

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE FILOSOFÍA  
LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA



NOCIONES SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN SAN  
PABLO, TOLIMÁN.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN

ANTROPOLOGÍA

PRESENTA

MIRZA MENDOZA RICO

DIRIGIDA POR:

ANTROP. BEATRIZ UTRILLA SARMIENTO

CAMPUS HISTÓRICO  
QUERÉTARO, QRO. MÉXICO

2003

No. Adq. H68682

No. Título \_\_\_\_\_

Clas. 614.097295

45377

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1970  
10 1 1970

## ÍNDICE.

Agradecimientos.	1
Introducción.	2
<b>Capítulo I. Primeros acercamientos al tema.</b>	<b>4</b>
1.Planteamiento del problema.	4
2.Marco teórico.	6
A.La salud y la enfermedad vistas desde las Ciencias sociales(sociología médica, antropología médica o de la salud).	7
B.Perspectivas teóricas de los estudios de la salud y la enfermedad.	11
C.Categorías utilizadas para la salud y la enfermedad.	13
D. Propuestas desde los estudios en México.	14
E.Propuestas teóricas del análisis procesualista y simbólico.	19
3.Metodología.	21
A.Tipo de investigación.	24
<b>Capítulo II. El Contexto.</b>	<b>26</b>
1.Ubicación y descripción general de la comunidad de Sn pablo, Tolimán (Ndoxalo).	26
2. La comunidad actual.	30
A.Unidad doméstica.	39
B.El sistema ritual.	43
<b>Capítulo III. Representaciones simbólicas y prácticas de atención vinculadas al proceso salud-enfermedad.</b>	<b>46</b>
1.La salud.	46
2.La enfermedad.	51
A.Circunstancias amenazantes: orígenes de la enfermedad.	52
B.Curación, niveles de atención y especialistas.	68
<b>Capítulo IV. Conclusiones.</b>	<b>79</b>
Bibliografía.	97
Anexos.	102

## **AGRADECIMIENTOS.**

Este trabajo es resultado de un proceso de investigación que constituyó un esfuerzo compartido por muchas personas, pues el apoyo que recibí para llevarlo a cabo fue muy amplio:

Agradezco a las personas que me brindaron su tiempo, sus palabras y su ayuda en general, entre ellas se encuentran los habitantes de San Pablo, Tolimán, maestros, compañeros de clase, amigos, y por supuesto mis padres.

La decidida asesoría de Beatriz Utrilla con quien pude establecer un verdadero diálogo durante la realización de este documento, así como la amistad que me brindan todos mis compañeros en el C. INAH Querétaro me condujeron a concretar finalmente mi tesis, la cual forma parte del proyecto Nacional Etnografía de las regiones Indígenas en México en el Nuevo Milenio, auspiciado por el Instituto Nacional de Antropología e Historia a través de la Coordinación Nacional de Antropología y por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Sin la colaboración de todos los anteriores la realización de este proyecto no hubiera sido posible.

Gracias.

## INTRODUCCIÓN.

Una de las grandes cuestiones de la sociedad contemporánea es la determinación del nivel de bienestar en el que se encuentra la población y acceder a la comprensión de este problema es uno de los retos de la ciencia en las últimas décadas; en este sentido, el abordaje de los problemas alrededor de la salud y la enfermedad se ve estrechamente articulado con la idea de bienestar. Desde ésta perspectiva, uno de los elementos que he considerado importante observar es la cuestión del proceso que se conforma entre la salud y la enfermedad como experiencia vital en el ser humano.

El abordaje de los temas que tratan el proceso salud-enfermedad y la atención de los mismos se ha llevado a cabo principalmente a partir de las ciencias médicas, de la biología o de la fisiología, excluyendo a otras ciencias e incluso a las personas que experimentan este proceso. Estas circunstancias emanan, de acuerdo con Menéndez, del siglo XVIII, periodo en el que la medicina alopática se legitima académicamente y se oficializa por el estado a partir de su inclusión en las políticas públicas, hegemonizando el campo de la salud.(Menéndez en Campos,1992:106), lo que fomentó la invalidación de todos aquellos enfoques que no estuvieran de acuerdo con la alopátia.

La Antropología, da cuenta de las innumerables diferencias y similitudes de la especie humana incluidas las correspondientes al problema de la salud, la enfermedad y el tránsito entre una y otra considerándolo como un fenómeno que se manifiesta de manera universal, pero que contiene todas las discrepancias posibles en cuanto a su experimentación, conceptualización y las acciones que puede avalar.

El interés por los repertorios cognoscitivos que se construyen bajo diferentes lógicas socio-culturales, constituye una característica de la antropología, esta disciplina "recoge lo que la historia no puede, donde no hay evidencia escrita, donde la especificidad del proceso escapa a la fuente escrita, donde lo vivo se

manifiesta a través de la cultura, explotando en la vida cotidiana, como los espacios abiertos que marcan la dispersión de lo registrable". (Pérez Taylor 1996:154-155). La representación del proceso salud-enfermedad se basa en complejas combinaciones de esos repertorios, vividos de forma habitual.

El punto que quiero enfatizar del ejercicio antropológico en particular, es la capacidad de contribuir de manera significativa a la discusión de estos temas, pues ha mostrado que posibilita un espacio de enunciación a la pluralidad cultural. El diálogo entre los diferentes discursos de la población que vive este proceso resulta ineludible, por lo que en este trabajo intentaré ilustrar de forma descriptiva cómo se representa el proceso salud-enfermedad y como la población de San Pablo Tolimán, Querétaro actúa frente a este.

Considero que la comprensión de este proceso es una necesidad impostergable, pues permite ampliar el campo de observación a diversos elementos de los problemas en el área de la salud no identificados aún; así como el entendimiento de los mismos. La conceptualización del proceso salud-enfermedad es entendida además, como la plataforma en la que se identifican y construyen los diversos sistemas médicos. Por lo antes dicho, planteo que la comprensión de este proceso proporciona claves para la construcción de una idea articulada: *el bienestar*.

## CAPÍTULO I. PRIMEROS ACERCAMIENTOS AL TEMA.

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En los renglones precedentes se ha hecho alusión a la necesidad de entender los diferentes marcos de interpretación del proceso salud-enfermedad como una vía de comprensión de los problemas que la realidad social enfrenta en este ámbito, para ello me planteo los siguientes objetivos de investigación, los cuales presento en dos grandes ejes: el primero se centra en la descripción de los elementos que conforman la concepción del proceso salud-enfermedad en San Pablo, Tolimán y en segundo término analizo la orientación de las prácticas de los sujetos de acuerdo al estado de salud que presentan.

En este sentido considero importante determinar los componentes que se observan en la representación simbólica del proceso entre la salud y la enfermedad en San Pablo Tolimán, comunidad imbuida en una cosmovisión indígena con rasgos otomíes (*ñhãñhã*) y chichimecas.

Las preguntas principales que guiaron esta investigación son las siguientes:

1. ¿Qué elementos se integran en la construcción de las representaciones sobre el proceso salud-enfermedad?
2. ¿Cómo se construye esa representación?
3. ¿Cuál es la representación de la salud y de la enfermedad entre los sujetos?
4. ¿Qué implica un estado de salud particular, en relación con las actividades del sujeto?

Esta forma particular de aproximarse al tema se construyó a partir de la siguiente hipótesis: la identificación de la representación simbólica sobre el proceso salud-enfermedad es relevante en tanto que ayuda a comprender las prácticas y conocimientos en torno a los problemas de salud de la población.

Derivada de esta primera suposición, planteo que: las representaciones sociales sobre un proceso como el de la salud y la enfermedad se elaboran a partir de elementos históricos, sociales, culturales, por lo que son construcciones complejas elaboradas de forma cotidiana; el bagaje cognoscitivo colectivo y la experiencia vivida de un sujeto se interrelacionan continuamente. Estas hipótesis buscarán confrontarse con los resultados obtenidos de la investigación.

En este sentido, el análisis que aquí presento se sitúa bajo el sustento teórico que ha desarrollado la antropología médica, la cual observa los fenómenos alrededor del proceso salud-enfermedad con un punto de vista que enfatiza sus características socioculturales.

De esta forma, se retoma la idea de la subjetividad en los estudios de la antropología, pues la concepción de salud, diferenciada culturalmente se relaciona con las prácticas culturales que son posibles dentro de un grupo humano. La subjetividad conforma diferentes construcciones (significados, percepciones, interpretaciones, imaginarios) que a su vez intervienen y se materializan en diversas acciones, son elementos que se retroalimentan. Es por esto que esta investigación reconocerá elementos subjetivos dentro del discurso alrededor de la noción del proceso salud-enfermedad y examinará estas categorías con lo que se aporta información etnográfica de la población indígena en Querétaro, sobre un grupo étnico en particular, los otomíes (*ñhãñhã*) del semidesierto, así como un mayor conocimiento sobre la construcción y expresión de sus concepciones culturales. Esta información es trascendente en la medida en que constituye un conocimiento directo y original sobre este grupo social .

## 2. MARCO TEÓRICO.

Es más o menos claro para todos la preeminencia que se le ha dado al conocimiento surgido de la medicina y ciencias afines en las consultas sobre problemas relativos a la salud de la población, esto nos obliga a apuntar que hasta hace poco la biomedicina, con la dimensión biológica como eje de su saber, concebía "al enfermo como un conjunto de aparatos y sistemas y elimina su dimensión cultural y la de su entorno comunitario; perdiendo de vista lo histórico-social, que al igual que lo biológico lo constituyen en sujeto" (Mendoza, 1997:117). En este sentido, el intercambio de conocimientos entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales como la antropología, ha comenzado a redimensionar las cuestiones relativas al problema de la salud.

Considerando que el acercamiento a diferentes posturas teóricas refuerza al investigador en la conformación de su propio acercamiento, es por lo que la revisión de las diferentes aportaciones de los científicos sociales en el campo de la problematización de la salud, la enfermedad y la atención a éstas resulta ineludible, sin embargo dado que la investigación social dirigida a temas sobre el proceso salud-enfermedad es prolífica, en este trabajo revisaré sólo algunos de los aportes significativos de la sociología y antropología médica.

Dentro de la línea de la antropología médica Menéndez ha identificado que existen graves problemas al interior del círculo académico, como "la ignorancia, la secundarización, negación y/ o exotización de la dimensión salud-enfermedad por casi toda la antropología médica producida en Latinoamérica"(Menéndez en Lozoya,1986:39) . Estas circunstancias provocan que la comprensión sobre la realidad social vaya en detrimento, así como paralelamente se obstruye la necesidad de abordar el tema.

## **A. La salud y la enfermedad vista desde las ciencias sociales (sociología médica, antropología médica).**

La sociedad y su cultura constituyen los ejes principales de las ciencias sociales, y dentro de ellos podemos encontrar algunas experiencias que podemos llamar universales, tal es el caso de la salud y la enfermedad.

Un proceso que refiere experiencias vitales como estas es vivido de forma similar por diferentes seres vivos, sin embargo, es el ser humano el único que lo dota de significado. La salud y la enfermedad son aprehendidas de forma individual, no obstante esta aprehensión se ve influenciada por un bagaje cultural al que cada sujeto contribuye cotidianamente.

Existe todo un repertorio de estudios que analizan la enfermedad "como una expresión de la vida"(De Miguel,1980:11), pero los precedentes importantes de las ciencias sociales en cuanto a temas de salud y enfermedad se remontan hasta el siglo XIX, cuando Engels escribe un informe sobre la condición de la clase obrera en Inglaterra, presenta una descripción del estado de salud, y de las actitudes de la población frente a la industrialización (De Miguel,1980:12). Paralelamente se encuentran los trabajos de Virchow, quien enfatiza la importancia que tiene la cultura en la etiología de la enfermedad e incluso en las formas de organizar el sector sanitario.

Virchow (1849 citado por De Miguel ) afirmaba que las ciencias médicas son en primera instancia ciencias sociales, pues la presencia en los individuos de diversas patologías es de alguna manera universal, lo cual obliga a los grupos humanos a desarrollar algún sistema que las combata y más que eso que las *comprenda*, esto nos da la pauta para entender la relevancia de una conceptualización sociocultural del estado de salud o de enfermedad que es posible experimentar. En este sentido la medicina y su conocimiento son tomados como "artefactos sociales con los que la población actual logra adaptarse a la enfermedad" (De Miguel,1980:12), es decir como un sistema instrumental.

