleza de la sociedad natural.

Naturaleza de la sociedad natural

Si bien es cierto que las sociedades naturales a las que se ha hecho referencia se remontan a los primeros grupos humanos, también es cierto, como ya se dijo, que dados ciertos procesos económicos y políticos a lo largo de la historia moderna son muchos los pueblos que actualmente se mantienen ligados y en dependencia directa a la naturaleza, esto es, que siguen comportándose en lo esencial como sociedades naturales. Si esto es aceptado, entonces conviene desarrollar algunos puntos trascendentes sobre la naturaleza de las sociedades naturales, las cuales independientemente del momento de su existencia, antiguas o actuales, siguen manteniendo, en mayor o menor grado, la esencia de su relación de dependencia con la naturaleza.

Pues bien, en 1844, C. Marx (1968) consideró que en todas las formas de producción natural la condición objetiva del trabajo *no es el producto del trabajo sino la naturaleza encontrada mediante el trabajo*. Así pues, de una parte se tiene presente a un sujeto vivo y de la otra se tiene a la naturaleza y, en particular, a la tierra como condición objetiva de su producción.

En este punto es importante subrayar que estas condiciones objetivas de la producción en una sociedad natural existen incluso antes e independientemente del trabajo, esto es, que no fueron o no han sido, como lo es el caso de la tierra, creadas por el trabajo y sin embargo constituyen una premisa para el trabajo y no tanto el resultado del mismo. En este sentido Marx consideró que las condiciones primarias de producción en este tipo de sociedades actúan como premisas naturales, como *condiciones naturales de existencia del productor*, precisamente así como su cuerpo vivo, reproducido y desarrollado por él, creado al inicio no por él sino que es premisa de él mismo, la existencia corporal de él mismo es aquella premisa que no fue creada por él sino por la naturaleza y por lo tanto es un cuerpo natural. Así pues, en las sociedades naturales la persona está obligada a actuar en circunstancias dadas a él como premisas naturales independientes de él mismo.

Ahora bien, regresando con V. Mezhluev, se tiene que dentro de las condiciones naturales del trabajo al interior de las sociedades naturales la actividad humana se presenta de dos formas: como actividad humana objetiva y como actividad humana subjetiva, las cuales, en esta sociedad, están predeterminadas por las puras condiciones naturales, que en este tipo de sociedad predeterminan lo objetivo y subjetivo de su práctica, conocimiento y cosmovisión que en ellos tienen una esencia natural.

En relación con lo anterior se tiene que este hombre natural que depende en primer lugar de un colectivo integrado de manera natural (gen, tribu o comunidad), el cual es premisa natural para su actividad laboral, es el que le hace posible su propia actividad productiva tanto material como espiritual y así pues en este último rubro es como desarrolla su lenguaje natural, así como sus conocimientos, sentimientos y emociones sellados con la impronta de ser naturales y es sólo en estas condiciones como la propia existencia productiva y reproductiva de estas personas es posible.

Así pues, el desarrollo de los aspectos subjetivos y espirituales de estas personas se hallan determinados por la existencia de productos elaborados por la naturaleza y el dominio que tiene el trabajo apropiado como la caza, pesca, recolección, pastoreo, etc., y que determina la dependencia directa del ser humano con la naturaleza; es en esta etapa donde las personas están obligadas a utilizar instrumentos naturalmente dados para afectar la naturaleza y precisamente la forma más productiva de afectar a ésta es por medio de la agricultura, en la cual predomina el elemento natural en las condiciones de trabajo, cuyo predominio de tal elemento es el que actúa en el sentido de *dar identidad directa al sujeto con su colectivo natural*, expresando así la "unidad natural" del productor tanto con sus condiciones objetivas de su producción como con las subjetivas y espirituales.

Es precisamente de estas condiciones económico-naturales de donde se desprende el entendimiento de las tres características fundamentales de las sociedades naturales.

Tres características de la sociedad natural

Podría considerarse, a decir de V. Mezhluev, que en la sociedad natural existen tres características importantes, las cuales derivan directamente de sus condiciones económicas.

El carácter de localismo

Dado el desarrollo económico y cultural que tiene esta sociedad presenta un carácter local, el cual se explica por el hecho de que el modo de unión que presentan estas comunidades está constituido por la vinculación familiar, tribal o territorial y en las cuales se aprecia la ausencia de un sistema general y desarrollado que permita el intercambio de los productos del trabajo.

El carácter de impersonalismo

La segunda característica es su carácter impersonal ya que en una comunidad natural el ser humano actúa como un ser genérico, como un ser tribal. En este carácter impersonal de las actividades de las personas de este tipo de sociedad lo que se expresa es la limitación natural de su existencia como persona fuera de su comunidad natural.

El carácter de tradicionalismo

Esta tercera característica, para el presente ensayo, es de trascendental importancia, ya que ubica la calidad y carácter de tradicionalistas que tienen las sociedades naturales; este carácter emana de las condiciones objetivas de existencia del sujeto al interior de este tipo de sociedad, las cuales están dadas por premisas naturales, esto es, por las fuerzas de la naturaleza y, por ello mismo, el trabajo de los sujetos aquí tiene el carácter de ser un trabajo *reproductivo*, entendiendo por reproductivo el hecho de que se repite *necesariamente* sobre la base de un trabajo y/o experiencia anterior, esto es, con base en *la tradición* en donde ésta es la repetición reproductiva.

Sin embargo, la tradición no sólo se reduce a la repetición reproductiva de lo cotidiano, ya sea esto en el pensar y/o en el quehacer empírico, *sino además en la repetición reproductiva de un sistema de ideas que conforman una cosmovisión y una filosofía de la naturaleza* en donde ambas, cosmovisión y filosofía, tiene un carácter natural, esto es, un carácter *tradicionalista*; de esta manera, se ha considerado desde hace tiempo, que en esta *cotidianidad* de la repetición de un sistema de ideas que se da en la vida tradicional de este tipo de personas, se encuentra también la reproducción de una *estructura epistemológica* que tiene como base de su construcción las enseñanzas que de manera directa da la naturaleza a estas culturas. Así pues, en mi opinión, se encontrará una íntima relación entre dos procesos que, compartiendo una terminología parecida, no son lo mismo, ya que *la tradición* es la manifestación estructural de la tradicionalidad, así como *la tradicionalidad* es la manifestación genética de la tradición.

Así pues, podrá verse cómo toda tradición conlleva la evocación concreta y objetiva de una esencia histórica, la cual le permitió llegar a su forma actual. Para el caso que ocupa al presente apartado, deberá decirse que en la tradición de toda sociedad natural se evoca, también de manera concreta y objetiva, su propio factor histórico, sólo que en la sociedad natural este factor histórico que se evoca, a diferencia de la sociedad industrial, es de tipo natural, dado que la naturaleza es la que ha determinado la historicidad de este tipo de sociedad y es en este sentido como, para la sociedad

natural, deberá considerarse que en los contenidos y forma de sus tradiciones se halla una evocación a la esencia de una tradicionalidad, en la cual se encierra el determinismo que la naturaleza ha ejercido sobre estas poblaciones.

De esta manera, el elemento teórico-práctico natural en una cultura tradicionalista, como regla, solamente se reproduce en calidad de lo anterior, *sin someterse a cambios esenciales* y así, en todas estas formas de sociedad la base de su desarrollo descansa en la relación que mantiene el tradicionalismo con la tradición, relación en donde se contiene la reproducción de las relaciones naturales, ya sean éstas dadas de antemano y formadas naturalmente o bien determinadas históricamente, pero a final de cuentas convertidas en un tradicionalismo sobre el cual, para el sujeto, se determina, predetermina y objetiviza tanto su relación con sus condiciones de trabajo como su relación con sus compañeros de trabajo.

Para terminar este inciso sólo resta decir que las relaciones que estos hombres tradicionalistas sostienen con la naturaleza, así como entre ellos mismos al interior de su sociedad natural y tradicional, mantienen su carácter de repetición permanentemente, tanto en el saber como en la práctica y por ello mismo llega a establecerse la idea de que son sociedades y cultura estancada: "...ya en su momento V. I. Lenin apuntaba como ley en estas sociedades naturales el hecho de repetir el proceso de producción en la escala anterior sobre bases técnicas anteriores..." (citado por V. Mezhluev), sin embargo es necesario establecer, sobre todo en la actualidad, que estas culturas tradicionalistas no están estancadas en su relación con la naturaleza en función de que así se los determine ésta, sino en relación con condiciones históricamente dadas que impiden su desarrollo y liberación de la subyugación que sobre ellas ejercen las fuerzas de la naturaleza, además de las fuerzas económicas y políticas propias de las sociedades industrializadas; es en esta base sobre la cual hoy día y en estas sociedades se da la relación ser humano-naturaleza y que caracteriza el sustento de las relaciones sociales materiales y espirituales de los grupos étnicos y campesinos.

Así pues, al llegar a esta altura del desarrollo de las ideas, se hace necesario contestar de manera precisa las cinco preguntas con las cuales se abrió el presente trabajo. De esta manera, sostengo que la información vertida aquí permite considerar que en la actualidad se encuentran amplios grupos humanos que, en lo esencial, mantienen los rasgos específicos de aquellas sociedades que antecedieron al periodo de la sociedad capitalista, por lo tanto, si hoy día se observa la existencia del tradicionalismo es porque en la actualidad existen grupos humanos sobre los cuales las fuerzas de la naturaleza siguen predominando sobre su actividad vital y, por lo tanto, éstos siguen y seguirán reproduciendo formas de vida primaria mientras se mantengan subsumidos, en lo esencial, a la naturaleza.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que a una sociedad de tipo "natural", esto es, que depende para su existencia de los productos que directamente le da la naturaleza, le corresponde una tradición, es decir, una repetición que, sustentada en una cosmovisión y filosofía de la naturaleza, se expresa en el término de tradicionalismo, lo cual permite ubicar la indisoluble relación que hay entre lo natural y el tradicionalismo. Empero, ¿qué aporta lo anterior a la última pregunta sobre el entendimiento de qué es eso de la MT?

Para responder esta importante pregunta será necesario desarrollar una segunda parte en el presente ensayo.

QUÉ ES ESO DE LA MEDICINA TRADICIONAL

Para iniciar este último apartado me permito partir de la premisa de considerar que la medicina antes que cualquier otra cosa es una relación social y que si bien toda medicina tiene como sustento universal su relación con la naturaleza, no todas las medicinas tienen la misma naturaleza, así, por un lado están aquellas

medicinas que no son naturales y aquellas que sí lo son, veamos brevemente estas diferencias.

Naturaleza de la medicina

Si se sigue, aproximadamente, la misma lógica de exposición que en el apartado sobre "Naturaleza de las sociedades", puedo decir que dentro de la evolución histórica de la medicina se encuentran dos grandes momentos: primero, el que hace referencia a aquella medicina que descansó sobre la base de relaciones sociales que surgieron de manera natural, es decir, aquellas de manera directa en y con la naturaleza y, segundo, el que se refiere a aquella medicina que descansa sobre la base de relaciones sociales que surgieron de manera no natural, esto es, de relaciones dadas de manera directa con y entre las personas y, en donde la relación de estas personas con la naturaleza, es indirecta.

Ahora bien, para el caso de la medicina natural y propia de sociedades en las que su producción se basa en relaciones sociales directas con la naturaleza, encontramos que los componentes de este sistema médico se ven subordinados a la naturaleza y esta subordinación abarca tanto los aspectos objetivos, v. g. la práctica médica, así como los subjetivos, v. g. el conocimiento médico. Es esta dependencia y subordinación a la naturaleza, aun no a lo social, lo que le da a todos los componentes de ésta su carácter de medicina natural. Para el caso de la medicina no natural y propia de aquellas sociedades en donde su producción está basada sobre relaciones sociales que descansan en instrumentos no naturales, encontramos que los componentes de este sistema médico se ven subordinados a los productos socialmente creados, esto es, a los productos de un trabajo médico que no depende directamente de la naturaleza sino de la sociedad¹ y cuya subordinación abarca tanto aspectos objetivos, como puede ser la práctica médica, o bien, aspectos subjetivos como el conocimiento médico. Es esta dependencia y subordinación a lo social y ya no más a la naturaleza, lo que le da a todos los componentes de ésta su carácter de medicina no natural.

Lo anteriormente referido permite entonces ubicar, dependiendo del carácter natural, dos tipos de medicinas: la medicina no natural y la medicina natural; y una vez establecida esta diferencia entre ambas medicinas me permito precisar, por el objetivo que tiene el presente trabajo, sólo lo correspondiente a la medicina natural.

Naturaleza de la medicina natural

Parto de considerar que la medicina denominada como natural también es una relación social tal y como lo es la medicina cosmopolita;² esta medicina natural, al ser un componente del sistema cultural de los pueblos naturales, debe entenderse como un importante elemento que forma parte del sistema de vida de estos pueblos y que, al igual que la sociedad natural, esta medicina tiene como el más importante de los elementos que la estructuran su dependencia esencial hacia la naturaleza, la cual le permite generar tanto la estructuración de su sistema teórico-explicativo sobre el proceso salud-enfermedad, así como su sistema práctico-terapéutico.

Es importante enfatizar que en la medicina natural de la actualidad, su conocimiento médico se estructura con base en las premisas que marca la naturaleza y no tanto de aquellas de lo social, con las cuales tiene cierto grado de contacto. De esta forma, hoy día las premisas naturales siguen actuando como el sustrato determinante para que exista este tipo de medicina y se mantenga así su forma natural.

¹ Como productos médicos socialmente contruidos pueden citarse desde aspectos espirituales como la elaboración de la teoría fisiológica de Claud Bernard o la teoría celular de Rudolf Virchow hasta aspectos materiales como la tecnología médica que revolucionó la "simple" máquina de radiografía, al grado de llegar al sofisticado aparato de resonancia magnética; ambos fenómenos, teórico y práctico, se encastran como una construcción social, producto de un trabajo científico-institucional y no como una construcción natural.

² El término cosmopolita se utiliza solamente como una idea de lo contrario a la sociedad natural.

Dada la estrecha relación que mantiene toda medicina natural con la naturaleza deberá entenderse entonces, que la teorización de la medicina natural no es una teoría médica creada en sí por la propia y particular iniciativa del ser humano, sino más bien por la propia y particular iniciativa de la naturaleza; es esta iniciativa de la naturaleza la que recogen las personas que viven en esta comunidad, aunque el que en particular se encarga de sistematizar esta iniciativa es el médico tradicional que vive en estas comunidades.

La relación que se mantiene entre medicina y naturaleza es la que permite entender por qué la existencia y desarrollo de una medicina natural depende esencialmente de su presencia en una sociedad de tipo natural. Asimismo esta relación permite entender por qué esta medicina está prácticamente obligada a desarrollarse y a actuar sólo en estas condiciones naturales.³

Ahora bien, esta esencia natural dada a la medicina puede apreciarse tanto en sus procesos médico-cognitivos como lo es su pensamiento médico para explicar la causalidad del proceso salud-enfermedad, o bien en sus procedimientos médico-prácticos para prevenir, sanar y rehabilitar. De esta manera, la esencia natural contenida en esta medicina permite observar que la enfermedad y la curación de ésta es atribuida a fuerzas y componentes de la madre naturaleza como el calor, el viento, el frío, el Sol, la Luna, la Tierra, los minerales, el humo, el agua, los animales, las plantas y hasta el propio ser humano, cuando éste tiene ciertas particularidades como la mirada "caliente" y a los cuales se les atribuye una fuerza interna que en algunos casos, como entre los grupos naturales de la actualidad, adquiere la forma de lo sobrenatural, v.g. la magia. Asimismo, en esta esencia natural dada a la medicina, puede observarse como sus espacios de ritualización y terapéutica pueden ser los ríos, los montes, las milpas, las casas, las cuevas, las barrancas, etc. y de esta manera entender que es la presencia de las fuerzas de la naturaleza la que está permanentemente estructurando un sistema de conocimientos médicos directamente ligado y relacionado con las personas que viven en este tipo de sociedad.

Lo anteriormente dicho me permite considerar que dentro de las condiciones naturales de la medicina natural la actividad médica, que bien puede presentarse como conocimiento médico o como práctica médica, está predeterminada por las condiciones naturales y, por lo tanto, los componentes prácticos y teóricos de esta medicina adquieren esencialmente una calidad eminentemente natural.

Ahora bien, un punto de gran interés que me interesa subrayar, es lo siguiente. Dado, como ya se había dicho, que esta medicina sólo puede encontrarse en comunidades que se identifican como naturales, entonces es importante subrayar que al ser este tipo de comunidad la que da la posibilidad a esta medicina de poseer su propia actividad productiva y reproductiva tanto de sus componentes teóricos como prácticos que la estructuran, que de salir o apartarse de sus propias condiciones naturales que en esencia la generan, la mantienen y la desarrollan, se orientará hacia su desestructuración, esto es, que de darse algún proceso o fenómeno que establezca una barrera entre ésta y sus condiciones de dependencia natural, perderá su esencia y dará origen a una medicina que, para el que esto suscribe, bien puede ubicarse bajo el nombre de medicina popular, considerando el término medicina popular como aquella práctica que expresa un conocimiento curativo que ha perdido, en esencia, su base epistemológica y con ello la posibilidad de que la persona, "médico" y/o paciente, entienda y explique el porqué determinada estructuración en una idea y/o práctica curativa, la cual, otrora, encontraba explicación dentro de la base teórica elaborada sobre el proceso salud-enfermedad y la

práctica terapéutica. De esta manera, la práctica curativa constituida y llamada "medicina popular", para mí sólo mantiene contenidos y formas "médicas" que carecen de explicaciones esenciales y sistemáticas.⁴

Ahora bien, en el caso de la medicina natural, es necesario tener en claro que en función de que ésta asume la determinación de la naturaleza, mantiene y desarrolla siempre sus componentes médicos en función y dependencia a las múltiples fuerzas de la naturaleza, las cuales son consagradas, defecadas y simbolizadas, constituyéndose así en la misma medicina como un mecanismo importante que permite mantener, reforzar y/o restablecer en la persona, sea el médico o el paciente, una identidad que lo liga directamente al grupo al que pertenece, gracias a que en el acto médico se da significado a estas fuerzas que establecen un sistema simbólico que enlaza a la persona con la naturaleza y con su colectivo a través de la medicina.

Pues bien, una vez habiendo llegado hasta aquí en torno a la naturaleza de la medicina natural, se hace imprescindible establecer la correlación de las tres características de una sociedad natural, ya señaladas, con su medicina y en donde una de estas características se conecta de manera directa con el término de MT. Veamos pues estas tres características.

Tres características de la medicina natural y su relación con la MT

La primera de estas características es importante porque permite destacar que la medicina natural tiene un carácter localista, que está dado y corresponde al mismo grado y carácter de desarrollo económico que tiene una sociedad natural, la cual al no haberse liberado aún de su dependencia directa de la naturaleza establece un tipo de relaciones interpersonales muy reducidas, siendo así, que las formas de relaciones médicas que se establecen para la medicina

³ La anterior afirmación quiere decir que la medicina de la sociedad natural no puede estar presente en las sociedades de corte industrial, ya que esto significa, para esta medicina, que existir en la sociedad industrial es la separación de su espacio natural sin un soporte estructural que la sostenga y por ello esta medicina o deviene en "medicina popular" o bien simplemente desaparece.

⁴ Un excelente estudio en donde puede observarse de manera clara y por demás explícita la pérdida de un sistema teórico explicativo del saber y práctica médica, puede encontrarse en la obra de Roberto Campos Navarro (1997).



natural también están basadas en el nivel de lo familiar, lo tribal o lo territorial.

La segunda característica importante a señalar aquí y en íntima relación con la anterior, es que *la medicina natural tiene un carácter impersonal*, queriendo decir con impersonal que la medicina natural fuera de su propia comunidad, se despersonaliza en sus planteamientos teórico-explicativos sobre el proceso salud-enfermedad, así como los práctico-terapéuticos. Esta despersonalización de la medicina natural bien puede ser en dos sentidos: en lo esencial o en lo formal.

En el primer caso, despersonalización por pérdida de su esencia, la medicina natural es considerada como una falsa medicina ante los ojos de aquellos grupos sociales que están afuera de las comunidades naturales. Este nivel de impersonalidad de la medicina natural se

adquiere por la incompreensión que los grupos de la sociedad tecnificada tienen para entender la relación estructural directa que la medicina natural mantiene con las fuerzas de la naturaleza y el mejor ejemplo de esta despersonalización de la medicina natural, ante los ojos de la sociedad industrial, lo tenemos cuando la medicina alópata, al tener contacto con la nosografía y terapéutica de la medicina natural, establece que este sistema de conocimientos médicos no tienen ningún fundamento ni sentido, esto es, que es ilógico y por ello lo desacredita.

En el segundo caso, despersonalización por pérdida de la forma, la medicina natural es considerada como una medicina desconocida ante otros grupos naturales. Este nivel de impersonalidad de una medicina natural ante otra medicina natural, se desprende de la no comprensión que el otro grupo natural tiene sobre las formas y contenidos de una medicina natural que le es ajena en términos de lo formal, el mejor ejemplo de esta despersonalización se verifica cuando médicos actuales del grupo étnico de los nahuas, exponen ante médicos de un grupo étnico diferente (como es el caso de los actuales huicholes), su conocimiento médico, el cual no sólo no es entendido sino incluso ni siquiera es compartido. Así vemos que una entidad mórbida tradicional como es el mal de ojo, se encuentra caracterizada de manera diferente entre los grupos indios de México dependiendo del marco cultural específico, sin embargo y es importante subrayar que aunque entre una medicina natural y otra existan diferencias en la forma de explicar el proceso salud-enfermedad, así como en las prácticas terapéuticas, en ninguna de ellas será posible considerar que haya perdi-



do la esencia de su naturaleza, esto es, que se halla separado de su relación esencial de dependencia directa con la naturaleza, lo cual no puede suceder por el simple hecho de que al ser una medicina natural pertenece a una comunidad, la cual está imposibilitada a superar su relación de dependencia directa con la naturaleza.

Señalado lo anterior, sólo resta considerar que cualquiera de estos dos tipos de despersonalización que puede sufrir la medicina natural se determina por la primera característica señalada: su carácter localista.

La tercera característica, de gran interés para el tema que toca el presente ensayo, es la que hace referencia a que *la medicina natural tiene un carácter tradicionalista*. Este carácter emana, al igual que las dos características anteriores, de las condiciones objetivas en que se da este conocimiento médico, por ello mismo, tanto la orientación de su teoría como de su práctica están dadas por las premisas naturales.

Esta medicina natural, al interior de la comunidad que le es propia, en su acción tiene un carácter eminentemente reproductor que se sustenta sobre la base de un trabajo anterior que es *la tradición o lo tradicional*, pero esta tradición, tal y como ya se había señalado, tiene la característica no sólo de reproducir una cotidianidad o habitualidad del pensar y del hacer médico empírico, sino además de repetir reproductivamente una cosmovisión médica que se sustenta en una filosofía de la naturaleza.

Debe quedar claro que el hecho de repetir, a través de la tradición, un conocimiento médico natural, en el cual se encierra una forma de ver e interpretar la naturaleza, permite que se reproduzca y sostenga no sólo la estructura epistemológica del sujeto y la comunidad natural, sino además, que se reproduzcan, sostengan y refuercen formas de pensamiento y comportamientos naturales que permiten al sujeto, médico y/o paciente, identificarse como integrante de su comunidad.

Así pues, el elemento teórico-práctico de la medicina natural como regla, sólo se reproduce en calidad de lo anterior, *sin someterse a cambios en su esencia*, la cual es la relación de dependencia de la medicina a la naturaleza. De esta manera, aunque en su desarrollo y actualización se pueda observar en esta medicina cambios y diferencias tanto de sus contenidos, v. g., el uso de medicamentos de patente e incluso el de exámenes de laboratorio y gabinete, como de sus formas, v. g., medicinas naturales como la china y la mexicana o el Haré Krishna o incluso medicinas como la mesopotámica, egipcia, griega, romana, etc., de algún modo u otro estos contenidos y estas formas se mantuvieron y aún se mantienen, en esencia, ligadas directamente a las fuerzas y componentes de la naturaleza, la cual es base del desarrollo de cualquier medicina natural, ya sea porque antaño hayan descansado o aún hoy día descansan, en la reproducción teórico-práctica de una cosmovisión que se sistematiza con base en una filosofía de la naturaleza, ya sea en una sociedad natural pretérita o en una sociedad natural actual e históricamente determinada.

Una vez habiendo agotado, en forma general, las anteriores ideas apuntamos una conclusión preliminar que permite acercarnos a una conceptualización sobre qué es la MT.

CONCLUSIÓN

En función de lo expuesto, considero que si bien es cierto que toda medicina posee una tradición, también es cierto que no por ello debe considerarse que toda medicina es tradicional, dado que *una MT podrá ser sólo aquella en la cual su tradición le permite evocarse ontológicamente en el sentido de rememorar su ser natural y con ello su esencia*, que resulta de su dependencia directa con la naturaleza, esencia de donde se gesta la estructuración tanto de sus sistemas médico-cognitivos como de sus sistemas médico-terapéuticos, sobre los cuales, todo elemento de actualización, quedará resistemizado. En todo lo anteriormente dicho y en particular en esto último es en donde encuentro la respuesta esencial que permite caracterizar y explicar qué es eso de la MT.

BIBLIOGRAFÍA

- Campos Navarro, Roberto, *Nosotros los curanderos*, México, Nueva Imagen, 1996.
Marx, Karl, *Manuscritos económico-filosóficos de 1844*, México, Grijalbo, 1968, pp. 73-88.
Mezhúiev, V., *La cultura y la historia*, México, Progreso, 1980, pp. 149-212.

en para
con las
medicina
alópata,
ce que
do, esto

medicina
naturales,
atural, se
formas y
el mejor
grupo
no es el
o no es
tóbida
ferente
ico, sin
y otra
eno en
s perdi-

El estudio de comunidad en el servicio social de medicina (un enfoque antropológico)

INTRODUCCIÓN

Durante el trabajo de servicio social en la carrera de medicina, una de las tareas que lleva más tiempo y que resulta no ser tan sencilla, es la realización de un estudio de comunidad.

Este estudio tiene el propósito de permitirle al pasante irse adentrando a la dinámica de la vida cotidiana de la población, detectar cuáles son las formas de resolver sus problemas de salud, cómo reconocen las enfermedades y qué formas de atención médica busca.

Cuando el médico se hace profesional, es muy frecuente pensar que las poblaciones no conocen nada sobre la salud, las enfermedades y las curaciones y esta forma de pensar es una falacia, que en no pocas ocasiones lo hace actuar como si partiera de cero, impidiéndole escuchar y comprender de manera sensible las necesidades manifestadas y no manifestadas.

Es conveniente saber que la población indudablemente tiene conocimientos y creencias médicas que ha adquirido a través del contacto con la atención médica, con la difusión de los programas oficiales de educación para la salud, del contacto que mantiene entre familiares y vecinos que socializan los consejos para estar sano y a través de la curación que busca con sus médicos llamados tradicionales que pertenecen a su grupo social y cultural. Éstas son las principales

fuentes de conocimientos médicos de toda población. Se entiende así, que entre más marginada está una población, sus fuentes de conocimiento se ven reducidas, pero aún así, las comunidades se las ingenian para conocer y construir los conceptos, conocimientos y creencias médicas que les permitan actuar hacia el cuidado de su salud y el tratamiento de sus enfermedades.

De ahí que afirmemos que cuando el pasante llega a hacer su servicio social en una población desconocida para él, lo primero que tiene que considerar es la conveniencia de buscar una mínima información social, físico-natural, cultural y de salud para conocer a la población que va atender y en qué aspectos, además de la atención clínica, el pasante reforzará o apoyará conocimientos o conductas que a la población le resultan eficaces para cuidar su salud; corregir errores de concepción que le impide a la población atender eficazmente su salud, o bien, aportar algún conocimiento que no tenían y que podría resultarles muy útil para resolver a tiempo sus situaciones de riesgo y no enfermar o atenderse las enfermedades ya declaradas lo más ágilmente posible y con sus propios recursos y posibilidades.

Un estudio de comunidad es una especie de instrumento que no debe verse como burocrático, sino aplicarse como si estuviéramos buscando o explorando datos para saber con qué tipo de población estará en contacto durante un año; qué necesidades manifiesta; qué otras necesidades existen que aún no han sido vistas por la comunidad; con qué conocimientos de salud cuenta (incluyendo los científicos, técnicos y empíricos); qué actitudes y conductas desarrolla esa población ante las enfermedades y su atención; qué focos de infección y otros factores de riesgo se encuentran en la comunidad y qué ha hecho la población ante ellos; qué nivel de desarrollo tiene la ayuda mutua ante los problemas de salud que enfrenta la población (y que generalmente dicha ayuda mutua se extiende a todo tipo de problemas), o qué tan aisladamente viven las familias, unas de otras sus problemas de salud; cómo utilizan sus recursos para la salud y si los conocen, etcétera.

Todas estas preguntas contestan un estudio de comunidad no burocrático, por lo que si se desarrolla con una actitud de curiosidad, sin prejuicios, con empatía y con la idea firme de que el pasante en servicio social se asuma como aliado de su paciente visto en lo individual y en lo colectivo, puede estar seguro de que no sólo realizará bien su trabajo médico, sino que también lo disfrutará junto con la población.

Son muchas las dudas que pueden surgir para aplicar el estudio de comunidad, por lo que en este trabajo intentaremos aportar sugerencias muy concretas, desde un enfoque antropológico, para su mejor desarrollo y utilidad.

* Profesora de antropología médica, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina de la UNAM.

METODOLOGÍA

Cada dato o grupo de datos que se busca en la comunidad, puede encontrarse de diferentes maneras, en ocasiones por preguntas directas como en un cuestionario o encuestas; otras veces es la observación dirigida hacia un suceso la que nos hace encontrar algo, otra más es la charla informal (entrevista abierta) o formal (entrevista cerrada hacia un suceso) a una o a varias personas simultáneamente. Participar con la población en sus fiestas (tradicionales de preferencia), o bien en excursiones (de trayectos cortos y seguros) o desfiles o en su trabajo colectivo, ayuda no sólo a integrarse al grupo sino también a comprender la vida cotidiana y aprender qué se debe hacer en ese lugar, cuáles son las "reglas del juego" en el lugar donde vivirá un año.

Lo que sí es importante recordar es que entre más diversas técnicas apliquemos para obtener una información, más amplia y más objetiva será ésta y más cercana a la realidad.

Muchas técnicas las hemos introyectado ya en nuestra vida cotidiana y cuando estamos en lugares que no conocemos usamos formas de conducirnos que podrían denominarse "exploratorias". Esto lo usamos en nuestras relaciones sociales con personas desconocidas por ejemplo, o bien, en una fiesta, en una discoteca, ante un grupo nuevo, etc. Primero vemos, luego observamos, al mismo tiempo estamos sintiendo, luego preguntamos y al mismo tiempo volvemos a sentir la calidez o no de la respuesta y al mismo tiempo registramos el significado objetivo de esa respuesta y simultáneamente nuestra mente ya le está dando un significado muy personal a la respuesta. Si todo esto ocurre de manera, digamos natural e inconsciente en segundos de nuestra relación con el exterior, aprender una metodología nos hace descubrir nuevas técnicas facilitadoras de información y nos permite ser más conscientes de las técnicas que estamos empleando. Dicho sea de paso, si este procedimiento en la relación con personas extrañas nosotros las realizamos, ¿no será eso mismo lo que haga el paciente ante el médico, o la población ante el pasante que nunca había visto?

Una parte de la información para elaborar el estudio de comunidad, se obtiene consultando estadísticas, libros, revistas, periódicos, otros estudios de comunidad de la región, todos ellos existentes en el estado, en la jurisdicción sanitaria o en otras instituciones locales.

Todas estas fuentes se les llama *fuentes indirectas* y nos permiten acercarnos a la población. Las técnicas para registrar lo que nos interesa son las de *ficheo* y la transcripción generalmente se hace en tarjetas media carta y cada una de ellas se clasifican por tema o subtema que corresponden a la guía de elaboración de un estudio de comunidad.

De esta manera se cumplen simultáneamente dos necesidades: comenzar a familiarizarse con la comunidad que aún no conocemos y comenzar a cubrir el desarrollo del estudio de comunidad.

Tener un mapa donde ubiquemos la comunidad en que se desarrollará el servicio social, es de mucha utilidad, no sólo porque posibilita conocer las diferentes vías de comunicación y formas de llegar, sino también para tener una primera visión panorámica-geográfica de: altura sobre el nivel del mar, orografía, hidrografía, delimitación política de la comunidad, comunicación con cabeceras municipales y otros pueblos, caminos pavimentados y de terracería, carreteras para su acceso.

Esta primera información es muy valiosa porque ya nos permite inferir qué tan marginada se encuentra la población donde el pasante trabajará. Las vías de comunicación, el tipo de zona geográfica (cañada, valle, planicie, lomería, área montañosa, etc.) y la riqueza o no de recursos naturales nos muestran un primer retrato de las dificultades que la población puede enfrentar ante su entorno natural y calcular si existen facilidades para que, ante cualquier emergencia, pueda desplazarse a diferentes lugares para ser atendida. Esta información es valiosa para el mismo pasante porque sabrá cómo llegar y salir del área.

Junto con el mapa y croquis, toda la información bibliográfica o hemerográfica que consulte complementará indirectamente el panorama de la comunidad, antes de

que inicie realmente el estudio de campo a través del contacto directo que más adelante mantendrá con la población, es decir, a través de *fuentes directas*.

Las fuentes indirectas de información general que pueden consultarse son:

- Archivos parroquiales y municipales.
- Estudios de comunidad anteriores.
- Monografías.
- Censo estatal de población y mapas (oficinas del INEGI en el estado), censo agrícola, ganadero, ejidal, etcétera.
- Memorias.
- Estudios específicos realizados por agencias federales o estatales. (Éstas se consultan en las bibliotecas).
- Estudios documentales en las oficinas regionales o locales de organismos públicos o privados, presidencia, delegaciones, ayudantía municipal, jurisdicciones sanitarias, instituciones del sector salud.
- Las diferentes hojas localizables en Internet.

Por último, es conveniente recordar que todos los datos brindan una ubicación general, pero no deben llenarnos de prejuicios. La salida a la futura zona de trabajo que durará un año y en donde el pasante se encontrará desempeñando sus actividades profesionales sin el maestro a un lado como lo vivió en el internado, no es sencilla. Puede entusiasmar pero no deja de provocar ansiedad. Surgen muchas preguntas, las más frecuentes son: ¿cómo será la gente de la comunidad?, ¿cómo me tratarán?, ¿estaré a gusto?, ¿la gente será buena?

Y luego se hacen otras igual de difíciles: ¿cuántas veces podré venir a casa?, ¿qué periodos de vacaciones tengo?, ¿podré desempeñar bien mi trabajo?, ¿podré atender las urgencias o los casos graves?, ¿entenderé a mis pacientes?, ¿cuántos y cuáles libros llevo? (dan ganas de llevarse la biblioteca, pero eso no será posible).

Y surgen más preguntas, que en el caso de pasantes con mayor conciencia y compromiso social se llegan a hacer como: ¿podré aportar algo a la población para que se encuentre sana? Y más aún: ¿podré incidir junto con la pobla-

ción para defender su derecho a la salud?

El control de la ansiedad del pasante en servicio social va en relación directa con la autoconciencia de su preparación biomédica, junto con el autoconvencimiento de que su quehacer profesional se realizará ante una cultura diferente a la suya. Y no nos referimos únicamente a la cultura en general, sino también a la *cultura médica popular*¹ de la población que es diferente a la cultura médica profesional.

Para conocer esa cultura médica popular, es necesario:

1. Explorar los datos sobre factores condicionantes y daños a la salud.
2. Cumplir con la atención médica requerida en el consultorio.
3. Convivir con la gente fuera del consultorio interactuando tanto en actividades médico-sanitarias (campañas sanitarias), como en las actividades festivas y sociales que la población practica.

