

## ¿Enfermedad para quién? : Saber popular entre los triquis

Zuanilda Mendoza González\*

---

Acercarnos a la enfermedad parecería relativamente sencillo si lo hacemos a partir de la concepción que tiene la biomedicina, cuyo enfoque parte de la integración de entidades nosológicas construidas por un conjunto de signos y síntomas, con una etiología, un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento.<sup>1</sup> Como si la enfermedad existiera por sí misma; y por lo tanto, siempre que se presentara ante los ojos del médico, se manifestara de igual forma.

Sin embargo, la enfermedad presenta una doble construcción: la que

se da a través del médico y la que se expresa a través del enfermo; ambas, aunque de manera diferente, están condicionadas por lo social, lo cultural y lo técnico.

La biomedicina, con la dimensión biológica como eje de su saber, concibe al enfermo como un conjunto de aparatos y sistemas y elimina su dimensión cultural y la de su entorno comunitario; pierde de vista lo histórico-social, que al igual que lo biológico lo constituyen en sujeto.

La medicina denominada científica identifica un conjunto de enfermedades a las que clasifica y trata; pero excluye las prácticas y representaciones que proceden de los sabe-

\* Antropóloga Social, ENAH.

<sup>1</sup> Nos referimos a los lineamientos clínicos que la biomedicina establece para el estudio de las enfermedades.

res subordinados, entre los que se encuentra la medicina *tradicional*.<sup>2</sup> Aquello que la biomedicina no reconoce, no lo ve y por ende no existe para ella; si acaso, reconoce su existencia sólo en la mente de aquellos que no son *doctos* en el conocimiento médico y por lo tanto forman para ella parte de la superstición.

Por otro lado, la descripción y análisis de la mayoría de los trabajos antropológicos en el campo de la salud/enfermedad se enfocan generalmente al estudio de aquellas enfermedades que son tratadas por los curadores populares; y dejan de lado enfermedades que reconoce la medicina denominada científica. Esta polarización en el abordaje de estudio del proceso salud/enfermedad/atención produce casi siempre enfoques parciales que limitan la posibilidad de un acercamiento que conjunte la visión de lo biomédico y lo popular.

De lo anterior surge la inquietud de aproximarnos a la enfermedad, tal como la identifica el saber popular, sean estas enfermedades definidas o no en términos alopáticos.<sup>3</sup>

Partimos de la base de que si bien se ha dado una penetración socioeconómica y cultural de la medicina alopática en los diversos grupos sociales, existe también toda una serie de factores que condicionan o limitan su influencia, o bien, favorecen un pro-

ceso de síntesis entre elementos de la biomedicina y de la medicina popular, donde la tendencia dominante sería la aceptación progresiva de la medicina denominada *científica*.

Estamos de acuerdo en considerar el proceso salud/enfermedad/atención como una de las áreas de la vida cotidiana donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades. Estas se han desarrollado dentro de un proceso histórico, caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada. (Menéndez, 1994).

El saber popular del proceso salud/enfermedad atención, se da entre los grupos sociales y sus integrantes; es ahí donde se articulan las representaciones y prácticas de la medicina popular con las adquiridas a partir del saber biomédico. Desde esta perspectiva, consideramos fundamental acercarnos al reconocimiento de los procesos concretos, que se dan como respuesta ante los problemas de salud/enfermedad y avanzar en la identificación de los fenómenos de articulación, síntesis y transformación existentes.

Reformularé aquí mi pregunta inicial, ¿Enfermedad, para quién? Si la enfermedad es vista por el médico no tendría sentido el cuestionamiento, ya que para él la enfermedad es una, ha sido clasificada y descrita previamente, así se la diagnostica y trata; pero si la enfermedad es vista por el paciente, su grupo familiar o social -que a fin de cuentas son quienes la

<sup>2</sup> Para una revisión crítica del concepto *medicina tradicional*, ver los trabajos de Menéndez (1986,87 y 94).

<sup>3</sup> La información presentada en este artículo constituye parte de la tesis *De lo biomédico a lo popular, el proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala*; Mendoza G. Zuanilda, México, 1994.

viven y la padecen- la situación se complejiza, porque la clasificación y descripción biomédica son insuficientes para dar respuesta a la expresión concreta de una enfermedad, donde lo sociocultural tiene un peso fundamental.

Para acercarnos al saber popular del proceso salud/enfermedad/atención, se presenta a continuación la información obtenida de una investigación sobre las representaciones y prácticas alrededor de la enfermedad en la comunidad triqui de San Juan Copala, estado de Oaxaca.<sup>4</sup>

Primero, describiré el panorama epidemiológico que caracteriza a la población y que permitió ubicarnos en los principales daños a la salud que aquejan a esta comunidad, así como sus repercusiones. En segundo término, se describen los recursos populares y biomédicos que se ofertan en la población. Por último, se hace una descripción y análisis de las representaciones y prácticas acerca de cuatro enfermedades infantiles (infecciones respiratorias agudas, síndromes diarréicos, mal de ojo y espanto) que por

su frecuencia, mortalidad y significado cultural, son representativas de la enfermedad en San Juan Copala.

## ENFERMEDAD Y ATENCION

### ENTRE LOS TRIQUIS

Los triquis -como la gran mayoría de los grupos indígenas- muestran una tendencia a incorporar la ideología, economía y política generadas por la sociedad nacional, con un proceso de migración en aumento, incorporación creciente de los migrantes a la dinámica urbana, limitación de su capacidad adquisitiva y presencia constante de recursos médicos alópatas en la región. Sus condiciones de vida son de extrema pobreza. Los triquis están sometidos a la explotación económica y manipulación política, lo que genera situaciones de violencia en la región, aún en la actualidad. (García, 1983; Millán, E.1982; Martell, 1985; Huerta, 1981).

Los datos epidemiológicos locales nos reportan una tasa muy alta de natalidad en la comunidad en comparación a la del municipio a que pertenece; Copala tiene una tasa de natalidad de 50.39X1,000, en relación a 18.01X1,000 en el municipio de Juxtlahuaca. Así como nacen muchos nuevos triquis, también son muchos los que mueren; la mortalidad general muestra una tasa de 8.21X1,000, casi el doble de la tasa nacional para ese mismo año (1988) que fue 4.79X1,000, aunque similar al contexto del estado

<sup>4</sup> La comunidad de San Juan Copala es el centro religioso, político y económico de la región triqui baja, ubicada en el municipio de Juxtlahuaca, estado de Oaxaca, en la mixteca alta. Su población total en el año de 1989 era de 629 habitantes, integrados en 95 familias. Agencia administrativa, de ella dependen 26 comunidades. Está comunicada por carretera de terracería a las cabeceras municipales que la rodean. Cuenta con luz eléctrica y agua a través de hidrantes públicos, no existe red de drenaje. El analfabetismo se presenta en un 22% de la población, el monolingüismo en el 25.5%. Existe escuela primaria y secundaria en la localidad. Las principales actividades productivas son la agricultura, la artesanía textil y los servicios (maestros y empleados municipales), así como una migración en aumento.

de Oaxaca que tiene la tasa más alta en mortalidad a nivel nacional (7.78 X1,000), (SSA; 1992). La mortalidad infantil representa el 13.3% de la mortalidad general con una tasa de 35.9 X1,000, nuevamente más alta que la tasa nacional y la de zonas indígenas, 24.07 y 29.8 respectivamente (SSA; 1992). La mortalidad materna reporta una tasa de 26.38X1,000.

Las madres de familia entrevistadas refirieron la muerte de menores de cinco años en sus familias en un 40%, estos datos son más altos que los reportados por las fuentes oficiales.

Las principales causas de mortalidad general de esta población son: infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales; en segundo término, violencia y accidentes; y en porcentajes inferiores, desnutrición, tuberculosis y mortalidad materna. (Registro civil, 1989).