De Miguel propone un listado de los ejes principales de la joven Antropología Médica que se diferenció de la Sociología de la Medicina hasta la década de los años 20's del siglo XX.

- Etnomedicina, centrada en un interés etnográfico en la magia y la brujería y que incluye a la medicina primitiva dentro de esas nociones.
- Cultura y Personalidad, que redefine antropológicamente los aportes freudianos, abordando entre otras cosas la relación entre la conducta y la cultura en la que se desenvuelven las personas.
- Escuela de Chicago y Psiquiatría se centró en las dimensiones sociales de los problemas psiquiátricos y la relación de éstas con la distribución de las enfermedades mentales.
- Salud Pública, basada en el interés por los problemas de salud pública y fomentada por organismos como la OMS, la PAHO<sup>1</sup>.

La línea de cultura y personalidad tuvo un gran auge en las décadas de los años 20's y 30's durante el s. XX, en este periodo se sitúa la obra de Rivers quien partía de un modelo idealista, que hacía depender las acciones de las creencias y de las ideologías.

De acuerdo con Menéndez, la antropología médica, se presenta como una rama de la antropología social cuyos orígenes específicos están en la producción antropológica europea (con Durkheim y Rivers ) y americana (Redfield y Gamio) de las décadas de los 20 y los 30's, constituyéndose como especialidad a finales de 1950 y principios de los sesenta, siendo su objeto de investigación los sistemas de salud/enfermedad/atención que operan en cualquier tipo de sociedad (Menéndez, 1990:26) .

Sin embargo el nombre de antropología médica se usó de manera explícita hasta los 70's, "conteniendo entonces no sólo aspectos aplicados -antropología en la medicina- sino contribuciones teóricas -antropología de la medicina-"(De

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), Panamerican Health Organization(PAHO), por sus siglas en español Organización Panamericana de la Salud(OPS).

Miguel,1980:20), lo cual dio paso a la validación de la medicina como tema independiente de investigación .

La antropología médica se detuvo en ese momento a reflexionar sobre su ejercicio, entonces se propuso el redireccionamiento de la misma, sostenida por principios menos invasores, lo cual traería consigo la aceptación de la convivencia de diversos sistemas médicos.(De Miguel, 1980:20)

En la actualidad es aceptado el punto de vista de que la salud y la enfermedad es un objeto legítimo de las ciencias sociales, pues no pueden comprenderse sin el contexto sociocultural en el que se desenvuelven los individuos.

La antropología médica contemporánea se puede dividir de acuerdo a De Miguel, en las siguientes dimensiones :

- “La epidemiología y los estudios ecológicos que versan sobre las causas y el origen, así como la distribución de las enfermedades de acuerdo al nivel de adaptación que presenta un grupo humano en determinado nicho ecológico.
- El análisis de las actitudes de la población sobre la sanidad y los sistemas sanitarios centrados en los problemas de la estructura del sector sanitario en sociedades contemporáneas relacionados con la estructura social de éstas.
- La Etnomedicina se refiere a las creencias y prácticas sobre la enfermedad que derivan de una cultura popular.
- El estudio de los fenómenos bioculturales, referente a la multicausalidad -o etiología- de la enfermedad, incluyendo factores biológicos, culturales y sociales.
- El cambio socio-cultural, y planificación de recursos sanitarios, procurando fomentar una transformación en la medicina, visualizándola como un ejercicio más comunitario, preventivo social y primario.(De Miguel,1980:21)

En síntesis podemos decir que las ciencias sociales han mostrado que los aspectos socioculturales son relevantes en el entendimiento y la comprensión de los problemas de salud en tanto que son elementos que dan sentido a estados tanto patológicos como saludables. Por consiguiente, "en antropología médica se parte de la tesis de que no sólo existe una tendencia universal a curar la enfermedad sino a *entenderla*."(De Miguel,1980:24), lo que traería consigo un redimensionamiento del problema, la antropología médica contribuye además a que los sujetos recuperen el control sobre su propio cuerpo al permitir exponer la perspectiva sobre el proceso salud-enfermedad que la propia población sustenta.

El desarrollo de la Antropología Médica en México de acuerdo con Menéndez, se puede visualizar a partir de dos ejes principales: el primero se vislumbra a partir de la década de los 30's hasta finales de los 60's, también en el s. XX donde se desarrolló ampliamente la Etnomedicina cuyas aportaciones no fueron suficientemente consideradas por el Sector Salud; estas investigaciones "se centraron en el campesinado indígena, ignorando los otros sectores sociales" (De Miguel,1980:24) y la teoría predominante era el funcionalismo cultural, con el objetivo de estudiar prácticas de control de enfermedades de origen 'tradicional'.

La segunda etapa de la antropología médica se realiza durante los 70's y 80's, ésta se diferencia del primer periodo por un nuevo énfasis en la etnobotánica, además se integran nuevos sectores sociales a las investigaciones que revelarían un sistema de hegemonía/subalternidad del sistema médico occidental y los saberes populares respectivamente, sobre la salud y la enfermedad, enfocándose principalmente a esta última, esta orientación limita a la antropología médica al análisis, propuestas y problemas del Sector Salud.

Los estudios antropológicos en México presentan en muchos de los casos, la cuestión de la salud y la enfermedad como una dicotomía estructural, y se centran generalmente en el análisis de la enfermedad, por lo que se encuentra abundante bibliografía sobre diagnósticos, prácticas terapéuticas, especialistas, entre otros temas.

Aunque considero fundamental el repertorio de conocimientos que las ciencias sociales, como la sociología médica y la antropología médica, entre otras

han construido en relación con el tema, creo conveniente ampliar el conocimiento con respecto al concepto de salud, por lo que hablar de lo sano, de la vida saludable es igualmente relevante para todos nosotros, ya que es uno de los elementos que constituyen un concepto de bienestar más amplio e integral.

### **B) Perspectivas teóricas de los estudios de salud y enfermedad.**

Las múltiples investigaciones de las ciencias sociales sobre temas relacionados con la salud y la enfermedad, pueden enmarcarse en posturas teóricas diversas, por ejemplo Roberto Castro ofrece una visión amplia en cuanto a la teorización de la subjetividad relacionada con la salud y la enfermedad al "explorar el tipo de vínculos que se han propuesto como plausibles entre las grandes determinaciones macrosociales y la subjetividad de los individuos"(Castro, 2000:32), mientras que Castro, analiza las diferentes posturas teóricas que han tenido incidencia en los estudios sobre salud, partiendo de su posicionamiento ante los problemas del orden y la acción. Estas dos dimensiones destacan ya que son tomadas como referencias importante en los estudios sobre salud y se encuentran de cierta forma explícitos en muchos de los estudios realizados.

El problema de la acción, presentada por Castro, se refiere a las características de los actores sociales, la importancias de la identificación de si las conductas de los individuos son resultado de imposiciones externas a ellos (racionales) o si cuentan con un margen de libertad y creatividad individual para decidir el curso de sus acciones (no racionales).

Por otro lado, el problema del orden se refiere a la naturaleza de las regularidades y los patrones sociales, y exige una definición acerca de si los mismos existen previamente a los individuos (colectivistas) o si son las consecuencias de las múltiples interacciones individuales, la suma de las cuales resulta en el orden social existente (individualistas). (Castro, 2000:32).

De acuerdo con el planteamiento anterior se expone a continuación un cuadro que organiza los aportes teóricos de estas perspectivas:

<b>Orden</b>	<b>Acción</b>	<b>Ideas principales</b>
Normativos (colectivistas)	Racionales	Estudio científico de los hechos sociales tienden a hacer hincapié en el papel que los factores sociales (cultura, sistemas cognoscitivos, estructura social, etc.) juegan en la constitución de las percepciones subjetivas[...]. La experiencia de los individuos se considera más bien una variable dependiente de ciertas fuerzas sociales.
Hermenéuticos (colectivistas)	No racionales	Constituyen una tentativa de combinación del orden colectivo de los abordajes normativos con la acción creativa y emotiva de los enfoques interpretativos.
Interpretativos (individualistas)	No racionales	Destacan la capacidad de los actores de dar significado a diferentes situaciones sociales y de actuar, no sólo de 'reaccionar', en consecuencia, este enfoque se concentra en la comprensión interpretativa de la experiencia humana real, es decir, en las maneras específicas en la que los individuos sienten, perciben y definen los diferentes aspectos de la vida social.
Individualistas	Racionales	Sin explorar.

(Castro 2000:35-37)

Desde esta perspectiva, el problema conceptual que aborda la relación entre el individuo y su sociedad se ve resuelto de diversas formas, presentándose la hermenéutica como uno de los abordajes que tratan de equilibrar esa interdependencia.

Este autor se identifica a sí mismo dentro de una postura hermenéutica, aunque los estudios de salud que se dirigen bajo esta perspectiva son pocos, muchos de ellos enfocados al proceso de salud-enfermedad mental, se enfatiza que este modelo teórico permite una aproximación "desde una perspectiva socioantropológica, de la experiencia subjetiva de la salud-enfermedad, entendida simultáneamente como una activa construcción intersubjetiva sujeta al mismo

tiempo, a un cierto orden de determinaciones estructurales" (Castro,2000:140), es decir, una construcción en la que existen sujetos que se relacionan dinámicamente con la normatividad sociocultural.

### **C) Categorías utilizadas para la salud y la enfermedad**

En general los estudios de Antropología Médica, como comenté anteriormente, privilegian el abordaje de la enfermedad en sus diferentes dimensiones, el estado saludable por su parte, se enfrenta con problemas de enunciación de diversa índole.

Esto lo ilustra Gadamer quien señala esta problemática partiendo de un cuestionamiento básico sobre la noción de salud: "¿Qué es la salud? Se sabe, más o menos, qué son las enfermedades. Es posible colocarlas bajo la lupa y juzgar su grado de intensidad a través de todos los medios que nos ha proporcionado una ciencia natural objetivante, a tono con la ciencia moderna. Pero la salud es algo que se aparta de esto de un modo muy peculiar. Ella no es algo que se muestre como tal en el examen, sino algo que justamente existe porque escapa a éste"(Gadamer,1996:113) En este sentido el estado saludable es impenetrable desde el punto de vista de la ciencia que él denomina objetivante, pues está basada en criterios cuantitativos que no permiten la inclusión de otra clase de información.

Así mismo, se señala la limitada eficacia de los indicadores de salud que predominan actualmente, pues están basados en conocimientos científicos básicamente del campo de la medicina que dan pauta a definiciones de salud poco cercanas a la realidad social pero que son legitimadas por organizaciones oficiales<sup>2</sup>; aunque la necesidad de estos elementos de análisis no se cuestiona, los mismos nos hacen pensar en la insuficiencia y la importancia de los estudios cualitativos que dan preferencia a los significados compartidos colectivamente.

---

<sup>2</sup> La Salud fue definida por la Organización Mundial de la Salud(OMS) como "El completo estado de bienestar físico, mental o social; y no meramente la ausencia de enfermedades o males"(OMS,1994:11)

El proceso salud-enfermedad en este caso, es parte de ese orden que no se puede "objetivizar" en términos de una tradición científica clásica<sup>3</sup> sin embargo, esta peculiaridad no implica que no se pueda emprender un abordaje válido.

Comprender la salud y la enfermedad únicamente desde el campo biomédico, considero, se vuelve una restricción, ya que estos indicadores no dan cuenta de la realidad de los sujetos de forma integral, por lo cual es necesario incluir el análisis sobre su subjetividad ya que esta elabora cotidianamente interpretaciones sobre las diversas experiencias de un sujeto, entre las cuales podemos encontrar aquellas que nos remiten a los problemas de salud de la población.

De este modo, al preguntarnos qué es la salud, qué es la enfermedad, es posible construir una respuesta a partir de sujetos que han atravesado por estas experiencias a lo largo de su vida y que han establecido una lectura de ellas, en este sentido, los testimonios de los sujetos se torna el discurso substancial.

#### **D) Propuestas desde los estudios en México.**

Dentro de las principales propuestas para explicar el proceso de salud-enfermedad destaca el planteamiento ya tradicional en la antropología, que relaciona este proceso con el equilibrio físico-social, el sistema frío – caliente.