A lo largo de los tres primeros meses de trabajo en la comunidad, estamos frente a las llamadas *fuentes directas* de información que irán reportándose en los datos de la *Guía del estudio de comunidad* que comenzamos a buscar a través de documentos.

Durante ese primer periodo, una buena parte del tiempo será empleado fuera del consultorio (lo cual no es fácil), para localizar información que no encontramos en los censos y otros escritos consultados o bien, que tienen que actualizarse con la realidad concreta.

Por ejemplo, a través de un documento quizás nos enteremos que el agua les llega únicamente de lunes a sábados de 9 a 11 horas de la mañana y cuando los visitamos en su casa, encontramos que la mayoría de la población no tiene servicio de drenaje y agua intradomiciliaria.

La primera noticia es optimista, pero conforme nos adentramos directamente con la población, nos encontramos con problemas serios en la calidad de servi-

cios no personales de salud y que concuerda además con una mortalidad alta de enfermedades infecto-contagiosas.

En este ejemplo utilizamos por lo menos cuatro técnicas:

- Consulta bibliográfica, censal, etcétera.
- Entrevista abierta o dirigida en el consultorio.
- Entrevista en la comunidad.
- Observación dirigida todo el tiempo.

Las fuentes de información fueron por lo menos cuatro:

- Libros, censos, etcétera.
- Paciente.
- Comunidad.
- La vivienda.

La combinación de técnicas y de fuentes de información para buscar los datos, nos proporciona muchos detalles que una sola de ellas no nos puede proporcionar. Por eso es conveniente utilizar una gama de técnicas y de fuentes de información para precisar lo más objetivamente el panorama real de la comunidad.

Estas son preguntas importantes para poder registrar cómo funciona la comunidad y los individuos ante el espacio sanitario del medio. Las respuestas a estas preguntas nos delimitarían los problemas que existen en sanidad, pero si vamos bajando en la indagación para planear alguna acción sanitaria del medio, las preguntas claves que tenemos que hacer son:

1. ¿La gente conoce información sobre los factores de riesgo?
2. ¿Qué información conoce?
3. De esa información conocida, ¿cuánta de ella aplica en su vida cotidiana, colectiva e individual?
4. ¿Por qué ciertos hábitos de higiene no los aplica?
5. ¿Le resultan eficaces para su salud las acciones que realiza?

Es decir, las preguntas claves tratarán de indagar qué pasa con la población en cuanto a su información técnica, sus conocimientos empíricos, sus conceptos de la causalidad de la enfermedad y la combinación que hace de todo esto, para actuar de tal o cual manera. Al conocer esto, estamos adentrándonos a la cultura médica popular y será un conocimiento muy valioso porque sólo este aspecto nos permitirá ser más empáticos, operativos y eficaces en las propuestas, proyectos e información médico-académica que les presentemos.

Muchos de los fracasos que el médico tiene para que su paciente siga los tratamientos son producto de que no indaga la cultura médica popular.

Cuando se indaga esta cultura médica popular, el médico pasa de una acción solitaria y de tipo veterinaria a una acción interactuante con su paciente. Preguntémosle siempre al paciente: ¿por qué cree usted que se enfermó?, ¿cómo vive o experimenta su enfermedad?, ¿qué ha hecho para curarse? Y una vez sabiendo esto se le puede decir "Yo puedo hacer tal cosa", no antes, porque lo que tenemos enfrente es un hombre, una persona, no una úlcera o un tobillo fracturado, un aborto o una infección estomacal aisladas.

Esto es lo mismo cuando el médico entra en acciones colectivas, y el servicio social, recordémoslo, cumple con funciones de acciones médicas sanitarias con el paciente y con la comunidad.

Los grandes conocimientos científico-tecnológicos sólo podrán aportar soluciones a los problemas colectivos e individuales de salud cuando éstos se apliquen pensando en personas y no en objetos, cosas o "patologías".

¹ Steven Polgar, "La acción médico-sanitaria en la perspectiva intercultural", en Freeman, Levine y Reeder, *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall, Inc., 1963, pp. 337-419.

Es importante pensar que la gran cantidad de datos de los diferentes aspectos de los factores condicionantes de un estudio de comunidad, si bien nos dan un panorama, también nos van llevando a delimitar cuáles serían los más importantes de ampliar en la zona de trabajo.

Generalmente no tienen todos los datos la misma importancia, ya que las comunidades tienen más problemas en algunos aspectos que en otros. Por ejemplo, hoy en día hay poblaciones que presentan el fenómeno de migración de una manera muy impactante. No se ven hombres jóvenes en la comunidad, cuando éstos regresan de su trabajo migratorio traen consigo no sólo nuevas costumbres alimenticias, por ejemplo, sino también se han encontrado casos de sida u otras enfermedades venéreas transmitidas a las esposas sin que la pareja sea consciente hasta que la enfermedad ha avanzado. La migración trae consigo otras alteraciones, por ejemplo se modifica la estructura familiar. Es la mujer la que queda al frente de la familia, lo que la hace disminuir la atención de los hijos y si éstos son lactantes menores, muchas veces se acelera la ablactación y se corre el riesgo de que el pequeño adquiera infecciones y se malnutra. Asimismo, las familias extensas (aquellas que son integradas por padre, madre, hijos, abuelos, tías, etc.), que pueden facilitar la atención de los hijos pequeños y convertirse en un núcleo de ayuda mutua, se han venido descomponiendo en las zonas rurales donde eran frecuentes y quedan familias nucleares (padre, madre e hijos) en su lugar. Muchas veces éstas resultan estar desintegradas por el fenómeno de búsqueda de empleo y migración, lo que hace al grupo familiar muy débil para convertirse en una cobertura eficaz para los hijos pequeños.

En comunidades como éstas, el pasante tendría que detenerse más entonces en el fenómeno de migración y estudiar todos los efectos que en la cobertura de salud puede tener. La pregunta siempre es: "¿y luego de que la estudio, qué hago?..." No hay respuestas únicas. Pero lo primero que podría hacerse es indagar cómo resuelve la familia sus problemas y los que no puede resolver y son igualmente importantes porque ponen en riesgo la salud del grupo, éstos deberán hablarse con ella e intercambiar sugerencias. Pero ojo: primero es conveniente averiguar qué hace la gente para buscar soluciones y hasta después comunicarle la información técnico-académica que el pasante maneja para casos semejantes.

Esto facilita la comunicación, porque la gente siempre reconoce a su interlocutor cuando a éste le interesa realmente conocerlos; se proporciona una información en relación con necesidades concretas y el grupo o la comunidad valorará las indicaciones, sugerencias o información que el pasante le proporciona. Sin embargo, es conveniente recordar que muchas formas de la vida cotidiana no cambian de un día a otro, y si bien existen rasgos culturales muy positivos también existen los rasgos que pueden ser nocivos (recordemos el machismo). Éstos van eliminándose sólo si las sustituciones son eficaces para esa cultura, esto es, formas de ver la realidad y transformarla. Por eso es importante recordar que la obligación del profesional es intercambiar sus conocimientos con la gente y adecuar esa información al previo conocimiento de esa cultura.

En nuestro país existe una larga tradición de difusión de educación para la salud y aunque ésta no ha llegado a todos sus rincones y no es suficiente porque además se requiere empleo, educación, desarrollo de servicios no personales de salud (agua potable, drenaje, pavimentación, etc.), explotación racional de los recursos naturales, etc., también es cierto que esa información ha resultado más o menos útil, porque la población retoma la que le es eficaz y la que puede traducir a su cultura. Lo inútil ha sido no adecuarla a las realidades concretas y no consultarlas con las poblaciones.

Cualquier manual de técnicas de investigación puede resolver las dudas de cómo se debe aplicar una encuesta, cuestionario, entrevistas, escalas de actitud, etc. Es tarea (nada despreciable) del pasante adecuar y tomar decisiones de cuáles y cómo aplicarlas.

La gran aportación del pasante para actualizarse junto con las comunidades es dejarlas que decidan, una vez teniendo la información, cómo utilizarla. Esto no es nada fácil si consideramos que una parte del aprendizaje "informal" en los hospitales ha sido en el sentido de abuso del poder del médico y la ideología fuertemente impregnada de autoritarismo y verticalismo.²

De algo se puede estar seguro, su acción en el servicio social no deja igual a las comunidades o a los individuos, porque cualquier acto que realice el pasante incidirá en ellos, y a su vez el pasante no regresará igual porque la comunidad y sus pacientes también incidirán en él. Esa es la gran riqueza que tiene este servicio-compromiso, lograr una interacción entre médico y población/individuo que mejora en mucho el quehacer profesional y la intención de elevar las condiciones de salud de las poblaciones.

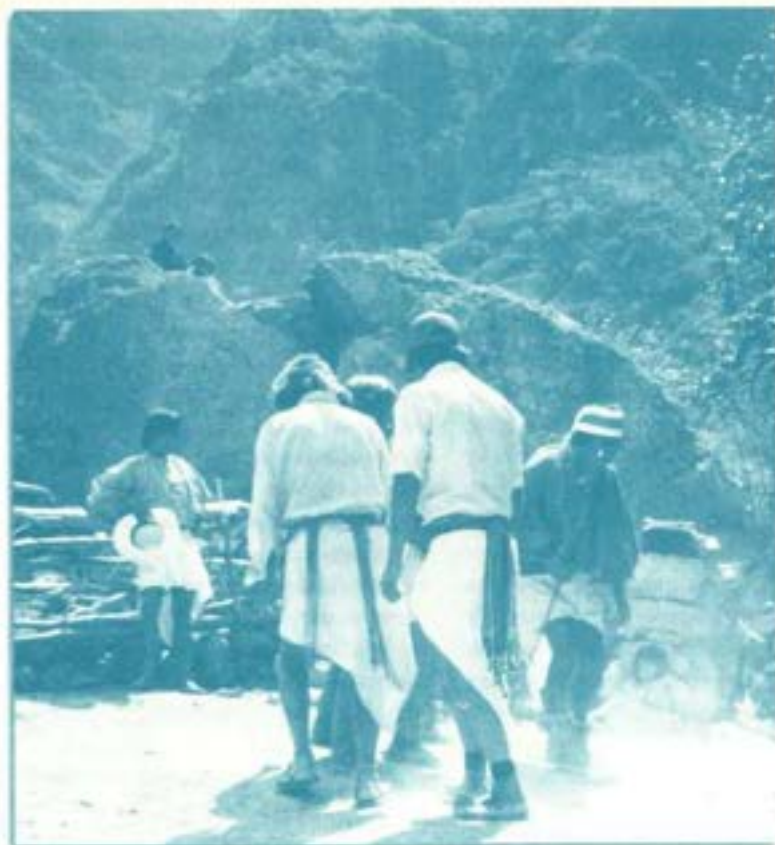
EL ESTUDIO DE LA COMUNIDAD

Una guía de estudio de la comunidad generalmente contiene datos básicos que tradicionalmente se clasifican en factores condicionantes y estado de salud.

Los factores condicionantes se refieren a todos aquellos aspectos tanto físico-naturales como sociales, económicos, servicios no personales de salud, servicios personales de salud, etc., con los que interactúa el grupo social y que están ahí, inicialmente, por la naturaleza misma (clima, orografía, flora, fauna, etc.) y porque otras han sido construcciones propiamente colectivas (como la elaboración de los instrumentos de trabajo, la forma de organizarse en la producción y en la vida social, las ideas, las costumbres, los ritos, las leyendas, las presas, los pozos, las viviendas, las artesanías, el poder, concepciones de lo que social y culturalmente es ser mujer y de lo que es ser hombre, las recreaciones, la vestimenta, la religión, la medicina tradicional y académica, las formas mixtas de curarse, etcétera).

El estado de salud es un aspecto resultante de todos esos factores condicionantes y es una especie de termómetro

² Roberto Campos Navarro, "La relación médico-paciente, ¿una relación de poder y subordinación?", en Lara y Mateos R. M., *Medicina y cultura*, México, Plaza y Valdés, 1994, pp 231-256.



para medir el grado de desarrollo de las poblaciones. A su vez, estar sano permite al hombre trabajar y no estar triste porque la salud es ese estado que le permite a la persona desarrollar todas sus potencialidades.

En realidad no hay forma de separar un aspecto de otro porque se encuentran íntimamente interrelacionados y muchas culturas a lo largo de la historia dan cuenta de esta concepción que científicamente ya se ha estudiado.

Por ejemplo, los antiguos pobladores de nuestro país, específicamente los nahuas, de los que conocemos más porque se conservaron registros de cómo vivían, concebían la realidad como un *rodó*, en donde la naturaleza y las creaciones de los hombres eran una sola cosa en lo místico y en la vida cotidiana mantenían una fuerte interdependencia. Si la naturaleza era concebida (producto de sus profundas y sistemáticas observaciones) como *fría* y *caliente*, para ellos su mundo estaba dividido en el supramundo que era caliente y tenía al Sol, la luz, la claridad, las estrellas, las nubes, la lluvia, la vida, el águila, y existía el inframundo

que era frío, donde estaba lo oscuro, las aguas subterráneas, la muerte, la serpiente.

Pero ninguna de esas dos divisiones funcionaba por separado, sólo podían actuar juntas para la existencia misma y lo mismo sucedía con la concepción del cuerpo humano que para ellos contenía entidades frías y calientes y que al interactuar mantenían un equilibrio entre sí logrando que la persona estuviera sana. De esta manera sus creencias eran congruentes con su concepción del cosmos, del cuerpo humano, de la salud, de la vida y de la muerte. Nada estaba fuera de lugar ni por azar, todo tenía una explicación.

Muchos pueblos de nuestro país aún conservan estas concepciones y sus formas de cuidar su salud van en ese sentido, desarrollando de manera muy detallada las acciones de prevención y curación.

A su vez, todas las concepciones que los pueblos tienen del mundo, son creadas a partir de las formas económicas y sociales en que se organizan. Imaginémonos las concepciones de los nahuas que mencionábamos y que conforme estudiamos más, encontramos una impresionante noción de orden, equilibrio y jerarquías, y un profundo convencimiento de la necesidad de respetar las tradiciones, las costumbres, las reglas, porque éstas guardan el

equilibrio socioeconómico (se mantienen buenas cosechas y las malas "rachas" se compensan); los dioses y los hombres cumplen con sus tareas y están en paz, los hombres entre sí cumplen con sus deberes personales y con su compromiso colectivo para que la comunidad exista en armonía con la naturaleza, con sus dioses y consigo mismos. Pero estas concepciones estaban sólidamente construidas sobre una organización social profundamente jerarquizada, donde el tlatoani y sus funcionarios mantenían un alto poder sobre la comunidad; donde los nobles (*pipiltzin*) y el ejército eran los grupos privilegiados y dirigentes del pueblo y donde los *macehuales* (el pueblo), a través de los *calpullis* (barrios organizados) constituían la impresionante base productora de alimentos, enseres, vestimenta, vivienda, etc. de la gran sociedad azteca.

Toda la sociedad tenía un orden y seguía reglas rígidas para la convivencia. Era importante respetar los rituales, las costumbres, la religión, la magia ya que su acatamiento mantenía el sistema y orden social. La jerarquía de los dioses (trece pisos constituían el nivel superior celestial que partía de la superficie terrestre hacia arriba y cada piso tenía un dios principal que lo regía hasta llegar al piso trece, en donde se encontraba el hacedor del todo, donde hombre y mujer estaban fusionados; *Tláloc* y sus ayudantes menores llamados *tlaloques*; *Quetzalcóatl*, el hombre dios y sus dioses-equipo como el dios del fuego y el dios del viento; *Cihuatléotl*, diosa de las mujeres que murieron en el parto y *Mictlantecutli*, señor del mundo de los muertos, etc.), reproducía el rango social y cargaban todo ello con un profundo simbolismo que los hombres sabios conocían e interpretaban y que hoy en día, tan sólo se conoce en una mínima parte.

Quizás la otra parte que podríamos conocer está en las poblaciones vivas, precisamente con las que el pasante del servicio social trabajará, y que a lo largo de cientos de años han conservado conocimientos muy antiguos que continúan practicando no sólo para resolver sus problemas de la vida cotidiana, incluyendo la salud, sino también para mantener una identidad y un "rostro" que les permita saber quiénes son y de dónde vienen para tener proyectos en su vida.

Muchos pueblos de nuestro país han enfrentado sus conflictos internos y externos con ayuda de sus concepciones, costumbres y lenguas y muchas de ellas aunque tienen un origen muy antiguo se han ido adecuando a la "modernidad", siempre y cuando resulte operativo a sus necesidades y posibilidades. Por ejemplo, sus propios conocimientos van sufriendo transformaciones ante el contacto con la medicina académica, a veces para bien, a veces para mal.

Me platicaba hace tiempo una médica pasante que llegó una vez una paciente a su consultorio quejándose de dolor de oído. La paciente traía ya un diagnóstico presuntivo: un insecto se le había metido en el oído. "¿Cómo lo sabe?", le preguntó la pasante. "Porque a mi cuñada le sucedió igual y le dolía igual que a mí".

La pasante la revisó y efectivamente alcanzó a ver un pequeño insecto que se movía en el oído. Le preguntó a la paciente cómo resolvió su cuñada el problema. "Aquí en este lugar nos ponemos en el sol o aplicamos calor cerca de la oreja y así se salen. Así se le salió a ella, pero yo quise venir con usted para ver si eso que practicamos es correcto". La pasante pensó que si intentaba introducir instrumental no especializado para sacar el insecto podría romper la membrana del oído interno y crear una iatrogenia, así que le dijo que si había un insecto y que aplicara calor, si el dolor continuaba regresara con ella.

La paciente regresó y le dijo que el insecto había salido y que se encontraba muy bien. Si la paciente no hubiera mejorado la habría enviado a especialidades, ya que la pasante no contaba con el instrumental adecuado.

Este ejemplo nos hace pensar en que al llegar el médico académico la gente duda de algunas de sus acciones de curación que han sido efectivas por muchos años. Existen muchos ejemplos donde la acción del médico ha sido necesaria y oportuna, sólo que mencionamos el ejemplo anterior porque estas situaciones no se narran tanto y es importante destacarlas para mostrar que parte del conocimiento médico popular se complementa perfectamente con la salud de un pueblo.

Si el médico es ético, empático y se conecta con sus pacientes sin dejar de vigilar sus deberes profesionales, puede reforzar y aprender esas medidas eficaces de curación que la gente practica. Si no, puede creer que es el único curador de todo lo que les ocurra, ocasionando dependencia de la gente hacia él, sus fármacos y su tecnología, pero también corre el riesgo de crear iatrogenias leves o graves además de que no todo puede curar. Por otro lado, la gente ante el médico puede "olvidarse" o dudar de sus prácticas curativas eficaces quedándose a veces sin nada cuando el pasante se va o bien, en su versión positiva, aprende a usar los servicios de salud combinando lo que sabe él y lo que saben los médicos, reconociendo la eficacia de unos y otros conocimientos.

Todos los factores condicionantes de una guía de estudio de comunidad se ha sistematizado no porque en la realidad existan así, sino para facilitar su estudio. Aquí desarrollaremos algunos conceptos que la antropología médica estudia en las comunidades y que tienen que ver con los factores condicionantes:

Las comunidades son dinámicas, con diferentes ritmos de cambios; mantienen estructuras sociales desiguales, unas tienen más recursos que otras y unas tienen más poder que otras. Esta desigualdad genera diferentes condiciones de vida en los grupos amplios o clases sociales y en los grupos familiares, así como generan distintos sentidos de la vida, para algunos tener televisión con antena parabólica es de gran importancia, para otros cumplir con la fiesta del pueblo es vital. Todos conviven bajo ciertas reglas sociales, algunas de ellas reflejan claramente esa desigualdad. Por ejemplo, hace algunos años en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, el indígena tenía que bajarse de la banqueta si un "colete" (mestizo-comerciante) venía de frente por la misma banqueta. Este ejemplo no sólo muestra la desigualdad social sino también un profundo racismo hacia el indígena.

Todos coexisten bajo el mismo escenario geográfico-físico-natural, pero los lugares de asentamiento son desiguales y el aprovechamiento de la naturaleza también es

desigual. El agua es para los terrenos de regadío, generalmente de agricultores con mucho o poco capital. Los terrenos más áridos son para los pobres.

En pueblos enteros se puede a veces observar esa desigualdad. No es raro encontrar a lo largo de un río el asentamiento de varios pueblos con diferentes historias de origen y a veces observar cómo los pueblos de "cuesta arriba" utilizan la mejor agua del río y los pueblos de "cuesta abajo" reciben el agua ya contaminada de jabón, de excretas o de basura, corriendo severos riesgos de enfermedades gastrointestinales.

En las comunidades zapatistas en Chiapas, como formas de castigar su rebeldía y defensa que han hecho de su dignidad como pueblos, el gobierno local y federal utiliza precisamente la contaminación de sus recursos naturales, principalmente de sus ríos que llevan el agua, líquido vital para el hombre y del que la gente antes tomaba porque eran ríos de agua cristalina. Hoy, encontramos junto a los ríos a las bases militares que defecan y tiran basura inutilizando este recurso natural y lo mismo hacen con las áreas de cultivo donde las comunidades producen su comida. El ejército resuelve el consumo de agua y alimento porque les llevan depósitos de agua potable y despensas, pero las comunidades quedan cercadas porque no pueden consumir el agua y su maíz o frijol contaminados y tienen que buscar por otro lado haciendo aún más difícil su automantenimiento.³ Esta guerra desatada por el gobierno contra las comunidades zapatistas emplea no sólo armas, sino muchas tácticas que se utilizaron en la guerra del gobierno estadounidense contra Vietnam en los años setenta, incluyendo la contaminación de recursos naturales. Es de esperarse que los médicos, los paramédicos y los promotores de salud, tienen ante sí en estas zonas, muchísimo trabajo, y problemas de salud que resolver, los cuales rebasan sus capacidades y por lo tanto, las comunidades mismas se han involucrado en la tarea del autocuidado de salud, reforzado por los equipos de salud que van a trabajar con ellos, con una impresionante

³ José Blanco Gil, "Chiapas: la emergencia sanitaria permanente", en *Chiapas*, núm. 2, Instituto de Investigaciones Económicas, México, Era, 1996.

autoorganización que estos pueblos han desarrollado durante muchos años y que han modernizado sin perder su identidad. El abuso (o mal uso) del poder del gobierno se puede ejemplificar perfectamente en estas zonas de nuestro país, y así como esto, podemos encontrar ese mal uso del poder de empresas, caciques, líderes formales, instituciones, etc. que para cumplir con sus ambiciones arrasan con recursos naturales, contaminándolos o explotándolos irracionalmente, y que no se detendrán hasta que los pueblos actuemos frenando estas acciones nocivas y desarrollando otros proyectos creativos. Para esto se necesitan conocimientos, información, experiencias vividas con otras personas, conciencia y responsabilidad.

La construcción de letrinas, fosas sépticas o dispositivos para almacenar agua pueden ser necesidades generales de la comunidad, pero dependerá de la economía de las familias u otros subgrupos sociales, que éstas puedan construirse con la información técnica e indispensable. A veces los instructivos para su construcción pueden distribuirse entre todos, pero saber leer y escribir puede ser otro efecto de desigualdad, así como la comprensión del lenguaje técnico en que está escrito el material.

Los enfermos también se enferman desigualmente y se atienden en ese mismo sentido. No estamos hablando de que los pobres sólo se atienden con su medicina tradicional (qué bueno que cuenten con ella), sino de cómo pueden cerrarse las puertas para tener acceso a las consultas del médico académico no particular. En los pueblos de las Cañadas del municipio de Zamora, Michoacán, al centro se encuentra un pueblo de mestizos, y hacia los lados se encuentran los pueblos indígenas, algunos de ellos monolingües. El centro de salud atiende a los mestizos y a algunos pueblos indígenas. En no pocas ocasiones los mestizos buscan la atención médica en Zamora y no sólo del ISSSTE o IMSS sino también de médicos particulares. Los indígenas asisten más al centro de

salud y si tienen que ser canalizados a Zamora son pocos los que persisten para ser atendidos, esto por varias razones: no tienen dinero para el traslado, la atención en el hospital los enfrenta a un escenario extraño y un espacio muy grande en contraste con el centro de salud donde el trato es impersonal y burocrático. Tienen entrar pero más, no salir.⁴

Cuando el médico pasante hace la canalización de cualquier paciente, conviene preguntarle si puede ir, con quién iría y adelantarle cómo debe moverse en ese lugar, qué va a encontrar, y qué le van a hacer. Por lo menos eso mitiga la angustia, ya de por sí presente por la enfermedad misma y no faltan pasantes que ponen de su bolsa o de las cuotas para pagar el traslado, o bien, tratan de conseguir transporte, y como esto se agudiza en las emergencias a veces conviene que el pasante averigüe antes, cómo se puede salir de ahí ante semejantes situaciones.⁵

Lo desigual de la enfermedad y sobre todo de la atención, se llega a observar en pueblos donde la gente es muy pobre y no tienen para pagar ni siquiera la cuota de recuperación del centro de salud. Algunos pasantes se sorprenden de cómo contrasta esta situación con los gastos en las fiestas para el patrono del pueblo. Sólo que el dinero que se gasta durante esas fiestas es colectivo y recolectado por un año y las enfermedades, por el contrario, se presentan sorpresivamente. En una charla informal que tuvimos en julio de 2000 en el Instituto Nacional Indigenista, se comentaba cómo los migrantes indígenas de Michoacán que van a Estados Unidos, al regresar a sus comunidades aportaban del 50 al 60% de sus sueldos, no sólo para las fiestas tradicionales sino también para las obras públicas, contra el 10% que aportaba el migrante no indígena.

Las fiestas del pueblo representan una parte de la organización social y es en ellas donde descubrimos las formas, costumbres y ritos que la comunidad practica para mantener un equilibrio social y conservar apego a su historia.

Pero también reflejan la estructura de poder del lugar, la relación entre los poderes institucionales y sus líderes formales y los poderes no institucionales y los líderes de la comunidad; el uso y el abuso de ese poder; las organizaciones sociales y económicas existentes; el poder de la religión y el simbolismo religioso; los alimentos rituales y no rituales; la participación específica de los hombres y mujeres en la preparación y desarrollo de las fiestas, situación que nos permite encontrar parte de la concepción de género, el poder y radio de influencia que la mujer y el hombre tienen en la comunidad.

Los grupos familiares como núcleos sostenedores de la comunidad y del individuo, al participar en la colectividad también pasan por reforzar las ideas y costumbres sociales y no hablo sólo de las familias rurales, campesinas, indígenas, sino de la familia en general. Asimismo encontramos familias que a pesar de que coexisten con un mismo nivel de vida y en un ambiente físico-natural, incluso con la misma cultura, desarrollan un código particular de comunicación entre sus miembros, una relación social diferente a otras familias, y conservan las prácticas más positivas para resolver sus problemas, entre otros, los de salud.

Cuando preguntamos al paciente: "¿qué ha hecho usted para resolver sus problemas de salud?", "¿a quién recurre cuando tiene problemas?", sus respuestas nos permiten conocer también la construcción de formas diferenciales y funcionales que tienen las familias entre sí. En ese aspecto encontramos, entre otros sucesos el de la red de ayuda mutua que las familias desarrollan.

Existe un estudio sobre mortalidad y estructura familiar⁶ donde el autor al investigar varias familias de un nivel económico-social, y condiciones de vida semejantes, se encontró con familias que habían tenido uno o hasta tres hijos pequeños que habían fallecido y otras no habían tenido un suceso semejante.

⁴ Frantz Fanon, *Sociología de una revolución*, México, Era, 1976.

⁵ Narraciones verbales comunicadas por una pasante médica de la UNAM (1998).

⁶ Mario Bronfman P., *Mutualmortalidad y estructura familiar: Un estudio cualitativo de las muertes infantiles en las familias*, tesis de doctorado, Programa de Doctorado Directo, Escuela de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, octubre, 1993.

Cuando buscó qué hacían aquellas familias que no tenían esta experiencia, a pesar de vivir en condiciones semejantes a las que sí habían tenido la experiencia de *normalidad infantil*, encontró que en el caso de las primeras familias habían desarrollado una red de relaciones sociales tanto con los miembros de la familia como con los vecinos y amistades para recurrir a ellos ante situaciones difíciles que rebasaban sus propias capacidades. A esto se le denomina *red de ayuda mutua*, y es mutua porque la acción es recíproca entre los participantes de esta práctica. Es decir, cuando se recurre a alguien para que le presten atención o dinero o un espacio o un consejo, queda un compromiso de reciprocidad y esto además, tiene que darse entre iguales.

Las familias que viven solas y aisladas o bien que son muy rígidas en los roles de sus integrantes o tienen serios problemas de comunicación intrafamiliar, enfrentan los problemas con más dificultades.

Ha sido, en parte, la red de ayuda mutua, practicada por las comunidades indígenas que les ha permitido sobrevivir a pesar de tener las condiciones de vida más desventajosas e inimaginables de pobreza y explotación. Esa red de ayuda mutua es parte de su cultura y muchos de sus trabajos colectivos se dan en este sentido. Es el *tequio*, en vocablo nahua.

Para el pasante, conocer la red de ayuda mutua que existe en la comunidad, le facilita su trabajo, porque puede utilizar esta especie de infraestructura ya construida por los colectivos para hacer fluir la información técnica y los conocimientos sobre la prevención primaria (promoción de la salud, promoción del saneamiento ambiental, protección específica) y algunos aspectos de la prevención secundaria, sobre todo respecto a los programas especiales de detección y control de enfermedades.

Ese es el sentido de incluir en una guía de estudio de comunidad el aspecto de *organización*, tanto de la colectividad como de las familias. Por organización se entiende todos los espacios materiales estructurados en la zona, así como las formas de funcionamiento para que estas estructuras se comuniquen entre sí. Es algo así como la "anatomía" y la "fisiología" social, aunque en el terreno de lo social tenemos que considerar otros aspectos o sucesos que no se dan en la biología y que en muchas ocasiones son más de tipo cualitativo que cuantitativo; son objetivos pero también simbólicos; históricos y cambiantes, porque lo "social" lo construyen los hombres y, la anatomía y fisiología de nuestro cuerpo ya está más o menos construida desde que se produce la hominización, hace por los menos un millón de años. Lo biológico lo descubrimos constantemente a través de las ciencias biomédicas en cambio lo social, si bien también lo descubrimos, además lo transformamos.⁷

La organización de las comunidades por eso es tan diversa según la comunidad de la que estemos hablando. El estudio de la organización nos contesta preguntas básicas:

1. ¿Qué produce la comunidad?, ¿cómo se organizan para producir y distribuir lo que producen?, ¿existen diferentes grupos sociales a partir de la producción y la distribución?, ¿cómo se relacionan entre sí estos grupos sociales?, ¿de qué es poseedor para la producción cada grupo social?, ¿los grupos sociales al interior son homogéneos?, ¿a qué factores de riesgo se enfrentan estos grupos sociales durante la producción y la distribución de la riqueza?, ¿cómo resuelven sus problemas?, ¿a quién recurren para cada tipo de problemas incluyendo el de la salud?, ¿de qué se enferman más los integrantes de cada grupo social?
2. ¿Con cuáles instituciones cuenta la comunidad (educativas, de salud, deportivas, municipales, programas de ayuda alimentaria, cooperativas, etc.), ¿cómo se nombran los integrantes que están al frente de estas instituciones?, ¿a qué se dedican estas instituciones, ¿cómo se relaciona la gente con estas instituciones?, ¿cuándo y cómo las utiliza?, ¿quiénes no tienen acceso a su uso?, ¿por qué?
3. ¿Qué hace la comunidad por su cuenta?, ¿qué hace la comunidad junto con las instituciones del gobierno local?, ¿el gobierno local consulta a la gente? y ¿qué de todo lo anterior, se relaciona con la salud?

Todos estos factores condicionantes de los que hemos hablado, se denominan así precisamente porque algunos condicionan y otros determinan el estado de salud. Es importante primero describirlos en el *diario de campo*, tanto lo observado como la forma lingüística en que nos lo dice la gente antes de ponerles alguna calificación o etiqueta.

Se trata pues, de narrar. Por ejemplo: si vemos que existen tiraderos de basura, es importante describirlos y calcular desde los conceptos epidemiológicos qué radio de acción alcanza para inferir las zonas afectadas y las enfermedades que probablemente encontraremos. Averiguar con la gente cómo percibe esos tiraderos y las acciones anteriores que hayan hechos para tratar de evitarlo. Sólo hasta tener esta información que se obtiene más o menos rápido, el pasante puede comenzar un plan de promoción del saneamiento ambiental y promoción de la salud. Lo puede elaborar antes pero el fracaso del mismo puede que sea más seguro. Todo este cuidado para aproximarse a los problemas sanitarios y lograr valorarlos conceptual y técnicamente es más importante que llegar al calificativo final de que la comunidad, con esos tiraderos es ignorante y negligente. Sin la exploración de información suficiente con la gente, esos calificativos se convierten en prejuicios y nada tienen que ver con lo científico. Lo más grave, nos estorban para entender por qué la población permite la existencia de esos tiraderos, incluso cuando saben que son focos de infección. Este entendimiento es básico para lograr transformaciones reales y duraderas.

Por eso es importante el diario de campo, en él describimos las situaciones y lo que la gente nos dice. Después esa información se precisa más y se complementa con encuestas, cuestionarios, consulta de censos y bibliografía.

Esto es semejante a lo que hace el médico en la clínica para llegar a un diagnóstico presuntivo: observa, pregunta, explora y aplica sus conocimientos para acercarse a un diagnóstico certero. Lo mismo tiene que hacer en las comunidades.

⁷ Ver Hugo Zemelman, *Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento*, México, El Colegio de México, Jornadas 126, 1977 y Edmund Leach, *Cultura y comunicación: La lógica de la conexión de los símbolos*, México, Siglo XXI, 1978.

des. Lo que sucede a veces es que los conocimientos epidemiológicos y sociales no están muy sólidos en la formación médica y debido a eso al pasante en ocasiones le resulta más fácil actuar con sentido común que científicamente. Esta deficiencia el pasante debe hacerla consciente y es preferible manejar lo poco o mucho que sepa de esas ciencias antes que inventar o prejuiciar la realidad, presentándolo como leyes.

La situación del estado de salud que el pasante encuentre en su comunidad se confronta con los factores condicionantes y el reto es precisar cómo actúan éstos en la salud y cuáles afectan más. Con estas precisiones o aproximaciones, el pasante podrá echar andar programas preventivos, así como comprender más la dinámica colectiva y actuar mejor en la clínica.

Por último es importante agregar que existen otros procesos claves importantes en la comunidad que el pasante conviene que conozca:

1. *El lenguaje*, que es una herramienta de comunicación,⁸ lleva una fuerte carga de simbolismos. Esto significa que las palabras por sí mismas no realizan la comunicación, sino que importa también saber cómo decirlo para poder enlazar comunicación del mensaje y claridad del mismo con el entendimiento del que escucha. Preguntar si nos entendieron, es importante pero resulta igual de importante *escuchar al paciente y a la colectividad* para comprender sus concepciones de las cosas y enlazarse, desde nuestro conocimiento, con el conocimiento de los demás. Escuchar es la clave para comprender primero cómo piensan los otros y tratar de emplear a veces los mismos simbolismos para lograr una comunicación más efectiva.

Si el proceso de entenderse entre sí resulta no tan sencillo aun hablando la misma lengua, en los casos de la comunicación con poblaciones monolingües que no hablan español, resulta más

complejo. En ocasiones se utiliza un traductor (ya sea familiares o vecinos), que por supuesto traduce lo que él considera como suficiente y elimina toda la riqueza del pensamiento que el paciente puede estar expresando a través del lenguaje. Sin embargo, ésta es una forma útil de comunicarse siempre y cuando tengamos presente las limitaciones que implica. En otras situaciones y según las facilidades del pasante es posible aprender aunque sea básicamente, la lengua indígena. Esta actitud abre una posibilidad de comunicación segura que puede ir más allá de las palabras, porque aunque no hablemos bien su lengua, las poblaciones reconocen ese esfuerzo, lo ven con simpatía y buscan la mejor forma de explicarnos. En la mayoría de las poblaciones indígenas es la gente de edad avanzada la que generalmente es monolingüe aunque entienden el español, y la gente joven más bien es bilingüe.