La alta incidencia de enfermedades infectocontagiosas en la comunidad son un reflejo de las deficientes condiciones sanitarias (falta de agua potable, drenaje y manejo inadecuado de basura), así como la nula intervención de las autoridades estatales en la resolución de esta problemática. La situación de violencia social y política que se vive en la región se hace manifiesta entre la población por medio de una alta incidencia de muertes por homicidios.

En relación a la morbilidad general, son los cuadros infectocontagiosos y parasitarios los que predominan; le siguen las enfermedades musculoesqueléticas, dermatológicas y traumatismos. El 40% del total de las

enfermedades reconocidas por la población fueron enfermedades populares. Latido, espanto, aires y brujería se identificaron en el quinto, séptimo, noveno y décimo lugar, respectivamente. Entre la población infantil, las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias siguen siendo las principales causas de demanda de atención. Con menor frecuencia se identifican el mal de ojo, espanto, aires e hinchazón.

Es evidente que las condiciones de salud/enfermedad en la comunidad son deplorables; la gente se enferma y muere por patologías que, a nivel nacional, han dejado paso a las enfermedades crónico degenerativas. Los triquis todavía padecen, diagnostican y se tratan de enfermedades reconocidas por la medicina popular; las cuales constituyen un problema real de salud entre sus habitantes, e incluso pueden producirles la muerte.

Los recursos para la atención de la enfermedad con los que cuenta la población proceden de la biomedicina y de la medicina popular. La biomedicina está presente en la comunidad desde hace más de 30 años; desde entonces, los triquis conviven y hacen uso de ella. La medicina alópata está representada por tres instituciones (SSA, INI y congregación religiosa), que cuentan con tres médicos y dos enfermeras. Las instituciones de salud, proporcionan servicios de salud considerados como de baja complejidad y que se denominan generalmente del primer nivel de atención.<sup>5</sup> Los

<sup>5</sup> La noción de niveles de atención en salud se identifican con los recursos humanos y tecnológicos

recursos biomédicos pueden parecer excesivos para el volumen de población, ... *para qué tanto, para esta gente...* como me comentó uno de los médicos del centro de salud de Copala; sin embargo, lo habitual es la ausencia del personal de salud y la falta de recursos materiales.

Los recursos populares de atención a la enfermedad son cuantitativamente mayores que los biomédicos; la comunidad cuenta con siete curadores: tres parteras y cuatro brujos.<sup>6</sup> Ellos realizan su actividad médica con regularidad, ya que la población demanda sus servicios de manera continua.

## ¿ENFERMEDAD, PARA QUIEN?

Los datos hasta aquí presentados nos permiten confirmar que los grupos

de resolución de problemas de salud. El primer nivel o atención primaria en salud, teóricamente es aquella que se ofrece a la población en sus lugares de vida o trabajo, no utiliza sistemas complejos de diagnóstico y tratamiento. Idealmente el 85% de los enfermos deberían ser diagnosticados y tratados en este nivel. El segundo nivel, incorpora la hospitalización y el manejo de los enfermos por los especialistas básicos: ginecobstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía. El tercer nivel, es el que cuenta con los servicios más complejos y con toda la gama de especialidades para atender a los pacientes con problemas diagnósticos y terapéuticos que por razones de costo y disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos no pueden ser manejados a primero o segundo nivel. Todos los niveles en conjunto deberían conformar una oferta integrada de servicios, diseñados para garantizar la accesibilidad y continuidad de la atención en salud. (Mora, 1990).

<sup>6</sup> En San Juan Copala se denomina brujos de manera genérica a todos los curadores populares. El término no hace referencia directamente a prácticas de maldad.

étnicos, cómo los triquis, presentan condiciones muy negativas respecto del proceso salud/enfermedad/atención; con las tasas más altas de mortalidad general, infantil, materna, etc; y con las peores condiciones de infraestructura sanitaria, que condicionan la presencia y mantenimiento de toda una serie de padecimientos considerados *evitables* en términos de mortalidad; ya que la mayoría son erradicables o por lo menos abatibles a partir de tecnología biomédica y social existente. (Menéndez, 1994 b).

Las instituciones estatales y las no gubernamentales reconocen las condiciones deplorables de salud en que se encuentra la población indígena; como lo demuestran recientes publicaciones:

De acuerdo con la información generada mediante el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en 1991 las principales causas de enfermedad entre los indígenas, a nivel nacional, fueron de origen infeccioso en el 80% de los casos. El primer sitio estuvo representado por las infecciones respiratorias agudas con 59.8%, seguidas de infecciones del aparato digestivo como las infecciones intestinales (31.8%). Además de estos padecimientos se identificaron enfermedades de la piel como sarna y dermatomycosis. Los grupos de edad más afectados por los padecimientos infecciosos corresponden a los extremos de la vida, en particular los menores de cinco años. (Secretaría de Salud/INI; 1993).

La niñez indígena sigue aportando cifras alarmantes en materia de enfermedades gastrointestinales, parasita-

rias, respiratorias, dérmicas, metabólicas y nutricionales, así como afecciones y accidentes perinatales.

Como han señalado las instituciones que laboran en las áreas indígenas, un grupo de padecimientos benignos o controlados en otros sectores de población, siguen siendo causa importante de enfermedad, invalidez y muerte entre los niños indígenas. (Fideicomiso para la salud de los pueblos indígenas. A.C.; 1993).

Estas declaraciones concuerdan con los datos que se encontraron entre los niños triquis, son ellos los más expuestos a enfermar y a morir; por esta razón, fue la población infantil y sus enfermedades la seleccionada como el grupo de enfoque en esta investigación.

Elegimos cuatro enfermedades infantiles por su importancia en la comunidad; no sólo en términos de frecuencia, sino sobre todo por su repercusión en la mortalidad y el significado que tienen en la población. Las enfermedades seleccionadas son: infecciones respiratorias agudas, diarreas, mal de ojo y espanto.<sup>7</sup>

A través de la descripción de estas cuatro enfermedades se estudiaron los saberes que las madres de familia tienen acerca de la frecuencia, distribución, etiología, cuadro clínico, diagnóstico,

complicaciones, pronóstico, prevención y tratamiento de dichos padecimientos. El objetivo central del trabajo está orientado a describir y analizar la combinatoria y síntesis de las representaciones y prácticas populares y aquellas adquiridas de la biomedicina.

La madre de familia se constituyó en nuestra principal fuente de información, ya sea como informante clave o en el desarrollo de la consulta médica. Por ser ella la encargada de las funciones diagnósticas y curativas a nivel familiar, es la que mayor contacto tiene con la medicina científica y por lo tanto, la que asumirá la síntesis de las representaciones populares y las biomédicas. Las madres de familia se seleccionaron por su pertenencia a los sectores sociales en que se estratificó la población: agricultores, artesanos, maestros y migrantes; tratando de encontrar una aceptación diferencial del saber biomédico.

Se obtuvo también información de los escolares, para compararla con las representaciones y prácticas de las madres de familia y así tener una visión de las posibles transformaciones del saber médico popular entre la población joven.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Durante el desarrollo del trabajo de campo surgió información significativa acerca de otras enfermedades que no habían sido seleccionadas: brujería, caída de mollera, aires y dorsalgias. Esta información no fue incluida en este texto por limitaciones de espacio. Para su consulta, remitirse a la tesis ya mencionada.

<sup>8</sup> La metodología utilizada fue una combinación de técnicas antropológicas y médicas, mi desempeño como médica en la comunidad permitió adentrarme en la problemática en una posición complementaria. La observación participante, las entrevistas a profundidad y la aplicación de cuestionarios al total de la población y en especial a los escolares fueron los instrumentos utilizados.