De acuerdo con Foster "el organismo social saludable y el organismo humano saludable se consideran, ambos, como conformados a un modelo común de equilibrio" (Foster en Lozoya, 1986:62).

Pero ¿en qué consiste este equilibrio? ¿qué es aquello que debe mantenerse en ese estado? Foster propuso un modelo basado en el concepto de bienes limitados, la posesión de un bien debe ser más o menos equitativa en la comunidad, cuando se da un exceso en la posesión del bien se produce un desequilibrio pues el exceso de una persona significa la carencia de otra.

---

<sup>3</sup> La investigación social clásica ha estado regulada por el presupuesto de objetividad, que postula un objeto separado del sujeto. Sujeto y objeto son entidades preexistentes que entran en relación: que constituyen la relación sujeto / objeto. En este sentido, los "objetos" cuentan con características 'dadas' que pueden ser cuantificadas de acuerdo a diferentes escalas. Al respecto consultar a Jesús Ibáñez (1991).

Para el autor ya citado, el equilibrio social, "se ve amenazado cuando existe una excesiva concentración de bienes en una parte de la sociedad, en manos de unas cuantas personas, también se ve amenazado cuando se da una excesiva pérdida de estos" (Foster en Lozoya,1986:62) como por ejemplo de prestigio, de poder, de autoridad, entre otras cosas.

Sin embargo también se plantea que existe un equilibrio individual del organismo humano, el cual se ve afectado cuando existe una excesiva concentración de calor en una de las partes del cuerpo así como por la pérdida de éste, cuando una parte del cuerpo se ve invadida por el frío. (Foster en Lozoya,1986:62).

Esto nos lleva a considerar que el equilibrio se encuentra al mantener el cuerpo en un nivel medio de temperatura, es decir, el aumento o disminución de la temperatura corporal (más frío o más caliente) será un indicador clave para definir nuestro estado de salud.

Esto último es un elemento que corresponde a la lógica de la debatida dicotomía del frío y el calor, la cual no sólo corresponde a la dimensión corporal de un individuo sino que se encuentra como una lógica que integra el entorno en general.

Foster planteaba esta dicotomía como producto de una degeneración de la patología humoral griega en la que se han perdido las propiedades de humedad y sequedad, basada en la doctrina hipocrática que supone la existencia de cuatro humores. Este sistema traído a América por los europeos durante la colonia, supone que "cada uno de los cuatro humores tiene su 'complexión', que consiste en pares de cualidades.

<b>Humor</b>	<b>Cualidades vigentes</b>	<b>Cualidades desaparecidas</b>
Sangre	Caliente	Húmeda
Flema	Fría	Húmeda
Bilis negra	Fría	Seca
Bilis amarilla	Caliente	Seca

Supone además que tres órganos importantes del cuerpo como son el corazón, el cerebro y el hígado eran seco y caliente, húmedo y frío, y húmedo y caliente respectivamente; un cuerpo sano entonces, tenía una complejión caliente y húmeda preponderantemente. Este sistema era aplicable, además, a las medicinas, los alimentos y todo aquello que era parte de la naturaleza. De este modo, “ la práctica médica consistía en restaurar el equilibrio alterado”. (Foster en Lozoya,1986:63).

Dentro de la misma discusión López Austin propone que la dicotomía frío-calor “es una persistencia de la cosmovisión dualista nativa [...] estrechamente vinculada al tema del equilibrio humano “(López Austin en Lozoya,1986:73). Esta dicotomía es concebida por este autor como una distinción entre la “naturaleza fría y la naturaleza caliente de los hombres, de los estados patológicos y de los productos [...] es una diferencia de cualidades de cosas, personas y procesos que las ubican en un sistema taxonómico. El hombre es concebido como un ser en el que el equilibrio es básico para su salud” (López Austin en Lozoya,1986:74). En este sentido la lógica que subyace al sistema frío-calor tiene una tradición ancestral, que puede identificarse con una cultura mesoamericana, presente en regiones como la del Semidesierto Queretano como zona de contacto.

López Austin cuestiona la propuesta de Foster centrándose en la forma en la que se han de “justificar las causas de la pérdida de las categorías de sequedad y de humedad” (López Austin en Lozoya,1986:75).

En suma, propone que la polaridad tiene un probable origen americano de acuerdo con razones como las siguientes:

- La polaridad frío – calor no se reduce al campo de la salud, la enfermedad y la medicina, pues así como en el pasado prehispánico, hoy la polaridad comprende todo el cosmos.
- Existe una imbricación de los poderes del cosmos con la enfermedad. Al estar dividido todo el universo en dos porciones, es lógico pensar que sean congruentes las relaciones entre las enfermedades y los seres del mundo.

- Existen menciones muy antiguas del sistema: documentos que hablan de forma tácita de la dualidad, así como palabras en náhuatl formados con términos complementarios.
- Imposibilidad de degeneración en los términos propuestos [...] habría que explicar no sólo la causa de la degeneración, sino la universalidad de la causa”lo cual no se ha hecho.

Es preciso enfatizar que Foster y López Austin concuerdan en la articulación de los conceptos de equilibrio y salud aunque presenten divergencias en cuanto al origen y desenvolvimiento del sistema frío-calor como eje articulador de la noción de equilibrio.

El concepto de equilibrio tiene una aplicación amplia, ya que hace alusión a un equilibrio individual y a otro de carácter contextual; este principio también se manifiesta en la simbolización que la población de San Pablo crea alrededor de la enfermedad, lo cual trataré más extensamente en los capítulos III y IV.

En lo que se refiere a la medicina tradicional, ésta se presenta como una alternativa basada en cosmovisiones concretas construidas a través del tiempo, a partir de una identidad socio-cultural en particular, ofrece una atención médica pensando en que “la pérdida del equilibrio no sólo constituye un hecho médico-biológico, sino también un proceso vinculado con la historia de la vida del individuo y su sociedad”(Gadamer, 1996:56). No obstante, la medicina tradicional como modelo médico y de atención se encuentra como una opción negada oficialmente.

Por otro lado, existe la idea de que la medicina tradicional ha permanecido imperturbable a través de los años desde tiempos remotos, sin embargo como indica López Austin “ la medicina indígena contemporánea [no es] una medicina de pura tradición prehispánica. En ella, como en cualquier sistema ideológico rural mexicano, se encuentran complejas combinaciones de diferentes procedencias”. (López Austin en Lozoya, 1986:87), es así como se puede observar que la incorporación de las creencias indígenas y el proceso de acomodación continua de los sistemas médicos que se ven interrelacionados da como resultado las

representaciones simbólicas y las prácticas de atención a la salud contemporáneas en una comunidad.

Siguiendo con las interpretaciones de la medicina tradicional, Anzures plantea que esta no debe ser pensada como una práctica que sólo se lleva a cabo "en regiones apartadas de las ciudades, en grupos mexicanos, pero culturalmente distintos a las formas de vida del mundo occidental" (en Lozoya, 1986:91) además destaca que se caracteriza como un tipo de atención muy particular: "Las curaciones tradicionales [dice] no son únicamente a base de herbolaria, sino que también se emplean oraciones, conjuros, 'limpias, etc [...] semejantes a terapéuticas psicoreligiosas" (Anzures y Bolaños en Lozoya, 1986:92).

Por su parte Carlos Zolla define la medicina tradicional como un conjunto de manifestaciones médicas que se presentan fuera de la esfera institucional o académica, y que ésta contiene recursos para la salud negados o tratados con indiferencia por el sistema hegemónico. (Lozoya y Zolla, 1986:28) En esta misma perspectiva Menéndez añade que la práctica de la medicina tradicional se asocia con los grupos colonizados internos y externos, por su relación con el analfabetismo y el atraso en términos de 'conocimiento' lo que hace que aparezca no sólo marginada sino teórica y jurídicamente excluida, mientras que la medicina institucionalizada se asocia con el desarrollo educativo de la población, por asumir 'interna y externamente' los principios que se imponen como ideología normal de las capas burguesas hegemónicas en los países de punta. (Menéndez en Campos, 1992:102-105)

Los planteamientos antes expuestos resumen las características generales propias de la medicina tradicional en la que se puede ver una convergencia de particularidades de origen europeo y americano como las siguientes: el referente al sistema frío-calor, el amplio uso de la herbolaria, la realización de variados rituales mágico-religiosos, la oposición entre la medicina que se ejerce de manera oficial (científica, académica, alópata, cosmopolita) y aquella que no lo es.

Es importante recapitular para propósitos de esta investigación que tanto los planteamientos de Menéndez como los de López Austin señalan que el modelo de atención médico 'tradicional' no puede ser concebido únicamente como el

remanente de una serie de conocimientos heredados del pasado, dado que presenta una continua innovación al adecuarse a las transformaciones en las prácticas tradicionales y a las derivaciones del sistema médico hegemónico "lo tradicional es, pues, algo 'nuevo'; y sólo la dinámica del proceso de apropiación, pero al mismo tiempo de exclusión, lo convierte en 'tradicional'". (Menéndez en Campos 1992:104)

### **E) Propuestas teóricas del análisis procesualista y simbólico.**

Desde el comienzo de la investigación se planteó la dificultad de tratar a la salud o a la enfermedad de forma aislada, como una dicotomía estructural. A partir de estas circunstancias propongo un abordaje que no restrinja las cualidades del problema en cuestión; por lo que el diálogo con los habitantes de la comunidad me condujo a ver la salud y la enfermedad como estados de un proceso único, el cual es parte fundamental de las experiencias vitales de la población.

La visión sobre el proceso salud enfermedad que expongo se centró en algunos conceptos guía, de los cuales presentaré a continuación un breve comentario.

Considero que la conceptualización de un proceso resulta una tarea que debe tomarse con cautela, ya que un proceso connota cualidades como el dinamismo, la transformación, características que teóricamente no son sencillas de exponer.

Con respecto a esta labor, Van Gennep (en Turner, 1978) da los primeros pasos para una conceptualización simbólica de las transiciones que los hombres realizan entre un estado bien definido y otro, y de la reintegración del hombre a estos. En su obra titulada *Los ritos de paso* demuestra que se pueden marcar tres fases fundamentales en esta clase de rituales vistas como un proceso vital: la separación (del estado definido anterior), el margen (liminalidad, ambigüedad del estado), y la agregación (consumación del nuevo estado).

Pero hay que considerar que el concepto de liminalidad no puede ser confinado a los ritos de paso que él describió, también puede aplicarse a las fases

de cambio cultural en las que el sujeto del ritual (individual o grupal) tiene una inversión simbólica de los roles sociales, como un espejo imaginario de las normas seculares paradigmáticas. La liminalidad no sólo es una transición ("voy a ser") sino que también es una posibilidad ("puedo ser"). (Van Gennep en Turner, 1978:11, trad. libre).

Por otro lado, Turner aplica el concepto de liminalidad al análisis de los sistemas rituales que comprenden rituales de crisis vitales, así como rituales de aflicción, trata además las peregrinaciones como una experiencia que permite un espacio y un tiempo liminal para los fieles, pues estos se separan de un estado definido (cotidiano) para adentrarse a otro (sagrado).

A partir de los planteamientos anteriores, en esta investigación entenderé por proceso, un transcurrir subjetivo entre estados definidos y organizados de salud y enfermedad, mas este movimiento no debe ser entendido como unilineal pues como mostraré no sigue una única dirección en ninguno de los casos. En suma, intento realizar el análisis de las representaciones simbólicas que la población posee sobre un proceso, el que se presenta entre la salud y la enfermedad.

Otras perspectivas que considero importante para entender el proceso de salud-enfermedad son las diferentes teorías antropológicas del simbolismo, las cuales sustentan las representaciones como un concepto angular. De acuerdo a Dan Sperber el simbolismo tiene que ver con "el saber sobre el saber" (1998:138) que cada individuo posee, individuo que sin embargo es parte de un sistema social amplio. Para este autor el símbolo es una representación, pero una representación puede conformarse por varios de ellos, al hablar de estas representaciones estamos hablando de sistemas simbólicos que convergen y se relacionan para estructurar los sentidos y los posibles significados que se articulan de forma dialéctica ya que a través de la interacción de estos niveles se puede entender la programación de distintas acciones y discursos.