Si hay dificultades en cuanto a la lengua en general, el lenguaje técnico de la medicina presenta otro problema. El pasante lleva su lenguaje técnico y las comunidades y el paciente tienen también su propio lenguaje para designar enfermedades y terapéuticas. No se trata de pensar cuál es el válido, porque la pregunta inmediata sería: ¿válido para quien? Para ambos lo es, porque les sirve. Más bien deberíamos preguntar *¿cómo se puede coexistir con ambos lenguajes para resolver los problemas de entendimiento y solución de enfermedades o situaciones de riesgo?* Porque ésta es la tarea concreta del pasante. ¿No?: aportar sus conocimientos a la comunidad para vigilar la salud y atender enfermedades, no se trata de que él demuestre que es campeón de conocimientos académicos, o que vale más porque estudió, o que él tiene la verdad absoluta. Su tarea concreta en el servicio social es más importante que cualquier concurso de conocimientos: es colaborar con la gente poniendo sus conocimientos al servicio de ella para la clínica y la prevención de enfermedades. Las comunidades en nuestro país necesitan por eso ese servicio social y hay muchos médicos pasantes afortunadamente, que logran sacudir ese sentimiento de competencia con los otros y se asumen profesionales y humanistas.

2. *La autoatención de salud*⁹ es una práctica muy antigua, muy humana y social. La autoatención todos la practicamos porque tiene que ver con nuestro cuidado como personas y va desde asumir las reglas de higiene personal, de la vivienda, cuidar lo que comemos, o bien aprender a relajarse. El médico pasante cuando da instrucciones a un paciente sobre cómo debe cuidarse después o durante una enfermedad o bien cómo puede prevenirla, le está transmitiendo un conocimiento que el paciente puede interiorizar para cuidarse en el futuro por sí mismo hasta donde le sea posible.

Interiorizar significa apropiarse de un conocimiento y aplicarlo casi mecánicamente. También significa identificarse con él. Este proceso conlleva a la autoatención. Es como cuando aprendimos de pequeños a no acercarnos al fuego porque ya lo probamos y supimos que nos hace daño. No todo lo probamos para saber si hace daño o no, pero mucho de lo que interiorizamos ya ha sido experiencia vivida.

La práctica de la autoatención de salud es sumamente útil para sobrevivir. Si la persona cuenta con una mayor información científica, técnica o empírica mayores son sus posibilidades de actuar para cuidarse. Cuando el pasante llega a la comunidad, la gente ya tenía acciones aprendidas para su autocuidado, la intervención del pasante es conocerlas y complementarlas. Aquí se inscriben precisamente todas las campañas sanitarias y los cursos de primeros auxilios, por decir algunos ejemplos.

Otro aspecto que está implicado en la autoatención es la automedicación. Esta acción tan practicada por toda la gente adulta, ha sido, paradójicamente, enseñada también por los médicos. Cada vez que el paciente va a consultar al médico y éste le receta fármacos de patente le está transmitiendo información y uso de los mismos. Al

⁸ Edmund Leach, *op. cit.* pp. 5-22.

⁹ Ver Eduardo Menéndez, "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes", en Campos N., Roberto, *La antropología médica en México*, México, Instituto Mora/UAM, 1992.

El paciente recordará para qué sirve cada medicamento recetado, porque también de eso dependerá el tratamiento.

¿Cómo manejar positivamente la información sobre los fármacos y la conducta de automedicación de la gente? Primero, no hacerla un tema tabú, del que no se habla o se censura automáticamente y proporcionar al paciente la información clara y precisa sobre el uso de los mismos e insistirle que si bien puede que se le ocurra tomarlo en el futuro ante situaciones similares, tiene que explicarle los síntomas y signos que serían señales de alarma, lo que haría necesario asistir a consulta con el médico.

El pasante encontrará en las comunidades no sólo que la gente maneja concepciones acerca de las enfermedades y terapéuticas que en la medicina académica no se enseñan. Estamos refiriéndonos a las enfermedades de filiación cultural como el susto, el mal de ojo, el mal de aire, empacho, cáncer del muerto, etc. y que responden a la cosmovisión de origen mesoamericano de nuestra población y a un sistema médico que contiene la explicación de causalidad de estas enfermedades, la forma de diagnosticarlas, la manera de prevenirlas y la terapéutica correspondiente. Este sistema médico se ha denominado *medicina tradicional mexicana* y contiene el proceso de sincretismo entre la medicina mesoamericana mayormente, con la española y la africana. Este sistema médico está presente en el tejido social y es ampliamente utilizado por los colectivos, tanto urbanos como rurales. Nosotros mismos hemos utilizado parte de esta medicina a través de la *herbolaria medicinal, masajes, consulta con los hueseros u otros*. Sin embargo, es una forma de medicina en la que el pasante, egresado de las escuelas de medicina de nuestro país, no está suficientemente preparado para complementarse con los curanderos ni comprender las entidades nosológicas de este sistema médico diferente al académico. Hemos hablado de los prejuicios anteriormente y ante la medicina tradicional mexicana es muy frecuente, por su desconocimiento, defenderse con prejuicios.

Es conveniente saber que los curanderos en nuestro país, se encargan de atender a las poblaciones que no asisten o no tienen acceso a los servicios de salud o igualmente a pacientes que ya fueron con varios tipos de medicina (alópata, homeópata, espiritista, acupunturista, etc.) y tienen los conocimientos para poder enfrentar las enfermedades de atención de primer nivel. En muchas regiones, inclusive, las parteras atienden un porcentaje muy alto de los partos efectuados en la población y sólo en casos de un parto difícil, las mujeres son canalizadas a la atención médica alópata. Existen reportes de los pasantes que ratifican esta situación mencionando que son muy pocos partos, si no es que ninguno, los que atienden durante su año de servicio social. De esta manera podemos afirmar que los curanderos se constituyen en recursos humanos para la salud con los que las poblaciones cuentan y que erróneamente no son considerados por el sector salud.

Como todo sistema médico, la medicina tradicional mexicana cuenta con un cuerpo de conocimientos, con especialistas y con formas específicas de diagnóstico y terapéutica. Responde de manera muy fluida a la identidad cultural de nuestra población y aplica formas de comunicación y de relación con el paciente radicalmente diferentes al médico alópata, destacando la empatía, comprensión y humanismo con el paciente.

La oportunidad que tiene el pasante de conocer esta medicina, es precisamente durante su servicio social. La idea de plantear este acercamiento no es con el objeto de que se conviertan en curanderos, sino que conozcan cómo trabajan y en qué situaciones sanitarias y clínicas pueden complementarse, considerando al curandero como una persona con conocimientos que, aunque diferentes a los que el pasante tiene, alcanza a realizar en su práctica médica un grado de eficacia significativo en la curación. Los prejuicios estorbarían mucho para explorar este territorio, por lo que es conveniente tratar de limitarlos si no se pueden eliminar y platicar con estos especialistas.

En nuestro país existen algunos hospitales llamados mixtos o de campo o integrales, que cuentan con ambos servicios médicos: el alópata y el tradicional mexicano. Sobre esta experiencia falta realizar una evaluación sobre su funcionamiento y eficacia, pero sí podemos afirmar que reflejaría la intención de practicar estos acercamientos e investigar aún más los alcances que los diferentes sistemas médicos tienen.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco Gil, José, "Chiapas: la emergencia sanitaria permanente", en *Chiapas*, núm. 2, Instituto de Investigaciones Económicas, México, Era, 1996.
- Bronfman P., Mario, *Multimortalidad y estructura familiar: un estudio cualitativo de muertes infantiles en las familias*, tesis de doctorado, Programa de Doctorado Directo, Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, octubre, 1993.
- Campos Navarro, Roberto, "La relación médico-paciente. ¿Una relación de poder y subordinación?", en Lara y Mateos, R. M., *Medicina y cultura*, México, Plaza y Valdés, 1994.
- , "Prácticas médicas populares. Algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa", en Campos N., Roberto (comp.), *La antropología médica en México*, México, Instituto Mora/UAM, 1992.
- Fanon, Frantz, *Sociología de una revolución*, México, Era, 1976.
- Leach, Edmund, *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*, México, Siglo XXI, 1978.
- Menéndez, Eduardo, "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes", en Campos N., Roberto, (comp.), *La antropología médica en México*, México, Instituto Mora/UAM, 1992.
- Polgar, Steven, "La acción médico-sanitaria en la perspectiva intercultural", en Freeman, Levine y Reeder, *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, Inc. (artículo traducido por Gonzalo Aguirre Beltrán, documento interno de la Escuela de Salud Pública).
- Zemelman, Hugo, *Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento*, México, El Colegio de México, Jornadas 126, 1977.

Identidad, proceso reproductivo y migración indígena: propuesta de una aproximación conceptual desde el género

INTRODUCCIÓN

Es mi intención en este ensayo abordar algunos conceptos que serán trabajados en un proyecto de investigación, el cual versará acerca de las representaciones y prácticas que un grupo de hombres y mujeres indígenas migrantes a la ciudad de México, tiene respecto de su proceso de reproducción.

Presentaré de una manera puntual, ciertos aspectos de la discusión, que se dan alrededor de la identidad y el proceso reproductivo, desde una perspectiva de género, con el fin de reflexionar su pertinencia teórico-metodológica en el desarrollo de una investigación concreta en el área de la antropología médica, específicamente acerca de la salud reproductiva.

Aun cuando es muy incipiente el desarrollo que tengo del proyecto, en especial de las categorías teóricas, voy a apuntar algunos elementos que considero ayudan a conformarlas y relacionarlas con el género.

IDENTIDAD GÉNÉRICA

Parto de la afirmación que la identidad genérica y el proceso reproductivo son construcciones sociales. Donde las repre-

sentaciones que se tienen de ser varón o mujer, así como del tipo de vínculo y relaciones que se establecen al interior del propio género y con el otro, son factores por demás decisivos en el tipo de comportamiento, la participación en el proceso, la interacción y la posibilidad de transformación. Por lo tanto, debe ser considerado como objeto de indagación e interpretación, al realizar un análisis de los problemas de salud-enfermedad de cualquier conjunto social.

La identidad como proceso social, tiene como base el conjunto de prácticas que permiten a los individuos identificarse entre sí y distinguirse de otros. Proceso de autopercepción y heteropercepción, que se constituye en torno a prácticas sociales y colectivas. (Lara, 1991)

Es indispensable señalar la noción procesual de la identidad, y abordar su análisis a través de prácticas concretas, materiales y simbólicas, que la configuran. La identidad social como una construcción, se realiza en una interacción. Lo propio de la identidad social es su ambigüedad y contradictoriedad, sin un sentido unívoco. Nos definimos según las relaciones que en ese momento tenemos, al cambiar nuestras interacciones cambiamos nuestras identidades. Distintas experiencias sociales se correlacionan con distintas identidades, se redefinen, fluyen, se transforman. Cambiamos no sólo a través del tiempo, sino también en relación con los interlocutores, usando referentes diferentes para identificarnos.

Los sujetos sociales circulan a través de las estructuras y de los límites de las mismas. La identidad sólo puede ser entendida en un sentido relacional. La gente no es, la gente interactúa. (Laureano, 1999)

La identidad se convierte así, en una estrategia simbólica de representaciones colectivas que hace evidente su pertenencia.

Para el caso específico que nos atañe, el de la identidad de género, en sociedades occidentales la probabilidad de optar, está reducida a dos posibilidades, hay que ser hombre o mujer, esto lleva implícito aspectos, sentimientos, comportamientos, ejercicio del poder/subordinación. Ya que la tipología de nuestra cultura, no ha construido categorías donde incorporar lo que está fuera de esta clasificación diádica.

Al utilizar ciertas categorías conceptuales, existirán elementos que queden en los límites y ellas serán consideradas anormales, impuras. Pero esta inadecuación no es

* Maestra en antropología social, Profesora de asignatura, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

resultado en sí de las cosas, sino de los conceptos con los que esa realidad es observada e interpretada.

El problema es más complejo cuando la identidad asignada es además estigmatizada. Los sectores con menor prestigio social tienen mayores ventajas en cambiar sus identidades, tal es el caso de las mujeres y los grupos étnicos. La identidad femenina y la indígena han sido hasta ahora más mutables que la masculina y la mestiza. Los varones y los mestizos no necesitan cambiar el modelo de identificación, ya que éste les ha quedado bien por el momento. (*Idem*)

En el proceso de constitución de identidades de género, no es posible ignorar la importancia que tienen en cada sociedad las diferencias sexuales y las prácticas que se organizan en torno a esas diferencias y desigualdades, que se expresan en la intolerancia contra aquel que es diferente.

Actualmente en sociedades complejas, los procesos de identidad cultural e ideológica, rebasan las fronteras y responden a fenómenos de globalización, en donde el racismo y el sexismo se encuentran en franca expansión. Construyéndose modelos unívocos, que inciden sobre el sentido o la orientación que tienen sus procesos de identificación. Ya que se expresan a través de aparatos de información y de lenguaje, mediante la difusión de una imagen de la mujer, como objeto sexual, objeto de violencia y/o como madre/esposa abnegada (Lara, 1991). La mujer, afirma Rubín (1986) sólo se convierte en doméstica, esposa, mercancía, prostituta o dictáfono humana en determinadas relaciones. Para empezar a desenredar el sistema de relaciones diferenciales que se establecen entre mujeres y hombres, la autora realiza una lectura idiosincrática y exegética (interpretativa) de autores fundantes como Lévi-Strauss, Freud, Lacan y Marx. Vislumbra un aparato social sistémico que emplea mujeres como materia prima y modela mujeres domésticas como producto. Proporcionando instrumentos conceptuales con que constituir descripciones de la parte de la vida social que es la sede de la opresión de las mujeres, las memorias sexuales y aspectos de la personalidad humana. Llama a esa parte de la vida social sistema sexo/género, y lo define como el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas. (Rubín, *op. cit.*)

El sistema sexo/género amplía el horizonte al permitir distinguir entre la necesidad humana de crear un ordenamiento sexual y las formas opresivas en que se organizan éstos (Millán, 1996). La primera limitación que presenta la noción de diferencia sexual, cifre el pensamiento crítico en el marco de una oposición universal de los sexos. Dificultando la posibilidad de reconocer al interior del grupo de mujeres, las diferencias que las constituyen como obreras, campesinas, indígenas, profesionales, etc. Limitándolas a representar personificaciones de alguna forma arquetípica de mujer, que la mayoría de las veces está muy lejos de las mujeres de carne y hueso.

Es decir, plantea la diferencia no como una esencia femenina, sino como una construcción cultural y experiencia subjetiva (Millán, s. f.). Haciendo indispensable reconocer a los géneros como sujetos constituidos no exclusivamente a merced de la diferencia sexual, sino a través de lenguajes y representaciones culturales, sujetos que adquieren un género al experimentar las relaciones de raza y clase, tanto como las relaciones sociales. Sujetos múltiples que interactúan en diferentes niveles en lo cotidiano y se ubican bajo diversas categorías y adscripciones.

La categoría de género debe hacerse cargo también de las polivalencias. Reconociendo que existe una compleja intersección de identidades sociales que conforman núcleos de sentido específico, resultado del entrecruzamiento de discursos y representaciones culturales. Es una afirmación unánime, que el nexo y la mutua contención del género y la diferencia sexual tienen que ser develados y reconstruidos.

Autores como Lauretis, concibe el género como el producto y el proceso de diversas tecnologías sociales de diversos aparatos tecnosociales, incluso biomédicos, tomando en cuenta los requerimientos diferentes que impone sobre los sujetos femenino o masculino, al ubicarlos en un cuerpo que es concebido desde la visión biologicista como esencialmente reproductivo.

El género como representación, una construcción dinámica e histórica en diversos espacios sociales, también en un proceso de deconstrucción. La representación de una relación de pertenencia, a fin de cuentas una relación social (Lauretis, 1991). Considero de suma importancia enfatizar la interrelación que el sistema sexo/género tiene respecto de factores políticos y económicos presentes en toda sociedad particular. Procesos indiscutiblemente relacionados con la organización de la desigualdad social. Cada cultura configura un sistema simbólico de significados, por lo que se constituye en un aparato semiótico.

A través de la historia del género es posible dar cuenta de un proceso de liberación gradual del género y sus restricciones binarias. Cualquier esfuerzo teórico-metodológico por mantener una articulación con una feminidad esencial, necesariamente enfrentará la posibilidad de una no-correspondencia entre las mujeres de una realidad concreta y ese esencial femenino insuperable. Cuando lo que hemos estado llamando mujeres no encuentre su reflejo en los esquemas teóricos construidos ¿qué concluiremos entonces, que esas mujeres están engañadas o que de algún modo no son mujeres? Podemos argumentar como lo hace Butler, que lo que llamamos una esencia o un hecho material simplemente es una opción cultural reforzada que se ha disfrazado de verdad natural (Butler, 1996). El problema se vuelve cada vez más complejo.

Otro aspecto a enfatizar es que el gran caudal de investigaciones relacionadas con salud, identidad y género han tenido en su mayoría a la mujer como único sujeto de estudio, lo que da una visión parcial e ideologizada de la problemática. Se ha perdido de vista la dimensión teórica, histórica y filosófica en que se basa la perspectiva de género, ya que si hablamos de género es indispensable abarcar lo relacional, si esto no se lleva a efecto, la visión se fragmenta y es segmentaria. Lo que ha propiciado la invisibilidad de la parte masculina de la identidad de género. Así como la asignación a "la mujer", categoría demasiado abstracta, de un elemento que en lo concreto, en las mujeres desempleadas, gol-

peadas, burguesas o indígenas, no es tan fácil identificar.

Género, indiscutiblemente también incluye la construcción de la masculinidad, cuyo significado varía de una cultura a otra, e incluso dentro de una misma cultura, en el tiempo y en interrelación con otras categorías como raza, clase, etnia, religión, sexualidad, edad, entre otras.

Si uno de los objetivos de los trabajos desde una perspectiva de género es que los varones entren a la discusión de la salud sexual y reproductiva, tenemos obligatoriamente que hacer visible a la masculinidad. Desde una perspectiva de género, es indiscutible que hay que reconocer jerarquías, pero no sólo de hombres sobre mujeres, sino de hombres sobre hombres, heterosexuales sobre homosexuales, blancos sobre negros, personas de edad mediana sobre viejos y jóvenes, mestizos sobre indígenas, etc. Reconocemos que existe una definición hegemónica tanto de la feminidad, como de la masculinidad en cada cultura y existen normas que tienen que cumplirse para ser congruentes con ellas. No obstante, mientras la representación de feminidad ha variado apresuradamente, la ideología de la masculinidad no ha cambiado a lo largo de los últimos 50 años en la gran mayoría de las sociedades. (Gutmann, 1993).

El problema en sí, es la representación tradicional de masculinidad, la cual aprendemos y nos hace incorporar a nuestras vidas cotidianas. Es sobre la base de esta representación colectiva de masculinidad, que muchos varones y mujeres, mantienen una actitud a la defensiva, cuando se les presenta una ideología de equidad entre los varones y las mujeres, los homosexuales y los heterosexuales, etc. Aunque cabe puntualizar aquí, que la mayor fuente de información disponible hasta el momento, procede de población blanca, mestiza, urbana y ubicada en las clases medias. Existiendo todavía, un gran hueco en la información respecto de poblaciones diferenciadas.

Las investigaciones hasta ahora disponibles nos permiten reconocer que en el campo de la masculinidad, la exigencia de ser reconocido, conservar poder y

estatus, implica pasar mucho tiempo en el trabajo y alejarse del hogar, la familia y los hijos; ser duro como un roble significa no cultivar habilidades emocionales para cuidar, amar y criar a los hijos. En consecuencia, la mayor parte de los varones se encuentran relegados del campo de la atención y cuidado a la salud reproductiva.

Mientras no confrontemos las ideas de pasar por sobre los demás y cultivar un aura de atrevimiento y agresión, vamos a perder la oportunidad de discutir la violencia con los hombres. ¿Cómo podemos hablar acerca de la violencia, corresponsabilidad sexual y reproductiva sin confrontar la ideología de la masculinidad que exige que los hombres se sientan poderosos, cuando en realidad no lo son? La masculinidad permanece invisible en esta discusión. (Killer, 1999)

Pensar en términos de género, resulta un ejercicio eficaz que organiza las relaciones y que involucra áreas de la vida que no parecían estar conectadas entre sí, y necesariamente deben ser tocadas al abordar un problema como el de la salud reproductiva. Pero necesariamente tiene que ser desde una perspectiva, en donde el género se aborde relacional y procesualmente, para poder entonces dar paso a posibles explicaciones acerca de problemáticas específicas.

PROCESO REPRODUCTIVO

Abordaremos ahora, otro concepto central para nuestro trabajo, el de proceso reproductivo. Éste, ha sido de unos años a la fecha centro de interés biomédico, piedra angular en los programas de atención y promoción a la salud desde la perspectiva médica institucional. A través de programas de salud reproductiva, materno/infantil y planificación familiar. Los cuales tienen como objetivo centrarse en la mujer, identificada como responsable de la reproducción y excluyendo de este terreno la participación del varón, al que se le ubica en el ámbito de lo productivo. Es decir, se definen y se construyen identidades genéricas diferenciales y no relacionales ante la reproducción, aun ante la biológica. (Figueras, 1996)

La tendencia es reducir el concepto de proceso reproductivo a fecundidad y gestación, localizándolos en el cuerpo femenino y por lo tanto privilegiándola como unidad de análisis, a pesar de ser las parejas las que se reproducen. El varón, si acaso, acaba siendo una variable más dentro del esquema de interpretación de la fecundidad, invisibilizándose su participación en el proceso.

En el terreno de la biomedicina, es una práctica cotidiana que las acciones, información, y mensajes educativos en el campo de la salud pública respecto de la reproducción, estén dirigidos a la mujer como agente reproductor.

A la luz de los procesos demográficos de análisis, se ha dado cuenta de la fecundidad como resultante de un comportamiento reproductivo eminentemente biológico, incluso llegando a plantearse como la simple cuantificación del número de hijos concebidos. Perdiendo a través de esta visión, su complejidad. El análisis de la fecundidad bajo esta perspectiva ha tendido a manejar casi de manera obligada a la anticoncepción, interpretándola como acciones de control del amplio e intrincado proceso de reproducción de los conjuntos sociales. (Figueras, s. f.)

Es objetivo de nuestro trabajo, abordar el proceso reproductivo bajo una perspectiva relacional, reconociendo a cada uno de los miembros de la pareja como sujetos sociales determinados, en su manifestación concreta, por estructuras macro y microeconómico-culturales que se articulan en el nivel subjetivo de los individuos, hombres y mujeres, y en las relaciones que establecen y se manifiestan en prácticas y representaciones simbólicas.

Es decir, que las significaciones que construyen los sujetos sobre las diversas formas, aspectos, etapas que se vinculan con su reproducción biosocial y la constituyen, no pueden ser vistas como autónomas al sujeto ni éste es sólo el reflejo de dichas estructuras sociales.

Estamos convencidos de que es en los estudios microsociales donde podemos dar cuenta de las políticas, los discursos, las cifras estadísticas, así como su aparición contradictoria en la vida cotidiana. Partimos del supuesto, de que las significaciones

sociales sobre la reproducción se construyen en la confluencia de los sujetos sociales con prácticas y discursos globales, con la intermediación de discursos y prácticas particulares de su grupo de pertenencia. Significaciones múltiples de su identidad y su género, así como de las relaciones entre ambos.

Por lo que surge como impostergable, la descripción y análisis tanto de los saberes populares respecto del proceso reproductivo, como la influencia que las políticas públicas, transformadas en programas institucionales, tienen en la vida cotidiana de la población.

Por otro lado, es importante reconocer que México se caracteriza por ser una sociedad heterogénea, con una estructura socioeconómica desigual, con altas proporciones de pobreza incluso extrema y gran diversidad cultural. Una sociedad en proceso de cambio acelerado con una intensa movilidad social y geográfica de su población, incluyendo la indígena, en busca de mejores alternativas de vida, incluso de sobrevivencia.

La influencia que tiene la construcción de las identidades, así como la desigualdad de acceso a poder, prestigio y recursos entre hombres y mujeres en las significaciones de su cuerpo, su sexualidad y reproducción, señala que ciertos comportamientos son interpretados como reafirmaciones de una identidad masculina, así como otros se asocian con la legitimidad social de las mujeres, propiciando prácticas sociales como los matrimonios y la maternidad/paternidad temprana, la ignorancia en la sensualidad y el placer en la mujer; la experiencia sexual extramarital de los hombres, que limita e impide la prevención y protección de las prácticas sexuales, especialmente entre los jóvenes, lo que les hace presa de la improvisación, justifica el uso de la violencia y el abuso en el ejercicio de la sexualidad.

Reafirmamos que es en los contextos específicos donde se permite definir las condiciones que constituyen la sexualidad, como restricción o como actividad placentera; como camino para la reproducción o disfrute del cuerpo.

Es indiscutible que los patrones normativos diferenciales por género afectan el uso de anticonceptivos y de medidas de prevención en la transmisión de ETS. El uso de anticonceptivos pretende romper con estos códigos, al presentar a una mujer que desea la relación sexual en sí misma y no relacionada con la procreación (Szanz, 1996). Representación hasta ahora poco aceptada entre ciertos sectores de nuestra población, principalmente los sectores populares y rurales.

En otro sentido, los principios reguladores de la actividad sexual en los varones, son los valores culturales y las simbolizaciones de ser hombre, los discursos sociales sobre masculinidad, la presión del grupo de apoyo y las experiencias sociales, opresivas, de dominación, etnia, desigualdad de clase, pobreza, desempleo, migración y cuestionamiento del rol de proveedor. Siendo éstas algunas de las principales formas de representación y reafirmación de su masculinidad. (Szanz, 1998)

Un elemento fundamental a considerar y resaltar, es la asociación entre sexualidad y consumo de alcohol, en donde éste aparece como un permisivo social en espacios de sexualidad, que vinculan el placer y erotismo con la transgresión y el riesgo, la violencia e incluso la muerte (Menéndez, 1998). Elemento no sólo restringido a



ciertos sectores sociales, sino cada vez más generalizado, pero al mismo tiempo insuficientemente descrito y analizado.

No podemos perder de vista, que es en el cuerpo donde se expresa y concreta de forma visible la percepción que se tiene de la vida y la muerte, del placer y la obligación, de la procreación y la enfermedad. Cuerpo que vive, siente y expresa los contenidos y significados de ser mujer o varón, en un contexto sociopolítico y cultural específico. Concepción del mundo que define la posición y comportamiento de los sujetos frente a distintos eventos del quehacer cotidiano.

El vínculo entre la valoración de la maternidad/paternidad, el ejercicio sexual y el comportamiento reproductivo, se expresa necesariamente en la relación que el cuerpo de hombres y mujeres establece con el exterior. La forma de cómo se viven los afectos, la emotividad, cómo

se percibe y se ejerce el cuerpo en un contexto cultural específico.

Se ha dicho que en el ámbito sociopsicológico la mujer obtiene una serie de gratificaciones a través de los hijos, un poder y manipulación de los afectos en el interior de la familia.

Cuando la mujer decide o acepta regular su fecundidad, valora diferentes acontecimientos de su vida diaria, sus hijos, el significado de la maternidad en su vida, su salud, su relación de pareja, la ausencia de trabajo, todas se incorporan en una toma de decisiones al efectuar la regulación de la fecundidad. Pero no en todos los contextos las mujeres toman estas decisiones y valoran estos procesos. Franca Basaglia (1987) señala que el cuerpo femenino ha sido considerado un cuerpo para otros.

Es primordial reconocer que la decisión de adoptar un método anticonceptivo depende, no sólo del acceso que se tenga al mismo, sino que es un proceso más complejo y no satisfactoriamente estudiado.

Reconstruir la identidad genérica que marca espacios bien delimitados para las mujeres y los hombres, que no han reconocido la importancia que tiene el nivel de la reproducción social y cotidiana, nos marca otra pauta de dirección en torno al cual se puede re-pensar la salud de la mujer y los varones, así como tratar de abordarla. (Nájera, 1995)

Otro espacio social que es necesario identificar e indagar es el ámbito institucional biomédico, donde los programas de atención materno-infantil (incluido el de planificación familiar) actualmente prioritarios, se ubican asentados en bases económico-políticas globales. No obstante, la prioridad que este sector da a la salud reproductiva, no se ha interesado en conocer las representaciones y prácticas que los conjuntos sociales tienen al respecto, y menos se han dirigido los enfoques a integrar a la población masculina a dichos programas, sino más bien ha conformado programas de salud dirigidos a los grupos sociales, sin tomar en consideración las condiciones reales de vida y muerte, el tipo de relaciones sociales que se establecen, las desigualdades de acceso a los recursos para la salud y la atención de la enfermedad y,

sobre todo el bagaje cultural de dichos grupos que condiciona el manejo y decisiones sobre su cuerpo y su reproducción.

Cabe también señalar, que no es a todo el grupo familiar a quien se involucra, es a la mujer a quien se le demanda para la atención primaria, la participación social y para que constituya el primer soporte ante las políticas de ajuste en su relación con las consecuencias en los daños a la salud. Ya que es ella la encargada de paliar la crisis respecto del proceso salud-enfermedad, a ella en quien se sostienen las estrategias de autoatención realizadas como primer nivel real de atención. (Menéndez, 1993)

Incorporar el enfoque de género en las políticas y programas de salud tendrían que partir de otros supuestos y tanto la concepción del problema como el foco de atención, solución y estrategias serían diferentes.

Implicaría reconocer la importancia de lo privado y lo familiar como espacios de crecimiento individual, familiar y colectivo, donde las prácticas de socialización, salud y reproducción social se dan.

Un papel transformador en la búsqueda de principios y valores que dimensionen lo humano más allá de la pertenencia a un sexo, grupo social o etnia. (De los Ríos, 1993)

POBLACIONES MIGRANTES

Por último, es importante puntualizar que el caso que es de mi interés analizar, el de poblaciones móviles, me permite problematizar respecto del concepto de sociedades integradas bajo una racionalidad y coherencia única, perspectiva francamente cuestionable, ya que la cultura no puede ser vista como cerrada en sí, sino como una constante mezcla de relaciones sociales locales y globales, bajo una dinámica que imprime cambios y transformaciones, proceso que se da respondiendo a múltiples variables. Para las poblaciones indígenas, la pobreza y las expectativas de una vida mejor les conducen a la emigración legal o ilegal, permanente o temporal, donde incluso la transnacionalización, crea nuevos nexos entre culturas, hombres/mujeres y lugares que se movilizan, cambiando con ello el entorno cotidiano.

Se establecen nexos de reterritorialidad con otros espacios geográficos y simbólicos. Se reproducen de forma comunitaria fenómenos sociales en los nuevos espacios a los que se migra, siendo estos fenómenos necesariamente sintetizadores con otras culturas.

La perspectiva étnica, como muestra de movimiento de los conjuntos sociales, resalta el concepto de fronteras difusas, permeables, a través de las cuales los conjuntos sociales entran en interrelación con un contexto que los contiene y los transforma. (Appadurai, 1990)

Surge la necesidad de hacer énfasis en las transformaciones, transacciones y resignificaciones que estos grupos realizan como respuesta a su movilidad geográfica y social. Fenómenos si bien no exclusivos de las zonas de contacto intercultural, seguramente es ahí donde su presencia es más visible, revela una concepción flexible de los usuarios, de complementariedad en su interactuar con los diversos sistemas e instituciones, incluyendo los médicos.

La existencia de mecanismos y flujos de globalización no niegan la presencia de matrices culturales distintas. Las relaciones sociales unas con otras se entretejen, lo que les da su eficacia es la oblicuidad de sus tejidos. Surge nuevamente la necesidad de reconocer límites difusos, cómo discernir dónde acaba lo étnico y empieza lo familiar, o las fronteras entre lo político y lo económico. (García Canclini, 1990)

Podemos así afirmar, que lo global no existe sin lo local ni lo local sin lo global. Pero el cuestionamiento es cómo esto influye en la identidad de las personas, en su diferenciación y pertenencia. ¿Qué significado tendrá enfermar, reproducirse, curarse o morir, siendo indígena, migrante y desposeído en una sociedad globalizada?

Por último creo necesario señalar que las unidades de análisis, en este trabajo, las ubicaré en la ciudad de México, espacio privilegiado para dar cuenta de la diversidad y la síntesis cultural. Reconociendo que la movilidad social, del mismo modo que la

estructura de la ciudad se fragmenta en procesos cada vez más difíciles de totalizar. Ya autores como Hannerz, ponen énfasis en la urbe en busca de las conexiones de una dimensión dinámica, planteando la diversidad de voces y la plurilocalidad. (Hannerz, 1998)

Identifico a la ciudad como una mosaico de pequeños mundos en interrelación y donde se construyen múltiples identidades. Al cambiar las interacciones sociales cambian las pertenencias, lealtades y, por lo tanto, las identidades. Distintas experiencias sociales se correlacionan con distintas pertenencias, éstas se redefinen y fluyen; para el caso concreto de los migrantes indígenas, sectores sociales estigmatizados, seguramente tendrá mayor ventaja social su cambio, ¿cuál será su margen de tolerancia identitaria?

CONCLUSIONES

Recapitulando lo hasta aquí expuesto, afirmamos que el proceso de reproducción es mucho más que lo que hasta ahora la biomedicina ha definido, si bien no podemos perderlo de vista como un proceso biológico que permite a los grupos sociales reproducirse a través de la gestación, éste se desarrolla en el sujeto y está inmerso en condiciones socioculturales, materiales y simbólicas específicas, que corresponden a las del grupo social de pertenencia. El proceso de reproducción biosocial es entonces una construcción sociocultural.

Nuestro interés en este trabajo, se centra en reconocer, cómo se constituye en un grupo étnico específico este proceso reproductivo a través de su transición por la migración a la ciudad de México. Donde las transformaciones, resignificaciones y transacciones serán el resultado del impacto de la movilidad y adecuación a un contexto urbano que los recibe, mas no exenta de dificultades.

Parte de la afirmación, que son las condiciones materiales de vida y muerte, el tipo de relaciones y redes sociales que se establecen, se mantienen o se pierden, las oportunidades diferenciales de acceso a los recursos materiales, de salud, de atención a la enfermedad y sobre todo el bagaje cultural de cada grupo social lo que condiciona sus expectativas, decisiones, posibilidades, obstáculos o frustraciones respecto al cuerpo y su reproducción biosocial.

Debemos reconocer en los actores sociales, deseos y posibilidad de decisión en cada uno de los sucesos de su vivir diario. Haciendo el señalamiento de que la construcción de dichas expectativas y decisiones, se da de manera diferencial desde el género, el grupo cultural de pertenencia, el estrato social, el nivel de escolaridad formal, entre otras variables. Es decir, que dichos deseos y decisiones están cruzados por condiciones materiales e ideológicas. Reconocer esos deseos y decisiones, en interrelación con las condicionantes estructurales e ideológicas, nos permitirán dar cuenta de la complejidad de un proceso como es el reproductivo.

No podemos olvidar, que los grupos indígenas siguen siendo hasta ahora, los que mantienen las tasas de mortalidad y natalidad más altas del país, indicadores de sus condiciones de vida cotidiana, donde la violencia materializada en pobreza, hambre, asesinatos y expulsión de su lugar de origen en busca de sobrevivencia es una constante. Estas condiciones materiales y simbólicas de vida, han sido sin duda factores determinantes de la migración progresiva y constante de algunas poblaciones indígenas del país hacia las grandes urbes. Aun cuando, al migrar enfrentan nuevamente condiciones de marginalidad y sobrevivencia al integrarse a los cinturones de miseria, en donde necesariamente realizan transacciones y resignificaciones de la realidad en que ahora viven, siendo seguramente diferencial desde su género.