## INFECCIONES RESPIRATORIAS

### AGUDAS

Por infecciones respiratorias agudas la biomedicina reconoce aquellos cuadros clínicos que afectan las estructuras anatómicas de nariz, faringe, amígdalas y laringe, cuya etiología es principalmente un agente microbiano.

En la actualidad, las infecciones respiratorias agudas siguen ocupando entre la población indígena a nivel nacional un lugar prioritario en su morbilidad general, se menciona que para 1991, ocupan el primer lugar entre las enfermedades infecciosas, con un 59.8%. (Secretaría de Salud/INI; 1993). Las enfermedades respiratorias agudas que se describen y analizan en este apartado son: gripa y anginas.

Entre la población de Copala las infecciones respiratorias agudas son de alta frecuencia (22.10% de la demanda de consulta del centro de salud), ocupando el primer lugar en la morbilidad general; los escolares las identificaron como la tercera causa de enfermedad en sus familias. Se presenta entre los niños de todos los sectores de la población: *...los niños de lo que más seguido se enferman es de gripa.*

Los datos proporcionados por las madres de familia acerca de la etiología son diversos: crecimiento de las *anginas* por caerse, por tomar los alimentos fuera de su horario, *malpasarse al comer*, tomar alimentos fríos o exponerse a los cambios de temperatura e incluso el aire de muerto que enfría a los niños. La noción de contagio está

presente en esta enfermedad, pero no se aplica a la transmisión por secreciones corporales (saliva, moco, etc.) ni tampoco a la transmisión microbiana.<sup>9</sup>

Se clasifica a la gripa y anginas como *enfermedades de adentro* en contraposición con las *enfermedades de afuera* (mal de ojo, espanto, brujería) que son causadas esencialmente por *aires*. Los *aires*, como esencias contaminantes transmisoras de enfermedades, proceden de la violencia, la muerte o las malas acciones. Los sucesos sociales, más que los ecológicos, se asocian desde el punto de vista causal con gran variedad de dolencias o padecimientos.

Las anginas y gripa son reconocidos como cuadros agudos, con una evolución autolimitada. En general, se consideran estas dos enfermedades como leves, *de la que se curan rápidamente*; sin embargo, las madres mencionan la posibilidad de muerte por esta causa en niños pequeños, por ser más susceptibles a las complicaciones.

El pronóstico de la enfermedad se basa en diversos criterios, algunas madres hablan de *la suerte* como el factor determinante para que una enfermedad evolucione bien o mal: *...hay niños que de gripas se pueden morir, ésa es su suerte, los acaba la calentura y se mueren.*

Las medidas preventivas que las madres reconocen son: no exponer al niño al frío, evitar alimentos de categoría fría, evitar cambios bruscos de

<sup>9</sup> Al hablar de contagio nos referimos a la concepción microbiana de transmisión de enfermedades infecciosas. Concepto ampliamente elaborado y difundido por la biomedicina.

temperatura, evitar caídas y no *malpasearse a la hora de comer*.

Las medidas terapéuticas reconocidas se dirigen hacia aspectos sintomáticos de la enfermedad: para la calentura, hierbas no especificadas o Neomelubrina; para la tos, té o baños con eucalipto y jarabes que se compran en la farmacia. Otra terapia que se realiza en el ámbito doméstico, es *sobar* las anginas por dentro y por fuera, con tomate verde y aceite de olivo (se utiliza para acomodarlas en su lugar), esta terapia tiene reconocimiento porque disminuye el dolor. El manejo dietético de las infecciones respiratorias altas se orienta a evitar que se tome refresco o dulce *... porque hacen más tos...*, se procura tomar limón con miel o limón con aguardiente, esto último entre los adultos. Un 20% de las madres refirieron el manejo de estos padecimientos a través de las terapias del brujo, ellas consideran la acción terapéutica del brujo efectiva cuando *... la gripa es causada por el aire de un muerto, aire que enfría al niño y ocasiona la enfermedad...*; la acción del brujo cura en estos casos, porque extrae ese aire y logra la remisión de la enfermedad; el resto de las madres (80%) consideran que la gripa no es enfermedad que cure el brujo. La terapia médica es la que recibe el reconocimiento de todas las madres por su eficacia, aún cuando no siempre se recurre a ella.

Es lo popular lo que tiene mayor peso en las representaciones de las madres acerca de estas enfermedades, principalmente en los aspectos relacionados con etiología. El concepto de

transmisión de la enfermedad se refirió en el grupo de maestras y migrantes, aunque se relaciona con el contacto de enfermos y no con la presencia de agentes microbianos, esto nos muestra transformaciones derivadas del saber biomédico.

Las representaciones que tienen las madres acerca de la terapéutica que debe ser usada, se refieren a recursos introducidos por la práctica biomédica, que ellas reconocen como eficaz; no dejando por ello de reconocer medidas domésticas de tipo manual o herbolario y en menor proporción la curación por un especialista tradicional, aunque esta última terapia sea cuestionada por la mayoría de ellas.

La patología conocida como caída de mollera es un diagnóstico diferencial en las representaciones de las madres ante las infecciones respiratorias agudas. Ya que cruza con catarro, obstrucción nasal, pérdida del apetito y su terapia es muy semejante a las maniobras de tronar las anginas.

## SINDROMES DIARREICOS

Las infecciones intestinales son la segunda causa de enfermedad de origen infeccioso en las poblaciones indígenas a nivel nacional; se reportan en un 31.8%, sólo después de las infecciones respiratorias agudas. (Secretaría de Salud/INI; 1993). La niñez indígena sigue aportando cifras alarmantes en materia de enfermedades gastrointestinales, parasitarias, respi-

ratorias y nutricionales, así como afecciones y accidentes perinatales.

Los síndromes diarreicos se registran en los informes médicos institucionales de Copala como la segunda causa de morbilidad general en la población, predominando entre los menores de cinco años de edad. En la encuesta realizada por nosotros, las madres identifican a la diarrea como la segunda causa de enfermedad en sus hijos; y los escolares la ubican como la primera causa de enfermedad en sus familias.

El síndrome diarreico puede formar parte de una enfermedad, como en el caso de disentería, parasitosis intestinal, mal de ojo, susto, empacho, etc.; o bien, identificarse como una enfermedad por sí misma.

Tener diarrea es parte de la manera de vivir en Copala. Las madres ven como normal que el niño la tenga; no dan mayor importancia al dato clínico durante los primeros tres o cuatro días, siempre y cuando la diarrea no sea muy intensa y no afecte el estado general del niño, ya que frecuentemente los cuadros clínicos se autolimitan; pero si el cuadro clínico persiste, la madre toma medidas domésticas iniciales. Hay que mencionar que no se hace uso de medidas dietéticas en el manejo terapéutico.

Entre las representaciones que las madres tienen de esta patología sobresale el concepto de frialdad, el cual está presente en la etiología, clasificación, manifestación clínica, prevención y tratamiento de la enfermedad: *...cuando los niños andan jugando calientes y luego toman agua fría o se meten en el río, eso*

*hace que se enfríe su cuerpo y les de diarrea, hacen aguado....* No obstante, la presencia de moco en las evacuaciones no es una característica reconocida en el cuadro clínico.<sup>10</sup>

El calor en exceso que entra en el cuerpo también puede ser causa de diarrea, pero en este caso son evacuaciones con moco y sangre (disentería).

Un reducido porcentaje de las madres identificó la falta de higiene como causa de la diarrea, pero la mayoría de ellas no la relacionan con esta enfermedad. La deficiente higiene de las manos y alimentos se reconoce como elemento tangible que puede ocasionar la diarrea; no obstante, las prácticas domésticas de hervir el agua y desinfectar frutas y verduras no son consideradas como elementos preventivos de la enfermedad.