Una representación simbólica se puede definir en palabras de Pérez Taylor (2000) como uno de los constructos sociales más relevantes en la comprensión de una visión de la realidad en particular, la connotación simbólica de los aspectos

cotidianos de las experiencias que viven ciertos sujetos sociales, es un ejercicio que articula universos conceptuales, prácticas, y elementos del universo que se vive .( 2000:31)

Para la realización de esta tesis cada una de las perspectivas antes expuestas me permitió el acercamiento al análisis del proceso salud-enfermedad, pero es mediante la investigación de campo en San Pablo Tolimán que estas propuestas teóricas pudieron asirse.

### 3. METODOLOGÍA .

¿Cómo tratar metodológicamente y técnicamente la representación de un proceso como el de la salud y la enfermedad?

A la antropología se le debe el definir una cultura como una “urdimbre de tramas de significación colectivas” (Geertz,1992:20) que elaboran continuamente la realidad social que el antropólogo interpreta.

Actualmente podemos reconocer que aquello que la ciencia estudia no son entidades que simplemente están ahí, son construcciones sociales únicas e irrepetibles desde el punto de vista temporal así como el espacial. Para comprender de manera adecuada estas construcciones es necesario contextualizarlas en estas coordenadas.

La construcción de aquello a lo que se designa como “realidad” es producto de la interrelación entre los diferentes sistemas<sup>4</sup> que intervienen para dar sentido a algo. Un sistema entonces puede ser constituido por todo el universo que nos rodea, desde su unidad mínima, pero el sistema al que haremos referencia aquí lo he delimitado en tres niveles:

- el sistema sujeto.
- el sistema grupo social (de sujetos).
- el sistema contextual (situaciones histórico – espaciales del grupo social).

---

<sup>4</sup> Entenderemos por sistema “una unidad global organizada de interrelaciones entre elementos, acciones o individuos”. (E. Morin, 1999:124)

Ninguno de estos sistemas tiene más preeminencia que otro, pues se encuentran relacionados íntimamente.

Habría que agregar un cuarto sistema en cuestión para el caso de investigaciones o estudios sobre los tres anteriores: el sistema sujeto investigador. Todos estos sistemas forman un todo complejo que implica que el investigador se conciba como parte del constructo que observa.

Por otro lado los elementos de una realidad serán proporcionados por los repertorios histórico socio-culturales de cada sistema.

En una investigación se crea un nuevo discurso sobre la realidad, a partir de las diferentes perspectivas de los sujetos que intervinieron en el proceso de construcción de un conocimiento.

La relevancia del lenguaje dentro de las ciencias sociales es indiscutible, este se presenta a un mismo tiempo como "instrumento y objeto de la investigación social" (García Ferrando, et al, 2000:10) pues supone hablar del habla, pensar el pensamiento, analizar lo social por sus propios integrantes, seres sociales también.

Los datos pueden analizarse al convertirse en palabras, en textos que poseen "contenidos que designan y enuncian acontecimientos, procesos de larga y corta duración que delimitan sistemas organizativos" (Pérez Taylor 2000)

Y aunque se tiene este elemento en común dentro de toda investigación, cualquier científico debe tener en claro que la metodología que se adopta no es de ningún modo generalizable, universal, no existen manuales, ni fórmulas predispuestas para ello, particularidad que no conduce a la invalidación del conocimiento.

Todo esto obedece en gran parte a las características del análisis en la investigación social, básicamente multirelacional lo cual exige "una epistemología pluralista, que responda a su complejidad, a la variedad de sus facetas. Y a tal pluralismo cognitivo no puede convenir un método, un solo método, y menos que ninguno el diseñado para el estudio de la realidad físico - natural." (Beltrán, Miguel en García Ferrando, 2000:16-17)

De esto se desprende la necesidad de métodos (en plural), cada uno de ellos apropiados a las circunstancias en las que se desarrollará la investigación, especificando con esto el modo en que se accederá a la realidad.

En efecto, un método, no es más que una ruta de acceso a la realidad y para llevar a cabo esta investigación se retomaron los principios del método cualitativo. Este método científico es propio de las ciencias sociales, ya que " sólo la especie humana vive dentro de una realidad que no sólo es material, sino simbólica" (Beltrán, Miguel en García Ferrando, 2000:43).

Lo cualitativo es articulado frecuentemente al discurso, al lenguaje, al significado y al sentido que pueden construirse alrededor. Para todo esto, el método cualitativo requiere de la conceptualización de la realidad como un "proceso de producción de datos"(Ibáñez en García Ferrando,2000:45), pues la realidad se encuentra discursivamente construida, todos los datos son textuales, mediados.

En esta investigación se retomaron los principios de esta clase de método que inquiera dentro de un conocimiento en el que convergen las conciencias individuales, la memoria colectiva así como el sentido común.

La retroalimentación entre el investigador y su investigación dan cabida a la posibilidad de la flexibilidad tecnológica (cómo se hace) y la metodológica (por que se hace así).

El conocimiento antropológico juega con la comprensión sobre conocimientos producidos culturalmente (a partir de la relación entre sujetos, es decir, la colectivización) desde perspectivas individualizadas.

De acuerdo con esto, la estrategia metodológica que se siguió fue la siguiente:

- Nivel colectivo.

Construcción del sentido social, la comprensión de la noción de salud que se tiene en la comunidad a partir de la confrontación de diferentes perspectivas sobre el tema. Para ello se llevaron a cabo grupos de discusión que abarcaron dos campos cognitivos importantes: el que respondía a los principios y organización de un comité de salud promovido institucionalmente y un segundo grupo que no estaba relacionado con las políticas de educación para la salud.

- Nivel Individual.

Construcción de datos a partir de una historia que corresponde al nivel biográfico, a partir del cual se retroalimenta la cultura. En este caso, se usaron entrevistas abiertas e historias de vida.

#### **A) Tipo de investigación.**

El proceso de investigación que se llevó a cabo para esta investigación inicia como un estudio descriptivo etnográfico. Considerando la etnografía como el principal instrumento, producto o insumo del trabajo antropológico que se debe transformar a partir de lo que se ha expuesto hasta aquí, con el objetivo de producir una descripción dialógica, ligado al concepto de intercontextualidad, pues “todo texto (o discurso verosímil) está ligado al contexto de su enunciación y al contexto de interpretación que lo producen” (Pavlicic, citado por Zavala 1999:22).

Esta investigación presenta elementos para someterlos al análisis; con base en los datos obtenidos se plantea una investigación de tipo correlacional, ya que pretende “medir el grado de relación que existe entre dos o más variables” (Sampieri, 1998). Finalmente, se pretende explicar, a través del análisis cómo se conforma la noción del proceso salud –enfermedad.

Para llevar a cabo la fase de la producción de los datos se consultaron diferentes fuentes bibliográficas, hemerográficas y estadísticas referentes a la investigación en ciencias sociales, al contexto de la comunidad, y a la problemática que se aborda en particular.

Los instrumentos para la producción de datos que se usaron fueron los siguientes:

- a. Entrevista abierta: Técnica en donde el sujeto entrevistado es situado como portador de una perspectiva elaborada. Las entrevistas se dirigieron por un guión temático flexible que permitió incorporar categorías dadas por el entrevistado.
- b. Grupos de discusión: Técnica de investigación social que trabaja con el habla (igual que la entrevista), que articula el orden social y la subjetividad. Se trata de un grupo de personas que hablen y discutan sobre el tema,

fomentando la re-producción y el reordenamiento del sentido pues se opera en el terreno del consenso (Convergencia de individuos en una topología imaginaria de carácter colectivo) (Canales en Delgado, Juan;1995:289-291).

Las mujeres, concretamente las madres de familia, se instituyeron como nuestra principal fuente de información cuando fueron identificadas en la comunidad como las encargadas de las funciones diagnósticas y curativas a nivel familiar, son las que mayor contacto tienen con los programas de educación para la salud promovidos por el sistema médico alopático y por lo tanto, las que efectuarán la síntesis de las representaciones de diversas matrices simbólicas sobre el proceso salud-enfermedad.

Ambos instrumentos se guiaron por ejes temáticos relacionados con la noción del proceso salud-enfermedad de los sujetos y los elementos que la conforman, los cuales comenté en el planteamiento del problema, además se realizó el registro y observación directa de las prácticas relacionadas con la salud.

La investigación en la comunidad de San Pablo se realizó durante temporadas de campo distribuidas entre los años 2000, 2001 y 2002.

## CAPÍTULO II. EL CONTEXTO

### 1. Ubicación y descripción general de la comunidad de San Pablo, Tolimán (*Ndoxa-Alo*)<sup>5</sup>.

San Pablo, Tolimán es una comunidad que muestra un devenir histórico en el que confluyen dinámicas locales, que se desarrollan al interior de la comunidad y dinámicas globales que tienen que ver con fenómenos externos a ella.

Es así que las características que se observan en la comunidad son producto de la interacción de esos dos niveles de realidad así como de su retroalimentación, de esta manera se producen estrategias a nivel comunitario, ante los problemas con los que enfrenta la población a nivel mundial, dentro de los cuales, uno de los más apremiantes es el referente al estado de salud de la población indígena.

Este problema en particular, se asocia en la mayoría de los estudios sociales con indicadores de niveles de bienestar socioeconómicos y de salud de la población que son usados para planear políticas públicas visiblemente alejadas del bagaje cultural de las personas a las que son dirigidas.<sup>6</sup> (ver Anexo Cuadro1)

El abordaje de la salud como "uno de los temas más sensibles dentro del entramado social bajo la exclusividad de evidencias biológicas, con datos, con fórmulas matemáticas, con variables sanitario-demográficas, no hace sino seguir encubriendo el rostro centralmente humano de los problemas de salud"(González en: Martínez Vilchis,2001:89), no obstante, ha últimas fechas el interés por ubicar a las personas que viven el proceso salud-enfermedad dentro de su contexto sociocultural ha ido en aumento, pues este proceso no puede comprenderse sin el marco de interpretación en el que se desarrollan.

---

<sup>5</sup> "Gran Santo Pablo o Santo patrón Pablo" (Chemín,1993:19)

<sup>6</sup> Los indicadores del estado de salud son derivados del sistema médico hegemónico y cimentados básicamente en estados de morbilidad y mortalidad definidos desde la perspectiva alopática los cuales nos ofrecen una información que no hay que pasar por alto. La Secretaría de Salud del Estado proporciona una lista de indicadores de salud de los que se derivan el diagnóstico de la 'realidad sanitaria del país' así como las estrategias de acción para transformarla.

En este sentido mi trabajo hará referencias generales de los procesos históricos que se relacionan con su identidad étnica, así como de los servicios que se ofrecen actualmente en el rubro de la salud, la educación, la vivienda y su infraestructura, la demografía o las actividades económicas que se llevan a cabo entre otras cosas; todos ellos, elementos que posibilitan en gran parte ver las condiciones de vida en San Pablo, Tolimán.

La situación de la población contemporánea puede comprenderse a la luz de un pasado reconstruido a partir de aquellos relatos históricos (escritos o preservados por la tradición oral) que dan cuenta de diferentes perspectivas sobre un grupo social, por lo que resulta útil la revisión etnohistórica de momentos coyunturales para la comunidad. Por lo anterior y considerando que la sociedad y su cultura se configuran dentro de procesos históricos, expondré de forma resumida algunas circunstancias que incidieron en la comunidad de San Pablo y en sus habitantes.

La investigación de H. Chemín sobre la región de Tolimán, muestra que los registros existentes "confirman que antes de la conquista española la región de Tolimán estaba poblada por chichimecas<sup>7</sup>, grupos nómadas y seminómadas procedentes del norte de México que ocuparon o volvieron a ocupar, regiones de la Sierra Gorda hacia los siglos XII y XIII". (Chemín, 1993:9-10).

La colonización de la población ubicada en la región Tolimense fue posible gracias a la alianza de población otomí con los españoles: "Luego de la conquista de Querétaro (1531-1532) en la que intervinieron caudillos y soldados otomíes), los otomíes de Xilotepec y Querétaro pacificaron la zona noroeste de Guanajuato: Tierra Blanca y Xichú de Indios, hoy Villa Victoria, y de allí hasta Puxinguía.