Los precarios o inexistentes niveles educativos empujan a poblaciones indígenas irremediablemente al mercado informal, en donde sus estrategias de sobrevivencia están condicionadas por su matriz cultural y mediatizadas por su posición de clase y etnia. Su inserción en el mercado está evidentemente condicionada por el género, en condiciones de desigualdad y explotación. (Ravelo, 1995)

Para estos grupos mantenerse, aun ante los embates de una sociedad hegemónica que tiende a su integración y subordinación en condiciones de marginalidad, genera necesariamente estrategias de sobrevivencia, entre las cuales la procreación juega a nuestro parecer un papel importante. Es prudente cuestionarnos, cómo estos conjuntos sociales estructuran estrategias auténticas de representación, en todos los órdenes.

Si la identidad es aquello que los constituye como tal, los diferencia de los otros, también los clasifica y segrega. Se constituye en un sistema de representaciones y prácticas concretas articuladas por género, clase social y etnia, que juega un papel histórico global.

Cada grupo social tiene una visión, una imagen particular de aprehender su propio cuerpo y el del otro, una manera de vivirlo, ya que como dice Foucault el cuerpo está preso al interior de poderes muy cerrados que le imponen presiones, prohibiciones, obligaciones, la historia del cuerpo de hombres y mujeres es inseparable de su historia de miseria. Grupos distintos de hombres y mujeres que conviven para hacer posible la reproducción social de la sociedad, indiscutible es reconocer que conjuntamente con las altas tasas de fecundidad que siguen presentando estos conjuntos sociales está también su alta mortalidad, principalmente en población infantil. Ya la demografía y la epidemiología clásicas han documentado la íntima relación que entre los conjuntos sociales tienen altas tasas de mortalidad con altas tasas de fecundidad, fenómenos entrelazados pero hasta ahora no profundizados.

Retomando lo anteriormente expuesto, considero al proceso reproductivo como una construcción social diferencial, en que necesariamente inciden las condiciones materiales e ideológicas de vida, ante las cuales se realizan transacciones como respuesta a la marginación y como elemento de identidad, por lo que surge así el cuestionamiento de ¿cómo se construye el proceso reproductivo entre hombres y mujeres indígenas al migrar a la ciudad de México?, ¿éste ha sufrido transformaciones?, ¿cuáles han sido y cómo se han dado?, ¿qué peso tiene en sus decisiones su identidad cul-

tural (incluida la de género) o bien, son otras condiciones de marginalidad y supervivencia las que los llevan a decidir sobre su reproducción?

Para ello indagaré acerca de las relaciones de continuidad, discontinuidad y síntesis que establecen estos conjuntos sociales, entre su sistema de saberes locales o tradicionales y los urbanos. El proceso de negociación o transacción, que logra la fusión en el campo de sus saberes, respecto de la reproducción.

La repercusión que la migración ha tenido en su organización material y simbólica de la vida diaria, en la interacción con otros actores sociales, en la accesibilidad y disponibilidad de recursos institucionales para mantener la salud y dar respuesta a su proceso reproductivo. Estas nuevas condiciones, ¿cómo influyen en la construcción y significado que adquiere el proceso reproductivo?

BIBLIOGRAFÍA

- Appadurai, Arjun (1990), "Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy", en Featherstone, M. (comp.), *Global Culture*, Londres: Sage.
- Butler, Judith (1996), "Variaciones entre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault", en Lamas, Martha (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México: UNAM, PUEG, Miguel A. Porrúa.
- De Lauretis, Teresa (1991), "La tecnología del género", en *Género en perspectiva. De la dominación universal a la representación múltiple*, Carmen Ramos Escandón (comp.), México: UAM.
- De los Ríos, Rebeca (1993), "Género, salud y desarrollo. Un enfoque en construcción", en *Gender, Women, and Health in the Americas*, Washington, D.C.: Pan American Health Organization, Scientific Publication.
- Figueroa, J. G. (1996), *Patrones de inicio de la vida reproductiva: su relación con la mortalidad infantil y comportamientos reproductivos futuros en sexualidad y reproducción humana en México*, Teresa Lartigue y Héctor Ávila (comp.), México: UIA y PyV.
- Figueroa, G. y Rivera, G. (1997), *Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina en mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, México: COLMEX.
- Figueroa Perea, Juan G. y Eduardo Liendro Zagnoni, "Algunos apuntes sobre la presencia del varón en la toma de decisiones reproductivas", versión para discusión interna en el Seminario de Masculinidad del PUEG.
- García Canclini, Néstor (1990), "Culturas híbridas, poderes ocultos", en *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, México: Grijalbo.
- Gutmann, M. (1993), "Los hombres cambiantes, los machos impenitentes", en *Estudios sociológicos*, XI:33, México.
- Hannerz, Ulf (1990), "Cosmopolitas y locales en la cultura mundial", en Hannerz, U., *Conexiones transnacionales*, Madrid: Cátedra.
- Kimmel, Michel (1999), "La masculinidad y la reticencia al cambio", en el Suplemento Letras de *La Jornada*, México, abril 8.
- Lara Flores, Sara (1991), "Sexismo e identidad de género", en *Ateridades*, año 1, núm. 2, México: UAM.
- Laureano, Dolores (1999), información verbal, Seminario de Género en ENAH.
- Menéndez, E. (1993), "Familia, participación social y proceso salud, enfermedad atención", en *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Denman, et al. (coord.), México: Univ. Guadalajara, INSP, CIESAS y Colegio de Sonora.
- (1998), "Violencia y alcohol: cotidianidades de las pequeñas muertes", en *Relaciones*, núm. 74.
- Millán, Cecilia (1997), "Relaciones de género y etnicidad en la industria azucarera dominicana", en *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, México, Soledad González (comp.), COLMEX.
- Millán, Margara (s. f.), *Las zapatas de fin de milenio*.
- (1996), Género y representación. El cine hecho por mujeres", en *Actas Sociológicas*, núm. 16, enero/abril, México.
- Nájera, López, et al. (1998), "Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo", en *La condición de las mujeres en el espacio de la salud*, Juan G. Figueroa (comp.), México: COLMEX.
- Ravelo, Patricia (1995), "Perspectivas teórico-metodológicas para el estudio de la salud en el trabajo femenino", en Sara Elena Pérez-Gil Romo, Juan C. Ramírez y Patricia Ravelo (coord.), *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, coedición CIESAS/Universidad de Guadalajara, INNSZ.
- Rubín, G. (1986), "El tráfico de mujeres: notas para una política económica de los sexos", en *Nueva antropología*, núm. 30, México.
- Szansz, Ivonne, (1998), "Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México", en *Debate feminista*, vol. 18, octubre.
- (1996), "Sexualidad, embarazo, maternidad y anticoncepción en mujeres de un contexto rural en el centro de México", en *Sexualidad y reproducción humana en México*, Teresa Lartigue y Héctor Ávila (comp.), México: UIA y PyV.

El apoyo a los enfermos con diabetes mellitus en Cosamaloapan, Veracruz

INTRODUCCIÓN

Este artículo trata sobre el apoyo que se otorga a los enfermos con diabetes mellitus, enfermedad que requiere cambios en el estilo de vida del enfermo, por lo que es necesario el apoyo familiar y social para lograr su control.

La ciudad de Cosamaloapan, Veracruz, sede del presente trabajo, es una comunidad urbana dedicada a la producción de azúcar y alcohol de caña, asimismo es la sede de los servicios de diversas instituciones: la Jurisdicción Sanitaria de la SSA, la Subdelegación del IMSS, la agencia del Ministerio Público del estado y del Ministerio Público federal, la Supervisión Escolar de primarias y secundarias de la SEP, la oficina principal de Hacienda del estado e incluso la sede parroquial.

Según estimaciones municipales, para 1995 contaba con una población de 65 mil habitantes, distribuida: 10% en el sector primario, 27 % en sector secundario y 60% en el sector terciario.

La diabetes mellitus es un problema de salud en Cosamaloapan, Ver., donde se presenta como la segunda o tercera causa de muerte en el municipio (Secretaría de Salud, 1995), y es la segunda causa de mortalidad hospitalaria en el IMSS (IMSS, 1994).

A partir del primer reconocimiento de la zona, se consideró trabajar fundamentalmente con derechohabientes del IMSS, ya que:

1. Es la institución de salud que concentra mayor población derechohabiente.
2. Es la que le ha dado el mejor seguimiento a los casos de diabéticos, ya que cuenta con los servicios de trabajo social, nutrición y otras especialidades que le apoyan.
3. Es la única que cuenta con un Club de Diabéticos.
4. Se tuvo mayor acceso a sus pacientes, médicos y personal paramédico.

Se trabajó con una muestra de 20 derechohabientes, 12 mujeres y ocho hombres, que han asistido al Club de Diabéticos, siendo los criterios de inclusión los siguientes:

- a) Tener un historial clínico de diabetes de un año o más.
- b) Estar dentro del grupo de edad mayor de 40 años.
- c) Participar en el Club de Diabéticos con registro de asistencia en por lo menos seis sesiones.
- d) Ser originario de Cosamaloapan o tener un tiempo de residencia mínimo de 15 años en la misma.

Con el fin de encontrar la información necesaria para determinar la validez de la investigación, se utilizaron diversos instrumentos de investigación: la observación simple y la observación participante, la entrevista y la encuesta.

Los datos cualitativos, obtenidos a través de entrevistas a profundidad, nos proporcionaron reconstrucciones tanto retrospectivas como presentes de las situaciones

que viven los enfermos, de esta manera se obtuvo la información necesaria para poder describir y analizar cuáles eran las formas en que apoyan a los enfermos participantes del club de diabéticos del IMSS.

LA IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIAL

Uno de los aspectos fundamentales del cuidado de la enfermedad además del autocuidado individual, es el apoyo social proporcionado al enfermo; para el caso de la diabetes se ha señalado cómo las redes de apoyo tienen efectos directos sobre la salud, mientras que la falta de apoyo se asocia a un incremento en el riesgo de muerte (Reid, 1992; Robles y Mercado, 1994, entre otros).

Jacobson (1987), plantea que los estudios sobre el apoyo social y redes de apoyo constituyen literaturas separadas. Los estudios sobre apoyo social derivan de una tradición enfocada en la relación entre salud y estrés y, examinan el apoyo social como una de las clases de variables que intervienen y modifican los resultados de la salud de exposición a una variedad de aspectos estresantes.

Por otro lado, los estudios sobre redes sociales, derivan de una investigación sobre cuestiones de la organización de la comunidad y de los sistemas de relaciones sociales, a través de las cuales el apoyo es conceptualizado, medido y movilizado a aquellos que lo necesitan. Ambas aproximaciones ponen relativamente poca atención a la cuestión del significado del apoyo social o de las rela-

ciones sociales que constituyen una red de apoyo. El concepto de redes de apoyo, se refiere a la red de relaciones sociales desde la cual los individuos manejan el apoyo.

Shreurs y Ridder (1997), revisan 126 referencias de estudios empíricos que tratan con la relación entre la integración de las perspectivas de apoyo social y la investigación de la adaptación a las enfermedades crónicas. Aunque señalan que pocos de los trabajos abordan explícitamente este problema, su revisión revela que pueden distinguirse cuatro maneras para estudiar la relación: buscando apoyo social como una estrategia; el apoyo como un recurso de la responsabilidad personal; apoyo social como la manera en que lo realizan las personas a cargo de los pacientes individuales y, el realizado por un sistema social.

Defienden que todas las maneras de cubrir e integrar el apoyo social contribuyen a un entendimiento mejor de la adaptación para las enfermedades crónicas. Sin embargo, parece ser especialmente fructífero en el corto plazo explorar las interrelaciones entre el apoyo social como un recurso de la responsabilidad y el apoyo social de la persona a cargo del paciente, ya que proporciona una visión mejor en los determinantes sociales de las responsabilidades y puede ayudar a clarificar la manera en que el apoyo social afecta a la salud y el bienestar.

Langford *et al.* (1997), identifican las definiciones de apoyo social frecuentemente usadas de manera teórica y operacional en 53 referencias. Los hallazgos de este análisis conceptual hicieron pensar en definir cuatro atributos de apoyo social más frecuentemente usados: emocional, instrumental, informativo y apreciación. La red social, los marcos sociales y el clima social se identificaron como antecedentes del apoyo social. Las consecuencias del apoyo social fueron resumidas bajo el rubro general de estados de salud positivos.

Para Robles y Mercado (1994: 312), la red social es un concepto que da cuenta de la estructura y la interacción de los enlaces con otros individuos y/o grupos, ubicándolos o no como parte de las relaciones sociales en donde se miden as-

pectos como el tamaño, los recursos, la frecuencia de los contactos, la duración, la intensidad y el grado de participación. Mientras que el apoyo social es un concepto multidimensional que pertenece a una red social; se le identifica por una serie de acciones y conductas tendientes a brindar ayuda a un individuo con el fin de enfrentar o resolver un problema y/o satisfacer una serie de necesidades, incluida la enfermedad, utilizando los recursos de la red social. Los aspectos comúnmente tratados son el apoyo emocional, el apoyo instrumental, la información y la obtención de recursos.

LA ORGANIZACIÓN Y EL APOYO DEL GRUPO DOMÉSTICO DEL PACIENTE

La influencia de la familia sobre el control de la diabetes, ha sido señalada por diversos autores (Edelstein y Linn, 1985), no es sorprendente que los patrones de funcionamiento familiar tengan un efecto en cómo la persona maneja su enfermedad, los miembros de la familia están envueltos directamente en el padecimiento del paciente por ser conocedores de sus restricciones dietéticas, su necesidad de medicamentos y los signos de crisis diabéticas. Los conflictos interpersonales en las familias son las mayores fuentes del estrés y la ocurrencia de estos eventos han sido relacionados con un pobre control metabólico; la tensión, las críticas y la falta de apoyo social producen un ambiente adverso que puede llevar a reacciones fisiológicas adversas.

El medio familiar es uno de los muchos factores relacionados con el control de la diabetes, pero parece ser el más importante, ya que la adherencia individual al autocuidado y el éxito del autocuidado comienza en casa. La existencia del apoyo familiar podría alentar al enfermo a cumplir con la prescripción médica, a mantener conductas de salud como son el ejercicio y la alimentación, a proporcionar ayuda y los recursos necesarios tales como información, asistencia y atención durante la enfermedad.

Las relaciones al interior de la familia inciden sobre la salud física y psicológica de los enfermos, la participación de la esposa, las creencias, las actitudes, los mecanismos de apoyo y las relaciones familiares son algunas variables que están correlacionadas con el cumplimiento del tratamiento de los enfermos diabéticos.

Como ya han planteado otros autores, respecto a las enfermedades crónicas, la atención prestada a los enfermos y la resolución de los problemas creados dependen más de los hábitos (individuales, familiares y de clase) y de la naturaleza de las relaciones anteriormente existentes entre los miembros que componen el grupo doméstico que de la situación e incluso de las condiciones socioeconómicas; tanto el enfermo como el entorno responden de forma diferente según las modalidades de convivencia previamente establecidas y el sistema de valores que orientan sus acciones. (Devillard, Otegui y García, 1991)

Entre los informantes, sus problemas en el ámbito doméstico se plantean en términos variables, según las circunstancias familiares del enfermo. La enfermedad en un casado o casada tiene diversas repercusiones según la composición del grupo doméstico: edad, número de personas, miembros que trabajan, etc., pero éstas se resuelven con apoyo de los miembros de la familia. Para la mayoría de los enfermos diabéticos la familia es una fuente de apoyo, conviven con sus hijos y reciben ayuda financiera de algún tipo.

Las mujeres cuentan ante todo con la ayuda de otras mujeres: hijas principalmente, pero también en su defecto o por su edad de hermanas, sobrinas, cuñadas o nueras, para realizar las labores domésticas y acompañarlas a la atención médica. El apoyo que dan los hombres se ubica sobre todo en el aspecto económico, ellos aportan los recursos monetarios, pero de las mujeres casadas ninguna asiste con su esposo a las reuniones del club, a pesar de ser casi todas esposas de hombres jubilados o pensionados con cierta disponibilidad de tiempo.

Las relaciones interpersonales que se establecen entre padres e hijos tienen que ver, tanto con la atención prestada al enfermo, como con el cumplimiento del tratamiento, entre los miembros del Club de Diabéticos, encontramos que aunque se da

apoyo a los enfermos, no se distribuye de manera igualitaria entre todos los miembros de la familia.

Se presentan situaciones problemáticas como por ejemplo, quiénes dan apoyo en caso de crisis, como nuestros informantes son asegurados, el problema de la obtención del medicamento se reduce sobre todo, a quiénes pueden acompañarlos a la consulta médica; se encontró que los hijos intervienen activamente en la compra u obtención de otros tratamientos.

En las relaciones de padres e hijos encontramos cuatro variantes principales:

1. Los hijos son menores de edad y aunque conocen el problema de los padres no intervienen de manera directa en su cuidado.
2. Los hijos son adolescentes o adultos solteros que no dependen económicamente de los padres, viven con ellos, por lo que intervienen de diversa manera en su cuidado ayudando a ciertas labores domésticas, en el ingreso familiar o acompañándolos a la consulta médica. En algunos casos están en conflicto con sus padres por la situación particular en que viven.
3. Los hijos son adultos casados, no dependen económicamente de los padres pero viven con ellos, aquí generalmente se involucra a la nuera en el cuidado del familiar enfermo, en las labores domésticas, especialmente en la elaboración de los alimentos, esto es muy importante en el caso de hombres viudos; mientras que las mujeres enfermas intervienen cuidando a sus nietos, así como en las labores cotidianas del hogar.
4. Los hijos adultos solteros o casados pueden vivir lejos de los padres y dar un apoyo esporádico o nulo al núcleo familiar donde reside el enfermo, esta participación varía de acuerdo con el tipo de relación familiar que se ha establecido con anterioridad.

Debido a la alta emigración que existe en la comunidad por la escasez de empleos y de un nivel educativo superior, tenemos dos casos en que los enfermos viven sólo con su pareja, aunque cuentan con ayuda económica por parte de sus hijos, resuelven sus necesidades de atención cotidiana con el servicio doméstico.

DIABETES Y ESTIGMA

Al hablar del apoyo social, tenemos que analizar hasta qué punto la diabetes constituye o no un estigma. Siguiendo las formulaciones clásicas de Goffman y Scambler (1990) quienes señalan la utilización de la palabra estigma en un sentido bastante amplio para designar alguna desgracia relacionada con enfermedades, atributos, rasgos o formas de conducta, que de alguna manera interfiere con la interacción.

Goffman (1983), hace ver que la gente normal suele crear conceptos fundados o no objetivamente en relación con la esfera de actividad ordinaria a la que el estigma particular de un individuo lo circunscribe. Una situación como la diabetes puede ser vista de poco efecto en cuanto a interacciones sociales más amplias, pero puede ocasionar problemas en las relaciones familiares.

Sin embargo es de importancia fundamental que una situación estigmatizadora sea conocida o no, la diabetes de un individuo puede ser invisible pero muy conocida. Goffman describe al individuo, cuyo estigma es conocido, llamándolo desacreditado y a quien su estigma no es conocido como desacreditable. Dice que una de las dificultades a las que se enfrenta la persona desacreditada es el manejo de impresiones, las impresiones que los demás tengan de ella. El problema mayor de las personas desacreditables suele ser la administración de la información sobre ellas mismas.

Scambler (1990) establece que es necesario distinguir a los estigmas simulados que se refieren a casos de discriminación contra gente, de los estigmas sentidos que comprenden la vergüenza asociada al hecho de ser enfermo y que equivale a infringir normas relacionadas con la identidad o el ser.

No se encontró que las personas diabéticas sientan que son muy discriminadas, pero sí comentaron que los demás tratan a los diabéticos con lástima: una enferma

oculta su enfermedad a sus amistades y sólo sabían de su estado los miembros de su familia.

De acuerdo con Goffman, consideramos que los diabéticos caen dentro de la categoría de desacreditables, más que desacreditados, precisamente por la naturaleza oculta del desorden. El potencial para el estigma o la desacreditación del diabético descansa en los dramáticos y negativos cambios de vida que la enfermedad puede traer. El complejo régimen diabético incluyendo dieta, ejercicio y medicación puede impactar no únicamente la vida del diabético sino también la vida de otros.

Los diabéticos pueden ser fuertemente estigmatizados en la familia y en las relaciones de pareja, porque es aquí que sus problemas como dieta especial, síntomas físicos, nerviosismo, impotencia, energía y movilidad limitada son más evidentes. Las relaciones del matrimonio se ven afectadas por varios aspectos, existe la idea muy difundida de que al diabético no debe hacersele enojar porque agravaría su enfermedad.

Aunque una de las complicaciones de la diabetes es la impotencia, fue difícil de abordar, hombres y mujeres suelen afirmar que la enfermedad no les ha planteado problemas con su pareja, o de haberlos los atribuyen a su relación interpersonal; se sabe que la información obtenida es incompleta y falseada, en este caso intervienen las ideas y concepciones que rodean a la sexualidad. Debido a que la edad donde la diabetes aparece como más frecuente es a partir de los 40, se manifiesta una convicción bastante compartida de que las necesidades sexuales van disminuyendo conforme a la edad y que en las mujeres por razones del término de su capacidad reproductiva, son menores.

Como se les considera personas muy irritables, existe cierta tensión en las relaciones de pareja y los hijos; respecto a las medidas de autocuidado, aunque las parejas o hijos saben que cierto tipo de conductas pueden ser de riesgo para su salud, como comer ciertos alimentos o bebidas en exceso, generalmente el enfermo no hace caso de las indicaciones, en otros casos son los familiares los que



interfieren en el cumplimiento del tratamiento del paciente.

Las relaciones con los hijos en particular y con los que están todavía en casa, constituyen un campo de relación importante para los enfermos, padres o madres de familia. Resulta difícil generalizar ya que la situación varía considerablemente según el sexo, los caracteres personales, la situación económica, las expectativas, la edad, el estado civil, la situación laboral y la residencia de los hijos. Cuando los hijos son menores de edad, la relación familiar es menos conflictiva, los problemas se manifiestan cuando los hijos tienen mayor edad y participación dentro del ingreso familiar.

Aunque algunas de estas alteraciones no son siempre consideradas estigmati-

zadas dentro de la familia, son estigmatizadas de varias maneras dentro de sus relaciones sociales por el tipo de dieta que siguen, así como por su necesidad de tomar medicamentos. La insulina, más que la medicación oral, está rodeada de connotaciones negativas, tales como: "causa ceguera". Las alteraciones en los roles sociales relacionadas a la diabetes, reflejan en parte la influencia del estigma, cambios que tienen que ver con problemas como fatiga, pérdida de capacidad social, y sus consecuencias sociales como pérdida de amigos, conflictos con miembros de la familia y decremento en la vida social.

El elemento del estigma asociado con la diabetes varía con la posición en el ciclo de vida, así como con las circunstancias socioestructurales; el impacto de la diabetes sobre el yo es uno de los más dramáticos, los diabéticos reportan diversos problemas emocionales, presentan incrementados roles de ansiedad que afectan de manera distinta a los hombres que a las mujeres. 12 de los entrevistados comentaron que saber que tenían diabetes les causa angustia y preocupación.

Se encontró que a pesar de su enfermedad, las mujeres enfermas en general siguen manteniendo sus interrelaciones sociales, organizando la economía doméstica y cuidando de sus esposos, hijos y nietos, incluso en los dos casos en que cuentan con servidumbre, ellas se encargan de hacer la comida, en uno de los casos, en que la enferma es una mujer soltera que todavía trabaja y vive con su mamá, es la madre, una anciana de 80 años, la que prepara los alimentos. En cambio para los hombres es más difícil enfrentarla, ya que afecta uno de los principales campos de la vida social al tener que transformar sus hábitos alimenticios y su forma de convivencia con los demás.

Hooper (1981:11) ha estudiado la diabetes como condición estigmatizada, resultado de los siguientes cambios de vida: el impacto sobre las actividades físicas y tareas cotidianas, la alteración en los roles sociales de la persona en categorías como: ocupación, familia, parentesco, recreación, vida religiosa y los cambios en la concepción del yo.

Al igual que Hooper (*ibidem*:12), se considera que adaptarse a la diabetes puede venir acompañado de algunos grados de estigma. Aunque la diabetes es una condición invisible, las condiciones asociadas al estigma como ceguera, pérdida de un pie o una pierna, encuentran ellas mismas sus propias fuentes de alterada o reducida aceptación social que componen el estigma de la diabetes. De hecho, esa es una de las grandes preocupaciones de los enfermos: quedar ciegos o perder parte de su integridad corporal.

LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO

El incremento en las enfermedades crónicas que se han ido constituyendo entre las principales causas de mortalidad, ha impulsado una perspectiva dentro de la medicina social, destinada a tratar de controlarlas con programas que buscan cambiar actitudes y comportamiento de los individuos; a pesar del reconocimiento de ciertos sectores de la medicina social, de que los problemas de salud pública son esencial-

mente sociales y que concentrarse únicamente en los problemas del comportamiento individual no sólo es una simplificación, sino una evasión de las responsabilidades que impone la salud pública. (Terris M., 1980)

El establecimiento de clubes de diabéticos es parte de las estrategias de los servicios de salud para enfrentar el problema creciente de la diabetes. En el IMSS, a partir de 1987, se inicia una serie de pasos en el conocimiento y atención integrales a la población de diabéticos del instituto, en los cuales se señala la necesidad de conocer la magnitud y las características de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, para establecer un sistema de fomento a la salud para el diabético y su familia, así como incrementar y mejorar las actividades para la atención de la diabetes, a través de la capacitación para el trabajo del personal institucional, estimular la investigación y disponer de personal de apoyo. (IMSS, 1987)

Este programa señala el papel importante de la diabetes desde el punto de vista médico y social, dada su trascendencia en las prestaciones económicas del seguro, tales como invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, por lo que se considera indispensable que la población participe adoptando conductas favorables en su autocuidado para permitir la detección oportuna del padecimiento en la población de alto riesgo.

En el IMSS las actividades educativas son de suma importancia para lograr la participación de la población, se plantea que el equipo de salud participe para modificar algunos estilos de vida de la población enferma y su grupo familiar, a partir de establecer un diagnóstico educativo social que permita identificar los factores causales, creencias, mitos, hábitos de consumo y conocimientos sobre el padecimiento, que interfieren en la vigilancia y control del paciente.

Los pacientes y sus familiares deben participar en un curso de capacitación para llevar su autocontrol, ya que la educación para la salud se establece como un acto de transmisión y fomento del valor salud, donde el derechohabiente educado que ha incorporado el cuidado de su salud como un valor y una responsabilidad propia, es el mejor promotor de los beneficios del autocuidado, tanto en su grupo familiar como en su comunidad.

Los cursos a grupos requieren de un equipo de salud multidisciplinario constituido por el médico familiar, la enfermera, la dietista, el odontólogo y la trabajadora social que son los que imparten las pláticas. Trabajo Social integra grupos de 25 a 30 personas, a partir de su derivación de medicina familiar, cada persona debe asistir por lo menos a dos sesiones, al término de las mismas se evalúa el grado de conocimiento y aprendizaje a través de un cuestionario.

Los grupos se integran con diabéticos y familiares, se les da la información con fines preventivos y de control médico, con el objeto de incorporar a la familia como apoyo en la vigilancia y control médico del diabético. Las actividades educativas comprenden información sobre la enfermedad: principales signos y síntomas, factores de riesgo, complicaciones; así como sobre el tratamiento: uso de medicamentos, régimen alimenticio, actividad física e higiene personal. Posteriormente se hace una invitación a participar dentro del Club de Diabéticos, cuya asistencia es voluntaria.

Como vemos se ha desarrollado en la medicina preventiva una fuerte perspectiva ideológica, oficialmente patrocinada, la cual enfatiza la responsabilidad individual del cuidado y mantenimiento de la propia salud, que se ha cristalizado en la importancia de seguir un estilo de vida saludable.

El problema es que se reduce el estilo de vida a una serie de conductas y condiciones, las cuales suponen un elemento de acción personal en el nivel individual; los principales campos cubiertos son dietas, ejercicio, higiene personal y alejarse del alcohol y el tabaco. Sin embargo, el estilo de vida como plantea Dean (1989), es una concepción holística que reconoce un amplio campo de interrelaciones de los individuos, en situaciones sociales específicas que representan conductas relacionadas con la salud, incluyendo decisiones para ver y cumplir con el cuidado profesional. Dean establece que los componentes de autocuidado del estilo de vida asumen tres formas:

1. Hábitos diarios de rutina que afectan la salud.
2. Conducta consciente de mantenimiento de la salud.
3. Respuestas conductuales de síntomas del padecimiento.

Los médicos creen que las causas del aparente fracaso de muchos individuos para cumplir con un estilo de vida saludable son: la ignorancia del paciente, la falta de interés para seguir el tratamiento, la resistencia al cambio, algunas ideas sobre los efectos secundarios del tratamiento e incluso una actitud de fatalismo, sin embargo, aunque 50% de los médicos reconoce la situación socioeconómica de sus pacientes como una limitante para el seguimiento de la dieta, no se proponen alternativas, de allí que las recomendaciones del médico muchas veces no pueden ser seguidas.

La ignorancia individual de las conductas de riesgo es muy rara, existe el conocimiento de que ciertas conductas individuales son buenas o malas para la salud, como hacer ejercicio o evitar ciertos alimentos, sin embargo muchas veces no se cumplen. A lo largo de esta investigación a pesar del énfasis de los médicos en que los pacientes sigan lo que se denomina un estilo saludable, constatamos que existen otras variables que intervienen para que en determinados momentos los enfermos persistan en prácticas que ponen en riesgo su salud: la situación socioeconómica que les impide tener una dieta adecuada, la importancia de los roles de género, las representaciones de la enfermedad y las características individuales entre otras, aspectos que se ponen en juego para establecer respuestas diferenciales.

Es necesario entender que las interacciones entre los componentes del cuidado para la persona y su interjuego con las influencias socioculturales, en una perspectiva situacional en la cual las variables social y cultural son las mayores determinantes de la conducta individual, y donde el género aparece como una influencia sociocultural fundamental, ya que las mujeres son las que mejor llevan a cabo su autocuidado.

Aunque no se quiere negar la importancia que tienen los programas educa-

cionales para cambiar el comportamiento individual, no es posible apoyarse únicamente en ellos, abandonando los otros aspectos que son fundamentales para la prevención efectiva de las enfermedades.

LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

Mientras que la autoatención se establece como el elemento fundamental del proceso de salud-enfermedad-atención, el autocuidado es diseñado desde el sector salud con aspectos curativos y asistenciales, frente a la importancia y desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas, lo cual ha conducido a enfatizar los estilos de vida en la causalidad y desarrollo de las enfermedades, sobre todo por la larga convivencia con las mismas. (Menéndez, 1983)

En el caso de la diabetes mellitus se ha subrayado la necesidad del autocuidado, el sector salud reconoce la importancia del propio paciente en el control de sus niveles de glucosa y de la autoadministración de insulina. El desarrollo de los grupos de autoayuda constituye un proceso, en el cual confluyen varias condiciones, pero cuya expresión más importante es la del apoyo, seguimiento, control y terapia colectiva del padecimiento.

Aunque los grupos de autoayuda constituyen una estructura diferencial de la autoatención, y la posibilidad de un sentido de pertenencia, también proveen de una forma de asistencia en la cual van unidos ciertos aspectos positivos de ayuda: estos grupos voluntarios estructurados para el cumplimiento de un propósito especial presentan problemas, no sólo para constituirlos, sino para mantenerlos, ya que todo grupo genera jerarquías, conflictos y micropoder de acuerdo con la dinámica particular que se genera en su interior.

Kathryn Dean (1989), establece tres tipos de grupos de autoayuda: a) los que dentro del sistema participan en el proceso sobre las bases de los conceptos terapéuticos de los profesionales; b) los cercanos al sistema, separados pero compatibles que identifican sus propios problemas mas usan a los profesionales como consultores del grupo y, c) los grupos opuestos al sistema que rechazan las

teorías, aproximaciones y prácticas de los servicios profesionales.

Dentro de la presente investigación, se encontró con el Club de Diabéticos que fundado a iniciativa del Seguro Social, ha permitido crear un elemento estructurador que permite a sus integrantes participar de un sentimiento de identidad, creado a partir de su padecimiento, y que busca una mejor convivencia con la enfermedad, aunque los beneficios concretos para cada uno de los diabéticos difieren por las circunstancias particulares en que viven.

LA ORGANIZACIÓN DEL CLUB DE DIABÉTICOS DE COSAMALOAPAN

En el IMSS de Cosamaloapan a partir de 1982, existieron dos intentos de reunir a los pacientes diabéticos en clubes, los cuales se desintegraron; fue hasta 1992 cuando se consolidó el actual club. Aunque debería tener una organización propia, sólo ha funcionado bajo la supervisión de Trabajo Social.

El procedimiento de ingreso al club se inicia desde que se pide al diabético de primera vez que asista a dos reuniones, donde la trabajadora social, un médico y la dietista le explican la sintomatología y la causalidad de la diabetes, así como le indican la dieta más adecuada. En la segunda sesión se les da una plática con el oftalmólogo, el dermatólogo y una trabajadora social para cuestión de las complicaciones y cuidados de la piel, uñas y pies.

Pasadas las dos sesiones se les hace un examen, que consta de seis preguntas con opción múltiple y una abierta, las primeras se refieren a si la diabetes es o no curable, las medidas de dieta, cuidados y medicamentos que se deben tener, y la última se refiere a los problemas con la familia que les puede acarrear la enfermedad; si el paciente tiene 80% de aciertos se le invita al Club de Diabéticos, si no es así se le indica que pase de nuevo a las sesiones educativas. Aunque es parte de su tratamiento participar en las sesiones de información de su enfermedad, la asistencia a estas sesiones, así como al club es voluntaria.

La directiva está conformada por un presidente, un secretario, un tesorero y cuatro vocales, el club también incluye hipertensos, siendo un total de 30 hipertensos y 20 diabéticos, la elección de la directiva es por votación directa de las propuestas de los propios integrantes. En cada reunión del club asisten de 30 a 50 personas, quienes deciden sobre el tema de la plática que luego organiza Trabajo Social (las reuniones se realizan a fines de mes).

A estos enfermos se les invita a que hablen de sus problemas familiares ocasionados por la diabetes, pidiéndoles que acudan acompañados de un familiar para que esté enterado de la problemática del paciente y para que colabore con ellos. Los médicos familiares se turnan una vez al mes para darles indicaciones sobre su enfermedad. Los pacientes usan mucho la herbolaria y dentro del club la trabajadora social los apoya para que intercambien recetas que puedan servirles para mantener su control.

En el club anterior se les daban tres sesiones de ejercicio a la semana de media hora cada una, que les servía para mejorar la circulación sanguínea y con las que los pacientes decían se sentían muy bien. En el actual club se les envía a hacerlos al Centro de Seguridad Social, situado en un edificio anexo, que cuenta con un salón especial para ejercicios, las dos sesiones para que hagan ejercicio son los martes y jueves de 8 a 9 a.m., las sesiones de ejercicios aeróbicos son impartidas por instructora del Centro de Seguridad Social.

Además de información sobre su enfermedad, tienen diversas actividades sociales, se les pide su carnet y dan una cuota de cinco pesos mensuales para los gastos de las reuniones que realizan en días festivos como el día del padre o de la madre, e incluso los cumpleaños de algunos de ellos; se somete a votación por la mesa directiva el tipo de festejo que quieren y se buscan voluntarias para elaborar un menú apropiado.

En el año de 1995 se organizaron para salir a lugares cercanos de paseo como Cuernavaca y Veracruz, la mesa directiva consiguió el transporte con el Centro de Seguridad Social y sólo se pagó la gasolina, ellos llevaron su comida y un médico los acompañó.