Cuando al síndrome diarreico se le adjudica una etiología mágica, pasa a constituir parte de otra enfermedad; como en los casos del mal de ojo, espanto o brujería. Muchos cuadros de diarrea crónica son adjudicados al incumplimiento de normas sociales por los padres: no haber realizado la adecuada petición de la novia, incumplimiento de mayordomías, no cumplir con los muertos, no hacer el ritual del baño de temazcal durante el puerperio, entre otros.

Es frecuente que el diagnóstico inicial de diarrea por enfriamiento cambie al transcurrir la evolución de

<sup>10</sup> La diarrea por frío es identificada entre algunos grupos étnicos con abundante moco, como lo refiere la bibliografía sobre la enfermedad en población prehispánica. Para una revisión de la frecuencia y características de las enfermedades diarreicas entre la población prehispánica, acercarse a la obra de Viesca (1984).

la enfermedad, sobre todo cuando la diarrea se prolonga más de diez días; reelaborándose el diagnóstico hacia una entidad más específica y generalmente dentro del ámbito de lo popular (espanto, aire). No se elaboran diagnósticos de enfermedades reconocidas por la biomedicina como son amibiasis o infecciones intestinales.

Las madres reconocen la gravedad del padecimiento y existe la representación de que es causa de muerte infantil, aunque no se atiende de inmediato.

El manejo terapéutico se inicia sólo ante la persistencia del cuadro clínico o ante la presencia de datos de gravedad: deshidratación, mal estado general, edema (hinchazón) o síndrome disentérico (diarrea con moco y sangre). Esta conducta de no hacer nada ante la enfermedad se observa principalmente en el sector de artesanos y campesinos, aunque también algunas familias de maestros la presentan. Los migrantes son los que prefieren iniciar de manera más temprana la terapia de las diarreas y utilizan con más frecuencia fármacos de patente en el tratamiento, ya sea por autoatención o prescripción médica.

En el terreno de la prevención, la medida identificada por las madres como la más difundida es cubrir el ombligo para evitar que se introduzca el frío en el cuerpo: *...las señoras de acá traen a su nene con un trapo que les tapa el ombligo, así amarrado, no lo quitan para nada porque les da miedo que se enfríe el nene y le de diarrea...*, esta medida es seriamente criticada y abandonada por la mayoría de las madres. No obs-

tante, otras medidas relacionadas con la prevención del enfriamiento tienen mayor credibilidad y por lo tanto vigencia: como evitar alimentos de categoría fría,<sup>11</sup> no someterse a cambios de temperatura, etc. No se mencionó ninguna medida preventiva relacionada con la higiene de agua y alimentos; la contaminación por excretas y basura no se asocia con la presencia de cuadros diarreicos, tampoco se reconoce por la población como enfermante; y menos aún se le da manejo, no obstante ser parte fundamental en los programas de educación para la salud que imparten las instituciones que laboran en la comunidad. Es decir, que estos conceptos de higiene de agua y alimentos, manejo de excretas y basura, no han sido integrados en el saber popular de esta enfermedad.

En el campo de lo terapéutico, son fundamentales las medidas que se llevan a cabo en lo doméstico; donde se integran el uso de medicamentos de patente reconocidos ampliamente como eficaces y la preparación de tés medicinales clasificados como calien-

<sup>11</sup> La polaridad frío-calor es un sistema explicativo cultural que se observa en toda Mesoamérica; en este trabajo aparece en todos los síndromes descritos. Esta clasificación la observamos en relación a alimentos, hierbas medicinales, fármacos, procesos fisiológicos y enfermedades, aún cuando la categoría no es aplicada en forma homogénea por todas las madres. Se clasifican como alimentos fríos: la carne de puerco, manteca, frijol, quelites, plátano, naranja, papaya, piña, limón, huevo, alcohol, agua y cerveza; como alimentos calientes, la tortilla, el chile y el aguardiente. Los alimentos pueden transformarse de fríos a calientes por el proceso de cocción o la mezcla entre ellos; se busca el mantenimiento del calor durante la dieta para evitar malestar. Es decir, el frío es reconocido con más frecuencia como enfermante que el calor.

tes (manzanilla, hierbabuena, epazote, hierbasanta, canela). Se utilizan algunas hierbas que no se identifican con un nombre, sino físicamente, y se obtienen por recolección en el monte; esta situación limita en algunos casos la utilización de las hierbas medicinales, por restringirse la recolección a ciertas épocas del año y lugares específicos, así como la poca disposición de algunas madres para efectuar la recolección; siendo más rápido y fácil comprar en la tienda una *pastilla* (alka-seltzer, terramicina). No todas las madres refirieron conocer las hierbas medicinales utilizadas, ni sus indicaciones, lo que nos sugiere la posible pérdida de este conocimiento popular. Otras medidas domésticas consisten en sobar el abdomen, dar de tomar agua con ceniza o huevo con limón.

Ante esta entidad clínica, la utilización de los recursos terapéuticos del brujo es limitada y criticada su eficacia. Sin embargo, un pequeño porcentaje de las madres la considera como una alternativa terapéutica a la que le reconocen posibilidades de curación. Los brujos realizan limpiezas con huevo, soplan y sahuman al niño con copal y hierbas, como proceso terapéutico.

Acudir a consulta médica para solucionar la enfermedad es la tendencia actual más difundida y reconocida. Todas las madres refieren que de no solucionarse el proceso diarreico con las medidas domésticas iniciales, será necesario acudir con el médico; y el medicamento prescrito por éste solucionará el problema.

Nuevamente, en este padecimiento encontramos que los conceptos introducidos por la biomedicina predominan en lo terapéutico; es ahí donde la práctica biomédica cobra fuerza ante la solución sintomática de este problema de salud. Quizás no se sepa o no se crea lo que el médico dice acerca de la causa de la diarrea y como evitarla, pero en la terapéutica se hace lo que él indica.

#### MAL DE OJO

El mal de ojo es una de las creencias populares sobre la enfermedad más difundida en Hispanoamérica. (Siebers 1985;63). En la revisión efectuada por el IMSS-COPLAMAR para la elaboración del *Atlas de Medicina Tradicional*, se reporta el mal de ojo como la primera causa de demanda de consulta identificada por los terapeutas tradicionales. (Zolla, C; 1984:12).

La difusión universal de esta enfermedad ha producido patrones culturales para explicarla, así como medidas para contrarrestarla. López Austin afirma:

El mal de ojo es una de las creencias más difundidas en el mundo. En términos generales puede caracterizarse como la emanación personal de una fuerza que surge en forma involuntaria debido a un fuerte deseo y que va a perjudicar al deseado. Hoy se habla de mal de ojo en todo el territorio que ocupa Mesoamérica. (López Austin 1984: 145).

El mal de ojo es una enfermedad reconocida con frecuencia por la población de Copala. En la encuesta realizada, encontramos que las madres y los escolares la refieren como la cuarta causa de enfermedad en la población infantil. Puede presentarse en algunos niños cada mes o bien ser un cuadro único en la infancia; asimismo, hay niños en una misma familia que se enferman y otros no. Esta diferenciación la encontramos asociada al sector social al que pertenece la familia, los migrantes refirieron el menor número de enfermos y las artesanas la frecuencia más alta.

El mal de ojo es considerado por las madres como una enfermedad infantil que afecta sobre todo a los niños más pequeños, en quienes la evolución es más grave. Se clasifica como una enfermedad caliente. No tiene preferencia por sexo o etapas del año, ya que, a decir de ellas, el factor causal está presente todo el año.

Se reconoce a la fuerza de la mirada como el agente causal por excelencia. Los brujos son los que más frecuentemente pueden causar la enfermedad a un niño; ante ellos, las madres ponen más empeño en proteger a sus hijos de su mirada. Otro factor causal reconocido, es el calor que una persona puede transmitir a través de su mirada, calor que se acumula por diversos estados de ánimo: enojo, prisa, intranquilidad, realizar esfuerzos físicos ...*cuando se viene del camino...* etc. Este calor procede de la sangre de los individuos (que es muy pesada o muy caliente, como parte de la constitución de cada persona). Con

menor frecuencia se menciona a la envidia<sup>12</sup> como causa de la enfermedad, aunque muchas madres no la aceptan. La envidia se proyecta hacia el aspecto físico o cualidad del niño.