El territorio de los chichimecos pames-samues de Xichú se extendía por entonces hasta la zona de Puxinguía, en los alrededores del actual Ahuacatlán, Querétaro, podría ser que en aquel tiempo las tropas otomíes llegaran hasta la región de San Pedro Tolimán ."(Chemín,1993:24)

---

<sup>7</sup> El término chichimecas alude a un conjunto de diversos grupos identificados con la región de Aridoamérica como los pames, los ximpeces y los jonaces.

San Pedro Tolimán fue fundado también en el año de 1532 por pobladores otomíes procedentes de Xilotepec y Tula, dirigidos por don Nicolás de San Luis Montañés, don Francisco Sánchez y don Fernando Mendoza de Luna. Respecto a las comunidades de San Miguel, San Pablo y San Antonio Bernal, "sólo se sabe que eran barrios de la cabecera [San Pedro Tolimán] y que después, declarados pueblos, se le segregaron." (Chemín, 1993:24) La población que finalmente se asentó en estos pueblos se conformó a partir de dos grupos étnicos: otomíes y chichimecas (pames); gran parte de estos últimos fueron forzados a permanecer en la región en congregaciones y misiones.

San Pablo como uno de los barrios de San Pedro Tolimán se vio envuelto en un proceso de evangelización por parte de misioneros franciscanos que establecieron en el pueblo de San Pedro, sin embargo, los españoles también fueron apoyados por los otomíes en este proceso pues estos "ayudaban a la evangelización y sedentarización de los pames, bajo la supervisión de los misioneros y funcionarios hispanos" (Chemín, 1993:30).

La convivencia de grupos sociales con culturas diversas provocó procesos de transformación en las prácticas médicas que se llevaban a cabo, como señaló Quezada la atención médica que se llevaba a cabo en la Nueva España y su comprensión constituyó un sistema permeado por la cosmovisión de los diferentes sectores de la población, (2000:15-27) es decir, eran prácticas que respondían a diferentes matrices simbólicas provenientes de la diversidad de la población que convergía: españoles, indios, y negros que conformaron posteriormente las bases de una compleja sociedad de castas.

Estas circunstancias nos inducen a imaginar momentos de cambios estructurales dentro de la población que se estaban generando en el país y que posteriormente conformarían el México independiente.

Posteriormente durante el periodo histórico del Estado Nacional emancipado, que comienza en el s. XIX, se pone de manifiesto un nuevo grupo dominante que promueve a partir de políticas de estado la asimilación definitiva de la población indígena a un colectivo identificado como la sociedad nacional.

Durante este periodo, todo aquello que constituyera una diferencia con respecto a la sociedad nacional, mestiza por definición, se negaba o se trataba de integrar a este todo homogéneo por todos los medios. En este contexto, la medicina alópata era la única legitimada para actuar, para explicar, para conocer en relación con los problemas sanitarios del país y su gente, por tanto, la única concepción válida de la salud y la enfermedad eran aquellas que se cimentaran en el modelo hegemónico.

Esto se relaciona con un segundo elemento de la construcción del colectivo, que es la identificación de la nación como un modelo único de civilización común. Una de las características principales de la nación es su pretendida homogeneidad cultural (el indio muerto es venerado no así el que aún vive). Estas circunstancias fomentaron la desvalorización de las prácticas médicas locales desde la perspectiva del sistema médico oficial.

San Pablo evidentemente se vio imbuido en todas estas tendencias políticas, la estigmatización de los curanderos y de otros especialistas de la medicina tradicional, evoca el doble discurso del que fueron objeto desde el periodo colonial cuando la amplitud del territorio fue una condición preeminente para que las autoridades fueran permisivas con diversas alternativas médicas, "de manera oficial los médicos, cirujanos, sangradores-barberos, boticarios, y parteras eran los que trataban los problemas de la salud, sin embargo los curanderos eran 'tolerados' pues constituían el único recurso para una gran parte de los habitantes". (Quezada,2000:15-27) ); por otro lado, al prevalecer el mestizaje tanto biológico como cultural, se mantuvo un continuo movimiento combinatorio entre las representaciones indígenas y aquellas asociadas a la sociedad mayor que se ven expuestas en la concepción actual del proceso salud-enfermedad de sus habitantes.

A últimas fechas, los sujetos indígenas se han insertado en una reflexión sobre lo nacional, impulsada a raíz de la manifestación de 1994 del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en el estado de Chiapas, la cual se presentó como una confrontación directa y frontal con el estado y las políticas dirigidas a la población indígena. Se ve reivindicada la idea de multiculturalidad así

como la posibilidad de que un estado pueda conformarse a partir de esta característica poblacional.

Y aunque el movimiento zapatista ha reafirmado la posibilidad de que exista una nación heterogénea, lo que implicaría el reconocimiento de las necesidades y los recursos que presenta la población indígena en materia de salud, la transformación aún no traspasa la barrera retórica del discurso político. En San Pablo Tolimán, como en diversas comunidades de la región existen problemas entre los médicos y la población, a causa de la descalificación de los primeros hacia las prácticas y creencias de los segundos, prevalece y se intenta imponer la visión de la medicina hegemónica.<sup>8</sup>

Las circunstancias histórico sociales que de forma muy sucinta se enunciaron aquí, se reflejan en la problemática sanitaria y han promovido actitudes definidas por parte de los actores inmiscuidos en la región de Tolimán y que analizaré en capítulos posteriores.

## 2. La comunidad actual.

San Pablo Tolimán<sup>9</sup> es una comunidad indígena con ascendencia otomí-chichimeca. Este asentamiento humano cuenta con 2929 habitantes, de los cuales 1317 son hombres y 1612 mujeres <sup>10</sup>, esta comunidad pertenece al municipio de Tolimán<sup>11</sup>, en el estado de Querétaro; se habla predominantemente el español aunque aún persisten hablantes del otomí (*ñãñhã*).

---

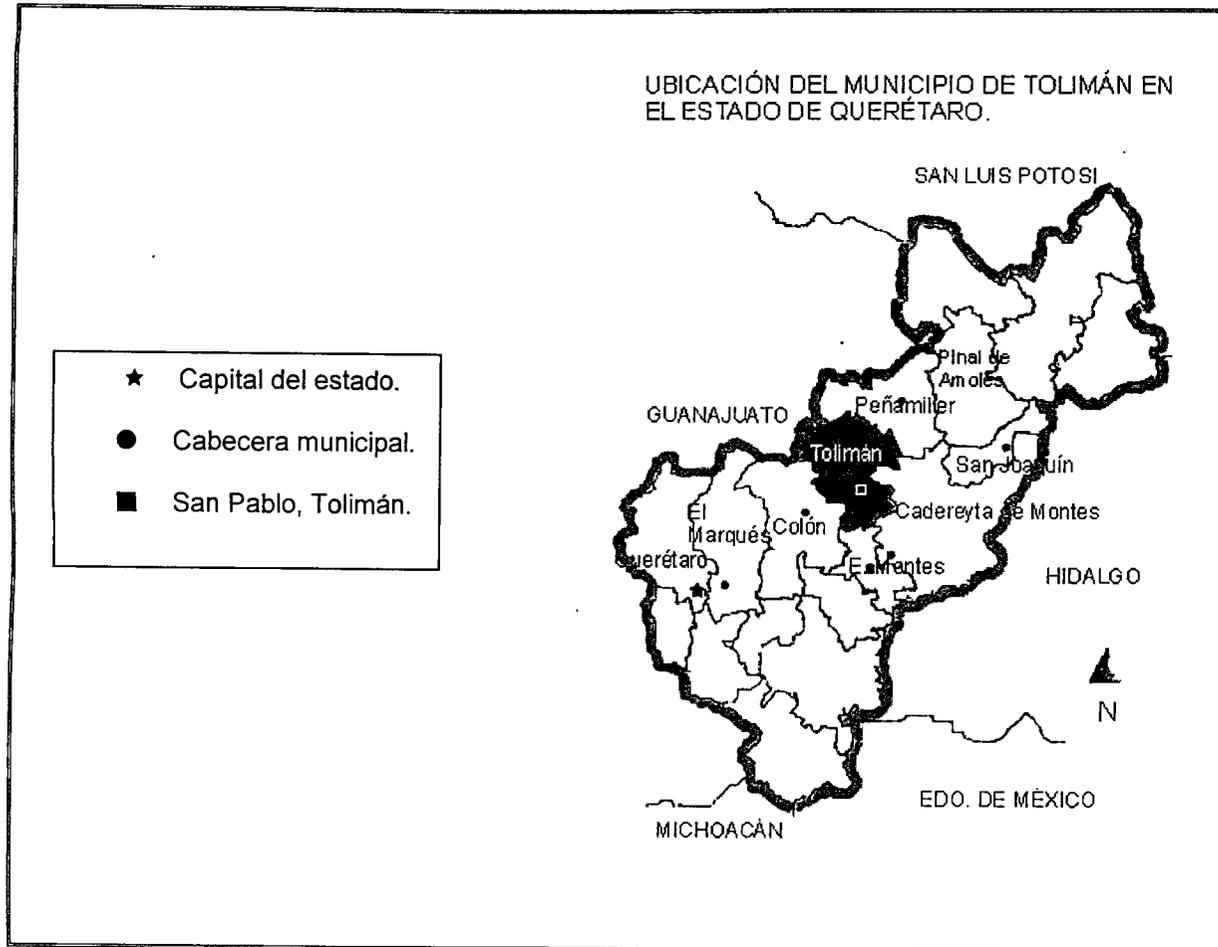
<sup>8</sup>Al respecto, se pueden comparar los Tratados de San Andrés y las Reformas que se promovieron a la constitución.

<sup>9</sup>De acuerdo a la carta topográfica F-14-C-57 INEGI (1:50,000) la comunidad se localiza a 20°, 51' Latitud norte, 99°, 53' Longitud Oeste, 1560 msnm.

<sup>10</sup>INEGI. Estados Unidos Mexicanos, Principales Resultados por Localidad. XVII Censo General de Población y Vivienda, México, 2000.

<sup>11</sup>El municipio de Tolimán colinda al norte con el estado de Guanajuato y el municipio de Peñamiller; al este con los municipios de Peñamiller y Cadereyta de Montes; al sur con los municipios de Cadereyta de Montes, Ezequiel Montes y Colón; al oeste con el municipio de Colón y el Estado de Guanajuato.

UBICACIÓN DEL MUNICIPIO DE TOLIMÁN EN EL ESTADO DE QUERÉTARO.



Esta comunidad es una de las delegaciones del municipio y puede observarse a lo largo de la carretera Toluán-Bernal paralela al río San Pedro. La población se distribuye en cinco barrios: el barrio centro o San Pablo, el barrio de San Ramón, el barrio del Pueblito, el barrio del Rincón y el barrio de la Villita; siendo este último el de menor antigüedad, pues se fundó durante los 80's, ya que la capacidad para albergar a las nuevas familias nucleares hacia el centro de la comunidad ya no era suficiente. El barrio más antiguo es el de San Pablo, una de las primeras familias en poblar este barrio fue la familia Ángeles que de acuerdo a sus descendientes provenían de San Antonio de la Cal .



Capilla familiar de la familia Ángeles, nicho del Divino Salvador.