La información que se obtuvo de sus integrantes a través de entrevistas y de la observación personal del desarrollo de sus reuniones, puso de manifiesto diversos problemas a su interior, siendo el de la asistencia y participación uno de los más importantes.

Sí bien los médicos familiares aun cuando derivan a sus pacientes a Trabajo Social para sus pláticas y saben de la existencia del club, no existe un compromiso pleno de difundir las medidas de autocuidado. Los médicos consideran que el club no es suficiente, pues ven como sus pacientes sufren descompensaciones, pero responsabilizan a Trabajo Social o al propio paciente por no cuidarse, ya que los médicos consideran que su función es básicamente curativa, descuidando la prevención.

En relación con la población total de 792 diabéticos en 1995 que acuden a control dentro de la institución, el número de los asistentes en el club realmente es mínimo, ya que no llega ni al 5%, además de que la asistencia es voluntaria, en realidad las acciones del club respecto al autocuidado no tienen una continuidad, muchos de sus integrantes van siete u ocho veces durante el año, interrumpiendo su participación cuando lo consideran conveniente.

El tipo de pláticas que reciben es muy repetitiva: los mismos discursos del tipo de alimentos que se deben comer, pero no señalan posibilidades de preparación para hacerlos más atractivos a los enfermos; se habla del ejercicio sin ver que las actividades cotidianas de muchos de los enfermos les impiden acudir a las sesiones de horario matutino y sin ofrecerles ejercicios para realizar en su hogar; al hablar de los cuidados se les dice cómo atender la higiene corporal, pero no se les presenta de manera práctica.

La inoperancia del club para el autocuidado se manifiesta cuando se analiza que, por ejemplo, de las 20 personas del club entrevistadas, prácticamente ninguna sigue la dieta prescrita, a pesar de que a nivel del discurso conozcan qué tipo de alimentos les hacen daño, sólo tres están en su peso, dos hacen ejercicio de manera continua, tres el año pasado sufrieron una elevación importante del nivel de glucosa, resultado de excesos en su alimentación, por lo que fueron hospitalizadas y fallecieron dos por diversas complicaciones en 1996.

De esta manera, el club funciona más como un club social que permite a sus integrantes hacer nuevas amistades, compartir experiencias personales, así como la posibilidad de viajar en grupo conociendo lugares nuevos. En el club se intercambian recetas de cocina, se habla de los problemas con la pareja y los hijos, se recomiendan tratamientos de herbolaría o a algunos curadores fuera de la institución, se emiten opiniones sobre la diabetes que permiten reafirmar muchas de las representaciones populares de la enfermedad sobre su causalidad y formas de tratamiento, así como establecer las expectativas de curación y control al comparar la experiencia de su padecimiento.

Esta función de cohesión social que tiene el club, se manifiesta cuando todos los entrevistados consideraron les gustaría que se realizaran más actividades recreativas y de convivencia dentro del club, aunque reconocen que debería haber actividades en la tarde para que todos participaran. Se ponen buenos los paseos, comenta uno de sus integrantes.

Las reuniones del club al realizarse dentro de las instalaciones del IMSS, y en horario matutino, presentan los problemas de la accesibilidad, ya que el IMSS se encuentra en las orillas de la ciudad, y el de la disponibilidad por las actividades cotidianas de cada quien. Se señalan otras dificultades en cuanto a la organización propia del club, por lo menos cinco de los socios señalan que muchas veces no todos participan ni pagan sus cuotas con oportunidad, además de que se tienen diferencias

respecto al funcionamiento de la mesa directiva, ya que por diversas causas han estado faltando a las reuniones.

Los participantes del club manifiestan inquietudes, por ejemplo que les gustaría se les hablara de otras complicaciones relacionadas con la hipertensión (ya que muchos de ellos son hipertensos), de los problemas de la vista o los dolores de piernas, temas como los efectos de la insulina y la menopausia también les interesan. Se considera que es deseable una mayor participación de los especialistas, como el oftalmólogo o el internista, pues casi siempre son los médicos de medicina familiar a quienes ya conocen, los que les dan las pláticas.

Debido a que los enfermos participantes del club son en su mayoría personas de 40 años y más, se tiene que tomar en cuenta el tipo de complicaciones que enfrentan además de la enfermedad; son afectados por el proceso de envejecimiento en sus tres facetas: la edad cronológica, la edad psicológica (autopercebida) y la edad culturalmente definida, donde la percepción del llegar a viejo implica que las capacidades físicas declinan con la edad y que no queda otra cosa que esperar la muerte, esto se toma como justificante para no cumplir con los tratamientos: "al fin que de algo me voy a morir", comentó uno de ellos.

CONCLUSIONES

El papel de la red social que se refiere a la participación familiar en el cuidado del paciente, así como el funcionamiento del club de diabéticos son elementos para enfrentar la enfermedad. Se encontró que la variable de género es de gran importancia en la atención y cuidado del enfermo: son las mujeres del grupo doméstico las que fundamentalmente dan el apoyo a los hombres y mujeres enfermos, especialmente en el caso de la preparación de los alimentos, asimismo las mujeres enfermas participan más activamente en el club de diabéticos y asisten con mayor frecuencia que los hombres.

Dado que la diabetes se presenta con mayor frecuencia a partir de los 40 años, casi todos los enfermos tienen hijos en edad adolescente o adultos que les dan apoyos en relación con su enfermedad,

este apoyo se establece en grado diverso de acuerdo con la situación familiar particular dentro de cada grupo doméstico y puede ir desde acompañarlos a las consultas y las reuniones del club, realizar ciertas actividades domésticas, aportar ingresos económicos para la familia y buscar otras alternativas de atención. Sin embargo, también se suelen presentar conflictos cuando la dieta del enfermo se proporciona a toda la familia o ante las situaciones de crisis que pueden ocasionar las descompensaciones.

El Club de Diabéticos se presenta como la opción institucional de la educación para la salud, a fin de promover un cambio de hábitos que permita una mejor calidad de vida al diabético, sin embargo encontramos que sus funciones y organización no corresponden a las expectativas de los enfermos, las pláticas que se ofrecen son muy repetitivas, no se ubican en el contexto sociocultural del enfermo y no dan alternativas concretas que permitan orientar un mayor cuidado, esto se corrobora al notar que a pesar de hacerse énfasis en la importancia de la dieta y el ejercicio, los enfermos aunque lo manejen a nivel del discurso no lo llevan a la práctica, teniendo en su mayoría sobrepeso.

Aunque tiene deficiencias en cuanto a su función de apoyo a los tratamientos biomédicos, el club permite un espacio de convivencia social para los enfermos que es muy importante para ellos, ya que son en su mayoría personas que además de tener esta enfermedad enfrentan el proceso de envejecimiento, con todas las consecuencias sociales que esto acarrea. Además, dentro del club se establece el intercambio de experiencias con los tratamientos de la herbolaria o el naturismo, ya que es algo que se promueve como una mejor manera de controlar la enfermedad.

Debería generarse un programa real de educación para la salud a partir del

grupo doméstico, que incluyera no sólo enseñar sobre la enfermedad y su tratamiento, sino además de que el contenido de los mensajes de educación en salud deben ser revalorizados, haciendo una promoción para la salud que considere los aspectos sociales con un mayor interés institucional en la acción individual y colectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Campos, Roberto (1992), "Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa", en Campos Roberto (comp.), *La antropología médica en México*, México: Instituto Mora, UAM.
- Dean, Kathryn (1989), "Self care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation", en *Social Science and Medicine*, Gran Bretaña, vol. 29 (2): 13-53.
- Devillard, M. J.; R. Otegui, P. García (1991), *La voz callada. Aproximación antropológica al enfermo de artritis reumatoide*, España: Comunidad de Madrid, Conserjería de Salud.
- Edelsrein, Jacqueline y Margaret Linn (1985), "The influence of the family on control of diabetes", en *Social Science and Medicine*, Gran Bretaña: vol. 21 (5): 541-544.
- Fitzpatrick, R. et al. (1984), *La enfermedad como experiencia*, México: FCE.
- Goffman, Erwin (1983), *Stigma*, Prentice-Hall.
- Hooper, Susan (1981), "Diabetes as a Stigmatized Condition. The case of Lowincome Clinical Patients in the United States", en *Social Science and Medicine*, Gran Bretaña: vol. 15 (b): 11-19.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1994), *Programa de atención al diabético*, México.
- (1994), *Diagnóstico de salud*, México, Cosamaloapan, Veracruz, Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar, núm. 35.
- Jacobson, D. (1987), "The cultural context of social support and support networks", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1 (1): 42-67.
- Langford, C. P.; J. Bowsher; J. P. Maloney; P. P. Lillis (1997), "Social support: a conceptual analysis", en *Journal of Advanced Nursing*, 25(1): 95-100.
- Méndez, Eduardo (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 13, México: CIESAS.
- (1983), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 86, México: CIESAS.
- (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179, México: CIESAS.
- Mercado Martínez, F. J., *Entre el infierno y la gloria*, México: tesis de doctorado en ciencias sociales, México, El Colegio de Michoacán.
- Reid, Barbara (1992), "It's like you're down on a bed of affliction. Aging and diabetes among black Americans", en *Social Science and Medicine*, Gran Bretaña, vol. 34 (12): 1317-1323.
- Robles, Leticia y F. J., Mercado (1994), "El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino dependiente", en *Familia, cultura y salud*, México: CIESAS-Universidad de Guadalajara.
- Rojas, Ana María, *La mujer diabética y su contexto sociocultural*, tesis de licenciatura en antropología social, México: ENAH.
- Scambler, Graham (1990), *Diagnóstico y enfrentamiento de enfermedades estigmatizadoras*, en Fitzpatrick R. et al., *La Enfermedad como experiencia*, México: FCE.
- Schreurs, K. M.; D. T. de Ridder (1987), "Integration of coping and social support perspectives implications for the study of adaptation to chronic diseases", en *Clinical Psychology Review*, 17(1): 89-112.
- Secretaría de Salud (1995), *Mortalidad municipal*, México: Jurisdicción Sanitaria, núm. 9, Cosamaloapan, Veracruz.
- Terris, Milton (1980), *La revolución epidemiológica y la medicina social*, México: Siglo XXI.

El universo tóxico: ¿estigma, vicio, padecimiento, enfermedad, adicción?

Lo que a continuación presento forma parte del capítulo II de mi tesis para obtener el grado de maestro en antropología social en la línea de especialidad de antropología médica de la ENAH (generación 1996-1998).

El título de la tesis es: *Consumo de drogas, prostitución y proceso de recuperación al interior de un grupo de autoayuda denominado narcóticos anónimos (NA)*.

Las sustancias que alteran la conciencia y el cuerpo siempre han formado parte de la cultura; las razones de su consumo han sido múltiples y diversas, el hombre las ha utilizado para fines religiosos, shamánicos, mágicos, médicos, adivinatorios, rituales, festivos, evasivos, degustativos, convivenciales, destructivos, etcétera.

La adicción a las drogas no es un problema reciente, puesto que cuenta con una dilatada y sangrienta historia; con la aparición de nuevos productos tóxicos, de sencilla utilización y fácil adquisición, se ha llegado a un punto acuciante. La inestable situación socioeconómica (con grandes sectores de la población desempleados) de la sociedad de nuestros días, motiva que al consumo de drogas se le añadan problemas psicológicos, económicos, morales y sociales que, día a día, inciden en ese mundo marginal de los consumidores de drogas, cuyas consecuencias son impredecibles.

Esto ocurre porque la población desconoce el riesgo que implican las adicciones. Sin duda éstas han impactado de una manera importante nuestra vida social y es indispensable encontrar nuevos caminos que permitan brindar respuestas adecuadas a los cambios en el panorama epidemiológico.

Las drogas son un componente más de esta crisis económica, por lo que se requiere atender el problema social de manera integral, principalmente para los grupos más vulnerables como los menores de edad y las personas de bajos recursos.

El proceso de salud-enfermedad se debe ver según una óptica que es mucho más amplia que la puramente biológica. O mejor, que la respuesta biológica de un individuo está en función de numerosos y diversos factores externos a veces muy evidentes, a veces ocultos. Estos factores se deben tomar en consideración, no sólo para explicar la génesis de ciertas enfermedades, como la de las adicciones, sino también para precisar el motivo de su distribución desigual.

La antropología ha sido una de las disciplinas a partir de las cuales se fue definiendo un campo específico, el de las drogas y sus usos, lo que ha permitido a su vez, situar el fenómeno de la adicción a las drogas en el sitio que le corresponde dentro de un contexto sociocultural.

En efecto, los conceptos que desde el punto de vista clínico todavía son hoy los que definen el fenómeno de una determinada manera (dependencia y tolerancia, clasificación farmacológica de los distintos tipos de drogas, etc.) fueron elaborados durante los últimos años del siglo XIX y hasta la segunda década del siglo XX, por el antropólogo y farmacólogo L. Lewin.

Dichos conceptos básicos fueron elaborados a partir de su trabajo como farmacólogo en el tratamiento de casos de morfinismo, y de la recopilación antropológica de diversos usos de drogas en distintas sociedades.¹ Ello posibilitó la construcción de conceptos que a pesar de su indudable perspectiva etnocéntrica, se presentaban suficientemente científicos para poder explicar un fenómeno (que empezaba a emerger en aquellos momentos como problema social) de manera comprensiva, pero obviando sus aspectos más conflictivos, los de tipo político y sociocultural. Se disponía, pues, de las herramientas para concebir las adicciones a las drogas como una enfermedad y crear así, un modelo "medicalista" (clínico-sanitario) de las mismas.

Contemporáneamente a la obra de Lewin se fueron desarrollando sobre todo en Estados Unidos, pero también en Europa, una serie de iniciativas tendientes a regular y en muchos casos legalizar el co-

* Departamento de Estudios Experimentales y Rurales. Dirección de Nutrición, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán. Av. Vasco de Quiroga 15, Tlalpan 1400, México, D. F.

¹ L. Lewin, *Platónica*, París, Payot, 1970.

mercio y el uso de algunos de esos productos, que precisamente a partir de esta situación acabarían unificados bajo el concepto de drogas. De este modo, se criminalizó a sus usuarios, surgió el mercado negro, etc., pero sobre todo se creó una concepción de las drogas de tipo jurídico-policial que será el modelo dominante hasta la actualidad y que había articulado paulatinamente elementos del modelo médico-hegemónico.

Las investigaciones antropológicas respecto a los usos de drogas en distintas sociedades, se desarrollaron a partir de los años cincuenta y sesenta, permitieron observar la importancia decisiva que en ellos tenían los factores sociales y culturales. La forma de percibir una determinada droga dentro de un sistema sociocultural determinaba quién la podía tomar, en qué ocasiones, cómo (dosis, técnicas de uso, etc.), las expectativas sobre sus efectos, el o los significados que tenía el hecho de hacerlo (Sami Ali, Rubin, Furst, Harner, Wasson). Cuando esta perspectiva se aplicó a diversas sociedades, descentrándose la óptica etnocéntrica en la que estaba situado el tema, permitió explicar y entender muchas más cosas sobre él y, por lo tanto plantearse un tipo de intervención en el mismo que no fuera la simple imposición cultural de grupos socialmente poderosos sobre otros grupos previamente etiquetados (los "drogadictos"), sino como una estrategia de salud pública.

Esta manera de ver el asunto es la que conocemos como el modelo sociocultural sobre las drogas, que para poder desarrollarse plenamente en los años ochenta, tal como lo hizo, necesitó también el desarrollo de una concepción de salud en la misma línea (es decir, no estrictamente sanitaria, sino mucho más global, tal como lo adoptó la OMS a partir de Alma Ata), y de unos estudios antropológicos, sociológicos e históricos que dieran cuenta de los tipos de articulación de las distintas drogas en nuestras sociedades, tanto las institucionalizadas como las no institucionalizadas, sus usos, significados y funciones históricamente cambiantes, etc. Ello permitió detectar, a par-

tir de la revolución industrial en ciertas épocas y zonas concretas usos masivos y social y personalmente conflictivos de determinadas drogas o droga-dependencias, fenómeno éste de carácter específico que, si bien tiene relación con los usos de drogas, no puede en absoluto confundirse con ellos de forma genérica, tal como se había hecho desde los modelos dominantes.

Los investigadores han vinculado el exceso en el consumo de sustancias en las comunidades oprimidas y en países capitalistas subdesarrollados, con la deculturación y el estrés generados por la hegemonía cultural capitalista, con la estratificación social, la pobreza y la dominación física.

Los antropólogos han destacado que las formas y medios de ingerir sustancias están definidos culturalmente y activados por las situaciones. De ahí que han tendido a considerar el consumo una característica que se regula y aprende a través de la cultura, y dicha conducta relacionada con la ingestión de sustancias como la influencia derivada de la composición de su ambiente social local. Por tanto los estudios sobre el consumo de sustancias han asegurado que el uso de las mismas está modelado por las reglas culturales respecto de las sustancias, la frecuencia, la cantidad, la rapidez para ingerir, el lugar y momento, la compañía apropiada o inadecuada para hacerlo, la forma de pensar acerca de las sustancias y el comportamiento durante y como resultado de su uso.

Además se cree que todos estos aspectos definidos culturalmente y absorbidos por la sociedad, están condicionados adicionalmente por el contexto, carácter de la ocasión, así como los grupos sociales locales desempeñaron un papel determinante en la conducta ante las drogas.

Se ha hecho hincapié en las variantes entre y dentro de los grupos sociales. Por un lado, los discernimientos acerca de las generalizaciones negativas y las declaraciones estereotipadas respecto a los hábitos de consumo de poblaciones particularmente subordinados.

Resulta evidente que a lo largo de la historia del hombre han habido diferentes formas de interpretar, representar y clasificar a las drogas y sus usuarios, conformando diversos tipos de modelos y posiciones frente a esta problemática.

Hábito, obsesión, adicción para algunos, son palabras, son señales que recorren un largo sendero donde cada vez hay menor libre albedrío. En el siglo XIX el adicto al opio era "la fiera del opio", una descripción que se remontaba hasta la idea de una posesión demoníaca, una fuerza controladora proveniente del exterior.

En ese siglo el adicto como una persona poseída ha sido reemplazado por la noción de la adicción como enfermedad, el papel del libre albedrío es reducido, finalmente, hasta el punto de desaparecer.²

El surgimiento de una cultura de información global ha desembocado en la ubicuidad de la información acerca de las plantas recreativas, afrodisiacas, estimulantes, sedantes y psicodélicas que habían sido descubiertas.

Al mismo tiempo que este torrente de información botánica y etnográfica hacia su aparición en la civilización occidental, introduciendo hábitos a otras culturas como en la nuestra y otorgándonos opciones más grandes que nunca, se estaban haciendo grandes avances en la síntesis de moléculas complejas y en la comprensión de la maquinaria molecular de los genes y de la herencia. Estos nuevos hallazgos y descubrimientos están contribuyendo a formar una cultura diferente de ingeniería psicofarmacológica. Drogas de diseño tales como el MDMA, el éxtasis y los esteroides anabólicos usados por atletas y adolescentes para estimular el desarrollo muscular, son heraldos de una era de intervención farmacológica cada vez más frecuente y efectiva sobre el modo en que vemos, actuamos y sentimos.

Se podría decir que la cultura es una fábrica de adicciones. El poder, el dinero, el amor, el sexo, el trabajo, el arte, el juego, la tecnología, la ciencia, la comida, el

² Terence Mc Kenna, "Otra reflexión sobre las drogas", introducción al libro *Food of Gods*, aparecida en el *Nacional Dominical* el 21 de junio de 1992. Traducción de León García Galagarrá.

consumo, el deporte, la lectura, la adrenalina, etc., son enormemente adictivas. La adicción a las sustancias que alteran la conciencia (drogas) son sólo una forma de adicción. Sin embargo, su paradoja es que (algunas de ellas) pueden ser fuertemente adictivas o, en ciertas circunstancias, valiosos instrumentos para superar las adicciones, son como el fuego: consumen o iluminan.

Retomando un poco lo anteriormente mencionado, puedo decir en forma resumida que, algunos estudios han distinguido tres modelos de explicación en torno a la droga: la función de cada uno de tales modelos ha sido la de diseñar el control social informal (valores, usos y costumbres), tan útil para legitimar el control social formal (leyes, instituciones). En el caso de las drogas la máxima expresión del control formal es la normatividad jurídica.

Los tres modelos son: el médico, el cultural y el moral, operan como estereotipos para propiciar el acuerdo y la cohesión social en torno a la figura del bien y contra el mal.

El discurso médico concibe al drogadicto como "enfermo" y a la droga como "agente infeccioso", a la enfermedad se le concibe como "epidemia".

El problema se ubica en la "salud pública": para el médico, el drogadicto es un enfermo que hay que someter para rehabilitarlo.

Tanto la problemática de la farmacodependencia como del alcoholismo han sido tratados, a fin de entender y manejar a través de un solo síntoma, qué es el uso de la droga, ignorando otros rasgos de importancia. Por lo tanto todo se le atañe al uso de sustancias, con la creencia de que a través de este síntoma se resuelve la problemática. Vámonos a remitirnos a los hechos. A los médicos solamente se les enseña lo que las sustancias provocan físicamente, cómo tratar estos efectos y cómo desintoxicar a los farmacodependientes. El nombre dado a esta enfermedad solamente describe que se utiliza una sustancia. Es más, las palabras drogadicción y alcoholismo tienen connotaciones peyorativas; decirselas a alguien podría ser tomado como insulto. La imagen que se tiene de estos sujetos es la de personas tiradas en la calle totalmente intoxicadas. Por lo tanto, para muchos, tener a un familiar con esta enfermedad es una vergüenza.

Y lo más curioso es que no se considera como una enfermedad. Ojalá fuera tan sencilla esta enfermedad, consistiendo únicamente en el uso de sustancias psicoactivas. Esta mala interpretación obviamente ha derivado en mitos, falacias y estigmas que abundan en la ignorancia.

Este problema ha resultado complejo. Aún hoy día, no existe una definición clara que sea universalmente aceptada del concepto "enfermedad". La palabra enfermedad es una de esas palabras que entendemos qué significa, sabemos aplicarla pero en el momento de dar una buena definición es complicada. En el caso de esta investigación, es importante debido a que las adicciones usualmente no son consideradas como una enfermedad.

¿Qué se requiere para poder hablar de una enfermedad? Primero, hay que entender que una enfermedad es un proceso, es decir, una serie de circunstancias que se presentan en forma de pasos para dar lugar en última instancia a un resultado. Si falta un paso o es diferente algún paso, el resultado va a ser diferente o no va a existir. Este proceso se va a encontrar en todo tipo de enfermedades. Todas van a presentar una serie de fases que desembocará en una enfermedad específica. Entonces, una enfermedad es un proceso que lleva a una alteración orgánica-psíquica y va a dar como resultado final para quien la padece: un sufrimiento.

Dentro del proceso de la enfermedad se van a encontrar las causas que provocaron el cuadro, un cuadro compuesto de signos y síntomas, un curso natural de la enfermedad que resulta más o menos predecible y por consiguiente una forma de tratamiento y un pronóstico.

La adicción o uso repetido de drogas es una enfermedad emocional que se implanta en la personalidad del sujeto que, al igual que cualquier otra enfermedad sin tratamiento, ésta tiene un carácter progresivo y una vez adquirida es de por vida (crónica) la característica esencial de este padecimiento es un patrón duradero, maladaptativo de hipersensibilidad a las emociones, que lleva a encontrar en el uso

de drogas una forma de anestesiarse, porque el sujeto las percibe como muy dolorosas.

El consumo de drogas debe haber afectado una o más de sus áreas personales: la sexual, la familiar, la laboral, la física o la legal/económica; de lo contrario, no se puede efectuar el diagnóstico. Es importante notar que en este padecimiento no importa la cantidad o la frecuencia con que se consumen las drogas, siempre y cuando afecte una o más de sus áreas personales.

El discurso cultural creado y difundido por los medios de comunicación, presenta al consumidor de drogas como el que se opone a las "buenas costumbres". El consumo de drogas, socialmente proscritas es considerado como una conducta irregular. Completa esta creencia el estereotipo moral al etiquetarlo (para establecer claramente las fronteras entre lo deseable e indeseable) como "vicioso", y a la droga (sólo ciertas drogas) como "veneno del alma", "placer prohibido" o "algo que envilece".

Encontramos en la enunciación de los tres modelos una integración armónica interdependiente que tiene como soporte la expresión del modelo ético-jurídico.

Este constituye el marco de referencia legítimo y dominante para pensar y castigar a los infractores de la codificación jurídica. Según la historia, el lugar, las costumbres y los intereses coyunturales, el juicio puede dirigirse hacia una mayor severidad o a una mayor tolerancia y ambas pueden coexistir en una misma sociedad.

Historia parecida la encontramos en lo referente al sexo: haciendo un recorrido breve tenemos al sexo como importante desde el origen de la sociedad. Así, el tabú del incesto, la ley de exogamia, la búsqueda de esposa fuera del propio grupo, sustituyen la consanguinidad por la alianza política. El parentesco deja paso al contrato social. Quizá por esa razón toda sociedad regula la actividad sexual de un modo u otro. Obligaciones, normas, reglas, prohibiciones. Escribir sobre sexo también es escribir sobre control social.

En la edad moderna el control social se ocupa de los pobres y marginados, de las minorías étnicas y de los herejes. Tam-

bién las disidencias sexuales son perseguidas en nombre de la religión, aunque el objetivo es la política natalista del Estado absoluto. La sodomía definía un campo amplio de conductas sexuales cuyo denominador común es no tener la procreación por objetivo: onanismo, sexo oral, relaciones sexuales con personas del mismo sexo o con animales, prostitución, etcétera.

Al igual que en el mundo moderno, en el contemporáneo las disidencias sexuales son perseguidas, señaladas, estigmatizadas: "la desaparición del sodomita y su conversión en perverso es equiparable al tránsito del endemoniado al loco".³ En uno y otro caso la crisis de la legitimidad religiosa para el control social es evidente. También en ambos casos, es la medicina la encargada de gestar una nueva legitimidad.

Tras la revolución francesa las disidencias sociales se taxonomizan en el Código Penal, donde el pueblo expresa su soberanía a través de la ley. La medicina deberá iniciar un proceso de ajuste con el derecho en el que "a lo largo de todo un siglo difíciles diálogos teóricos entre médicos y juristas parecieron llegar a un acuerdo entre ambos saberes".⁴

El nacimiento y desarrollo de la psiquiatría y de la medicina legal, junto a la teoría de la degeneración y la antropología criminal, son los tres ejes de ese diálogo. Poco después de una revolución contra leyes injustas, la medicina se ofrece para construir la justicia social.

Una nueva teoría médica, consistente y sólida, basada en el determinismo biológico, permite al poder médico—ya en la segunda mitad del siglo—confirmar definitivamente sus pretensiones: la teoría de la degeneración definida por Morel y fijada por Magnan.

El degeneracionismo de Morel pretende que "los trastornos psíquicos—y en general todas las anomalías del comportamiento humano—expresión de la constitución anormal del organismo de los sujetos que las presentan... siendo esta

constitución anormal transmisible hereditariamente y sujeta a una evolución progresiva hacia la decadencia".⁵ Según Morel "las causas de la degeneración son las intoxicaciones (alcohol, opio); el medio social (miseria, oficios insalubres); la inmoralidad de las costumbres o mal moral; una afección mórbida anterior o temperamento enfermizo; las enfermedades congénitas o adquiridas durante la infancia y las influencias hereditarias".⁶

Durante la primera mitad del siglo XIX la prostitución, la violación, el estupro, el exhibicionismo y la pederastia son los principales atentados contra la moral. Eran delitos de escándalo público, delitos contra la honestidad o contra el pudor de los que se ocupaba el derecho. La publicación en 1857 del estudio médico-legal sobre los delitos contra la honestidad (Tardieu, 1882), es el primer intento serio de apropiación de las disidencias sexuales por parte del saber médico y culmina con su proceso de medicalización. Más de veinte años antes de la aparición de *L'uomo delinquente* de Lombroso, la medicina legal francesa ya atribuía a los disidentes sexuales caracteres físicos particulares. El éxito y difusión de la obra de Tardieu estuvo en que biologizó las disidencias sexuales, lo que Tardieu denominó "vicios" o "perversiones morales", que a finales del siglo están ya caracterizados como enfermedades.

El tránsito ha terminado. La medicina sustituye a la religión, el perverso al sodomita, el enfermo al pecador. En adelante las disidencias sexuales son, además de pecados y atentados contra el pudor, un problema social y de salud.

El modelo de salud sexual definido por la medicina a lo largo del siglo XIX es un modelo heterosexual, reproductivo y moral. Heterosexual porque sólo acepta las relaciones sexuales entre personas de distinto sexo. Reproductivo porque condena toda práctica sexual que no tenga por objeto la reproducción. Moral porque utilizando argumentos presuntamente científicos condena las disidencias sexuales.

La herencia del perverso se extiende hasta los años sesenta del siglo XX.

Con mayor o menor ahínco, el discurso médico, condena las disidencias sexuales, o mejor dicho, convierte en disidencia las prácticas sexuales no reproductivas y lo no heterosexual. La medicina contemporánea es heredera de ese discurso. Un discurso que genera iatrogenia sexual.

Cabe mencionar que a diferencia de la prostitución femenina, la prostitución masculina puede estigmatizar con similar intensidad tanto a quien la usa como a quien la ejerce.

Si bien es un hecho que no existen demasiados ámbitos públicos donde observar, también lo es el hecho de encontrar en los grupos de autoayuda, como es el de NA, un espacio donde se abren estos temas y otros de similar interés.

Como ya mencioné anteriormente, es a partir del momento en el que los sociólogos y antropólogos empiezan a identificar la enfermedad como una realidad construida—no sólo como un proceso biológico—, y al enfermo como un personaje social, sino también se inicia un conjunto de investigaciones que aborda la temática de la enfermedad no desde una perspectiva médica, sino desde la mirada de los actores.

Así como existen diversos trabajos que han abordado el estudio de las representaciones, significados o percepciones que poseen los sujetos en relación con la enfermedad (problemática de la conducta hacia la enfermedad; los que ven esta conducta como un producto de condicionantes sociales y culturales; las reacciones diversas hacia el dolor; los vínculos enfermedad-dolor-sistema de creencias y valores; los que consideran que la conducta hacia la enfermedad es una respuesta frente a situaciones difíciles, enfatizando la importancia de los factores emocionales). Si bien esta línea de investigación—*illness behavior*—ha brindado aportes considerables al análisis de las

³ Oscar Guash, "La medicalización del sexo", en revista *Raf de Enfermería*, núm. 170-180, julio-agosto, 1993. Barcelona.

⁴ José Luis Peset, *Ciencia y marginación sobre locos, negros y criminales*, Barcelona, Crítica, 1983.

⁵ Alejo R. Huertas García, *Locura y degeneración*, Cuadernos Gallie, núm. 5, Madrid, Cáic, 1987.

⁶ B. A. Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et les causes qui produisent ces variétés maladives*, Le medical, Paris, 1957.

diversas respuestas sociales hacia la enfermedad, una de sus limitaciones fundamentales es asumir una correspondencia entre significados y conductas, considerando que al estudiar estas últimas podemos conocer los primeros. Es decir, las nociones y representaciones de la enfermedad no son estudiadas en sí mismas, sino a través de los comportamientos hacia la enfermedad. Se concentran en las conductas sin intentar comprender los significados de estas conductas.

Hay, sin embargo, autores como Locker,⁷ quien distingue dos dimensiones en la construcción de significados, los mismos que sugiere deben incorporarse al estudio de las experiencias o vivencias de enfermedades.

La primera es la dimensión cognitiva y hace referencia al contenido de las experiencias, y la segunda, que es la interacción, alude a las formas de las cuales tales experiencias son construidas mediante la interacción personal.

Finalmente, mencionaremos que Locker encuentra que la enfermedad es percibida básicamente como una categoría moral, y que en cuanto a la causalidad de las afecciones las personas ubican las causas principales en el orden biológico u orgánico, es decir, fuera del control del individuo.

Como se observa a partir de las referencias revisadas, si bien la preocupación por el estudio de la enfermedad como un fenómeno social está presente en el debate de las diferentes teorías de la antropología y sociología médica, son limitados los avances en la problemática específica de la construcción de las representaciones sociales acerca de la enfermedad. Los trabajos de los científicos sociales franceses son los más importantes, pero aun éstos toman como unidad de análisis fundamentalmente a pacientes, y no abordan el proceso mismo de construcción de las representaciones a nivel de los sujetos o actores sociales.

LA ESPECIFICIDAD DE LA PROSTITUCIÓN FEMENINA Y MASCULINA ENTRE ADICTOS A LAS DROGAS

Como mencioné anteriormente, en relación con los hombres, las mujeres adictas a las drogas tienden a experimentar un estigma⁸ que es más estresante y más destructivo que el que sufren los hombres. Además, con el estigma asociado a las mujeres adictas, está la noción de que la mujer que se droga y que bebe es sexualmente promiscua.⁹

Por un lado, una mujer con un problema de consumo de drogas no necesita ser una prostituta para tener una imagen promiscua. Se le considera promiscua por el simple hecho de ser consumidora de drogas. Por otro lado, una prostituta que se droga y bebe es aún más señalada que la otra. Como una adicta, una prostituta es vista en forma doblemente promiscua, debido a su forma de beber y drogarse y por el tipo de trabajo sexual.

Si bien, culturalmente esta condición social de mujer adicta a las drogas, la define dentro de un grupo que carga ciertos estereotipos y estigmas sociales, en donde cada una de estas mujeres puede tener situaciones especiales.



Así, aunque pueda resultar práctico referirse a la "mujer adicta", se debe considerar que hacia dentro de la categoría se da la diversidad: la niña, la adolescente, la mujer embarazada, la mujer casada, la mujer lesbiana, la mujer anciana y cada una de ellas tiene un estilo de vida diferente, un contexto social en el que nace, vive y muere y cada una tiene una filiación de clase, del grupo de clase, del tipo de trabajo o de actividad vital. Cambia su visión del mundo y de su proceso adictivo en relación con la maternidad, la conyugalidad y la filialidad, su adscripción familiar, etcétera.

La situación de la mujer también se define por su nivel de vida y el acceso a los bienes materiales (trabajo, educación, vivienda, servicios de salud) y simbólicos (tales como identidad, cohesión social), la etnia a la que pertenece, la lengua que habla y comprende, la religión que le imponen y la que elige, su afiliación política si es que la tiene, el grupo de edad, su relación con otras mujeres, con los hombres y el poder, etcétera.

Todo lo anterior se traduciría en que cada mujer tiene una capacidad particular de sobrevivir, de asumir cierta subjeti-

⁷ D. Locker, *Symptoms and Illness. Accounts of Health and Illness from east London*, Tavistock, London, 1981.

⁸ E. Goffman, *Estigma la identidad deteriorada*, Buenos Aires: Amorcorta, 1993, p. 172.

⁹ B. Leish, "Aching so fallen and so vile: images of drinking and sexuality in women", en *Contemporary Drug Problems*, 22: 415-451, 1995.

vidad personal y de crear una identidad propia.

El origen del estigma es diferente cuando el usuario es un varón. Como también ya se mencionó, a diferencia de la femenina, la prostitución masculina puede estigmatizar con similar intensidad, tanto a quien la usa como a quien la ejerce.

La prostitución es una situación social, es una actividad social. Si definir salud es complicado definir sexo también. Definir ambos términos no es tan sencillo: por salud sexual suele entenderse normalidad sexual y describir lo normal es también difícil.

Las conductas sexuales son, pues, conductas sociales y como tales deben ser analizadas como mencioné anteriormente. Conseguir que las personas relaten sus biografías sexuales es difícil.