Por último, se reconoce al mal aire como causante del mal de ojo; el aire que se desprende de las curaciones de los enfermos puede causar ojo en el niño.

Se considera que algunos niños tienen predisposición a presentar con más frecuencia la enfermedad que otros; y se explica por la corta edad que condiciona una falta de fuerza en la sangre, o bien por el tipo de *nahual* que tiene cada individuo.<sup>13</sup>

El niño que no es expuesto de manera cotidiana a la mirada de los demás se considera más susceptible de enfermar. Al parecer, la exposición constante al riesgo de ser visto por otros condiciona una protección ante la enfermedad.

Entre los escolares, encontramos que más de una cuarta parte reconocieron a la mirada como causante de esta enfermedad, pero casi la mitad desconoció su etiología.

Los datos clínicos reconocidos por la madres son: diarrea intensa, vómito, fiebre, irritabilidad, decaimiento, falta de apetito, boca seca, ojos rojos (sumidos, dolorosos, chinguinosos y uno más pequeño que el

<sup>12</sup> El concepto de envidia se asocia al desco de poseer algo que el otro tiene, o al resentimiento que surge por no tener lo que el otro ha logrado.

<sup>13</sup> Tener el mismo *nahual* de la persona que hace mal de ojo, ocasiona que ambos *nahuales* peleen. Como el *nahual* del niño es más pequeño y más débil, perderá la pelea y el niño enfermará.

otro). Se reconocen dos clases de mal de ojo: el húmedo, que cursa con cuadro diarreico; y el seco, en que la diarrea está ausente. Se identifica como una enfermedad súbita, aguda y grave.

El diagnóstico inicial lo realiza la madre al identificar un cuadro clínico súbito con ciertas características y lo asocia con el antecedente de que *alguien vió al niño*. Se acude al brujo para confirmar el diagnóstico, o cuando las medidas terapéuticas iniciales no han dado resultado.

#### EL BRUJO REALIZA SU DIAGNOSTICO A TRAVES DE TECNICAS ADIVINATORIAS<sup>14</sup>

Las madres afirman que el mal de ojo se agrava si al niño se le administran medicamentos, principalmente inyectables; pues las medicinas se clasifican como calientes, por lo tanto chocan o se suman con el calor de la enfermedad y ocasionan la muerte del infante.

Así nos pasó con un nene (seis meses) allá en Senada (Ensenada), empezó con vómito y diarrea, mi esposa lo llevó donde yo trabajaba, lo vieron unos señores, no sabíamos que ojo era y cómo no había con qué limpiarlo, así estuvo, al otro día lo llevamos a la farmacia a que le dieran medicina, lo inyectaron, el nene

seguía llorando bastante, en la noche murió. Es que así es nuestra costumbre, cuando un nene tiene ojo no hay que inyectarlo porque si no muere luego. (Paciente del centro de salud).

El pronóstico de la enfermedad es incierto, pero se convierte en malo, incluso mortal si se presenta alguna de las siguientes agravantes: enfermo muy pequeño, ojeado por un brujo, diarrea muy intensa, retraso de las medidas terapéuticas iniciales. No obstante, si se atiende de inmediato al niño, se logra la curación. El brujo, a través de la adivinación, puede dar un pronóstico de la enfermedad.

Las medidas preventivas referidas por las madres se enfocan a proteger al niño de la mirada de los extraños: cubriéndole la cara con el reboso, no dejando que salga de la casa o manteniéndolo sucio. Estas medidas son criticadas por algunas madres, argumentando que al proteger demasiado al niño, se corre el riesgo de que enferme más frecuentemente o con mayor gravedad. Hay que poner especial atención en esta argumentación, que parece contradecir la representación general de la enfermedad, en la cual, la sobrevivencia del niño se basa en ser protegido de la mirada del extraño. Da la impresión de que se pretende inmunizar<sup>15</sup> al niño, dejando que se exponga al agente causal de la enfermedad, que es la mirada. El 68% de los escolares reconocieron las medidas preventivas populares ante esta enfermedad.

La terapéutica reconocida puede ser inmediata o mediata. La inmedia-

<sup>14</sup> Medir el hueso, ver el copal, la vela o el huevo que se utiliza para la limpia; pulsar, leer la baraja, interpretar los sueños; son técnicas adivinatorias referidas en diferentes grupos indígenas del país.

ta la realiza la madre, incluso antes de que se inicien los síntomas. Ante la sospecha de que alguien pudo haber *ojeado* a su hijo, administra tés elaborados con la ropa o pelo del sospechoso; coloca ceniza o saliva del probable ojeador sobre la boca, frente y ojos del niño; o bien, sahuma al niño con ropa o pelo del posible causante.

Una vez establecido el cuadro clínico, las madres dicen realizar medidas caseras: como soplar al niño con aguardiente y tabaco; limpiarlo con un huevo o limón; administrar tés de hierbas frescas; colocar ceniza en la cara del niño con la trusa de un hombre de la familia; o administrar cápsulas de terramicina. La terapéutica curanderil consiste en soplar al niño con hierbas medicinales, limpiarlo con huevo, sahumarlo con copal y hierbas y/o chuparlo en ojos y ombligo. La eficacia de esta terapia es reconocida unánimemente por las madres. Aunque sólo se recurre a ella ante el fracaso de las medidas domésticas.

Incluso antes de obtener resultados terapéuticos, las madres recurren a la terapia médica; pero ésta se realiza solamente después de que el brujo ha intervenido, así se impedirá que la medicina choque con la enfermedad y el niño muera.

El 70% de los escolares reconocen como alternativa terapéutica de esta enfermedad a la curanderil y doméstica; el 26% restante reconoció a la biomedicina.

<sup>15</sup> Principio que se basa en la necesidad de exponer al huésped a agentes microbianos atenuados, que conservan la capacidad de desencadenar una respuesta inmune, pero no ocasionan la enfermedad.

Las creencias sobre esta enfermedad son uniformes; aún cuando se presentan algunas variantes y dudas, que se dan principalmente en el sector de los migrantes y escolares.

Por ser el mal de ojo una patología reconocida como súbita y grave, las madres saben que deben tomar medidas inmediatas para solucionarla; en caso contrario, el niño puede morir.

En la descripción del manejo terapéutico surge un elemento muy importante que cuestiona el tratamiento alopático; se le adjudica a los fármacos la muerte del enfermo de mal de ojo. Este cuestionamiento podría orientarnos a creer que existe resistencia contra las medidas terapéuticas de la práctica médica en casos de *ojo*; pero en realidad no es así. Si bien las madres hacen una diferenciación más o menos estricta entre las enfermedades que son del brujo y las que son del doctor, ésta diferencia sólo se da en el discurso, ya que en la práctica real *el ojo* es una enfermedad del brujo, en un primer momento; y atendida después por un doctor.

## ESPANTO

El espanto o susto es una patología ampliamente difundida en toda Hispanoamérica, como lo refiere Rubel:

En Hispanoamérica, el susto se menciona con frecuencia en los escritos de antropólogos y otras personas... Gentes de lenguas aborígenes

no relacionadas, así como no indígenas de habla hispana, parecen ser igualmente susceptibles al síndrome. (Rubel; 1967:72)

El espanto es una enfermedad reconocida por la población de Copala. Ocupa el quinto lugar entre la población infantil y los escolares la identificaron como la segunda causa de enfermedad en sus familias. Se refiere con una frecuencia promedio de una o dos veces por año en los niños menores de cinco años. Todas las informantes reconocieron que sus hijos en alguna ocasión se habían espantado, aunque hay niños que se enferman más que otros. Las artesanas, campesinos y maestros nos refirieron que la frecuencia de este padecimiento puede ser hasta cuatro o cinco veces por año; en contraste, el grupo de migrantes refirió una frecuencia más reducida, una vez por año o menos.