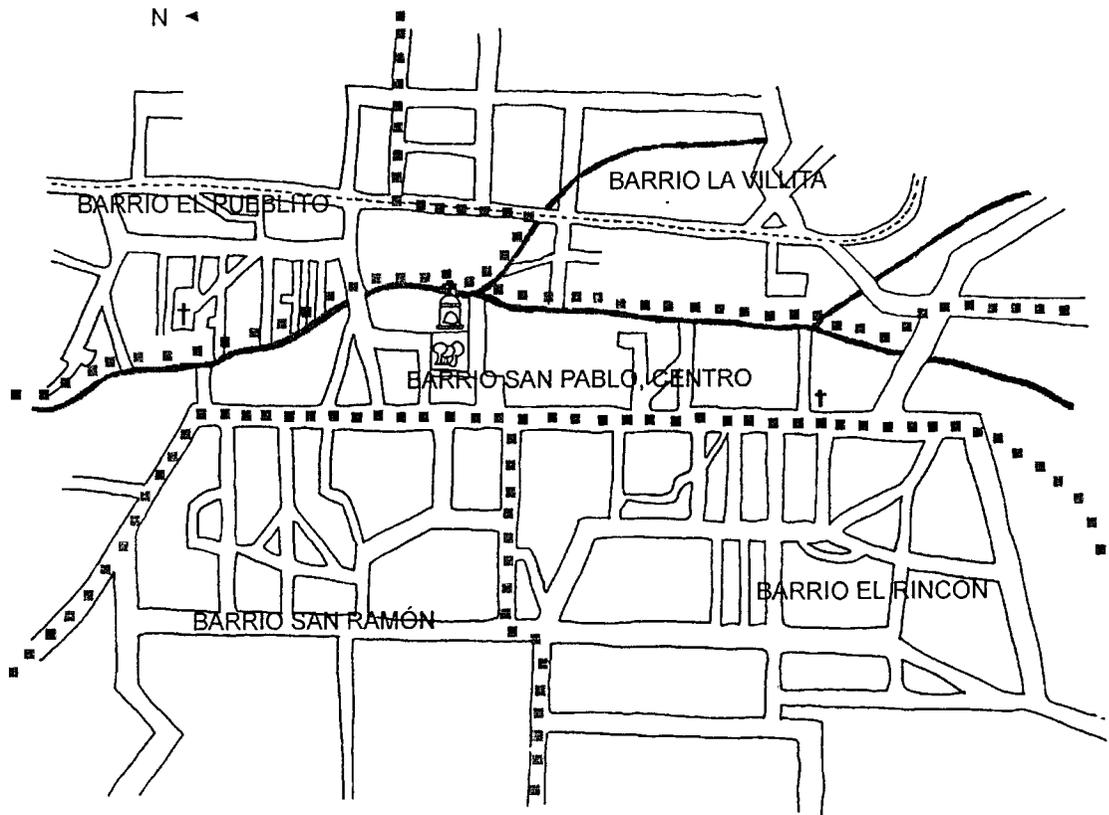
El asentamiento muestra un patrón compacto, ordenado por predios que obedecen a una norma de patrilocalidad, sobre todo en los barrios más antiguos, hacia el centro de San Pablo.

En el centro de la comunidad se encuentra el jardín principal, el templo dedicado a San Pablo santo patrono de la comunidad, así como el edificio que alberga tanto la delegación como la subdelegación municipal <sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> El caso de San Pablo es peculiar en tanto que constituye una delegación y una subdelegación paralelamente. Aunque los distintos barrios de la comunidad son definidos en ocasiones como las subdelegaciones de la comunidad, sólo existe un subdelegado para todos ellos. En este sentido, el subdelegado puede fungir como suplente del delegado.

COMUNIDAD DE SAN PABLO, TOLIMÁN, QUERÉTARO.



Fuente: Autoridades delegacionales de San Pablo, Toluán.

	Límite barrial.
	Carretera Toluán-Bernal.
	Río San Pedro.

La comunidad cuenta con una avenida pavimentada, la cual divide al barrio de San Pablo -centro- de los barrios de San Ramón y El Rincón, esta se conecta directamente con la carretera Tolimán-Bernal, la cual llega a la cabecera municipal. La mayoría de las calles se encuentran empedradas y algunas son de terracería. Cuenta con servicio telefónico, en domicilios particulares y casetas telefónicas.

De acuerdo con el último censo de población, en San Pablo se registran 581 viviendas particulares habitadas, de las cuales 522 cuentan con agua entubada suministrada por medio de un pozo a toda la comunidad, 288 con drenaje y 505 con energía eléctrica.

**Vivienda e infraestructura básica.**

Municipio/Localidad	Viviendas particulares habitadas.	Con Agua entubada.	Con drenaje.	Con energía eléctrica.
Tolimán	4043	3000	960	3564
<b>San Pablo Tolimán.</b>	<b>581</b>	<b>522</b>	<b>288</b>	<b>505</b>

Fuente: INEGI. Querétaro. *Tabulados Básicos; Tomo I, XII Censo de Población y Vivienda, México, 2000.*

En cuanto a los servicios de salud la comunidad cuenta únicamente con un centro de salud del DIF estatal, pero en el municipio se tienen los siguientes servicios y recursos humanos.

**Unidades médicas en servicio de las instituciones públicas del sector salud por régimen, institución y nivel de operación a nivel municipal 2000 (Tolimán).**

**Régimen : Asistencia Social**

Nivel de operación	Institución
Consulta Externa	SESEQ:7 UAQ:1
Hospitalización general	UAQ:1
Hospitalización especializada	-
<b>Total</b>	<b>9</b>

Fuente: INEGI, Querétaro. *Tabulados Básicos; Tomo I, XII Censo de Población y Vivienda, 2000, México, 2001.*

**Recursos humanos en las instituciones públicas del sector salud por tipo de personal según régimen e institución a nivel municipal 2000 (Tolimán).**

Régimen	Personal médico	Personal paramédico	Personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Personal Administrativo	Otros
Seguridad Social	IMSS:1 ISSSTE:1	-	-	IMSS:3	-
Asistencia social	SESEQ:16	SESEQ:20	SESEQ:2	SESEQ:3	SESEQ:2

Fuente: INEGI, Querétaro. *Tabulados Básicos; Tomo I, XII Censo de Población y Vivienda, 2000; México, 2001.*

**Principales servicios otorgados en las instituciones públicas del sector salud según régimen e institución a nivel municipal 2000(Tolimán).**

Régimen	Consultas externas	Dosis de biológicos Aplicados.
Seguridad Social	IMSS:5001 ISSSTE:3821	IMSS:273
Asistencia Social	SESEQ:46383	SESEQ:10422

Fuente: INEGI, Querétaro. *Tabulados Básicos; Tomo I, XII Censo de Población y Vivienda, 2000; México, 2001.*

Apparentemente los datos cuantitativos muestran que el municipio cuenta con numerosos apoyos del sector salud, pero el porcentaje de derechoahabencia indica que los servicios de seguridad social protegen a la minoría de la población del municipio y solo le otorgan servicios de asistencia social al resto de la población.

**Población total según condición de derechohabencia a Servicios de Salud a nivel municipal (Tolimán).**

Población total del mpio. de Tolimán	% del total	No- Derecho habiente	% del total	Derechohabiente por institución	% del total	No especificado	% del total
21266	100	17169	80.7	IMSS: 2458 ISSSTE: 1418 PEMEX, Defensa o Marina: 10 Otra institución: 8 (Subtotal : 3855)	18.1% (49.6% Hombres 50.4 % Mujeres)	242	1.2

Fuente: INEGI. Querétaro. Tabulados Básicos; Tomo I, XII Censo de Población y Vivienda 2000, México, 2001.

En cuanto a los servicios educativos encontramos en la comunidad cobertura en los tres niveles que corresponden a la educación básica: preescolar, primaria y secundaria. Para acceder a otros niveles de escolaridad la población recurren al Colegio de Bachilleres que se localiza en la cabecera municipal y aquellos que acceden al nivel de educación superior acuden generalmente a la capital de estado.

**Tipo de escuelas y matrícula inscrita en el municipio de Tolimán**

Tipo de Escuela	Localidades	Escuelas (número)	Matrícula inscrita
Preescolar General	7	7	373
Preescolar Indígena.	21	25	697
Primaria General	16	18	3113
Primaria Bilingüe	8	8	558
Primaria CONAFE	4	4	28
Secundaria	4	4	761
Bachillerato General	3	4	383

Fuente : INI, Delegación Regional Querétaro – Guanajuato. *Infraestructura Educativa en las localidades Indígenas del Estado de Querétaro. Matrícula 2001-2002.*

**Población de 15 años y más según condición de alfabetismo y sexo a nivel municipio Tolimán.**

Total Municipio	Alfabeta	Analfabeta	No especificado
12792	Hombres:5204 Mujeres: 5301	Hombres:771 Mujeres:1494	Hombres:12 Mujeres:10

Fuente: INEGI. Querétaro. Tabulados Básicos; Tomo I, XII Censo de Población y Vivienda 2000, México,2001.

Como se mencionó en líneas precedentes dentro de la comunidad de San Pablo existe predominancia de la lengua española sobre la lengua otomí (*ñāñhā*), de esta última su uso se circunscribe a los espacios domésticos, familiares.

**Localidades del municipio de Tolimán con población hablante de lengua indígena según cobertura indigenista 2000.**

Localidad	Población total	HLI de 5 años y más
Carrizalillo.	506	392
Barrio de Casas Viejas.	642	45
Don Lucas.	218	68
La Estancia.	114	0
Granjeno	115	24
Horno de Cal.	510	76
Manantial.	102	0
El Molino.	438	86
Nogales	243	3
Panales.	641	14
San Antonio de la Cal .	2178	54
San Miguel	698	160
<b>San Pablo Tolimán.</b>	<b>2929</b>	<b>369</b>
Tequesquite(Chalma)	249	60
El Terrero.	360	5
Tierra Volteada.	304	98
La Vereda.	228	10
Diezmero.	440	108
Barrio de García .	639	163
<b>Total.</b>	<b>11554</b>	<b>1740</b>

Fuente: INI. Indicadores de Población, Delegación Regional Querétaro-Guanajuato, 2000. HLI: Hablantes de lengua indígena, Querétaro, México, 2001.

Las principales actividades económicas de los habitantes de San Pablo corresponden a la agricultura, el comercio, la ganadería, y empleos diversos dentro de la industria y las instituciones de gobierno (educativas, de salud, etc), todas las anteriores se realizan mayoritariamente en la región del semidesierto, por otra parte, la migración contribuye ampliamente en los ingresos monetarios de la población.

La agricultura se lleva a cabo en tierras comunales, ejidales y de pequeña propiedad, la mayor parte de los terrenos cultivables son de temporal, las tierras que cuentan con riego son escasas. Por otro lado, la ganadería que se practica en esta localidad en su mayoría responde al principio de autoabastecimiento de la unidad doméstica, las familias extensas cuentan por lo regular con especies bovinas, porcinas, caprinas, ovinas y diversos tipos de aves.

Por otro lado, gran parte de la población de la comunidad se dedica al comercio no establecido, recorren las localidades circunvecinas para vender su mercancía (la cual consiste en frutas, legumbres, artículos de limpieza, ropa, artículos de ferretería, entre otros) formando redes regionales; también visitan las principales plazas de las comunidades del municipio: San Miguel y San Pedro y las de las cabeceras municipales cercanas: Cadereyta, Ezequiel Montes e incluso San Joaquín que ya se encuentra a una distancia mayor.

Dadas las condiciones que se presentan en la comunidad en cuestión de mercado laboral, la población se ha visto en la necesidad de buscar ingresos mediante el trabajo asalariado tanto en las ciudades cercanas en el estado de Querétaro, en otras ciudades del país como Monterrey, Nuevo León e incluso los Estados Unidos, siendo éste último el destino con mayor preferencia. En la actualidad existe una tendencia migratoria creciente de parte de los jóvenes, principalmente de los hombres y en menor número de parte de las mujeres.

## A) Unidad doméstica

La base de la organización comunitaria es la unidad doméstica y se basa en su mayoría en familias extensas, aunque últimamente se observa una propensión a formar unidades domésticas a partir de familias nucleares, tendencia que va en aumento.

El patrón de residencia se define, en general, como patrilocal, sin embargo se dan casos en los que las nuevas familias nucleares tienen que trasladarse a vivir a predios pertenecientes a la familia de la mujer debido a que el asentamiento actual no presenta espacios para las familias emergentes, sin embargo generalmente existe mayor relación entre la familia paterna y la nueva familia nuclear.

Dentro de la comunidad la existencia de las capillas familiares, edificios construidos principalmente entre los siglos XVIII y el XIX son cruciales para la organización social de este grupo, incluso pueden entenderse como una de las representaciones emblemáticas de los otomíes<sup>13</sup>. San Pablo alberga de acuerdo a las autoridades delegacionales alrededor de sesenta capillas, acompañadas por un calvario<sup>14</sup>, de estas aún aproximadamente cuarenta de ésta son usadas como espacio sagrado. En ocasiones los dueños de las capillas han cambiado su uso y se pueden encontrar como bodegas caseras o habitaciones. Siempre se localizan dentro del espacio de la vivienda familiar. La mayoría de ellas sigue siendo un espacio vivo, relevante para la población en general, y para la familia que se encarga de ella.