El sexo entre personas es una relación social, la prostitución también y de lo que me ocuparé es de poder ver y así, dejar entrever con esta investigación un poco acerca del tipo de representaciones que dos sujetos, hombre y mujer, adictos a las drogas tuvieron y tienen acerca de cómo fue su experiencia y cómo es hoy frente a una serie de prácticas sexuales, concretamente el ejercicio que ambos tuvieron con la prostitución. Durante el proceso de construcción de esta investigación, tuve oportunidad de reparar en un hecho que me llamó la atención: en sus reuniones, los adictos y adictas a las drogas en proceso de recuperación en NA, expresaban en forma reiterada sus conflictivas maneras de relacionarse interpersonalmente con otras personas, de establecer vínculos sólidos en sus relaciones de pareja (incluyendo relaciones hombre-mujer, homosexuales, lésbicas); en sí conflictos en la esfera del sexo (que repito: empleo el término sexo como sinónimo de prácticas sexuales) y en el que algunos manifiestan abiertamente, haber recurrido a la prostitución.

De ésta puede diferenciarse varios tipos:

1. La de la mujer u hombre que se prostituyó a temprana edad y en el que casi, en su mayoría fueron violadas/os.

2. La de ejercer la prostitución con la finalidad de obtener ganancia económica.
3. La de la mujer u hombre que ya la ejercían antes de consumir drogas.
4. La de la mujer u hombre que comenzaron a prostituirse después de consumir drogas.
5. La de la mujer u hombre que se prostituían para obtener cualquier tipo de beneficio incluyendo el de conseguir drogas.
6. Aquellos que inducían a la gente a prostituirse.
7. La de aquellos que se prostituyen por insatisfacción de su pareja o falta de ésta.
8. La de aquellos que eluden compromisos y acuden con prostitutas.
9. La de aquellos que acuden con prostitutas para realizar cualquier tipo de fantasías sexuales que no obtienen en sus relaciones de pareja.
10. Quienes lo hacen con amigos y conocidos.
11. Quienes lo hacen entre hombres y mujeres respectivamente, etcétera.

En esta tipología que pude establecer a partir de lo observado y escuchado en NA, se pueden incluir otras tipologías, cuyos autores podrían ejemplificarlas de la siguiente manera:

Tipos de prostitución

1. Encubierta o privada: en que no existe un reconocimiento social de prostitución ya que no asiste a lugares destinados a este tipo de actividad y conserva la imagen de ama de casa, relacionándose con el medio social que le corresponde.
2. Pública, puesto que es conocida socialmente como prostituta.
3. Intencional, porque se dedica a esta actividad por voluntad propia.
4. No intencional, en tanto que no hay una libre elección de la actividad.
5. Ocasional, porque lo hace en forma eventual y no constituye aún su forma de vida.
6. Permanente, ya que es parte de su modo de vida.
7. Individual, porque se mantiene alejada del medio de la prostitución.
8. Colectiva, porque lo hace en compañía de otros individuos.
9. Organizada, que participa dentro de un sistema de organización de esta actividad.
10. No organizada porque al trabajar individualmente no participa dentro de un sistema de organización de la actividad.

Así, bajo esta tipología podemos encontrar que mis dos informantes, Luis y Ana, preferentemente caerían dentro de lo que yo considero sería el tipo de prostitución que ambos ejercían.

Luis	Ana
Privada	Encubierta en un principio pública
Intencional	Intencional
Ocasional	Colectiva e individual
Individual y colectiva	No organizada

Algunos autores han establecido diversas etapas que se consideran importantes en la adopción de la prostitución como forma de vida:

- a) Primera etapa: factores que predisponen y favorecen la prostitución. Etapa temprana de la vida: infancia y adolescencia.
- b) Segunda etapa: factores precipitantes que favorecen el comenzar a trabajar como prostituta.

- c) Tercera etapa: factores que favorecen el que continúe siendo prostituta y su actividad se convierta en un modo de vida (apéndice 3).

En NA es muy fácil que, independientemente del proceso de recuperación que lleven, se dé el intercambio sexual mediante el establecimiento de acuerdos mutuos de intento por respetar el programa de recuperación. Al respecto, la experiencia en NA indica que este tipo de relaciones debe evitarse, puesto que al estar "enfermos emocionalmente", el daño que se causan será doble, mutuo, produciéndose un alto índice de recaídas.

Me interesaron los casos de mis dos informantes. Uno (el de ella) por ejercer diferentes modalidades de prostitución: por haber sido violada a la edad de 5 años por su padre alcohólico no pudo desarrollar ni desempeñar una genuina relación con personas del sexo masculino, siempre se relacionaba para tratar de obtener algo, principalmente dinero, comenzando por iniciarse en la prostitución a los 16 años de edad, misma en la que comenzó a drogarse.

En la etapa de mayor actividad, en cuanto al consumo de drogas (con cocaína), tuvo que convertirse en amante de quien le proporcionaba esta droga, acabando por someterse a cumplir los caprichos de éste, quien la obligaba a participar en orgías y le indicaba con quién tenía que acostarse para cubrir deudas de droga o para conseguir más de ésta. Ella intentó traicionar a su amante y abastecedor de drogas con otro hombre que tenía mayor poder en cuanto a obtener cocaína, quien después de "utilizarla sexualmente" prácticamente la desechó volviendo con su amante anterior; éste, en venganza abusaba de ella golpeándola y amenazándola; en ese entonces, y al darse cuenta del enorme sufrimiento y vacío en el que se encontraba, decidió ingresar a NA.

El segundo caso (el de él) me interesó principalmente por lo siguiente: comenzó a drogarse a la edad de 14 años como gesto de rebeldía ante sus padres, a quienes considera le hicieron mucho daño por reprimirlo "en todo", habiéndole causado "muchos traumas" sobre todo en la esfera sexual.

Tímido con las mujeres, sustituía el no acercárseles, drogándose, masturbándose, exhibiéndose, llenándose de pornografía y finalmente, prostituyéndose tanto por insatisfacción como para obtener drogas. Mi informante señaló que en varias ocasiones y antes de consumir drogas, tuvo contacto físico con un primo (no llegando exclusivamente a la penetración) mediante algún tipo de presión.

Ambos casos intentan reflejar lo que toda esta experiencia representó para ellos, así como saber que están haciendo al respecto.

La investigación no sólo se estará refiriendo al sufrimiento y al dolor que el abuso en el consumo de drogas representa para estos dos sujetos adictos en proceso de recuperación, sino que se hará especial énfasis respecto al abuso sexual que, como todo acto de violencia también es un acto social, cuyas consecuencias rebasan el mero ámbito de la salud; por tanto, no puede conceptualizarse como un fenómeno exclusivamente médico o legal, sino que se manifiesta como un tema complejo con ramificaciones de valores, socioculturales, espirituales, personales, etcétera.

Ese atentar personalmente hacia uno mismo y esa violencia masculina (principalmente) contra la mujer, aunque pueda tener explicaciones individuales y generar un dolor individual, es un problema social.

Este tipo de abuso parece constituir un predictor significativo de deterioro en la salud mental durante la adolescencia y la edad adulta.

Diversas investigaciones y, NA lo constata mediante lo que se escucha en las tribunas y reuniones, refieren como secuelas de haber sido abusados sexualmente y de seguir abusando del sexo lo siguiente: la baja autoestima y la depresión;¹⁰ el miedo al éxito; habilidades sociales inadecuadas; consumo de drogas y alcohol; relaciones sexuales e interpersonales problemáticas; confusión sexual y conductas sexualizadas; conductas extremas en el comportamiento general adulto (especialmente respecto a la vida sexual);¹¹ prácticas sexuales sin protección; una tendencia a la revictimización y agresión/víra; trastornos de la alimentación;¹² experiencias disociativas en la edad adulta —particularmente en quienes sufrieron tanto abuso físico como sexual en la infancia o edad adulta—, y más riesgo de involucrarse en la prostitución, sobre todo si el abuso ocurrió a edades tempranas.¹³

Entre otros aspectos, uno de los que parece influir en estos efectos es el hecho de no haber "encontrado un sentido" en lo ocurrido aún después de muchos años.

Encontrar sentido desde asumirse como "personas enfermas", "adictos enfermos emocionalmente", parece facilitar un mejor enfrentamiento de sus problemas y, en consecuencia, disminuir el sufrimiento, el dolor y el malestar psicológico (el miedo al daño y a la muerte, la ansiedad y la depresión destacan entre los primeros). "A largo plazo se calcula que una quinta parte de las personas que sufrieron abuso sexual infantil exhiben patología severa: conductas autodestructivas, somatización, desajustes sexuales

¹⁰ J. Tebbat, H. Swanson, Rk. Oates, B. O'Toole, "Five years after child sexual abuse: Persisting dysfunction and problems of prediction", en *Am J. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, (36): 303-339.

¹¹ R. González Serratos, "Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia", en *Salud Reproductiva y Sociedad*, 1995, (6-7): 14-17.

¹² S. A. Wonderlich, en R. W. Wiltsack, S. C. Wiltsack, T. R. Harris, "Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample", en *Am J. Public Health*, 1996, 1082-1086.

¹³ M. J., Rutherford Borus, K. A. Mahler, C. Koopman, K. Langabeer, "Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways", *Am J. Orthopsychiatry*, 1996, 390-400.

(entre ellos, ejercer la prostitución), depresión y abuso de drogas".¹⁴

Respecto al consumo de drogas en particular es común escuchar que muchos de sus miembros fueron victimizados durante la infancia; de hecho, fue en la época de la adolescencia cuando usualmente aparece esta secuela. El abuso en el consumo de drogas puede representar el intento de estos sujetos adictos por ocultar la ansiedad relacionada con los recuerdos perturbadores o afectos dolorosos asociados con el suceso, y con frecuencia ello inicia en respuesta a la ansiedad generada por la intimidad psicológica y sexual que se puede alcanzar durante un encuentro sexual en la adolescencia o la adultez temprana.

Evidentemente el trabajo de investigación dejará huecos que darán pie a análisis posteriores como sería el caso de la experiencia que comparte nuestro informante varón: ¿hasta qué punto el hecho de ejercer la prostitución —prácticamente sometido por otro varón quien le suministrara de droga—, no nos revela una conducta homosexual? De ser así es probable que esta situación se inició con aquellos contactos y tocamientos físicos con su primo, anteriores a su consumo de drogas, situación que posiblemente ha reprimido desde ese entonces.

Al respecto, la literatura¹⁵ ha informado que los hombres víctimas de abuso sexual tienen mayor riesgo de convertirse en agresores que las mujeres. Esto se explica apuntando hacia la hostilidad como forma de "restablecer su masculinidad" en forma inapropiada, lo que por lo general se realiza vía identificación con el agresor.

Adelantándose a los resultados de esta investigación podemos ir vislumbrando el desarrollo de las hipótesis centrales de ésta, en la cual, dichos resultados apoyan la relación entre el ejercicio de la prostitución (a consecuencia del abuso sexual) con la sintomatología en la adolescencia, en particular con el consumo de drogas en ambos sexos. Esta asociación nos plantea un problema complejo y multicausal: el abuso sexual parece ser un factor de riesgo para consumir drogas y prostituirse, pero también el consumo de drogas puede ser un posible factor de riesgo para ejercer la prostitución y el abuso sexual.

Queriendo entender lo que representa el abuso sexual, la adicción a las drogas y la prostitución más el abuso de las mismas no es simple ni sencillo de describir como pudiera parecer. Acercamientos diversos tanto con especialistas como la lectura de literatura específica, contribuyen a esclarecer cada vez mejor el entendimiento de estas actitudes por personas adictas a las drogas (en este caso en proceso de recuperación).

Así, consultando algunas referencias, encuentro una más que señala lo siguiente: "las adicciones a sustancias (como el alcohol, las drogas, la comida, etc.) generalmente se distinguen de las adicciones en proceso (como por ejemplo al sexo, a apostar, a establecer determinado tipo de relaciones, a la ira, etc.) en que típicamente se cree que sólo las primeras tienen una base bioquímica".

Sin embargo, la investigación actual sobre la relación que existe entre las emociones y la química cerebral cuestiona esta distinción. Gerald May considera que toda conducta habitual provoca "retroalimentación, habituación y adaptación", cambios en la química cerebral similares a los que provoca la adicción que implique aspectos importantes en la vida de una persona, como la adicción a una relación o la adicción al trabajo, puede afectar en ocasiones sistemas más grandes de células cerebrales que la adicción a una sustancia.¹⁶

Patrick Carnes¹⁷ discute el papel que desempeñan las endorfinas (químicos cerebrales) en la adicción sexual (que generalmente se considera una adicción en proceso). En cierto sentido, los adictos al sexo se excitan a causa de su propia química cerebral. Carnes también discute cómo el trauma del abuso puede afectar esta química: "las investigaciones muestran profundas alteraciones en las neuronas del cerebro de las víctimas del trauma. Estos cambios incluyen químicos cerebrales que son fundamentales en la neuroquímica de las adicciones".¹⁸

Desde mi punto de vista lo significativo de estas observaciones es que la necesidad de curación emocional que es evidente en lo que denominan estos autores "adicciones de proceso" no se puede descartar como irrelevante en las adicciones a las drogas (o a cualquier sustancia), simplemente porque éstas tienen un componente fisiológico, ya que según tengo entendido, todas las adicciones tienen este componente. Sin embargo, la intervención fisiológica (como por ejemplo la medicación), no resolverá los asuntos emocionales que tienen su raíz en las heridas sufridas, apareciendo así una alternativa que se aboca a ofrecer una opción que permite trabajar esos aspectos y, ésta es NA, agrupación que mediante la práctica honesta de un programa espiritual de 12 pasos permite el trabajar a fondo estos aspectos de tipo emocional.

¹⁴ A. J. De la Garza, M. E. Díaz, J. R. Enebar, M. P. López, R. Rivera, "La violación sexual: problema de salud pública en la ciudad de México", en *Higiene*, Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, 1995, (3):1-11.

¹⁵ T. C. Johnson, "Child perpetrators: Children who molest other children: preliminary findings", en *Child Abuse Negl.* 1988, (12): 219-229.

¹⁶ Gerald May, *Addiction and Grace*, San Francisco, Harper and Row, 1998, pp. 11.

¹⁷ Patrick Carnes, *Don't Call Love* (New York, Bantam, 1991), pp. 106-108.

¹⁸ *Idem*.

Gabriel Saucedo Arfaga,
Adolfo Chávez Vilasana,
Antonio Villa Romero*

Programa de detección-atención a la desnutrición en una población rural del altiplano mexicano

RESUMEN

Análisis de un programa nutricional aplicado en 35 comunidades de población rural-marginal-mestiza, del altiplano mexicano. Durante un año se estudiaron los cambios del estado nutricional de una cohorte de 1 133 niños. Se aplicaron entrevistas con las promotoras de salud sobre las acciones y los resultados del programa. El mayor beneficio ocurrió en comunidades aisladas, con poca infraestructura y mayor producción de autoconsumo. La cohorte demostró la dinámica que existe al interior de cada estrato nutricional, este hecho se explica y corrobora con la opinión de las promotoras. Las acciones, aun cuando son de baja intensidad, lograron un efecto importante de prevención y recuperación en la desnutrición moderada y severa. El rechazo al programa ocurrió sobre todo en el grupo de familias con extrema pobreza, desnutrición severa y con problemas de alcoholismo.

Palabras clave: programa nutricional, población rural, promotoras de salud, México.

INTRODUCCIÓN

Aun cuando muchos programas de salud tienen como punto de partida la interrelación con grupos sociales de distinta cultura, casi nunca se plantean en forma participativa. Bajo el conocimiento hegemónico, en este caso médico-científico, se hace un diagnóstico y se planean un conjunto de acciones a seguir. Sin embargo, para resolver problemas que requieren de una acción colectiva, con objetivos comunes, es muy importante la cooperación de la comunidad. Por otro lado, para la solución de los problemas, en un contexto social determinado, no siempre las soluciones técnicas de origen occidental son las mejores o las posibles y frecuentemente sólo quedan como una respuesta coyuntural y por lo tanto arbitraria, restrictiva y limitada. (Aguirre B., 1955; Crozier M., 1986)

Las acciones aplicadas no participativas encaminadas a mejorar o restablecer la salud pueden tener un impacto importante dentro de las familias y comunidades, pero siempre condicionan respuestas de desconfianza, rumores y a veces resistencia al cambio. (Adams R., 1955; King C., 1963). Otros efectos nocivos de estas acciones verticales han sido la medicalización excesiva de los problemas de salud, el desarrollo hegemónico de la biomedicina y de las instituciones formales que buscan tener "presencia institucional" y que de una u otra manera son un medio de legitimación del

Estado (Menéndez E., 1990). En muchos, estos programas se usan como un recurso de proselitismo político (Lewis O. 1982; Chávez *et al.*, 1988; Angulo A., 1984) y en cambio casi nunca se justifican las acciones de salud sobre la base de elementos de justicia social. (Beauchamp E., 1984)

Los programas de nutrición comunitaria, desarrollados en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) dirigidos a la prevención primaria y secundaria de la desnutrición, consisten en un sistema de detección-atención, cuyo objetivo es buscar grupos vulnerables a la desnutrición y actuar mediante paquetes de acciones preventivas y resolutivas. La experiencia en la aplicación de este tipo de acciones se inició en Calmécac, Puebla, en 1981 (Naranjo A. *et al.*, 1986; González A. *et al.*, 1986). En esa ocasión se puso énfasis en el desarrollo de una metodología práctica, aplicable al medio rural y dirigida al sector social más vulnerable, como es el binomio madre-hijo. El primer paquete consistía en siete acciones: a) atención a la embarazada con vitaminas, minerales y educación nutricional; b) promoción de la lactancia materna y alimentación suplementaria a los tres meses de vida del recién nacido; c) higiene personal y de la casa; d) dosis única de vitamina A y hierro al niño; e)

* Departamento de Educación Nutricional, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, E-mail saucedo@quetzal.innsz.mx

desparasitación del lactante mayor; f) atención médica primaria, sobre todo en materia de rehidratación oral y el empleo de un cuadro básico con ocho medicamentos y; g) inmunizaciones. El sistema demostró ser todo un éxito en la prevención primaria y aun secundaria de la desnutrición. Experiencias posteriores desarrolladas en la sierra norte de Puebla y en las regiones de los Altos de la frontera de Chiapas, demostraron a través de sus evaluaciones, la eficacia que tiene este tipo de programas (Chávez A. *et al.*, 1988). Esta tecnología se aplicó, posteriormente en comunidades de los estados de Puebla, Chiapas, Tabasco, Estado de México, San Luis Potosí, Oaxaca y Morelos. Cada experiencia ha tenido variantes importantes, de acuerdo con las características y necesidades de las diferentes regiones. Asimismo, la capacidad de atención y cobertura fue distinta en cada caso; al inicio la vigilancia nutricional cubrió a dos poblaciones pequeñas, después se abarcaron 40 y en Chiapas se logró trabajar con 157 comunidades, en donde se dio atención a 12 000 beneficiarios: embarazadas, lactantes y niños menores de cinco años. (Madrigal H., 1997)

Aun cuando se evaluaron cada uno de los programas, los investigadores, los coordinadores y el personal que participó en estas acciones reconocen la gran importancia de conjuntar de manera sistemática las experiencias, ya que muchos detalles pequeños y prácticos pueden ser definitivos para el éxito o fracaso; estos aspectos se localizan a través del contacto directo con las familias y comunidades, en distintas situaciones socioculturales (Chávez A. *et al.*, 1988). Por esta razón es importante ensayar el análisis del programa a través de una perspectiva que conjugue; tanto las variables biomédicas como las socioculturales, con el fin de presentar un panorama, cada vez más integral, del desarrollo y los resultados del programa.

Este trabajo tiene como objetivo analizar, cuantitativa y cualitativamente los cambios en el estado nutricional de los niños menores de cinco años, que fueron sujetos del Programa Integrado de De-

tección-Atención de la Desnutrición en el Estado de México (Saucedo *et al.*, 1998) y relacionar los resultados con algunos elementos sociales que pudieran ser condicionantes del impacto de las acciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

El programa que se analiza (PIANEM),¹ se aplicó durante dos años (1991-1992) en 35 comunidades establecidas en cuatro regiones del intersticio entre el Estado de México y Michoacán. En total se cubrió a una población de 21 831 habitantes (3 729 familias), de los cuales 3 103 fueron niños menores de cinco años y 481 eran mujeres embarazadas y lactantes. La zona se caracteriza por contar con población mestiza y de habla hispana, cuya actividad fundamental es el cultivo del maíz y frijol, que son la base de la dieta local. Esta población puede considerarse como típica de gran parte del altiplano mexicano, en donde el problema de carencia nutricional afecta sobre todo a los niños entre los ocho y 20 meses de edad. Los adultos hombres presentan una tasa alta de migración temporal a las urbes cercanas en busca de trabajo asalariado, por lo que gran parte de la carga doméstica recae sobre las mujeres.

Es importante mencionar que dos de las regiones consideradas están en el Estado de México: Los Pueblos de Solís con mejor acceso y servicios, y los llamados caseríos del valle, comunidades pequeñas, aisladas y con pocos servicios. Las otras dos regiones se localizan en el estado de Michoacán: los pueblos de Contepec están mejor comunicados y cuentan con más servicios, y los caseríos de Tepuxtepec que son comunidades más aisladas y sin servicios.

Las personas que llevaron a cabo las actividades de detección-atención fueron mujeres jóvenes de cada localidad, capacitadas como promotoras de salud y apoyadas por una brigada conformada por: un médico, un odontólogo, una nutrióloga y un antropólogo. Se contó también con el apoyo de la Unidad Médica de Solís, en la que se atendieron los casos más graves, en la consulta externa y en la hospitalización. Los objetivos generales del PIANEM fueron: a) detectar a la población con desnutrición o en riesgo; b) mejorar la nutrición y alimentación de la población, y c) reducir la prevalencia e incidencia de las enfermedades relacionadas con la desnutrición, como las afecciones diarreicas y las respiratorias.

Fueron beneficiarios del programa: las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, niños lactantes y preescolares menores de cinco años. Las actividades consistieron en: elaboración o actualización del croquis de toda la comunidad; levantamiento del censo, vigilancia del crecimiento (registro numérico y gráfico del peso-mensual- y la talla -trimestral); distribución semestral de megadosis de vitamina A y suplementación con hierro; distribuir y evaluar el consumo de una papilla complementaria—rica en proteínas y energía— a las mujeres embarazadas, lactantes y a los niños con desnutrición moderada o severa; participar en el Programa Nacional de Vacunación para prevenir las enfermedades transmisibles; realizar visitas domiciliarias para detectar y atender el problema de parasitosis intestinal; realizar asambleas comunitarias a fin de promover las acciones de detección-atención y obtener la participación de la comunidad. La educación nutricional se basó en promover la alimentación complementaria a partir de los tres meses, para una correcta utilización de los alimentos disponibles en el hogar; difundir los conceptos básicos sobre lactancia y ablactación; educar sobre la higiene personal, del hogar y de los alimentos y proporcionar información sobre los servicios de atención médica en la clínica de Solís. (Ríos E., 1993)

El presente trabajo incluye el primer año de la información recolectada en las cédulas antropométricas, por lo que sólo se presentan resultados de aproximadamente la mitad de los niños atendidos. Se obtuvo un registro inicial de 1 518 niños en los que se evaluó el peso en relación con la edad; esta información se analizó según el

¹ Programa Integrado de Atención a la Nutrición en el Estado de México.

sexo, edad, estado nutricional y región. Este grupo fue denominado "cohorte dinámica" porque constantemente se registraron casos nuevos, así como también otros dejaron de ser parte del programa. Con el fin de tener un mayor control de la información, así como de profundizar en los resultados, se analizan los datos de lo que se puede llamar una "cohorte fija" que fueron 1 133 niños. Todos ellos fueron evaluados al menos en tres ocasiones: al inicio del programa, al cuarto mes y al décimo mes; en ellos se pueden conocer los cambios que ocurrieron en el interior de cada grupo específico. La captura de la información se realizó en el programa Dbase III. El cálculo de la edad en meses y el estado nutricional, según el peso para la edad, se realizó en el programa Anthro, versión 1.01, 1990; con base en los puntos de corte en la distribución del escore Z de la población de referencia (NCHS, 1983), se consideraron las siguientes categorías, exceso: más de +1; normal: de +1 a -1; desnutrición leve: de -1 a -2; desnutrición moderada: de -2 a -3; desnutrición severa: de -3 en adelante. El análisis de frecuencias y la estratificación por variables se realizó en el programa SPSS, versión 5.0 para Windows.

Para el análisis cualitativo de los resultados se entrevistó a 17 promotoras de salud en sus comunidades, dos años después de haberse terminado el programa. Las entrevistas fueron semiestructuradas, sobre las acciones del PLANEM y los resultados en la comunidad; fueron grabadas en cintas de audio y posteriormente transcritas en un procesador de palabras. Se construyeron los párrafos sobre cada tema, permitiendo la variabilidad de las respuestas y cuando las expresiones originales no fueron claras, se introdujeron paréntesis complementarios.

RESULTADOS

Las condiciones y resultados fueron diferentes entre las regiones, así Los Pueblos de Solís están mejor comunicados, con acceso al comercio y a los servicios públicos y asistenciales. Los caseríos del valle, corresponden a pequeñas comunidades con mayor aislamiento geográfico y limitados servicios públicos, médicos y comerciales. Los pueblos de Contepec tienen acceso a recursos como carreteras, mercados y servicios médicos; por el contrario, los caseríos de Tepuxtepec tienen mayor aislamiento geográfico, están más influenciados de actividades relacionadas con la presa y el río Lerma, y dependen de su propia producción agrícola.

En la primera evaluación de los 1 518 niños, de la cohorte dinámica menores de cinco años, 52.7% de ellos padecía algún grado de desnutrición. La mayoría de ellos, 32.9% tenía desnutrición leve, 15.8% moderada y 61 casos (4%) tenían desnutrición severa: la mitad de éstos eran niños de ocho meses a dos años de edad. En términos generales, no se encontraron diferencias por sexo.

Análisis comparativo (inicial-final) del estado nutricional de la cohorte dinámica² por regiones

Al analizar cómo se distribuye la desnutrición por regiones, se encontró que en Los Pueblos de Solís, más urbanizados, tenía menos desnutrición; al contrario que, en Contepec, los pueblos con más servicios tenían mayor problema. (Cuadro 1)

Al comparar la evaluación inicial y la realizada un año después, puede observarse que en Los Pueblos de Solís la desnutrición leve aumentó 10%, debido a la disminución de los grupos con desnutrición avanzada, aunque también el grupo normal se redujo 7%. En los caseríos de Tepuxtepec la desnutrición leve aumentó 4%, lo mismo que el grupo normal, lo que significa que los grupos con mayor desnutrición disminuyeron.

La población con más desnutrición moderada y severa se localizó en los caseríos del valle, y en la región de Contepec; en esta última se concentró más de la mitad de la desnutrición severa registrada en la primera evaluación: 37 casos.

Al comparar los resultados de la evaluación inicial, con la realizada un año después, se encontró que la región de los caseríos del valle, fue en donde se observó la mejoría más importante, ya que se redujo tanto la desnutrición moderada como la severa. Por el contrario, la región de Contepec, que tenía bastante problema, y como se dijo contribuyó con más del 50% del total de la desnutrición severa, tuvo poca mejoría general durante este periodo. (Cuadro 1)

Dinámica de cada estrato nutricional de la cohorte fija³

El análisis de la cohorte fija muestra hechos muy interesantes, cuando se observa lo que pasó a lo largo del año con cada grupo de acuerdo con su estado nutricional. El grupo de normales disminuyó en número en la evaluación intermedia, pero después, a los 10 meses, se recuperaron bastante. Lo importante fue que la desnutrición moderada y severa tuvieron una clara tendencia a la disminución. El fenómeno compensatorio fue que en el grupo total, hubo la tendencia a que aumentara la desnutrición leve. (Cuadro 2)

El análisis por estratos corrobora el cambio que ocurre en el grupo general; en todos ellos la baja de la desnutrición moderada y severa contribuye al engrosamiento del grupo con desnutrición leve: primer estrato, los niños que fueron clasificados inicialmente como normales (18.3%), al año se reclasificaron como con desnutrición leve, aunque hubo algunos casos que al cuarto mes de iniciado el programa pasaron de normales a tener desnutrición moderada y aun severa. Este hecho todavía se ve al décimo mes. Segundo estrato, de los niños clasificados inicialmente como con desnutri-

² Cohorte dinámica es un grupo de niños al cual se observa mientras permanece en el programa, además pueden ingresar unos niños y otros pueden abandonar el programa por diversos motivos.

³ Cohorte fija es un grupo de niños al que se observa durante un periodo para evaluar los cambios que ocurren en cada uno de ellos.

ción leve mejoró su estado nutricional, 21.5%. Por el contrario 8% de los niños de este grupo se deterioró en el mismo periodo. Tercer estrato, de los niños clasificados inicialmente como con desnutrición moderada mejoraron 45.7% durante el curso del programa, lo que significa que hubo un fuerte impacto en este grupo, aunque sólo ayudó a que pasaran a la desnutrición leve. De ellos únicamente 2.6% llegó a recuperarse totalmente. También se observó que algunos niños de este grupo tuvieron cierto deterioro.

Cuarto segmento, los niños con desnutrición severa incluidos en esta cohorte fija, o sea que sólo fueron atendidos por el programa de campo fueron 46, de los cuales 50% mejoró, ya que formó parte del grupo con desnutrición moderada y 13% prácticamente sanó en 10 meses. Los restantes fueron casos en los que el programa, al parecer, no tuvo efecto alguno en su recuperación. Un fenómeno similar se detectó, al comparar la desnutrición severa de los registros iniciales de la cohorte dinámica y de la cohorte fija (61 y 46 casos respectivamente), al parecer, el programa no tuvo efecto en 12 niños con desnutrición severa, quizás porque algunos niños fueron hospitalizados, otros fallecieron y en algunos casos la madre ya no quiso participar en el programa, por lo cual no pudieron ser evaluados.

Un fenómeno constante en la cohorte fija fue la gran dinámica en todos los grupos, lo que significa que los niños menores de cinco años se encuentran en un estado muy sensible a los cambios, ya sea porque mejoraron o empeoraron por diversos factores, casi siempre ligados a problemas de salud. Los grupos que recibieron mayor beneficio del programa fueron los de desnutrición moderada y severa; pero es importante recordar que el programa intensifica sus acciones precisamente en estos dos grupos, que en números reales representaron 236 niños o sea 20.8% del total de la cohorte.

Debido a que, en el medio rural pobre, la historia natural de la desnutrición se caracteriza por una tendencia al deterioro nutricional a partir de los ocho meses, se puede pensar que el principal beneficio del programa fue la prevención a

la desnutrición y la reducción del riesgo a un mayor deterioro nutricional, aunque no hay que desdeñar su efecto curativo. Así, en el análisis de la cohorte fija de 1 133 niños, se puede considerar que en el 66% de ellos (663 niños) se pudo prevenir el deterioro de su estado nutricional durante las épocas críticas y que 21% (198 niños) mejoró de manera notable; contrariamente, en 13% (150 niños) el estado nutricional se deterioró a pesar de las acciones del programa.

Opiniones de las promotoras sobre las acciones y resultados del PLANEM

Las promotoras de salud muestran algunos aspectos muy importantes relativos al proceso de introducción a la comunidad, a las actividades, a la reacción de la comunidad y sobre los resultados. Esta información da el contexto general para llegar a una explicación más amplia sobre los factores que condicionan los resultados.

Durante la introducción del programa las promotoras se encontraron ante una variedad de situaciones en su comunidad y debido a que ellas eran de la misma cultura, pudieron expresarlas de la siguiente manera:

"Al principio la gente se detuvo un poco, unos señores decían: en lugar de andar quitando el tiempo a las señoras, mejor tráenos dinero. Al inicio algunas gentes no quisieron participar. Después las señoras empezaron a apoyarnos, respondieron bien. Había gente interesada en su salud y en la de sus hijos; de igual manera hubo gente que no".

"Yo veo, (me) decía una señora, que fulana no coopera y ella sí recibe (la papilla) y uno no; y algunas se enojaban. Algunas decían que: ¿por qué sólo a unos les dábamos y no a todos? Y les decíamos no, porque unos están más mal que otros".

"Hubo poca gente que no quiso el programa: estaban muy cerrados, ni a los niños los quieren vacunar. Están bien fregados, todos pobres. La mamá de ella me corrió de la casa, dijo: no nos interesa nada, si no tienes que hacer vete para tu casa yo tengo mi quehacer y no quiero que me quiten el tiempo, sigue tu camino".

Las familias que desde el inicio rechazaron el programa, mostraron mucha apatía, sobre todo en las mujeres. En algunos de estos casos quedó muy claro que aunado a la pobreza existen fuertes problemas de alcoholismo, no sólo en los hombres, sino también en las mujeres y aun en los niños:

"Como 10 familias no aceptaron el programa, y era donde sus hijos estaban mal, las señoras tomaban mucho. Son muy difíciles de manejar, decían que no les quitara el tiempo. No tienen para comer y se lo gastan en pulque o alcohol. Esas familias (que no aceptaron) les gusta tomar, no tienen para comer bien y lo poquito que tienen se lo gastan en alcohol".

"He notado que las mismas madres que a mí me han apoyado son las que tienen bien a sus hijos. Pero había gente que no ponía nada de su parte, es más, había una señora que me dijo que prefería que sus hijos se murieran. Luego las encontraba y se me escondían. No dejaron que siguiera pesando (a los niños). La gente dijo que no los molestaran, porque no querían nada con nosotros".

"Eran como tres familias que no aceptaron el programa. Sí están bajos de peso, pero no les interesa el programa. En cambio, otras que no tenían hijos decían: como no tengo a un hijo para que los pesen, ojalá mi hijo tuviera cuatro años".

Al considerar todas las opiniones de las promotoras se puede decir que fueron pocas las familias que francamente rechazaron el programa. La mayoría desde el inicio lo aceptó. También hubo gente que siempre cuestionó el trabajo de la promotora. En general se encontró una lenta aceptación al trabajo de la promotora, pero la insistencia poco a poco fue superando esta resistencia a las acciones, algunas opiniones al respecto fueron las siguientes:

"Me trataba bien la gente, sólo en una casa no me aceptaron, (me dijeron) que a quién le había pedido permiso u opinión para trabajar. Que no se puede empezar a trabajar así, que primero debe haber una reunión y pedir opinión de las personas si están de acuerdo o no.



"Había gente que sí se interesaba, la mayoría iban a que les pesara a sus hijos. Las reuniones les gustaban a la gente, iban a platicar, a distraerse, además aprendían".

"Tuve mucho apoyo. La gente siempre me hacía caso. La gente llevaba a pesar a sus hijos a mi casa. Teníamos muy buen apoyo en la comunidad".

Las actividades del programa y la reacción de la comunidad

Aun cuando la promotora era una persona conocida en la comunidad, siempre se encontraron muestras de desconfianza de la capacidad de la promotora, así como de un posible daño intencional o no; sobre todo de la administración inadecuada de los medicamentos, la papilla, el hierro o la vitamina. Algunas opiniones ilustran estos aspectos:

"Al principio —la gente de la comunidad— no aceptaba el medicamento, (desparasitante) decían: cómo le voy a dar eso a mi niño si un doctor no me ha venido a decir lo que tiene mi hijo. El medicamento causó desconfianza. Algunas decían que con el medicamento las íbamos a envenenar o hacer algo. Una señora dijo que le dio vómito a su hijo, pero creo que le dieron pulque y después el desparasitante".

"Al principio decían que cómo les iban a dar eso a sus hijos (la papilla) casi no la aceptaron, algunos sí. Las que más necesitaban (del alimento) no lo aceptaban; mejor la aceptaban las que no necesitaban de ella. La papilla fue una de las (actividades) que más trabajo me costó realizar. Tuvo menos aceptación. Las mamás no la aceptaban, a sus hijos no les gustaba el sabor. Decían que tenía un sabor extraño: lo que pasa es que la papilla tenía un olor a alimento (para pollo) y no es agradable. Que mejor le diéramos leche. También decían que era para que después se robaran a los niños cuando estuvieran sanos".