Algunos tipos de espanto predominan en ciertas épocas del año; el espanto de agua se presenta en época de lluvia y el de fuego en época de secas. Se clasifica como una enfermedad fría.

Padecer espanto o estar espantado, se basa en el entendimiento común de que un individuo se compone de cuerpo y de una sustancia inmaterial; una esencia que puede separarse del cuerpo, vagabundear libremente o bien quedar cautiva de fuerzas sobrenaturales. (Rubel; 1989:26).

Las causas reconocidas por las madres fueron muy diversas. Para ellas, todos los acontecimientos de la vida cotidiana pueden ser causa de esta enfermedad. Entre las causas más frecuentes están: acontecimientos bruscos

(como caerse, escuchar ruidos súbitos, relámpagos, inundaciones, temblores); agresión física (ser golpeados, presenciar peleas entre los padres, entre borrachos o animales); encuentro con animales o seres sobrenaturales (fantasmas, espíritus, etc.) que se dan principalmente en el monte: *...al dormir en el monte viene el Bandolero que puede echar su saliva<sup>16</sup> en nuestra boca, nos espanta, se puede uno morir...*; presenciar el asesinato de alguna persona; o encontrarse en el monte con un cadáver o con los soldados que pueden agredir a cualquier individuo. El espanto de agua es causado por caerse o ser arrastrado por el río (al jugar, al bañarse o durante la lluvia). El espanto de fuego causado durante incendios en el monte o al ver la lumbre intempestiva al cocinar. El espanto de la casa se presenta al dejar solo a un nene en la casa. Una maestra nos dice: *Cuando la casa tiene significado, no está buena porque está en la orilla del monte, tiene malos aires [....] si el nene está solo, bajan los espíritus de la casa y lo espantan.* Este tipo de espanto de casa también se puede presentar por no estar los niños bautizados pues el bautizo protege contra el espíritu o dios de la casa.

No cumplir con normas colectivas es también causa de espanto: *...cuando no se cumple con los difuntos, en*

<sup>16</sup> Hay que hacer mención de la concepción acerca de la saliva como un vehículo transmisor de enfermedad. En este caso es la saliva de un ser sobrenatural que ocasiona espanto. Pero también se nos refirió la utilización de la saliva como un elemento preventivo del mal de ojo, al colocarla en la boca o la frente del niño.

*levantar la cruz o con su ofrenda de Todos Santos, los difuntos se enojan, los sueña uno, nos espantan, se enferma uno.*

Los sueños con demonios, enemigos, animales o con los muertos o acudir a lugares saturados de aires (como el panteón, sitios donde han ocurrido asesinatos, el monte o el río donde han sido depositados cadáveres) son causas de espanto: *...aquí donde vivimos, antes era río, pero con una máquina cambiaron el río, aquí hay muchos aires malos, porque como en el río lavaban a muertos antes de llegar al panteón, todos esos aires pueden enfermarnos de espanto.*

Se identifica a la noche como más propicia para adquirir un espanto. Incluso en algunos barrios triquis donde aún no hay luz eléctrica se presenta más frecuentemente la enfermedad.

La causa esencial de la enfermedad que las madres refieren es la pérdida del alma, que es atrapada por el santo del camino, del río, del monte, de la casa, del lugar donde se espantan. Ese espacio en el cuerpo que queda vacío al salir el alma, es ocupado por aires malos que abundan en diversos lugares: *...dice señor que sabe curar, que hay santos en todos lados y ése (santo) tiene el alma del enfermo, él (curandero) le reza, le pide que suelte el alma y enfermo se alivia.* Esta concepción concuerda con la referida por López Austin acerca del susto.

El tonalli podía sufrir distintos tipos de daño. Hoy se distingue entre la violenta salida por susto accidental o por susto provocado, y la salida normal en la que la *sombra* se extravía, es captada por la atracción

de lugares placenteros o es interceptada en su camino de regreso. Se cree que, separada en cualquier forma del cuerpo, los seres ávidos de su energía, que son los que intencionalmente asustan al hombre, lo aprisionarán o lo devorarán...tanto en la antigüedad como en nuestros días, los agresores son seres del mundo divino, mayores o menores, relacionados con la tierra, el agua... (López Austin; 1989: 248).

La noción de pérdida del alma, es puesta en duda por algunas madres que aceptan la enfermedad como consecuencia de un suceso brusco, pero no que esté ocasionada por pérdida del alma.

En los lactantes se concibe la enfermedad como una prolongación de la enfermedad de la madre, que se transmite por la leche materna.

Un 45% de los escolares entrevistados identificaron como causa del espanto la pérdida del alma; pero un 52% de ellos desconocieron esta asociación, porcentaje mayor que el encontrado entre las madres. Esto nos orienta a pensar que entre ellos existen mayores transformaciones en las representaciones acerca de esta enfermedad.

El cuadro clínico identificado es inespecífico, con síntomas diversos y sin una localización clara. La mayoría de los síntomas se asocian con la categoría de frío que tiene esta enfermedad: diarrea, vómito, falta de apetito, pérdida progresiva de peso, llanto constante, somnolencia, frío constante, tristeza, palidez de los tegumentos, dolor abdominal, dolor de cabeza, dolor de corazón, sueño inquieto.

to, ojeras, ocasionalmente fiebre, enuresis (orinarse involuntariamente o al estar durmiendo), lesiones dérmicas (granos), edema de manos, pies, cara, incluso abdomen y tórax. Se cree que el frío progresivo va introduciéndose al cuerpo paulatinamente y puede ocasionar la muerte.

La evolución de la enfermedad es insidiosa, incluso se puede volver crónica o reincidente.

En Agua Fría había un muchacho que iba a cuidar sus chivos, su casa estaba del otro lado del río, pasó por el puente y se cayó, regresó todo mojado, su mamá no hizo caso[...] empezó triste, con frío, no comía, no lo curaron, se le quitó, pero al año cuando creció el río otra vez su espíritu se espantó, otra vez recordó el Espanto se volvió a poner malo y se hinchó de su cara, sus pies, [...] así hacía cada año, cada que era época de lluvias, crecía el río y él se hinchaba.

El espanto no se presenta inmediatamente después del suceso causal, pueden pasar días, meses o años para que se presente el cuadro clínico; esto posibilita la utilización de este diagnóstico ante enfermedades de larga evolución, difícil curación o diagnóstico impreciso. Aunque también dificulta el diagnóstico al olvidarse el suceso causal.

La sospecha diagnóstica es elaborada por la madre ante los síntomas, pero sólo a través de la consulta con el especialista curanderil se confirmará. El brujo, a través de la adivinación, elabora el diagnóstico e identifica la etiología y el pronóstico de la enfermedad.

Son diversos los factores que condicionarán el pronóstico de la enfer-

medad. Las madres reconocen como agravantes la corta edad, las malas condiciones generales del enfermo, la presencia de edema y el agente causal (los espantos de agua, fuego, muerto y culebra son más graves).

El espanto se considera una enfermedad grave e incluso mortal. El 80% de las madres dijeron conocer gente que había muerto de espanto.