---

<sup>13</sup> Mayor información en Utrilla Sarmiento y Prieto Hernández (2000), (2002)

<sup>14</sup> El calvario está conformado por "una cruz, que suele estar montada en un nicho piramidal o abovedado, dentro del cual se ubican otras cruces." (Utrilla y Prieto, 2002:94) puede encontrarse en el exterior de la capilla que conforma un pequeño atrio o en las cercanías de la capilla.



Capilla familiar en desuso, San Pablo, Tolimán.

Las capillas familiares están estrechamente relacionadas con el principio de filiación que rige a la comunidad: la patrilinealidad. Estas construcciones se edificaron para recordar al primer antepasado bautizado de la familia consanguínea, y a sus descendientes una vez que fallecieran; los antepasados se conformaron de esta forma, como alude Chemín, en una “suerte de divinidad de la descendencia patronímica”(Chemín,1993:75).

En general se habla del calvario como una construcción que recuerda donde murió una persona, sin embargo esto no se ha corroborado en el caso de los calvarios contiguos a las capillas.(Chemín,1993:90)

En los altares de las capillas se encuentran con numerosos objetos sagrados, sin embargo la presencia de cruces de madera que representan las ánimas de los antepasados es predominante. Además de estas cruces en el interior de las capillas podemos observar diferentes imágenes que aluden a las

advocaciones de la virgen María, o a diversos santos católicos, los cuales son considerados santos patronos de las capillas.



Cruces de ánimas en la Capilla familiar de los Quintanar, dedicada a San Isidro Labrador.

El principal responsable de dirigir las actividades religiosas de la capilla es aquella persona que la ha heredado. Como consecuencia, su familia nuclear se convierte en la encargada de la capilla. Los encargados suelen comprometerse a realizar la fiesta que corresponde al santo patrono al que hospedan, todo esto con el apoyo de su familia extensa, la cual ayuda en las diversas actividades del festejo como son dar la comida para todos los asistentes, limpiar y arreglar la capilla así como hacer algunas compras.

En esta investigación, las capillas familiares cobran relevancia, ya que es un espacio donde se realizan ritos curativos por rezanderos y grupos rituales, como los danzantes y los cantores. Las actividades rituales de las capillas se intensifican en los días cercanos a la fiesta de su Santo patrón, los días de todos

santos y muertos en noviembre, sobresale en términos de procesos curativos las actividades rituales llamadas "*tendidos*".

Los "*tendidos*" son rituales de curación de enfermedades generalmente asociadas a un castigo de parte de los antepasados fallecidos, los cuales también se conocen como mecos<sup>15</sup>: patriarcas generacionales de una familia. Estos castigos se presentan cuando el "enfermo" no acude a la capilla familiar a participar de las actividades, cuando en general "olvidó a su familia", este punto será abordado con mayor amplitud en el capítulo III y IV.

En la población de San Pablo existe una jerarquización de los linajes, representados estos en las capillas, la cual responde en primer término a la antigüedad de la familia en la comunidad, de esta forma de acuerdo a lo que describe Chemín se observa que las capillas familiares de mayor importancia para la población se identifican con las familias de más alta jerarquía comunitaria.

Las obligaciones hacia las capillas se adquieren por la pertenencia a una familia de forma consanguínea o por matrimonio. En este sentido, cuando se realiza un matrimonio, los cónyuges se convierten automáticamente en parte de la familia del otro, y como consecuencia adquieren responsabilidades en ambas capillas familiares. Es posible encontrar matrimonios con miembros de otras comunidades, lo cual no es muy usual, pero es un caso cada día más frecuente que da cuenta de la transformación alrededor de la unidad familiar.

En relación con la herencia de las capillas y los predios la población de San Pablo se rige por normas flexibles, existen casos en los que el heredero es indistinto, es decir, depende de la repartición arbitraria de un predio (sin tomar en cuenta en que fragmento se ubique la capilla, por ejemplo), por otro lado subyace la herencia de carácter patrilineal que toma en cuenta a los hijos varones mayores para la designación de terrenos y capillas. Se pueden encontrar excepciones en

---

<sup>15</sup> El término Mecos designa a los parientes muertos de la ascendencia de un linaje, y a los fundadores de un linaje (a estos últimos también se les llama xita). Los mecos vigilan que sus descendientes cumplan con las ofrendas y los cuidados que le deben a la capilla, pueden presentarse en sueños para recordarles esto a las personas. Este término es usado sólo por la población indígena de Tolimán (por ejemplo en San Miguel, Maguey Manso), y no por los mestizos.

las que la capilla es heredada por una mujer, debido a circunstancias particulares (cuando se es hija única por ejemplo).

## **B) El sistema ritual**

La población es predominantemente católica, sin embargo este catolicismo se presenta como un sistema religioso peculiar en tanto que contiene también prácticas alusivas a una cosmovisión de origen indígena, manifiestas claramente en un sistema ritual amplio.

Ciertas prácticas rituales están articuladas al proceso salud-enfermedad punto que profundizaré en capítulos posteriores, no obstante me parece ineludible exponer una breve descripción del ciclo festivo para mayor entendimiento de la ritualidad en la comunidad, estos son momentos importantes para la atención y prevención en materia de salud. El ciclo de las principales fiestas y rituales se presentarán en tres niveles de análisis: el comunitario, el barrial y el doméstico.

En el nivel comunitario se encuentran las fiestas consideradas de mayor relevancia para todos los habitantes de la comunidad, en el barrial se observan las celebraciones a los santos patronos de las capillas barriales, las que obviamente contribuyen a la identificación de un barrio como tal. En el nivel doméstico, las fiestas y su fecha de realización varían ampliamente, puesto que responden al día del Santo patrono al que se le dedicó la capilla (San Isidro, El Santo Entierro, etc. se pueden encontrar capillas familiares distintas con el mismo patrono), estas fiestas son organizadas básicamente por la familia encargada de la capilla aunque asisten algunos vecinos de barrio y en general personas de la comunidad.

Como se mencionó existen alrededor de cuarenta capillas que conservan un uso ritual más o menos continuo, éstas se distribuyen en los cinco barrios, los festejos y rituales varían de acuerdo a la familia que se encarga en ese momento.

La realización de las fiestas requiere de un grupo de personas que introduzcan a la gente en todas las actividades necesarias al interior de la comunidad. Para ello existen diferentes comités organizadores constituidos por un presidente, un tesorero, un secretario y vocales. El más importante para la

comunidad es el comité encargado de las Fiestas del Divino Salvador para el cual, incluso, se llevan a cabo elecciones por planillas, que generalmente se conforman por familias extensas.

En San Pablo existen dos capillas catalogadas como templos barriales, situados respectivamente en los barrios del Pueblito y San Pablo. En las fiestas de barrio, participan las personas de toda la comunidad. Los barrios se interrelacionan por medio del sistema de cargos el cual no toma en cuenta la pertenencia barrial definida por el nacimiento; las personas con cargos rituales pueden participar además de forma indistinta en cualquier organización de cualquiera de las fiestas ya sea como parte de los comités o dentro del sistema de cargos.

El ciclo festivo de la comunidad muestra que para la población de San Pablo, las fiestas se tornan un elemento fundamental de su dinámica social, desde el nivel familiar hasta el comunitario, su participación en las festividades es muy importante en su vida diaria, ya que se considera que el cumplimiento de sus obligaciones con los santos incide de manera directa en el estado de salud que posea una persona.

#### Principales fiestas a nivel comunitario.

Nombre de la Fiesta	Fecha de realización	Población encargada de la organización
Fiesta del Divino Salvador	31 de Diciembre	Comunidad de San Pablo
Peregrinación al Cerro del Frontón con la imagen del Divino Salvador.	Del 1° al 2 de Mayo	Comunidad de San Pablo <sup>16</sup>
Fiesta Patronal del Señor San Pablo	29 de Julio	Comunidad de San Pablo
Celebración de todos Santos y día de muertos	1° y 2 de Noviembre	Comunidad de San Pablo

Nota: El cuadro está organizado jerárquicamente de acuerdo a la valoración de los habitantes.

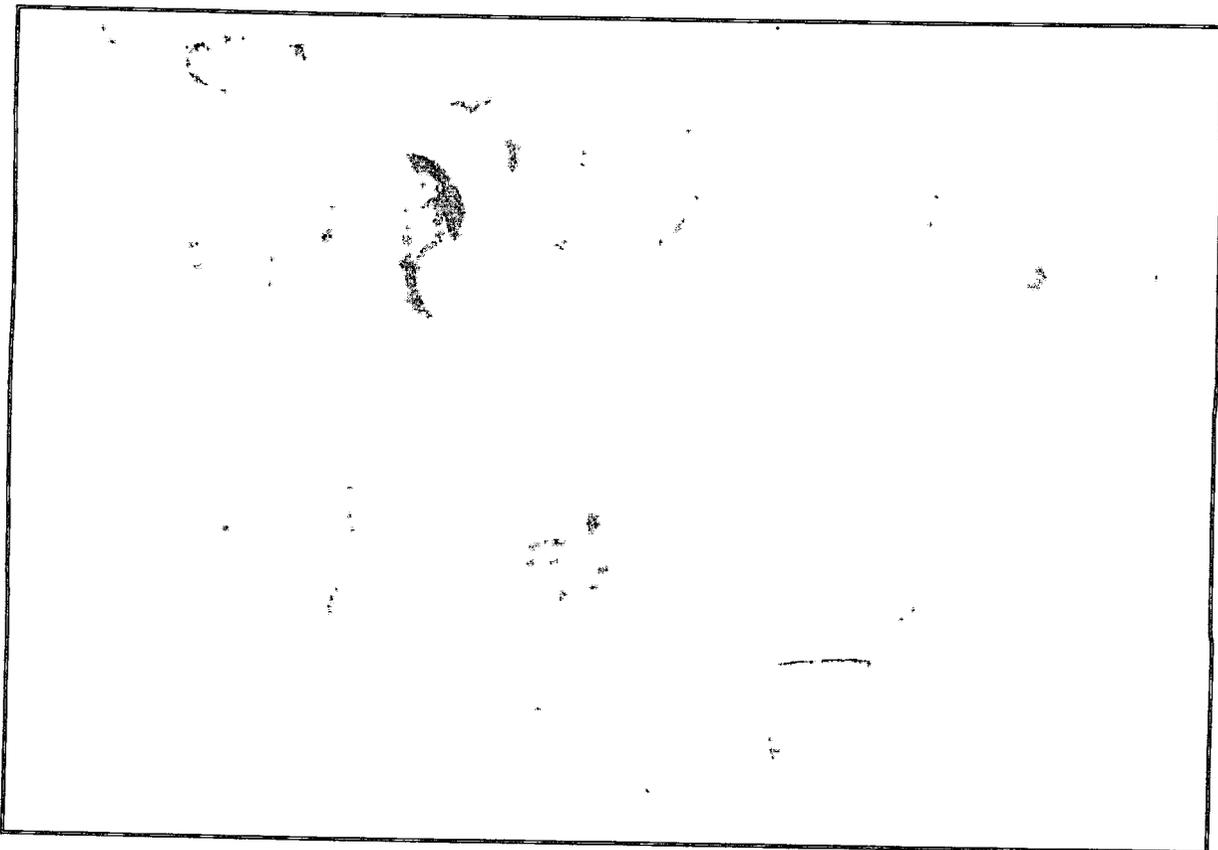
<sup>16</sup> La peregrinación es una de las prácticas rituales en donde confluyen comunidades tanto del municipio de Tolimán (Patol, Maguey Manso, Terrero, San Pedro y sus 5 barrios, Casa Blanca, San Miguel y sus barrios y el Saucito) como de los municipios de Cadereyta, Ezequiel Montes, Peñamiller, Colón y San Joaquín conformando un territorio devocional a nivel regional.