Después de implantadas las acciones de detección-atención, en la rutina de las promotoras, se fueron desarrollando las actividades de educación en higiene, salud y alimentación. Estas actividades tuvieron mayor aceptación, la cual aumentó conforme la comunidad tuvo más confianza a la promotora y al programa:

"Las pláticas no les gustaron a algunas (señoras), sentían que les estabas imponiendo, pero en las pláticas se resolvían dudas, eso ayudó mucho. En las demostraciones me ponía muy nerviosa estar ahí enfrente de las señoras: no sé ni qué les voy a decir. Cómo les voy hablar para que me entiendan. Hicimos muchas demostraciones en la comunidad. Me gustaban más las pláticas y las demostraciones, porque convivía con la gente, incluso algunas (señoras) nos apoyaban para llevar las cosas".

"La papilla a muchos sí les caía bien pero había otros que les daba diarrea y les decíamos que de a poquito, no tanto, despacito. Algunas decían que no les gustaba a sus hijos pero no era por eso sino por flojera de hacerlo. Cuando nosotros lo hacíamos se lo comían. Nos decían que no querían la papilla y nosotros hacíamos una demostración para ver qué les parecía y se la comían bien los niños".

"El teatro (sociodrama) gustó mucho a la gente, aquí se hizo en la escuela. La gente andaba ayudando, mi hermano trabajó mucho, prepararon comida (para los

actores) todo salió muy bien: las señoras estaban contentas, la gente se divirtió".

"El teatro lograba reunir mucha gente, señoritas y señores, como cien personas, todos estaban atentos a lo que estaba pasando. En Cerritos (una comunidad), trató de los emigrantes; de que no se vayan; del borracho irresponsable; de que no recibían a la promotora (en sus casas)".

"El teatro fue una experiencia padrisima. Era una diversión pero en parte era un mensaje que les estábamos haciendo llegar. Los señores se arrimaban y veían, y se reían. Y era para bien de ellos y decían: a ver esa fulanita, que no quiere que le pesen a su chamacita, que no le gusta que vacunen a sus hijos".

La opinión de la promotora sobre los resultados del programa en su comunidad

En los siguientes párrafos se presentan las opiniones de las promotoras ante las expectativas de las familias y los objetivos del programa frente a una realidad que cuestiona, limita o rechaza la acción colectiva; por otro lado se va dando también un aprendizaje colectivo que demuestra el alcance real de las acciones:

"La gente decía que su niño no subía de peso, lo veían delgadito; yo decía a lo mejor no le dan el desparasitante, y decían: sí se los damos. Y había muchos niños que, en lugar de subir, bajaban unos 100 o 200 gramos. Y muchos subían (de peso) y la gente se ponía contenta. Yo me di cuenta que con la papilla sí subieron de peso los chamacos. Me pude dar cuenta que a los niños que les di papilla subieron de peso".

"No me gustó que cuando encontramos una niña desnutrida de tercer grado, nos acompañaba el médico y le decía a la señora que trajera a la niña al hospital. Casi se le hincaba (el médico) y nunca quisieron, o sea como que ahí no cooperaban mucho. Y yo iba pese y pese para saber su estado (nutricional) y que al último no quisieran la ayuda. Había veces que hasta tres o cuatro vueltas dábamos, y fue el médico; hasta el psicólogo fue a convencer al señor y nunca quiso".

Conforme las promotoras fueron haciendo suyo el objetivo del programa, de reducir la desnutrición, enfocaron sus esfuerzos en la recuperación de los niños identificados como desnutridos. Si bien en la mayoría de las veces, con gran satisfacción, lograron la recuperación de los niños, en otros casos no se podían explicar las situaciones de manera inmediata ni a las familias ni a ellas mismas:

"Sí tenía niños desnutridos (en la comunidad), pero en primer grado y algunos en segundo, en la pesada a veces salían normal. Muchos de los niños salieron adelante. De segundo, pasaron a primero o muchos en primero se quedaban. Aquí sólo había tres desnutridos; cuando terminó el programa no quedó ninguno. Mi mayor satisfacción fue pesar y medir y saber que los niños que estaban bajos de peso sí lograban subir".

"Tenía como siete (niños) de segundo grado (de desnutrición), y al final quedaron como tres nada más. Tenía niños con segundo grado, pero al final se quedaron en primero; porque esas niñas son muy delgaditas y chaparritas. Y los de primero algunos aumentaron a normales y otros quedaron en primero porque así son delgaditos, pero no sé".

"Hubo una niña que yo no pude sacar de segundo grado, de familia joven. Hubo unos que no salieron porque no le continuaban dando la papilla, decían: fíjate que no se la di porque le dio diarrea. Le daban pulque en la mamila y después la papilla, cómo no le iba a dar diarrea. Estaba una de segundo grado (de desnutrición) que estaba mal de la columna. Había una de tercer grado (de desnutrición) pero sí se estaban recuperando, pero los niños ya no están aquí (migraron). Había un niño que estaba en tercer grado y no subía, pero lo que pasa es que ese niño estaba bien chiquito por eso no pesaba: el niño vive y es enanito".

En otras situaciones, la problemática de la familia rebasaba con mucho la capacidad de respuesta de la promotora, de la brigada de apoyo y aun del programa en general. El problema más evidente fue el alcoholismo, aunque también había elementos de descuido intencionado, violencia, conflicto familiar o religioso:

"De tercero (grado de desnutrición) tenía sólo una niña. Una señora, que su esposo siempre andaba tomado. Me decía que no tenía para darle de comer a sus hijos, eran muchos. Le daba la papilla y decía que no les gustaba a sus hijos. Hicimos una demostración en su casa y sus hijos se la comieron bien: como siempre andaba borracha por eso no se la daba a la niña".

"Todas las 10 familias (que rechazaron el programa) tomaban, era donde se encontraban más niños desnutridos. Las señoras también tomaban. Esas familias ni uno ni otro ponía de su parte, la mayoría son borrachos, o sea, si el señor tiene para el pulque, también la señora y toda la familia toma".

"Se murió un niño con tercer grado de desnutrición. Esa familia es alcohólica, siempre fue muy apática al programa, pues no le interesaba realmente la salud del niño. En las familias donde había desnutridos siguen desnutridos, porque los tienen muy seguido, uno cada año".

"Los hijos de esa familia que no quiso (el programa) se veían delgaditos, pero en esa familia no toman, no son católicos".

En una comunidad el rechazo del programa fue muy fuerte, esto desanimó mucho a la promotora y cada vez se lograba menor participación de las familias:

"En las pláticas y a la obra (sociodrama) lo más que fueron 15 asistentes, y las dos veces que vinieron los de huertos familiares (los técnicos) sólo cuatro señoras asistieron, es más se creyó que yo no avisaba. Si hasta pagaba para que les avisaran. Entonces fue cuando yo ya no quería trabajar. Seguía más por fuerzas que por ganas".

A manera de conclusión las promotoras opinaron:

"Nos faltó tiempo para poder analizarlo y exponerlo mejor, los temas y las demostraciones. De algo les sirvió (a las familias) la papilla o alguna instrucción. Ahora (las madres) dicen que les van a preparar a sus hijos algo que les nutra y andan buscando, desde entonces nos quedó muy grabado lo de la verdura. Antes nomás se fijaban en

que fuera carne y no hacían caso de echarle papas; ahora sí anda uno buscando echarle algo fresco".

"Cuando (las señoras) vieron algunos resultados: como el aumento en la producción de leche materna, o por lo menos que a ninguna de las madres lactantes, o embarazadas, les faltó leche, eso nos ayudó a convencer que era buena (la papilla)".

"Les gustó el desparasitante y el medicamento, fueron los que más aprovechó la gente. El ferinsol y la vitamina sí la aceptaban muy bien. Les quedó grabado que los hijos deben desparasitarse y también oigo (decir a otras señoras), puede que también mi hijo tenga lombrices".

"Yo digo que de todas las actividades la que más recuerda la gente fue cuando pesaban y medían (a los niños). Las embarazadas ya después decían que su niño nació bien gordito y sanito por las vitaminas que les dábamos y quedaron muy contentas y comparaban con sus otros hijos".

"Ahora hay menos desnutrición, (en mi comunidad) porque todos están yendo a la clínica y todavía vienen a medirlos y pesarlos. Las señoras embarazadas se van a checar. La gente empezó a interesarse más por sus hijos y nos preguntaban por la medicina para poder comprarla. Antes les servían la comida a los hijos y que comieran como puedan, el chiste era sólo dar de comer. Ahora la mayoría hierva el agua, también la gente tiene más cuidado con los alimentos; hay más limpieza, más cuidado con los hijos. La gente ha aprendido a preocuparse por el menor de cinco años, por que tenga su peso, por las vacunas, por mejor alimentación".

DISCUSIÓN

El concepto de intersticio se refiere al espacio físico que comprende a varias poblaciones que no interesan a nadie y nadie se hace responsable de ellas; esta situación de intersticio en donde se aplicó el PLANEM, tenía características socioeconómicas de pobreza extrema, con desnutrición, alcoholismo y carencia total de recursos para la educación en salud.

El impacto diferencial por regiones fue claro: el mayor rechazo al programa y el menor efecto de las acciones ocurrió en la región con mejor infraestructura: la de Contepec. Se identificaron dos causas, el alto nivel de alcoholismo en la población y una mayor dependencia a comprar alimentos. Por el contrario, el mejor efecto y aceptación ocurrió en las regiones más aisladas, con poca infraestructura y mayor producción de autoconsumo: quizás además, por tener menos experiencia con programas de salud. Las causas de la desnutrición en ambos casos parecen ser radicalmente distintas, por lo que se puede suponer que también existe una disposición distinta a las acciones y al aprovechamiento de los recursos del programa.

Las acciones del programa en realidad no van a la raíz ni responden a la complejidad del fenómeno de la desnutrición de la zona. Esta aseveración es parcialmente cierta; si la causa de la desnutrición era la falta de alimentos y el mal uso de los recursos propios, las acciones del programa, aun cuando son de baja intensidad, lograron una importante recuperación cuando la familia y el niño participaron activamente. Por otro lado, los resultados de la antropometría y el seguimiento que hicieron las promotoras mostraron que un grupo de familias, en algunas comunidades, padece una situación de catástrofe en donde hay pobreza, niños con desnutrición severa, problemas de alcoholismo, apatía; en este grupo fue constante la actitud de rechazo al programa.

Metodológicamente no es posible atribuir el mejoramiento del estado nutricional de los niños a las acciones del PLANEM, porque para ello se hubiera necesitado de una población control. Los investigadores no ignoran que existen variaciones anuales en el estado nutricional de los niños, sobre todo por causas de epidemias y cambios alimentarios debidos al ciclo agrícola, pero estos cambios no son tan importantes como los registrados en la población estudiada. En el presente estudio no se planeó una población control tanto por motivos económicos, ya que no siempre se pueden gastar los fondos en estudios control ni tampoco es ético dar placebos en población

extensa. Lo que se intentó en este estudio fue el análisis de la realidad concreta, del tipo de programas cuya utilidad es técnicamente conocida, pero que en la práctica puede existir una gran variedad de condicionantes sociales, que en este caso se muestra y describe para beneficio de futuros programas.

Un aspecto que se debe destacar de este estudio es la parte propiamente cultural de los programas de vigilancia y detección-atención nutricional: pocas veces se analiza este tema. Desde el punto de vista técnico este tipo de programas tiene una aplicación aparentemente práctica, sencilla y barata, basada en el conocimiento científico moderno. Parece muy simple disponer que la madre aplique nueve medidas fáciles para que el niño prevenga o se recupere de la desnutrición. En el caso de este estudio el éxito apenas llega al 50% de lo esperado ¿qué fue lo que pasó? La fase de entrevistas con las promotoras da algunas respuestas: existen condiciones sociales propias de las comunidades, de las familias y aun de personas que no fueron tomadas en cuenta y peor aún el programa tuvo poco contacto directo, dio por sentado que las familias van a cooperar y con frecuencia pone en circunstancias difíciles a las promotoras. Se puede concluir que en las condiciones de las comunidades trabajadas, en donde existen suspicacias de las gentes, tendencias a no cooperar, creencias diferentes y conflictos entre familias, no basta una motivación general. Por más bueno que sea el teatro campesino y otras medidas de educación popular; se debe saber más de las comunidades, participar más de su vida diaria, tener contacto directo, apoyar más a las promotoras y utilizar más constantemente a la educación para superar los resultados en verdad tan parciales como los logrados en este programa.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, R. N. (1955), "A nutritional research program in Guatemala", en: Benjamin D. Paul (ed.), *Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reaction to Health Programs*, New York.
- Aguirre, B. G. (1955), *Programas de salud en la situación intercultural*, México, Instituto Indigenista Interamericano.

Angulo A. (1984). *Comparación de dos programas nutricionales de niños en el estado de Yucatán*, tesis. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.

Beauchamp E. (1984). "La salud pública como justicia social", en *Pacientes médicos y enfermeras*, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Crozier M. (1986). *El actor y el sistema*, Barcelona: Alianza Universidad.

Chávez A.; A. González-Richmond Mata; E. Cifuentes; C. Martínez L.; Bautroni H. Madrigal (1988c). "Alcances del sistema de paquetes selectivos en los programas de atención primaria", en *Salud Pública*, México, (30)3:447-462.

Foster, G. M., (1985). *Antropología aplicada*, México: FCE.

González, L.; A. Naranjo; A. Chávez (1986). "El uso del peso y talla en la evaluación de un paquete integrado de nutrición-salud", en *Revista de Investigación Clínica*, suplemento 38:131-36.

King, C. (1963). *Cooperando con pequeños poblados*, México: Letras.

Lewis, O. (1982). "Medicina y política en un poblado mexicano", en *Ensayos antropológicos*, México: Grijalbo.

Madrigal, H. (1997). "Programa de nutrición infantil en Chiapas", Depto de Vigilancia Epidemiológica, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán. (comunicación personal).

Menéndez, E. L. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigación y Estudios Superiores de Antropología Social, México.

Naranjo, A.; A. González; A. Chávez (1986). "Evaluación de un paquete de nutrición para mejorar la nutrición infantil. Metodología y cambios en el patrón de ablactación y destete", en *Revista de Investigación Clínica*, Suplemento 38:136-46.

National Center for Health Statistics (1983). *Measuring Change in Nutritional Status*, Genova, World Health Organization.

Ríos E. (1993). "Programa integrado de atención a la nutrición en el Estado de México. Evaluación anual de actividades enero-diciembre 1992", Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, México. (Reporte interno).

Saucedo G.; A. Chávez; E. Ríos; H. Martínez, (1998). *Antropología epidemiológica y nutrición*, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, México.

Cuadro 1
ESTADO DE NUTRICIÓN INICIAL Y FINAL DE LA COHORTE DINÁMICA EN PRESCOLARES SEGÚN PESO/EDAD (CASOS Y PORCENTAJES)

Región	Desnutrición									
	Severa		Moderada		Leve		Normal		Exceso	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Pueblos	10	5	40	39	124	110	202	134	29	9
de Solís	2.5	1.7	9.9	13.1	30.6	37.0	49.9	45.1	7.2	3.0
Caseríos	4	1	25	8	27	35	30	17	3	3
del valle	4.5	1.6	28.1	12.5	30.3	54.7	33.7	26.6	3.4	4.7
Caseríos de	10	9	51	45	125	141	169	164	13	6
Tepustepec	2.7	2.5	13.9	12.3	34.0	38.1	45.9	44.9	3.5	1.6
Pueblos de	37	23	124	95	224	217	228	212	43	23
Contepec	5.6	4.0	18.9	16.7	34.1	38.1	34.8	37.2	6.6	4.0
Total	61	38	240	187	500	503	629	527	88	41
	4.0	2.9	15.8	14.4	32.9	38.8	41.4	40.7	5.8	3.2

Fuente: Programa Integrado de Atención a la Desnutrición en el Estado de México, INCMNIZ.

Cuadro 2
CAMBIOS EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN 1 133 NIÑOS DE UNA COHORTE FUA EN TRES MOMENTOS DEL PROGRAMA (CASOS Y PORCENTAJES)

Evaluación	Desnutrición				
	Severa	Moderada	Leve	Normal	Exceso
Inicial	46	190	380	453	64
	4.1	16.38	33.5	40.0	5.6
Cuarto mes	51	216	402	423	41
	4.5	19.1	35.5	37.3	3.6
Décimo mes	32	165	446	459	31
	2.8	14.6	39.4	40.5	2.7

Fuente: Programa Integrado de Atención a la Desnutrición en el Estado de México, INCMNIZ.

Cuadro 3
CAMBIOS AL INTERIOR DE CADA GRUPO NUTRICIONAL EN LA COHORTE
FLJA Y EN TRES MOMENTOS DEL PROGRAMA (CASOS Y PORCENTAJES)

Evaluación	Desnutrición				
	Severa	Moderada	Leve	Normal	Exceso
Grupo con exceso					
Inicial					64 100.0
Cuarto mes			1 1.5	28 43.7	35 54.6
Décimo mes			9 14.0	32 50.0	23 35.6
Grupo normal					
Inicial				453 100.0	
Cuarto mes	1 .2	4 .8	83 18.3	360 79.4	5 1.1
Décimo mes	6 1.3	17 3.7	83 18.3	339 75.0	8 1.7
Grupo con desnutrición leve					
Inicial			380 100.0		
Cuarto mes	4 1.0	59 15.5	285 75.0	32 8.4	
Décimo mes	5 1.3	26 6.8	268 70.5	81 21.3	1 .2
Grupo con desnutrición moderada					
Inicial		190 100.0			
Cuarto mes	12 6.3	144 75.7	31 16.3	2 1.0	1 .5
Décimo mes	4 2.1	99 52.1	82 43.1	5 2.6	
Grupo con desnutrición severa					
Inicial	46 100.0				
Cuarto mes	34 73.9	9 19.5	2 4.3	1 2.1	
Décimo mes	17 36.9	23 50.0	5 10.8	1 2.1	

Fuente: Programa Integrado de Atención a la Desnutrición en el Estado de México, INCMNSZ.

Propuesta para el análisis de los casos de chipilez en el estado de Morelos, México

RESUMEN

Basados en la revisión de diferentes etnografías e investigaciones realizadas en el estado de Morelos, identificamos a la chipilez como uno de los síndromes de filiación cultural con mayor registro.

Si bien reconocemos que los casos de chipilez son un conjunto de padeceres percibidos y asumidos por un contexto cultural particular, no obstante, las condiciones socioeconómicas de las comunidades campesinas del estado de Morelos, nos sugieren que su manifestación mantiene un estrecho vínculo con el patrón reproductivo de la familia, el proceso de producción agrícola y la desnutrición infantil.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se plantea complementar su análisis, desde un enfoque objetivo;¹ no obstante no se pretende dar razón del proceso salud-enfermedad-atención asumiendo una postura científicista.²

Una vez aclarado lo anterior, a continuación se expondrán algunos de los principales estudios y descripciones relacionados con los casos de chipilez, ello con el fin de que el lector tenga una ma-

yor información respecto a las características del padecimiento a tratar. En un segundo momento, se expondrán algunas consideraciones y propuestas, que de acuerdo con nuestro criterio pueden ofrecer respuestas respecto a su causalidad.

LA CHIPILEZ. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Alfredo López Austin (López, 1986), señala que entre los antiguos nahuas de la meseta central, se expresaba una analogía entre las representaciones del cuerpo humano y el cosmos (supramundo, bajo cielo e inframundo). De esta forma, se creía en la existencia de tres entidades anímicas, las cuales se distribuían en igual número de partes del cuerpo: el *tonalli* en la cabeza, el *teyolia* en el corazón y el *ihyotl* en el hígado.

El *tonalli* era relacionado con el calor solar y el fuego, por lo que definía el temperamento o destino de una persona. Se manifestaba a través del crecimiento y desarrollo de los niños (apetito y el vigor). No obstante, un desequilibrio generado por fuerza externas, podían provocar en esta entidad anímica la pérdida de fortaleza o su expulsión del cuerpo, exponiendo al individuo a múltiples enfermedades o la muerte.

Entre las fuerzas desequilibrantes se encontraba el embarazo de la mujer, ya que los cambios en su organismo le proveían de un exceso de calor que al ser irradiado, podían afectar el *tonalli* de los infantes.

"Uno de los males mencionados en los textos históricos es el que se creía causado al propio hijo lactante cuando la madre se volvía a embarazarse. El niño se hacía *tzipitl* ("chipil" se dice hoy): el mal se manifiesta por diarrea, lentitud en el desarrollo, enflaquecimiento, desgano y pronunciación defectuosa, propia de una criatura demasiado apegada a la madre". (Ibidem. 290)

LA CHIPILEZ EN LAS COMUNIDADES CAMPESINAS DEL ESTADO DE MORELOS

Oscar Lewis señala que en Tepoztlán (Lewis, 1976) aún antes de que nazca el nuevo hermano, el niño puede enfermar de chipilez. De tal forma, los mayores casos de

* Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, email: nahuamor@prodigy.net.mx

¹ En la gran mayoría las investigaciones interesadas en el estudio de los síndromes de filiación cultural en la medicina tradicional mexicana, el análisis gira en torno a sus formas de clasificación; sin embargo, en muy pocas ocasiones se han abarcado las dimensiones empíricas del padecer.

² Esta representa una de las principales características del modelo médico hegemónico, ya que en nombre de la ciencia tiende a ser excluyente de todo aquello que no abarque el enfoque biomédico, por lo cual tiende a reducir la causalidad sociocultural del proceso salud-enfermedad.

"celos" se presentan en los niños lactantes y en proceso de destete; incluso no atenderle puede llegar a provocar su muerte.

Lewis indica la existencia de casos de chipilez que nunca fueron resueltos, por lo que muy comúnmente la suegra (la madre del marido) se ve en la necesidad de adoptar al niño enfermo.

Mellado y Zolla en su estudio sobre la atención al embarazo y el parto (Mellado 1989), señalan cómo en diferentes comunidades rurales del estado de Morelos, el nuevo embarazo de la madre puede provocar que el hijo menor se "enchiple"; ya que se tiene la creencia de que los lactantes resienten el cambio de la leche materna, enfermándose de resentimiento o de celos por su nuevo hermano.

Sus causas se asocian a la "calentura" de la madre embarazada, por lo que también se puede afectar al padre (en especial al marido joven), quien transforma su carácter (irritable); al mostrar síntomas de cansancio y al generarle dolores en la raíz del cabello, muñecas y dedos de las manos.

El tratamiento de la chipilez implica bañar al enfermo con cenizas del fogón, o con el agua que anteriormente fuera usada para bañar al hermano recién nacido.

En Tepalcingo se cree que la chipilez se puede contagiar, por lo que se recomienda que el niño juegue con un gato pequeño, a fin de que éste recoja la enfermedad, lo cual se confirma cuando el animal se pone "teco" (pequeño, feo y enfermizo). En el caso de las niñas, se les regalan muñecas.

En Xoxocotla (Benítez, 1966), la chipilez se manifiesta en forma de temperaturas intermitentes, tristeza, flojera, pérdida del apetito y somnolencia. El tratamiento incluye rezos y limpias, sin embargo, en casos extremos el marido enfermo debe usar la fajilla de la mujer embarazada, y por último desnudarse para ingerir en cuclillas, ocho yemas de huevo.

En Tlayacapan (Ingham, 1989) la chipilez afecta principalmente a los integrantes de la unidad familiar, aunque puede llegar a afectar también a los animales pequeños, se manifiesta primordialmente en el hijo menor de la embarazada y en ocasiones puede llegar a provocar la muerte.

Entre los síntomas resaltan el llanto constante; la pérdida del apetito, hinchazón del vientre "empacho"; el que se transforme violento; dando muestra de insomnio; y en el hecho de enfermar constantemente.

Sus causas se relacionan con la ausencia del calor de la madre, así como a la falta de atención al niño. También puede afectar al marido, manifestándose con dolor en las articulaciones y muelas; mostrando desinterés por el trabajo, así como cansancio, y al presentar múltiples "antojos".

Entre los niños la terapia incluye la utilización de baños rituales y el ofrecimiento a los infantes de pequeños animales o juguetes, de los cuales se espera recojan la enfermedad. En el caso del marido se enreda su cuerpo con listones rojos.

El "ético" es asociado con los casos extremos de chipilez, pues el niño al enfermar de diarrea pierde peso constantemente. Su causa no sólo se asocia con los celos del niño, sino con una pobre alimentación que sigue al destete.

El tratamiento de la "enriqueza" consiste en untar en las ingles del niño sangre de tortuga o iguana; posteriormente hervir su carne para bañar al niño enfermo con el vapor, y por último dárselas a comer.

En Ocoatepec (Von Mentz, 1995) el niño "tzopil" era asociado a la debilidad. El tratamiento consistía en preparar y ofrecer a los niños mole elaborado a base de *quimizin chachabaton* (ratón grasoso) y *asoquiaton* (tortuga de lodo), los cuales le proporcionaban energía. Otro tratamiento consistía en untar sangre de un "gallito", en la sien y cerebelo del enfermo, a fin de que le "chupara" el cansancio o la enfermedad. Por último, se cubría al niño mientras comía un caldo de gallo, pues se creía que el vapor le proporcionaba energía.

Resaltan los casos de "mixcotón" los cuales aún se presentan y se caracterizan por la presencia de ronchas en el cuerpo del niño. El tratamiento consiste en hervir la cabeza de un becerro para posteriormente bañar al niño con el vapor. Acto seguido, con la grasa y el tizne del comal se le pinta la cara de negro, se le viste con

un gabán adornado con listones y cascabeles a fin de que represente a un gato negro. Por último, en compañía de familiares y amigos le dan de comer al niño muchas frutas, dulces, mole verde y tamales.

En Santa Catarina, municipio de Tepoztlán (Hernández Chapa, 1995) esta práctica es conocida como *quinequi miston* o "quiere de gato". La terapia consiste en vestir al niño con un traje que semeja la figura de un gato, para posteriormente ofrecerle de comer una cabeza de res y dulces, hasta que éste se sienta satisfecho, en tanto que los padrinos maúllan alrededor de la casa.

"A los niños son los que se les mira más los achaques; cuando el niño se pone gordo, cachetón, pero no quiere comer bien, dicen que el niño se ve inflado, entonces 'quiere de gato' *quinequi miston* (...)" (Hernández Chapa, 1995)

En caso de que el niño no acceda a comer, y como respuesta muestre comelón continua en la cabeza "como si tuviera piojos", entonces la terapia consistirá en vestir al niño como si fuera codorniz, para posteriormente rezarle y cantarle en forma semejante al ave.

UNA PROPUESTA DE INTERPRETACIÓN DE LOS CASOS DE CHIPILEZ

En el estado de Morelos si bien a través del tiempo, el proceso de transformación socioeconómica ha implicado el mejoramiento de las condiciones de vida de un gran porcentaje de la población. No obstante, el hecho de que los mayores índices de pobreza, altas tasas de fecundidad y morbilidad infantil aún se concentran en las comunidades rurales, en especial en aquellas donde la agricultura es el principal medio de producción, nos permite afirmar que la población campesina a través de la historia ha presentado niveles de salud y bienestar deficientes.

Es pues que los efectos del desplazamiento de los cultivos básicos y el estancamiento de los precios de garantía, han provocado que los campesinos de Morelos en los intentos por mejorar sus ingresos, se hayan visto en la necesidad de intensificar la jornada de trabajo;

pero no siempre con los resultados esperados. El costo ha significado una paulatina erosión de las tierras cultivables, así como una acelerada contracción de los niveles mínimos de bienestar y una distribución diferencial de la riqueza. (Warman, 1980).

De esta forma, en 1990, en la región este del estado, conformado por aproximadamente la mitad de los municipios en la entidad, el mayor porcentaje de la población económicamente activa se concentraba en actividades del sector primario, así como por tener en el ámbito estatal la mayor proporción de población ocupada que percibía menos de un salario mínimo (del 60% al 70%). (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 1990).

Respecto a la mortalidad infantil resalta su carácter diferencial, ya que en 1990 de la totalidad de los municipios que integran al estado de Morelos, aquellos que se encontraban relacionados primordialmente con actividades agrícolas presentaron la mayor proporción de hijos fallecidos.

En el caso particular de las muertes provocadas por deficiencias en la nutrición, en 1980 registraba una tasa del 24.6 por cada 100 000 nacidos vivos; no obstante, ésta asciende en 1990 a una tasa del 110.4 por cada 100 nacidos vivos (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1994). Recordemos que los niños entre cero a cinco años de vida, representan uno de los grupos con mayores riesgos de adquirir y desarrollar enfermedades infectocontagiosas.

La población campesina del estado de Morelos, si bien a través de la historia ha presentado grandes transformaciones, no obstante dentro de la lógica de las relaciones de producción, ha tenido que enfrentar la ausencia de capital, recurriendo a la autoexplotación. Es decir, la subsistencia de la unidad doméstica campe-

sina ha dependido básicamente de su capacidad para intensificar la fuerza de trabajo proporcionada por los integrantes de la unidad familiar, a cambio de un ingreso deficiente.

Dicho lo anterior, es importante enfatizar que la sobreexplotación de la fuerza de trabajo campesina lleva implícito el incremento del número de integrantes de la unidad doméstica a corto plazo,³ puesto que la demanda de mano de obra es cubierta al incrementarse el número de integrantes de la familia.

No obstante, cambios en el desarrollo de vida familiar (aumento y edad de los integrantes jóvenes o viejos) irreversiblemente genera modificaciones en el proceso de producción agrícola, así como en la estructura familiar, puesto que esto representa para los integrantes de mayor edad (en especial para la mujer) el aumento en la intensidad del trabajo invertido en una jornada.

Un mayor involucramiento en las actividades de producción agrícola por parte de la madre, ha afectado directamente los niveles de salud y bienestar de los infantes, ya que ante la necesidad de multiplicar las labores en el campo y el hogar, los tiempos invertidos en el cuidado y atención (alimentación) de los infantes menores de cinco años, inevitablemente tenderán a disminuir. (González, 1993)

Diversas investigaciones han evidenciado el estrecho vínculo entre la malnutrición infantil y los patrones reproductivos de la unidad familiar; ya que éstos pueden ser factores que influyen en el bajo peso al nacer el segundo hijo, competencia y distribución del alimento entre sus miembros y la ausencia de apoyos para el cuidado de los infantes. (Montgomery, 1977; Aguillon 1982; Vella, 1995)

Al abordar los padecimientos de la chipilez descritos por los estudios antropológicos, destacan la irritabilidad, pérdida de peso, debilidad constante e incapacidad, por lo que es de destacarse su afinidad con la clasificación de los distintos grados de desnutrición infantil propuesto por Federico Gómez.⁴

Es decir, los casos de chipilez muestran una enorme similitud de aquellos niños que presentan serias deficiencias nutricionales, de hecho la descripción de síntomas relacionados con la hinchazón de algunas partes del cuerpo, nos permite recuperar las aportaciones de Ortiz de Montellano, quien al analizar el "tzipil" entre los aztecas, concluye:

"Los síntomas eran debilidad, diarrea, crecimiento lento y pérdida de peso. lingüísticamente se le veía como una enfermedad debida a un vínculo entre el niño lactante y el feto, similar al *tonalli* compartido. Ahora podríamos decir que el niño padecía Kwashiorkor, síndrome de deficiencia de proteínas y calorías debido al destete prematuro, o a una dieta inadecuada por otras razones". (Ortiz, 1994)

Respecto a los casos de "mixcotón" o de *quinequi miston*, que resultan ser los casos extremos de chipilez, éstos se caracterizan por generar una comezón constante en la piel del niño enfermo. Lo cual se asemeja a uno de los rasgos característicos de la malnutrición infantil, ya que la pérdida de nutrientes en el cuerpo se manifiesta a través de la resequeidad de la piel del infante, lo cual da una apariencia escamosa y arrugada.

Por último es importante resaltar que en la mayoría de las terapias, si bien se basan en la lógica de contrarrestar (simbólicamente) el calor provocado por la madre embarazada, también se caracterizan por ofrecer al niño enfermo alimentos con un alto contenido proteico-calórico, como a continuación se muestra:

³ Lo anterior, se ve claramente reflejado al comparar el promedio de hijos nacidos vivos entre las mujeres que alguna vez han estado o permanecen en relación conyugal; ya que de acuerdo con el INEGI en 1990 los municipios identificados como urbanos registraban un promedio del 3.7, los cual contrasta con los altos promedios (del 4.5 a 4.8) de aquellos municipios cuya economía se basa en la agricultura.

⁴ El peso de un preescolar de acuerdo con su edad, al mostrar una pérdida del 10 al 15% de su peso (desnutrición en primer grado) se vuelve crónicamente flácido y descontento, mientras que con el paso del tiempo, el peso del niño tiende a rezagarse. Al perder un 25% de su peso (desnutrición en segundo grado) el niño muestra intolerancia a toda clase de alimentos; se acentúa su irritabilidad; los tejidos del cuerpo se hacen flacos perdiendo su elasticidad; se dan indicios de edemas por hipoproteinemias y el infante es presa fácil de infecciones.

Carne de iguana *(<i>Ctenosaura pectinata</i>)	Calorías	Proteína
Carne de res	244	18.7
Carne de pollo	170	18.2
Por cada 100 gramos		

* Laboratorio de Herpetología, Centro de Investigaciones Biológicas, Universidad Autónoma del Estado de Morelos. En el estado de Morelos sólo existe esta especie.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Los casos de chipilez referidos en diferentes comunidades campesinas del estado de Morelos, nos insinúan que su manifestación está asociada a unidades domésticas de reciente creación (con severos problemas económicos), en donde ante el reducido número de familiares involucrados en el proceso de producción agrícola, la presencia de un nuevo integrante será inmediatamente resentida por los miembros de la unidad familiar, en especial por el hijo menor, quien tendrá que competir por el alimento y los tiempos dedicados en su atención.

Si bien en esta propuesta se señala la similitud de los casos de chipilez en las comunidades campesinas del estado de Morelos y la desnutrición infantil, no se plantea que éstas sean equivalentes. En todo caso podríamos decir que síntomas semejantes (en términos biomédicos), pueden expresarse en múltiples contextos culturales e históricos bajo diferentes padeceres.

Sin embargo, habría que enfatizar que la expresión de los padeceres, involucra también representaciones socioculturales, que no pueden ser reducidas a la mera manifestación del síntoma. Tal es el caso de la chipilez, el cual nos indica una etapa específica del desarrollo familiar campesino, sus repercusiones en relaciones familiares y la producción agrícola, y en ocasiones el reconocimiento de las repercusiones de la pobreza.

A través del estudio de los síndromes de filiación cultural, es posible realizar un planteamiento holístico del proceso salud-enfermedad-atención, ya que éstos deben dar cuenta de los diferentes aspectos socioculturales (no exclusivamente biológicos) involucrados en dicho proceso.

Por lo anterior, es importante diseñar instrumentos metodológicos que den cuenta del pluralismo de los sistemas médicos en cualquier sociedad o sectores de ella, a partir de lo cual podremos comprender el funcionamiento real de los sistemas médicos, así como sus limitantes. Es decir, los datos epidemiológicos, al ser reforzados con el análisis de los síndromes de filiación cultural nos permitirán identificar y actuar de una forma certera sobre los agentes causales del padecer.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguillon, Delfina; Minda Caedo; C. Arnold; R. W. Engel (1982), "The relationship of family characteristics to the nutritional status of pre-school children", en *Food and Nutrition Bulletin*, 1982; 4: 5-12.
- González de la Rocha (1993), "Bienestar familiar, consumo alimentario y acceso a los servicios durante la crisis", en *Familia, salud y sociedad*, Francisco Javier Martínez (coord.), México: Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Hernández Chapa (1995), *Herencia e identidad. Santa Catarina un pueblo náhuatl*, Morelos: DGCP.