Las medidas preventivas se orientan a evitar o proteger al niño de los riesgos que puedan asustarlo: caídas, golpes, ruidos, zonas cargadas de aires, evitar dejarlos solos, cumplir con las normas. Otra medida preventiva referida es el uso de una loción conocida como *agua de aire*,<sup>17</sup> que se compra en la farmacia y se usa cuando por alguna razón es necesario llevar al niño a lugares en donde el riesgo de enfermar es alto. Por último, llamar al espíritu del niño, es una medida preventiva que realiza la madre ante la sospecha de un suceso que puede enfermar a su hijo.<sup>18</sup>

El 66% de los escolares reconocieron que ajustarse a las normas colectivas previene de enfermedades como el susto; no obstante, un 34% de los niños desconocen o no identifican las medidas de prevención.

El tratamiento del espanto se reconoce como terreno del brujo. Sin embargo, cuando el espanto es leve,

<sup>17</sup> Se conoce como agua de aire a una loción que se compra en las farmacias de Juxtlahuaca y Putla, elaborada con alcohol, alcanfor y hierbas.

<sup>18</sup> Los brujos triquis no realizan el levantamiento de la sombra como parte de sus técnicas curativas contra el espanto, como se refiere en otros grupos étnicos. (Zolla, 1988).

las madres realizan terapias domésticas como medidas iniciales: sopla al niño con agua de aire o con aguardiente, tabaco y ruda; da suaves golpes o llama al niño por su nombre. La terapia del brujo consiste en: limpiar al enfermo con huevo, copal, tabaco y aguardiente; soplar al paciente con aguardiente y sahumarlo con copal. Cuando se conoce el lugar donde se espantó el niño, el brujo tira ahí el huevo con el que realizó la limpia; pero cuando desconoce el lugar, tira el huevo en el río o lo lanza al aire.

Cuando el espanto es grave, el brujo realiza una curación más complicada: mata un pollo y riega su sangre en el camino, la casa o en tumba del muerto sospechoso de causar el espanto; la madre del niño hace un caldo con carne de pollo y tortillas y ofrenda esta comida al espíritu del camino, casa, o difunto. El brujo le reza al santo del lugar donde se espantó el niño, para que deje el espíritu del enfermo. En algunas ocasiones se coloca la cabeza, las alas y las patas del pollo sacrificado en una bolsa de plástico y se cuelga en el árbol de las placentas,<sup>19</sup> para pedir por la buena salud del enfermo.

Las mayoría de las madres reconocen que la curación de espanto, se obtiene acudiendo con el brujo: *...el brujo cura el espíritu[...] para el espanto*

<sup>19</sup> *Chuun yacaa*, encino negro localizado en el extremo oriente de la localidad, en una zona elevada; de él se cuelgan las placentas para pedirle al santo que el niño tenga larga vida y no le hagan daño. También tiene relación con el *nahual* del individuo, el animal que coma la placenta se convertirá en su *nahual* y protector.

*ése es su remedio*. La consulta médica se utiliza como un medio para mejorar el estado general del enfermo (uso de vitaminas o antiparasitarios) o para tratar alguna enfermedad coexistente. Los escolares muestran una tendencia ambivalente ante el tratamiento de esta enfermedad, con porcentajes muy semejantes aceptaron la terapia médica y curanderil como adecuadas.

En esta entidad clínica encontramos predominio de los elementos populares en la representación etiológica, diagnóstica, preventiva y terapéutica. Entre los escolares, es importante señalar que en un porcentaje mayoritario persisten representaciones populares acerca del espanto; sin embargo, está presente una tendencia a modificar esas representaciones por aquellas que aprenden a través de la escuela.

Este síndrome culturalmente delimitado, se constituye en un complicado cúmulo de datos que nos introducen a una compleja concepción de la enfermedad. El espanto no sólo es una forma de enfermar, también puede ser causa de muerte. Todo lo que rodea y constituye la vida del triqui de Copala lo puede asustar. Hablar de que *TODO* es causa de espanto, nos remite a una vida saturada de agresión, sobresaltos e inseguridad, en la cual el individuo debe protegerse de todo y de todos.<sup>20</sup>

El susto se presenta como una enfermedad ante la cual la biomedicina no tiene respuesta terapéutica; y la

<sup>20</sup> Recordemos el alto índice de mortalidad por violencia reportada para esta población, tercera causa de mortalidad general.

medicina popular es alternativa de curación. Sólo la intervención del brujo puede contrarrestar ese daño. Esto nos permite afirmar, que ante una patología que agrupa o concretiza una diversidad de determinantes económicos, políticos y socioculturales, como es el susto, la práctica biomédica no cuenta con recursos ni terapéuticos ni preventivos para hacerle frente. Es la eficacia simbólica de la práctica curativa popular, o de otras alternativas terapéuticas, la que aporta elementos para la resolución de esta enfermedad. El cumplimiento de las normas sociales, se manifiesta como una alternativa de integración y mantenimiento de lo propio. Además, puede garantizar la prevención y curación de este síndrome.

## CONCLUSIONES

La biomedicina, aunque presente como parte del saber popular del proceso salud/enfermedad/atención entre la población triqui de Copala no puede ser analizada de una manera mecánica o unilateral, ya que es el resultado de la interrelación de una diversidad de factores.

La enfermedad para los triquis es una posibilidad real de riesgo de muerte, *enfermarse para un triqui puede ser morir*, por lo que han construido un conjunto de representaciones y prácticas para enfrentarla. Su saber popular es dinámico, se transforma y apropia del saber que la biomedicina

ha puesto a su alcance, a través de sus representantes y de otras instituciones como la escuela.

El triqui hace uso de múltiples alternativas terapéuticas, en función de sus necesidades y con una actitud de apropiación que está determinada por la eficacia simbólica y real de las prácticas seleccionadas.

La tendencia actual es un proceso de interrelación y reinterpretación del saber biomédico, con una creciente actitud de crítica e incredulidad hacia las representaciones populares. Aunque en la práctica lo que se presenta es la constante combinación de ambos saberes médicos, existe una desvalorización social de lo popular, principalmente en algunos sectores sociales de la población: maestros, jóvenes y migrantes, quienes ponen en duda estas prácticas curativas y preventivas. Incluso, algunos piensan que *no creer* es la mejor manera de prevenir la enfermedad popular.

La utilización que los triquis hacen de la biomedicina se presenta como una opción para salir de la marginación y estigmatización de ser indígena. Entre más contacto se ha tenido con la cultura hegemónica y sus prácticas, más se quiere estar integrado a ella.

Lo que encontramos en la comunidad es un perfil epidemiológico integrado; prácticas y representaciones sintetizadas; estrategias curativas y preventivas que se utilizan de acuerdo a la existencia y accesibilidad de los recursos; una trayectoria del enfermo determinada por las condiciones económicas, sociales e ideológicas de su

grupo social; y la autoatención como el eje dinámico de apropiación y síntesis de las prácticas curativas. Lo estructural es la transformación y no la permanencia.

La biomedicina tiende a expandirse sobre los saberes populares, no sólo integrándose como parte de ellos mismos, sino incluso apropiándose de estos saberes e incluyéndolos en su racionalidad ideológica. (Menéndez, 1994).

La biomedicina ejerce su mayor influencia a través de la terapéutica, porque es ahí donde se reconoce su eficacia. Pero esta influencia no puede considerarse desvinculada del significado ideológico que tiene la práctica biomédica para la población, cómo parte de la sobrevaloración de lo extraño como mejor que lo propio. Así como el constante y creciente contacto de los triquis con otros grupos sociales, en donde surge la posibilidad de comparar y combinar sus prácticas y representaciones con las de los otros, reinterpretando y sintetizando ambos saberes.

La terapéutica es el campo de dominio de la biomedicina, porque hacia ahí se orientan los esfuerzos de su práctica; priorizando la curación sobre la prevención como una de las características del modelo médico hegemónico.