- Hersch Martínez, Paul (1995), "Tlazol, Ixtlazol y Tzipinación de heridas: implicaciones actuales de un complejo patológico prehispánico", en *Dimensión Antropológica*, vol. 3, enero/abril.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1993), *Morelos: Síntesis de resultados. XI Censo General de Población y Vivienda*, México: INEGI.
- Ingham, John (1989), "Mary, Michael and Lucifer (Folck Catholicism in Central Mexico)", en *Latin American Monographs*, núm. 69, Austin: Institute of Latin American Studies, The University of Texas at Austin, University of Texas Press.
- Jiménez Benítez (1966), *La huella del tata* (novela antropológica), México: Editorial del Magisterio.
- Lewis, Oscar (1976), *Tepostlán un pueblo de México*, México: Moritz.
- López Austin, Alfredo (1986), *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, México: UNAM.
- Mellado, Zolla y Castañeda (1989), *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, México: CIESS.
- Montgomery, Edward (1977), "Social Structuring of Nutrition in Southern India", en: Lawrence S. (ed), *Malnutrition, Behavior and Social Organization*, New York: Academic Press, BSCP.
- Robin B. Devin; Pamela I. Erickson (1996), "The influence of male care givers on child health in rural Haiti", en *Soc Sci Med*, 43: 479-488.
- Ortiz de Montellano, (1994), *Medicina, salud y nutrición entre los aztecas*, México: Siglo XXI.
- Paulo Maya, Alfredo (2000), *Roles de género diferenciales en la atención de preescolares desnutridos*, tesis de maestría, División de posgrado de la Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (1994), *Compendio histórico estadísticas vitales. 1893-1993*, México.
- Vella, Venancio; Andrew Tomkins; John Nviku; Tom Marshall (1995), *Determinants of Nutritional Status in South West Uganda*, en *Journal of Pediatrics*, 41: 89-98.
- Von Meitz (1995), *Ocoitepec su historia y sus costumbres. Relato por Pedro Rosales Aguilar*, Cuernavaca.
- Warman, Arturo (1980), *Y venimos a contradeir*, México: CISH-INAH. Ediciones de la Casa Chata.

Influencia de los mitos y costumbres ancestrales en la salud bucal de las mujeres embarazadas otomíes

RESUMEN

Los otomíes habitan en algunos estados de la república mexicana como Guanajuato, Querétaro, Hidalgo y México. Su hábitat está conformado por zonas áridas y montañosas por lo que conservan una cultura bastante primitiva, preservando así numerosas creencias y costumbres de carácter esotérico y místico. Estas dos últimas características impiden el contacto directo de la sociedad con dicha etnia. Tomando en consideración que existen mitos ancestrales ligados a los diferentes grupos étnicos que radican en nuestro país, que impiden el contacto directo del profesional de la salud (médico cirujano, cirujano dentista, etc.) con estas etnias y, a que no se conoce el estado de salud bucal de las mujeres embarazadas otomíes, las cuales todavía creen en el dicho popular "que por cada embarazo, se pierde un diente" se realizó la presente investigación, con la finalidad de buscar si existe una posible correlación entre los mitos y costumbres que creen y practican con su estado de salud bucal. Por lo cual, en 100 pacientes embarazadas de 15 a 50 años de edad pertenecientes al grupo otomí que radica en Aculco, Estado de México, se aplicaron cuestionarios previamente elaborados, para conocer sus costumbres y mi-

tos ancestrales; así como también se realizaron exámenes clínicos bucales, para valorar el grado de extensión de la lesión cariosa, el grado de lesión periodontal, así como los dientes perdidos por ambas patologías bucales. Del mismo modo, se evaluó la presencia o ausencia de labio y paladar hendido. Los datos obtenidos de la encuesta demostraron que, esta etnia en especial, sigue siendo una comunidad apartada de la sociedad. En relación con el examen clínico bucal se observó que la enfermedad periodontal tuvo una prevalencia baja (1%), mientras que la caries dental, a pesar de que afectó al 46% de la población no fue tan severa, ya que sólo 3% de la población presentó destrucción del tejido mayor de dos terceras partes de la corona. Por otro lado, cabe resaltar que este grupo otomí todavía cree en los amuletos y mitos (40-55 % de la población); encontrándose una asociación significativa entre la lesión cariosa y variables como el mito del cultivo y el cepillado dental, así como entre la pérdida dental con el mito de Dios, el amuleto del listón rojo en la cintura y la dieta. De esta investigación se puede concluir, que aun cuando en la actualidad siguen prevaleciendo varios mitos en estas comunidades, su frecuencia no es alta. Sin embargo, sus influencias sobre el estado de salud bucal (caries dental y la pérdida dentaria) fueron significativas ($p \leq 0.10$).

Palabras clave: mitos, costumbres ancestrales, salud bucal, caries dental, enfermedad periodontal, mujer embarazada, otomí.

ABSTRACT

The *otomies* are an ethnic group that inhabit in the states of México, such as: Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, and Mexico. They used to live in arid areas surrounded by mountains, which allow them to preserve their primitive culture, keeping always in mind their esoteric and mystic beliefs and costumes. Taking into account, that there are a lot of ancestral myths, that still exist in these ethnic groups that live in Mexico, that prohibit any kind of direct contact between the health professional with these indigenous groups, and also, that the oral health status is not known in the pregnant women that still believe, in the vulgar expression "for each pregnancy, a tooth is lost" the following study was carried out. Therefore, in 100 Otomies pregnant women from 15-50 years old, that live in Aculco, State of Mexico a questionnaire and a clinical oral examination was conducted in order to determine not only their oral

* CIEAO, Facultad de Odontología, UAEM.

** CESAP, Facultad de Medicina, UAEM.

***CIEAO, Facultad de Medicina UAEM.

health status (dental caries, periodontal disease, tooth lost, and labial and palatal cleft) and the ancestral costumes that they have, but also, to verify if there was any association between the myths found with the oral health status. The results obtained from the questionnaire showed, that this ethnic group is still an isolate ethnia, distant from any society contact. In regarding to the clinical oral examination, the results demonstrated that the prevalence of periodontal disease was very low (1%), in comparison to dental caries (46%), however it was not so severe, because only 3% of the population presented two thirds of dental crown destruction. On the other hand, it is important to recognize, that this otomí group, still believe in myths and amulets (40-55 % of the population); therefore a significant association between dental caries with the farming myth and dental brushing, and also, between the tooth lost, with the God myth, the red ribbon amulet and the diet was found. From this study it can be concluded, that although there are a lot of myths that still exists in this otomí community, their frequency is not higher. However, they play a significant role on the oral health status ($p \leq 0.10$).

Key words: myths, ancestral costumes, oral health, dental caries, periodontal disease, pregnant women, otomí.

INTRODUCCIÓN

El grupo étnico otomí está integrado por individuos de una tribu indígena mexicana que habitan en los estados de Guanajuato, Querétaro, parte de Hidalgo y México; conformando así, la población más antigua de México, junto con los olmecas.

Dicha etnia se caracteriza primordialmente por conservar una cultura bastante primitiva, teniendo creencias y costumbres muy arraigadas de carácter esotérico y místico, lo cual dificulta toda clase de acceso a esta población. De este modo, el acercamiento a los pacientes es difícil, por lo que los tratamientos dentales que se realizan son a través de la medicina tradicional que ellos practican. (Arrizabalaga y cols., 1996: 3)

El embarazo es conocido por la población en general, y por los grupos étnicos, como periodo de gestación, gravidez o preñez. Popularmente se alude a la mujer embarazada con las siguientes expresiones: "está esperando", "en estado", "de encargo", "encinta", "cargada", "pesada", "enferma de niño" o simplemente "enferma". (Zoalla, 1994: 229).

En el caso de las pacientes gestantes otomíes, éstas defienden sus creencias, las cuales trascienden de generación en generación en forma oral. Una de ellas que a la fecha perdura, es la de que "por cada embarazo, se pierde un diente". Debido a que esta influencia cultural se encuentra más arraigada en las mujeres embarazadas, propicia que éstas porten amuletos o fetiches como medio de protección. No se debe olvidar que para los otomíes, la enfermedad volvió a ser patrimonio de la divinidad y su tratamiento se basa en la creencia de milagros y la eficacia de la oración.

MATERIALES Y MÉTODOS

Materiales

Para este estudio se utilizaron 100 encuestas específicas para el levantamiento de datos, una computadora (IBM, Sistema MS2, EUA), una computadora (Printaform, Sistema MS2, EUA) y nueve diskettes, 3 1/2 densidad flexible, (Verbatim, EUA).

La exploración clínica de la cavidad bucal se realizó con pinzas (Silverman Stainles, EUA), espejos bucales (Silverman Stainles, EUA), exploradores (Silverman Stainles, EUA), siete cajas de guantes (S. S. White, EUA), un sillón dental (Simple Dent Alemania.), una caja plástica para instrumental sucio (Tucker, EUA), una caja plástica para instrumental limpio y estéril (Tucker, EUA), siete cajas de tabletas reveladoras (Oral B, EUA), una bolsa de abatelenguas, de un millar (Pinguino, México.), tres galones de líquido antiséptico (Esporidín, EUA) y un autoclave (Fanal, Alemania).

Sujetos de estudio

En este estudio participaron voluntariamente 100 mujeres embarazadas (15 a 50 años de edad), pertenecientes a la etnia otomí, que radica en Aculco, Estado de México. Asimismo, se excluyeron aquellas mujeres embarazadas no pertenecientes a esta etnia otomí, mujeres embarazadas no otomíes, niñas, ancianas y mujeres no embarazadas.

El tipo de estudio utilizado en esta investigación, fue de tipo transversal, observacional y descriptivo.

Método de registro de datos

El levantamiento de los datos relativos a la encuesta y al examen clínico-bucal fue realizado por un solo investigador previamente calibrado y estandarizado.

Examen clínico-bucal

A cada mujer embarazada se le realizó un examen clínico-bucal, mediante la utilización de un espejo plano y explorador, con el sujeto cómodamente sentado en un sillón dental, bajo luz artificial.

Los datos obtenidos de la revisión estomatológica (caries dental, enfermedad periodontal y pérdida dental) de las participantes, fueron registrados en formatos previamente elaborados de acuerdo con los lineamientos propuestos por Gutiérrez y Morales (1998). En estas mismas cédulas, también se registró la presencia o ausencia de labio y paladar hendido.

Encuesta

Asimismo, en la encuesta correspondiente, se registraron todas las variables del estudio que directa o indirectamente (*i. e.* mitos, costumbres ancestrales, estrato socioeconómico, nivel educativo, etc.) podrían influir en el estado de salud bucal.

Análisis estadístico

Todos los datos obtenidos de este estudio fueron registrados en el programa SPSS (Microsoft Windows 98; Office 2000). Debido a la distribución de fre-

cuencias anormal que presentaron nuestros datos, se utilizaron las siguientes pruebas no paramétricas para verificar si existía una asociación, correlación o diferencia significativa entre las variables de estudio, con el estado de salud bucal (Chi cuadrada, U de Mann Whitney, Kruskal Wallis, Wilcoxon y la prueba de correlación de Spearman).

RESULTADOS

De las 100 mujeres embarazadas bajo estudio, todas completaron el trabajo de investigación, representando 100% de la población.

Tomando en consideración la variable de la edad de las pacientes gestantes, ésta presentó una media aritmética de 28.0, con una mínima de 15.0 y una máxima de 50.0.

Respecto al nivel socioeconómico observado en este grupo otomí; ninguna de las pacientes embarazadas presentó un estrato socioeconómico alto; por lo tanto 59% (59 casos) perteneció al nivel bajo, \$675.00 o menos mensual; mientras que 41% restante (41 casos) correspondió al nivel medio (\$675.00 a \$3,000.00 mensuales).

Referente al grado de escolaridad, 32% de las pacientes (32 casos) estudiaron la primaria; sólo 21% (21 casos) sabe leer; 17% (17 casos) son analfabetas, 16% (16 casos) llegó a estudiar la secundaria; 9% (9 casos) sólo sabe escribir; únicamente 3% (3 casos) realizó una carrera técnica, y finalmente sólo 2% (2 casos) estudió la preparatoria.

En lo referente a la dieta alimenticia, el estado nutricional de estas gestantes fue regular; ya el 54% (54 casos) carecía de la ingesta de algún producto básico en su dieta, sólo 28% (28 casos) llevaba una dieta buena basándose en cereales, proteínas de origen animal, frutas, productos lácteos, así como vitaminas prenatales y el 18% restante (18 casos) tenía una dieta mala, ya que existía ausencia de algunos productos básicos pertenecientes a la pirámide alimenticia como son: cereales, frutas, proteínas de origen animal y productos lácteos, así como vitaminas prenatales.

Analizando la exposición a drogas o sustancias tóxicas durante el embarazo, se encontró que 29% de la población de estudio, había tomado medicamentos (ácido acetil salicílico, tabalon, ibuprofeno, eritromicina, penicilina, naproxen, paracetamol y ampicilina), 18% ingería alcohol (pulque, cerveza, vino), y el 17% restante bebía té (toó, manzanilla, yerbabuena, hacha). En relación con el tabaco y las drogas, éstas no se consumen por la población otomí.

Los datos obtenidos de la encuesta referentes a la atención del parto de estas pacientes, reflejaron que éstas se autoatendían en su casa, representando el 31% de la población de estudio, 26% consultaba al médico partero, 19% al curandero, el 15% a la comadrona o partera y sólo 9% al médico ginecólogo. Ninguna paciente reportó atenderse con el brujo o el nagual.

Finalmente, es de interés resaltar que 92% no ha tenido hijos con anomalías congénitas y sólo 8% de ellas reportó que alguno de sus hijos presentó anomalías congénitas del tipo de paladar hendido, ausencia o presencia de un sexto dedo meñique en las manos y presencia de un miembro embrionario de más.

En cuanto a los mitos que influyen en la pérdida dentaria se encontró: que 40% de esta población, piensa que "la voluntad de Dios" es la que dictamina el porqué se pierden los dientes durante el embarazo. Mientras que 47% de la población gestante tiene todavía la creencia de que "si la mujer embarazada pasa por los campos del cultivo" esto influye para que la mujer pierda calcio durante la gestación, afectándose así los dientes, además de que marchita el cultivo.

En relación con los amuletos, éstos todavía prevalecen, ya que se encontró que 38% de la población aún se coloca un listón rojo en la cintura para protegerse del mal. Otras por ejemplo (39%) prefieren utilizar un seguro en la ropa íntima como medio de protección. Algunas piensan que es mejor poner unas tijeras abiertas debajo de la cama para protegerse de cualquier espíritu maligno (57%).

El 36% colocan un recipiente con agua para alejar a los malos espíritus. Hay quienes se ponen un trozo de obsidiana en el vientre para proteger a su hijo (28%). Algunas mujeres otomíes (34%) confían en que golpear metales, o bien gritar y lavarse la cara durante la gestación sirve para proteger a su bebé. Finalmente, 54% de la población sigue pensando que su hijo puede "salir eclipsado, comido de la Luna, tencuacho, eal, mueso o tenco", que significa con labio y paladar hendido, debido a los espíritus malignos.

En cuanto al estado de salud bucal se observó lo siguiente: 81% de las mujeres embarazadas se ha negado a recibir atención dental en el pasado y sólo 19% la ha aceptado. El 42% de estas mujeres embarazadas presentó dientes sanos, 15% tuvo caries dental en esmalte y dentina, 8% presentaban pigmentación limitada en surcos y fisuras con tejidos reblandecidos, 8% mostró destrucción del tejido dental menor a dos terceras partes de la corona, 7% tenía restos radiculares, 4% poseía dientes no erupcionados (dentición permanente); sólo 3% presentó destrucción del tejido mayor de dos terceras partes de la corona, 3% usaba prótesis fija, 3% mostraba obturaciones clase I; 2% aún presentaba dentición temporal, 2% tenía dientes ausentes y no extraídos por caries dental, 1% presentó enfermedad periodontal, 1% tuvo dientes parcialmente erupcionados, otro 1% mostró obturación clase III y el 1% restante presentó dientes extraídos por caries dental.

Respecto a las fuentes de información referentes al mito de que: "por cada embarazo, se pierde un diente"; las variables quedaron de la siguiente forma: 54% mencionó que sus amigos o parientes son los que les informaron de ese mito; 40% adquirió esa información de las revistas domésticas o periódicos. Otras pacientes (38%) dijeron que fue el médico quien se los comentó. Sin embargo, 27% reportó que fue el estomatólogo quien lo dijo. El 54% afirmó que a través de la televisión lo conocieron. En relación con el merolico, sólo 40% de ellas manifestó haber escuchado este concepto de ellos. En cuanto a la radio, 40% de la población de estudio ha escuchado esta información en este medio de difusión; 36% de la población refirió haber oído este mito del brujo bueno, curandero, gemelo, empautado, tlachisque, axotumbo y, finalmente, 51%, se enteró mediante el nagual o hechicero de viboras.

Referente a los datos obtenidos del análisis estadístico se encontró que tanto el *merolico* como el *odontólogo* desempeñaron un papel significativo en la difusión del dicho popular de "por cada embarazo, se pierde un diente" en esta comunidad otomí ($p \leq 0.10$). (Cuadro 1 y 2).

Asimismo se encontró que variables como el *mito del cultivo* y el *cepillado dental* influyeron significativamente en la *caries dental* ($p \leq 0.10$). (Cuadro 2).

Y finalmente, el análisis estadístico demostró que tanto las variables de la *dieta* como el *mito de Dios*, el *amuleto del listón rojo en la cintura*, se asociaron significativamente a la *pérdida de los órganos dentarios por caries dental y enfermedad periodontal* ($p \leq 0.10$). (Cuadro 3).

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede observar que existen algunos factores que afectan el nivel educativo y cultural que prevalece en este grupo étnico otomí, entre ellos se encuentran: el nivel socioeconómico y grado de escolaridad, los cuales también influyen en el estado de salud bucal. (González *et al.*, 1993: 11)

Es de notar que aunque las mujeres de este grupo étnico, pertenecen la mayoría a un estrato socioeconómico bajo con un grado de escolaridad de primaria, la prevalencia de la enfermedad periodontal y la severidad de la caries dental es baja; lo que concuerda con las investigaciones realizadas acerca del índice periodontal en kenianos adultos (Baelum *et al.*, 1988: 445). De hecho, estudios recientes en cuanto a los patrones de pérdida dental, tanto en países industrializados como no industrializados, señalan que la enfermedad periodontal destructiva sólo causa muy poca pérdida dental en pacientes adultos de 50 años de edad o más (Ainamo *et al.*, 1984: 165; Bourma *et al.*, 1985: 323; Baelum y Fejerskov, 1986: 353). Además Baelum *et al.* (1986), también demostró en otra población adulta de Tanzania, que no solamente la enfermedad periodontal constituye una causa menor de pérdida dental, sino también ésta, afectaba a la minoría de la población a pesar de tener una higiene bucal muy pobre. No obstante, tampoco debe descartarse que el aislamiento en el que viven estas comunidades indígenas, posiblemente favorezca la prevalencia baja de estas condiciones bucales; ya que la adquisición de productos alimenticios, tanto cariogénicos como aquellos que favorecen la adhesión bacteriana, no están al alcance de la población.

Respecto a las anomalías de labio y paladar hendido, pese a que su frecuencia fue baja en esta población de estudio, no se debe olvidar, que existe un sinnúmero de variables que juegan un papel muy importante en el desarrollo de éstas durante la gestación; tales como exposición a la radiación, drogas teratogénicas, utilización de fármacos, cambios endocrinológicos, cambios hematológicos, patologías en el embarazo, etc. (Molina y cols., 1994: 42). Es de resaltar, que aunque en esta población el consumo de alcohol así como la ingesta de diferentes tés, es bajo; estas variables deben ser consideradas como factores de riesgo en la prevalencia de anomalías congénitas y abortos espontáneos. (Molina y cols., 1994: 42)

Por otro lado, a pesar de los adelantos científicos que existen actualmente, las tradiciones culturales de los antepasados y los mitos, siguen prevaleciendo y son importantes en los grupos otomíes. Tal es el caso de las anomalías congénitas como el labio leporino y paladar hendido, donde el eclipse de Luna es el factor determinante para que se presente esta patología. Esto coincide con lo reportado por Collins (1994), quien mencionó que el eclipse es un aspecto mitológico importante para este grupo indígena.

En relación con estos mitos ancestrales de la cosmovisión indígena, Mellado (1994) reportó que los chatinos también piensan que si una mujer embarazada observa un eclipse de Sol o de Luna, ésta tendrá un aborto o anomalía congénita, ya que el feto se destruye.

En las comunidades indígenas del Estado de México, el mito del efecto del labio hendido, que causa el eclipse durante el periodo de gestación, es bien conocido y

aceptado (Zoalla, 1994: 229). Además, autores como Ring (1995) reportaron que todavía existe la creencia, que sólo los niños recién nacidos en Luna llena pueden tener labio leporino, ya que para estos grupos indígenas existe una asociación entre esta patología y la Luna.

En cuanto al mito de "por cada embarazo, la mujer pierde un diente" se observó que éste prevalece en esta comunidad otomí. De hecho, Gómez y Verdín (1994), reportaron que dentro de las afecciones odontológicas agudas presentes en el embarazo, sigue existiendo esta creencia popular. Sin embargo, Molina y cols. (1994) demostraron, que aunque este mito ha sido citado frecuentemente, éste es erróneo; ya que no existe mecanismo alguno para el retiro normal del calcio de los dientes como lo hay en los huesos, de manera que el feto no puede calcificarse a expensas de los dientes maternos. Además en 1930, surgió el primer estudio acerca del metabolismo del calcio y fósforo en mujeres lactantes; en el cual se demostró que no existen cambios en la actividad de caries dental durante la lactancia (Hunscher, 1930: 37). Clínicamente es posible observar un aumento de actividad cariosa en las últimas etapas del embarazo o poco después del parto; esto se podría atribuir al descuido de hábitos higiénicos bucales por parte de la embarazada. (Molina y cols., 1994: 42)

En un estudio realizado por Deakins y Looby (1943) sobre el peso específico de la masa del tejido de dentina, se demostró que no había salida de calcio de la dentina sana durante el embarazo. Por lo que este dicho popular, es un concepto equivocado, ya que no existe mecanismo fisiológico alguno, para el retiro normal de calcio de los dientes como lo hay en los huesos largos, de manera que el feto no se calcifica a expensas de los dientes maternos. (Molina y cols., 1994: 42)

Es importante señalar, que los datos obtenidos de la encuesta aplicada, demuestran que es el odontólogo una de las fuentes informativas de la cual trasciende este mito en esta comunidad. Por lo tanto, es necesario reforzar el nivel educativo odontológico al respecto, ya que como se sabe, los cambios presen-

tes en la actividad cariogénica durante el embarazo, o en las últimas etapas del mismo, o bien poco después del parto, se pueden atribuir a la dieta alimenticia de la gestante, y al descuido en los hábitos higiénicos bucales que presenta, ya que su atención está enfocada a otras actividades relacionadas con el nacimiento del bebé como lo señalan Molina y cols. (1994).

Finalmente es necesario resaltar, que aunque esta comunidad otomí sigue creyendo en los mitos y en los amuletos, Dios existe y trasciende también en su cultura, como lo demuestran los datos estadísticos donde el "mito de Dios" se asocia significativamente con la pérdida dentaria.

CONCLUSIONES

1. Pese a que en la actualidad siguen prevaleciendo varios mitos en estas comunidades su prevalencia no es alta.
2. En relación con la salud bucal de estas mujeres embarazadas otomíes, la enfermedad periodontal, la pérdida dental y la presencia o ausencia de labio y paladar hendido, no tuvieron una prevalencia alta. En cuanto al grado de lesión cariosa que se encontró en esta población de estudio, ésta no fue severa.
3. Una asociación significativa se encontró entre la variable del merolico, con la periodontitis ($p \leq 0.10$).
4. Variables como el cepillado dental, el odontólogo y el mito de "la mujer embarazada que al pasar por el cultivo lo marchita y pierde el calcio, cayéndosele el diente" tuvieron una asociación significativa con la caries dental ($p \leq 0.10$).
5. Otras variables como la dieta, el mito de Dios y el amuleto del listón rojo, se asociaron significativamente a la pérdida de los órganos dentarios por caries dental y enfermedad periodontal ($p \leq 0.10$).

ANEXOS

Cuadro 1:

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA ASOCIACIÓN, CORRELACIÓN O DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, MEDIANTE LAS PRUEBAS DE CHI CUADRADA, U DE MANN WHITNEY, WILCOXON Y SPEARMAN.

VARIABLE	RANGOS MEDIOS	M o KW	p
Nivel socioeconómico	M = 54 B = 48	U = 1047	.22
Escolaridad	1=43 2=52 3=49 4=56 5=47	Kwchi ² = 4.92	.55
Escolaridad recod		R = .03	.74
Dieta	B = 48 R = 51 M = 47	Kwchi ² = .39	.82
Atención requerida	1=37 2= 34 3=34 4=35	Kwchi ² = .21	.97
Mito del cultivo	Si = 51 No = 49	U = 1195	.71
Mito Dios	Si = 55 No = 47	U = 990	.11
Mito eclipse	Si = 51 No = 50	U = 880	.88
Mito ojo	Si = 49 No = 51	U = 1175	.62
Mito susto	Si = 49 No = 51	U = 1179	.77
Amuleto del listón rojo	Si = 51 No = 50	U = 1171	.96
Amuleto del seguro cruzado	Si = 48 No = 52	U = 1096	.47
Amuleto del espejo cerca de la cama	Si = 50 No = 50	U = 1215	.98
Amuleto de las tijeras abiertas	Si = 51 No = 50	U = 122	.97
Amuleto del recipiente con agua	Si = 52 No = 49	U = 1094	.65
Amuleto de colocar un trozo de obsidiana	Si = 47 No = 51	U = 910	.42
Amuleto de golpear metales	Si = 54 No = 49	U = 1008	.37
Amuleto del eclipse	Si = 49 No = 52	U = 1153	.50
Drogas recod.	1=53 2=59 3=42 4=47	Kwchi ² = 4.11	.25
Conocido, amigo o pariente	Si = 49 No = 52	U = 1166	.57
Revista o periódico	Si = 51 No = 50	U = 1195	.97
Médico	Si = 50 No = 51	U = 1153	.82
Odontólogo	Si = 47 No = 52	U = 899	.47
Televisión	Si = 50 No = 51	U = 1227	.91
Radio	Si = 48 No = 51	U = 1170	.82
Merolico	Si = 56 No = 47	U = 984	.10*
Brujo bueno	Si = 49 No = 51	U = 1090	.38
Nagual o hechicero de víboras	Si = 50 No = 51	U = 1230	.38
Cepillado	1=35 2=47 3=56 4=58	Kwchi ² = 5.6	.12

* Significativo ($p \leq 0.10$)

Cuadro 2

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA ASOCIACIÓN, CORRELACIÓN O DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y LA CARIES DENTAL, MEDIANTE LAS PRUEBAS DE CHI CUADRADA, U DE MANN WHITNEY, WILCOXON Y SPEARMAN.

VARIABLE	RANGOS MEDIOS	M o kv	p
Nivel socioeconómico	M = 53 B = 59	U = 118	.5
Escolaridad	1=46 2=50 3=52 4=52 5=51 6=54 7=21	Kwchi ² = 2.7	.90
Escolaridad recod.		R = .004	.90
Dieta	B = 55 R = 49 M = 46	Kwchi ² = 1.46	.48
Atención requerida	1=47 2=39 3=58 4=55 5=55	Kwchi ² = 7.4	.11
Mito cultivo	Si = 56 No = 46	U = 1007	.08*
Mito Dios	Si = 53 No = 49	U = 1082	.38
Mito eclipse	Si = 45 No = 54	U = 985	.11
Mito ojo	Si = 52 No = 49	U = 1167	.59
Mito sunto	Si = 52 No = 50	U = 1173	.74
Amuleto del listón rojo	Si = 48 No = 52	U = 1064	.40
Amuleto del seguro cruzado	Si = 50 No = 51	U = 1156	.81
Amuleto del espejo cerca de la cama	Si = 52 No = 49	U = 1142	.58
Amuleto de las tijeras abiertas	Si = 52 No = 49	U = 1163	.65
Amuleto del recipiente con agua	Si = 49 No = 52	U = 10873	.60
Amuleto de colocar un trozo de obsidiana	Si = 48 No = 51	U = 937	.57
Amuleto de golpear metales	Si = 57 No = 49	U = 1042	.54
Amuleto del eclipse	Si = 54 No = 46	U = 1031	.12
Drogas	M=44 A=55 H=51 M=45	Kwchi ² = 2.27	.51
Conocido, amigo o pariente	Si = 52 No = 49	U = 1181	.66
Revista o periódico	Si = 54 No = 48	U = 1070	.34
Médico	Si = 52 No = 50	U = 1152	.73
Odontólogo	Si = 59 No = 48	U = 767	.07*
Televisión	Si = 51 No = 50	U = 1239	.98
Radio			
Merolico			
Brujo bueno	Si = 56 No = 47	U = 956	.14
Nagual o hechicero de viboras	Si = 53 No = 48	U = 1115	.33
Cepillado	1=33 2=52 3=38	Kwchi ² = 6.6	.08*
Drogas recod.	1=48 2=54 3=55 4=48	Kwchi ² = 1.15	.76

* Significativo ($p \leq 0.10$)

Cuadro 3

RESUMEN ESTADÍSTICO DE LA ASOCIACIÓN, CORRELACIÓN O DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LAS VARIABLES DE ESTUDIO, RESPECTO A LOS ÓRGANOS DENTARIOS PERDIDOS POR CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL, MEDIANTE LAS PRUEBAS DE CHI CUADRADA, U DE MANN WHITNEY, WILCOXON Y SPEARMAN

VARIABLES	RANGOS	M o Kw	p
Nivel socioeconómico	M = 50 B = 50	U = 1207	.98
Escolaridad	1=49 2=53 3=54 4=47 5=47 6=56 7=38	kw = 2.8	.82
Escolaridad record.		R = -.07	.44
Dieta	B = 57 R = 48 M = 43	chi ² = 51	.07*
Atención requerida	1=37 2=33 3=35 4=35 5=44	chi ² = 3.85	.42
Mito cultivo	Si = 50 No = 50	U = 1238	.94
Mito Dios	Si = 56 No = 46	U = 973	.013*
Mito eclipse	Si = 50 No = 50	U = 1198	.98
Mito ojo	Si = 52 No = 47	U = 1117	.25
Mito sueno	Si = 53 No = 48	U = 1097	.25
Amuleto del listón rojo	Si = 44 No = 53	U = 966	.04*
Amuleto del seguro cruzado	Si = 50 No = 50	U = 1183	.95
Amuleto del espejo cerca de la cama	Si = 50 No = 50	U = 1204	.90
Amuleto de las tijeras abiertas	Si = 51 No = 48	U = 1145	.45
Amuleto del recipiente con agua	Si = 49 No = 51	U = 1119	.75
Amuleto de colocar un trozo de obsidiana	Si = 55 No = 48	U = 871	.16
Amuleto de golpear metales	Si = 52 No = 49	U = 1041	.43
Amuleto del eclipse	Si = 51 No = 48	U = 1162	.46
Drogas	1= 50 2 =47 3=58 4 48	kw = 2.7	.43
Conocido, amigo o pariente	Si = 52 No = 48	U = 1147	.38
Revista o periódico	Si = 50 No = 50	U = 1191	.38
Médico	Si = 54 No = 48	U = 1032	.16
Odontólogo	Si = 56 No = 48	U = 831	.11
Televisión	Si = 50 No = 50	U = 1234	.94
Radio	Si = 53 No = 48	U = 1098	.33
Merolico	Si = 47 No = 52	U = 1080	.26
Brujo bueno	Si = 55 No = 47	U = 986	.11
Nagual o hechicero de víboras	Si = 49 No = 51	U = 1192	.59
Cepillado	1=45 2 =49 3=42 4=48	kw = .76	.85

* Significativo a $p \leq 0.10$

BIBLIOGRAFÍA

- Ainamo J.; L. Sarkki; M. L. Kuhlampi; L. Palopampi; O. Piirio (1984), "The frequency of periodontal extractions in Finland", *Community Dent Health*, 1:165-172.
- Amizabalaga, A. R. y cols. (1996), *Visión cultural de la medicina otomí, un estudio en San Lorenzo Malacota, municipio de San Bartolo Morelos, Estado de México*, Cuaderno de Investigación, Tercera época, 13:3-53.
- Baelum, V.; O. Fejerskov (1986), "Tooth loss as related to dental caries and periodontal breakdown in adult Tanzanians", en *Community Dent. and Oral Epidemiol.* 14:353-357.
- Baelum, V.; O. Fejerskov; T. Karring (1986), Oral hygiene, gingivitis and periodontal breakdown in adult Tanzanians, *J. Periodontol Res.* 21:221-232.
- Baelum V.; O. Fejerskov; F. Manji (1988), "Periodontal diseases in adult Kenyans", en *J. Clin. Periodontol.* 15:445-452.
- Bouma, J.; R. M. H. Schaub; A. C. M. Van de Poel, (1985), "Periodontal status and total extraction in a medium sized city in the Netherlands", en *Community Dent. and Oral Epidemiol.* 13:323-327.
- Collins, L. (1994), *Fiestas de los pueblos indígenas, ritual y conflicto*, México: INI, 7-117.
- Deakins M.; J. Lobby J., (1943), "Effect of pregnancy on mineral content of human teeth", en *Am J Obstet. Gynecol* 6:265.
- Gómez J. F.; L. Verdín (1994), "Uso racional de anestésicos locales en el embarazo", *Práctica Odontológica*, 15(11):9-11.
- González, M.; R. Cabrera; S. G. Grossi; F. Franco, A. Aguirre (1993), "Prevalence of dental caries and gingivitis in a population of Mexican schoolchildren", en *Community Dent and Oral Epidemiol.* 21:11-4.
- Gutiérrez M.; R. Morales (1998), *Caries in Deciduous Teeth as Potential Predictor of Caries in Permanent Teeth*, *J. Dent. Res.* 72: 229 (IADR Abstract # 1004).
- Hunscher, H. A.; (1930), "Metabolism of women during reproductive cycle II. Calcium and phosphorous utilization in two successive lactation periods", en *J. Biol. Chem.*, 86: 37.
- Mellado, C. V.; (1994), *La medicina tradicional de los pueblos indígenas*, México, INI.
- Molina J. L.; C. Zaragoza; S. Galindo; F. J. Guerrero (1994), "Embarazo, la boca y la medicina", en *Revista de la ADM*, 8(8): 42-50.
- Ring, E. M.; (1995), *Historia ilustrada de la odontología*, 2a. ed., Barcelona, Mosby/Doyma Libros.
- Zoalla, C. (1994), *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, México: INI.

Requisitos para la publicación de artículos en la revista Antropoformas

Los puntos que a continuación se mencionan, tienen como finalidad acelerar el proceso de publicación de los artículos, reseñas y noticias que aparezcan en la revista *Antropoformas*, y que tomamos como requisitos mínimos indispensables:

- Deben contener un mínimo de 15 cuartillas a doble espacio y un máximo de 50.
- Los originales deben ser entregados en Microsoft Word 97 o versiones menores, a la coordinación de la revista en la Facultad de Antropología de la UAEM.
- Los artículos deben ser referentes a las distintas ramas de la antropología preferentemente, aunque no se descartan otras ciencias como la historia y demás ciencias sociales.
- Las reseñas y noticias tendrán un mínimo de una cuartilla y tres como máximo.
- Los materiales deberán ser entregados con original impreso.
- No se aceptarán artículos incompletos ni en borrador.
- Los textos se deberán estructurar de la siguiente manera: introducción, desarrollo del tema, conclusiones y bibliografía.
- Las referencias bibliográficas deben contener en orden: apellido, nombre del autor, título, país, editorial, lugar de edición y páginas.
- Se aceptan textos en inglés, reservándonos la responsabilidad de la traducción.
- Nos reservamos la responsabilidad de la traducción de textos en español al idioma inglés.
- Los trabajos recibidos deberán ser originales y será responsabilidad del autor su contenido.

Nota: ni los disquetes ni los originales en papel serán devueltos a sus autores.



Universidad Autónoma del Estado de México
UAEM

NEZAHUALCÓYOTL
2002
El rey poeta