En cambio, los sistemas explicativos populares son los prioritarios para dar respuesta a la enfermedad. La polaridad frío-caliente está presente junto con la maldad, el augurio, el castigo y la predestinación para dar una explicación esencial a la etiología y evolución de la enfermedad; dando coherencia e integrando el saber po-

pular acerca de la enfermedad en el sistema cultural propio del grupo. El concepto de contagio, de la biomedicina, se ve limitado por la capacidad explicativa de la noción frío-caliente en la causalidad y prevención de la enfermedad.

Estamos de acuerdo en que la biomedicina resuelve algunos de los problemas de salud que aquejan a la población; los triquis reconocen que aquellos que antes morían por diarrea, sarampión, tuberculosis o un accidente, ahora tienen probabilidades de sobrevivir, sobre todo si el recurso biomédico está disponible o hay posibilidades de acceso. No obstante, la población sigue manteniendo altas tasas de mortalidad general e infantil, determinadas por condiciones de salud deplorables, a pesar de la presencia de la biomedicina en la región. Esto contradice el principio biomédico de resolución biológica de la enfermedad, enfrentándola a las limitaciones de su práctica ante los determinantes socioculturales.

Las madres y los escolares reconocen a la práctica biomédica como la alternativa de curación, ya que ha demostrado pragmáticamente capacidad para resolver, en lo inmediato, los síntomas que aquejan al enfermo, sobre todo a través de fármacos inyectables. Aunque en muchas ocasiones, el problema que desencadena la enfermedad no queda resuelto, pues los factores determinantes no son modificados por la práctica biomédica, debido a que no les reconoce importancia, pues reconocerlos sería cuestionar su propia estructura.

Es importante enfatizar que, aún cuando la biomedicina está teniendo cada vez mayor importancia en las prácticas curativas de los grupos indígenas ante los síndromes culturalmente delimitados, es la intervención de la práctica médica popular la que prevalece. Debido a que en estas entidades clínicas los factores socioculturales entran en juego para construir un diagnóstico y una terapia. La biomedicina resulta eficaz en el manejo de los aspectos biológicos de la enfermedad. Ahí es donde pone su atención y demuestra su efectividad; pero ante lo psicológico y social de la enfermedad no ejerce ninguna acción. Quien realiza acciones en ese terreno es la práctica médica popular; los curadores populares a través de sus terapias, validadas culturalmente, manejan los trastornos de la dinámica social y sus consecuencias. Una terapia complementaria entre ambas prácticas médicas repercutiría en una mayor calidad no sólo de la terapéutica, sino del acto médico en sí.

La salud/enfermedad es un proceso tan complejo, que no nos permite respuestas unicasales a las interrogantes del daño. La diversidad de determinantes que se interrelacionan, dan por consecuencia una gama de resultados; todos ellos deberían analizarse para poder tener una visión más acertada del proceso como se da en la vida cotidiana de las poblaciones. Hasta ahora, la práctica biomédica no ha dado una respuesta satisfactoria a los graves problemas de salud que aquejan a poblaciones como la indígena; su enfoque biologicista le impide

considerar determinantes sociales que explican la presencia diferencial de la enfermedad y la muerte en los grupos sociales. Tampoco el saber popular ha podido hacer frente a los daños a la salud de estas poblaciones; por ello es conveniente enfatizar en la articulación entre los saberes médicos ante la enfermedad, cuya prioridad debe ser la resolución de los daños a la salud que aquejan a poblaciones marginadas; y, con una tendencia, a superar las condiciones de extrema pobreza en el cual vive la mayoría de los grupos indígenas.

#### BIBLIOGRAFIA

- COMAS, Juan. "El problema social de los indios triquis de Oaxaca", *América Indígena*, vol 2 no.1, México, Instituto Indigenista Interamericano. 1942.
- DIAZ Ojeda, Ma. Ángeles y José Luis Sevilla. "Patología popular y mal de ojo" en *La antropología médica en España*. (compil.) Miguel Kenny y Jesús M. de Miguel, España, editorial Anagrama. 1980.
- DISPENSARIO médico religioso San Juan Copala. *Informe de consulta médica*, Oaxaca. 1989.
- FIDEICOMISO para la salud de los niños indígenas de México, A.C. *La salud de los niños indígenas de México*, México, INI-DIF-UNICEF. p.21-34. 1993.
- *Situación de la niñez indígena de México*, México, INI-DIF-UNICEF. p.27-38. 1993.

- GARCIA Alcántara, A. *Tinujei*, México, Comisión del Río Balsas. 1983.
- HERNANDEZ Murillo, Ricardo. "El mal de ojo, un estudio en comunidades indígenas" en *La medicina invisible* Xavier Lozoya y Carlos Zolla editores, México, Folio ediciones, p.150-62. 1983.
- HUERTA Ríos, César. *Organización sociopolítica de una minoría nacional. Los triquis de Oaxaca*, México, INI. 1981.
- INEGI. *Anuario de la Secretaría Salubridad y Asistencia Edo. de Oax*, México. 1989.
- INSTITUTO Nacional indigenista. *Informe estadístico consultorio médico Centro Coordinador San Juan Copala*, Oaxaca. 1989.
- LOPEZ Austin, Alfredo. *Cuerpo humano e ideología*. México. UNAM. 1984.
- MARTELL Ramírez, R. *Los indios triquis de Oaxaca*. Oaxaca, p.29-35. 1956.
- MENENDEZ L. Eduardo. *Poder estratificación y salud*, México, Ediciones de la Casa Chata. 1981.
- *Hacia una práctica médica alternativa*, México, CIESAS, Cuadernos de la casa Chata 86. 1984.
- *Medicina tradicional o medicina científica. Hacia una práctica unificada de los conjuntos sociales*. Runa XVII, 1-33. ISSN 0325-1.217. 1987-88.
- *La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?* Alteridades 4(7), p 71-83. 1994(a).
- *Práctica populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza*. PUBLICAR, Año III Nro. 4. p 7-32. 1994(b).
- MILLAN Echeagaray, S. *Aspectos socioeconómicos de la zona triqui*. México, doc. int. núm 9, IIE, UNAM. 1973.
- *San Juan Copala, cacicazgo y represión*, México, Universidad Autónoma de Guerrero. 1982.
- MORA C.F; Hersch M.P. *Introducción a la medicina social y salud pública*. México, Editorial Trillas, p 83-6. 1990.
- NOLASCO, Margarita. "La enfermedad y curaciones en el mundo trique" en *Boletín del DEAS*, núm. 2, México, DEAS, p.5-15. 1973.
- SASSON Lombardo, Yolanda. "Espanto y mal aire" en *Antropología y práctica médica*, México, UNAM-PMGI A-36, p.54-75. 1987.
- SECRETARIA de Salud. *Informes estadísticos de consulta médica del centro de salud San Juan Copala*, Oaxaca. 1989.
- *Mortalidad 1989*, México, Dirección de Estadística e Informática. 1992.
- *La situación de los pueblos indígenas en México*, México, SSA-INI, p.33-52. 1993.
- SIEBERS, Tobin. *El espejo de medusa*, México, Fondo de Cultura Económica. 1985.
- RUBEL, A.J. "El susto en Hispanoamérica" en *América Indígena* vol. XXVII núm 1 enero, México, Instituto Indigenista Interamericano, p.69-90. 1967. *Susto una enfermedad popular*, México, Fondo de Cultura Económica. 1989.
- VIESCA Treviño, Carlos. *Medicina prehispánica de México*, México, Editorial Panorama, p.31-112. 1986.
- "Epidemiología entre los mexicas" en *Historia general de la medicina en México*, México, UNAM, p.171-188. 1984.
- ZOLLA, Carlos. "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud" en *La medicina invisible* Xavier Lozoya y Carlos Zolla edito-

- res, México, Folio ediciones, p.14-37. 1983.
- *Medicina tradicional y enfermedad*, México, CIESS. 1988.
- *et. al.* (coordinador) *Nueva bibliografía de la medicina tradicional mexicana* (inédito), INI, México.