**Principales fiestas a nivel Barrial**

<b>Nombre de la Fiesta</b>	<b>Fecha</b>	<b>Población encargada de la organización.</b>
Fiesta Patronal de la Virgen del Pueblito	15 de Agosto	Barrio del Pueblito
Fiesta Patronal del señor de Chalmita	24 de Diciembre	Barrio del Rincón

### CAPÍTULO III. REPRESENTACIONES SIMBÓLICAS Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN VINCULADAS AL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD.

#### 1. La salud .



Fuente: Paola Ángeles, 2001.<sup>17</sup>

El abordar un tema como la salud, como lo sano, resulta un quehacer poco convencional. Se puede preguntar por principio cómo es posible construir una noción “positiva” de salud, es decir, una noción que no se construya únicamente de las negaciones de indicadores de enfermedad-morbilidad- o de muerte - mortalidad-.

---

<sup>17</sup> Estas imágenes son producto de un taller infantil de dibujo, de tipo piloto en el que se intentó recabar imágenes que podrían dar cuenta de diversos elementos para el análisis de la temática en base al discurso visual que sustentan.

Esta no es tarea sencilla, dado que la salud es un estado que generalmente pasa inadvertido para todos, en contraste con el estado de enfermedad, que debido a sus cualidades resulta claramente perceptible. Esta peculiaridad del estado saludable connota cierta dificultad para describirlo, sin embargo la inhibición de sensaciones que llamen nuestra atención constituye una de las características más importantes de la salud como menciona la población de San Pablo.

En este sentido, las personas entrevistadas englobaron en la noción de salud, características que abarcaban no sólo su bienestar fisiológico individual, sino que además consideraron el bienestar social en el que se encuentran.

A partir del discurso de la gente, podemos definir las diversas cualidades de lo sano, las cuales pueden variar de acuerdo con el género y la edad: es frecuente escuchar que el mantenimiento de las actividades cotidianas denota un estado saludable. Un ejemplo lo encontramos en el siguiente testimonio:

“Cuando uno está sano se siente más activo, yo digo no pus’ hay que hacer el quehacer, pero cada quien, por ejemplo la actividad de un hombre es diferente, ellos tienen un trabajo, si son albañil, pues una sola actividad durante todo el día y nosotras no, nosotras tenemos la actividad de diferente forma, lo que trabajamos es mucho para acá y para allá. No la llevamos pesado, más pesado porque las cosas hay que hacerlas si puedes hacerlas y aquellos haciendo nomás una sola cosa aunque también es trabajo .... dice él ‘nombre tú nomás manejas las manos, el cuerpo, pero yo tengo que estar aquí pensando’ y o sea son diferentes actividades” (Rosalba Hernández)

En general los quehaceres domésticos constituyen el ámbito inmediato de las mujeres (preparar los alimentos, limpiar la vivienda, cuidar a sus hijos, atender las demandas de su cónyuge), así como para los hombres es el trabajo al exterior de la unidad doméstica son: trabajadores asalariados, campesinos, comerciantes, entre otras ocupacionales.

Existe una actitud generalizada entre las mujeres de San Pablo sobre las actividades que aportan en la unidad doméstica, consideran que su trabajo es importante para que los miembros de su familia puedan a su vez realizar su trabajo. La relación entre la salud y el logro de la realización de las actividades cotidianas implica que no se le otorgue relevancia a ciertos síntomas (dolores de cabeza, dolores relacionados con la menstruación, dolores musculares, etc.), siempre y cuando estos permitan llevar a cabo las actividades establecidas, e incluso actividades extraordinarias, por lo cual estos malestares son atendidos cuando más, a nivel doméstico.

La salud es representada como el estado "normal" de las personas (con excepción de aquellas personas que presentan casos de invalidez o de enfermedades crónicas), un estado vivido en lo que está inmediatamente relacionado con las personas, por lo cual debemos comprenderlo a partir de un saber experimentado y percibido habitualmente, es también diferenciada de los momentos de crisis que se presentan continuamente (los accidentes o la muerte de algún familiar suele desequilibrar el grupo doméstico de la familia extensa, la salud de los parientes más cercanos, necesidades repentinas de dinero, etcétera.).

"Cuando está uno bien, es diferente, o sea, hasta anda uno de buenas, de buen humor, se siente uno mejor, anda más alegre, o sea, no sientes nada, nada más tranquilidad, o sea haces las cosas con mayor gusto, o tratas de que si dices, no pues... tengo un pendiente que faltaba pues ahora lo voy a hacer, o sea aprovecha uno más el tiempo, o en cierta forma de que por ejemplo hoy me sentí bien y ya hice algunas cortinas o equis cosa, pues ya me puse a hacer algo que no, no me tocaba pero puede uno hacer más cosas de lo normal. Cuando uno esta bien, pues nosotros vamos a la cancha, hacemos muchas actividades, uno se entretiene en el hogar, sí lo cotidiano, no mucho fuera de lo normal"(Amelia Ortiz).

También se advierte que a las personas sanas se les describe como individuos alegres, muy activos, con un semblante "bueno" lo que quiere decir para los habitantes de San Pablo que las personas deben presentar una coloración de la piel equilibrada, sin palidez ni enrojecimientos, se toma en cuenta además, el estado general de los ojos, estos no deben presentar ningún enrojecimiento o un excesivo lagrimeo, estos son indicadores destacados por la población de San Pablo.

"Una persona puede ver si alguien está sano o enfermo por los ojos, cuando están tristes está enfermo, luego se ve. También se ve por el color de la cara, mi hijo cuando era bebé le tuvieron que poner una transfusión porque tenía anemia, entonces después de que se la pusieron, la sangre, se puso muy rosadito de su cara."(Guadalupe Quintanar)

En los estudios realizados por Galinier se menciona la preeminencia de la sangre y los huesos en relación con el estado de salud<sup>18</sup> como una de las características de la visión del universo de los otomíes. En San Pablo la importancia de los huesos no se manifiesta en el discurso de la población, aunque la mención sobre la importancia de la sangre como vimos en los testimonios es común.

"Aquí en la casa nadie de mis cuñadas ni yo usamos pastillas sólo así natural, porque luego las pastillas envenenan *la sangre*, una señora que las tomaba quería después tener un hijo y no podía hasta que fue al doctor y le dijo que se tenía que desintoxicar de las pastillas, porque tenía eso en *toda la sangre*, estaba envenenada"(Ma. Luisa )

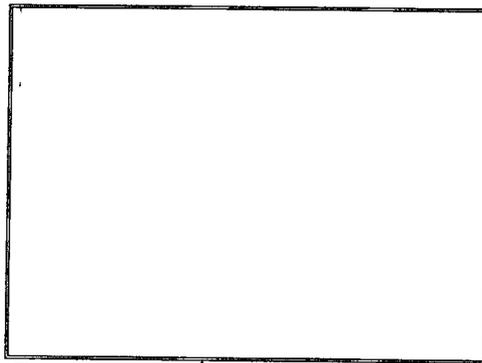
---

<sup>18</sup> Considerando que los huesos son entendidos por los otomíes, a través del análisis de Galinier como la fuente de la existencia, nos encontramos que los productos derivados de ellos contienen cualidades importantes; de este modo "la sangre y el esperma son producidos por los huesos y representan una misma sustancia, que se diferencia según el sexo" sustancia indispensable para el bienestar general.(Galinier,1990:623)

Las personas sanas se sienten con más fuerza, más energía, la cual es emanada del buen estado de la sangre de una persona. Por otro lado la alteración de la sangre supone para la población de San Pablo grandes riesgos para la salud, no sólo para el individuo sino para su descendencia, lo cual se muestra en las explicaciones que se dan a la existencia de síndromes degenerativos.

“Yo creo que casi aquí en San Pablo nadie las usa [píldoras anticonceptivas], no como en la ciudad, luego se ve porque ya ve tanto niño así como en el Teletón es por eso, por las pastillas y aquí sólo hay dos o tres niños con esos problemas y unos porque les dio poliomielitis, no eran así de nacimiento. No... en la ciudad mucha gente tiene hijos así porque *su sangre* no esta bien”.(Ma. Luisa)

La salud también se encuentra articulada al buen estado y cuidado del entorno, del medio ambiente, pues al ser contaminado de diversas formas se transforma en una amenaza constante. Esto es manifestado por una mujer que forma parte de uno de los comités de salud barriales al expresar el descuido que las autoridades tienen con respecto al medio ambiente.



Fuente: Mayra Angeles, 2001.

“También nos quejamos aquí en todo San Pablo cuando un presidente municipal del PRI, por barbero quería dejar que pusieran una empresa como de desechos de otros lados, y aquí nos iba a perjudicar, nos unimos todos y no la pusieron, hasta los de Higuerrillas nos apoyaron porque también les iba a afectar. Hay

otra cosa, que la basura de San Miguel y de Tolimán (San Pedro) la vienen a tirar aquí a San Pablo, y ahora nos dijo la doctora que hay muchos con una enfermedad que da vómito y dolor de cabeza con el mismo porcentaje que en Tolimán, nosotros queremos quejarnos de que por qué tiran su basura aquí, si ellos tienen dónde, luego nos vamos a llenar de plomo. Y lo que pasa es que la salud es la mera principal sin ella qué hacemos ".(Clemencia )

Por otro lado, una vida saludable también es concebida como producto de las buenas relaciones con los vecinos y con la comunidad en general, dada la capacidad mórbida de los problemas entre la población que pueden desencadenar sentimientos de envidia y como consecuencia diversos males.

Encontramos entonces la característica de lo sano articulada al equilibrio, no sólo corporal, sino social y contextual, la salud es representada como un estado de bienestar pleno. Un estado recurrente en general pero frágil dadas las amenazas constantes con las que se enfrentan los habitantes de la comunidad.

En este sentido el estado saludable de una persona se conformará a partir de tres niveles generales: el individual (bienestar psico-somático), el colectivo (bienestar dentro del ámbito familiar y comunitario), y el contextual (que incluiría además de los niveles anteriores el equilibrio del entorno: de la vegetación, y la fauna circundante).

## **2. La enfermedad.**

"Cuando uno está enfermo da a notar inmediatamente que se siente mal, esta uno pálido, en la vista, en la cara, la cara es donde más se ve cuando uno está mal , en donde más se ve cualquier tipo de dolor que tenga uno, uno no se ve como siempre." (Beatriz Hernández)

Para los habitantes de San Pablo el estado saludable descrito anteriormente puede ser transfigurado al enfrentarse con circunstancias amenazantes. La

enfermedad es una perturbación de la normalidad, del estado saludable de un sujeto se introduce la idea de que una enfermedad frecuentemente constituye el producto de una compleja combinación entre diversas amenazas las cuales expondré a continuación.

#### **A) Circunstancias amenazantes: orígenes de la enfermedad.**

Se han identificado diferentes elementos, capaces de desencadenar un estado mórbido en la población, los cuales presento en las siguientes líneas sin un orden jerárquico.

- **Enfermedades que responden al desequilibrio del sistema frío-calor.**

Se ha expuesto con anterioridad la discusión concerniente al sistema frío-calor, y la información producida durante ese trabajo de tesis ha sido llevada a la confrontación con los postulados principales de ese debate.

Puedo decir que efectivamente la lógica del mencionado sistema subyace en gran medida entre los 'sanpablenses', y sus interpretaciones acerca de los síntomas presentes en las personas que se sienten enfermas. Lo frío y lo caliente engloba al universo, es una visión abarcativa que concibe al ser humano como otro componente más, en este sentido, las personas entrevistadas apuntaron que el frío y el calor en exceso desencadenan diferentes enfermedades, dado que la naturaleza del estado saludable de una persona se centra en el equilibrio entre esos dos estados.

Un sujeto puede verse afectado en su temperatura corporal, al entrar en contacto directo con su entorno: la comida, el aire, la vegetación poseen la cualidad de transferir su temperatura, si no se toman las precauciones adecuadas (dirigidas a la permanencia de una temperatura equilibrada) la temperatura transferida puede sumarse a la del cuerpo, lo cual puede resultar en un frío o un calor excesivo.

Obviamente las medidas curativas empleadas contemplan una acción contraria al elemento que enfermó a la persona, es decir, si la causa diagnosticada proviene de la adquisición de frío, se buscará un "remedio" caliente que equilibre la temperatura corporal.

"...cuando es aire sí, sí es bueno el té, puede ser, para el aire, la ruda, la albahaca, el pirul o el orégano. El orégano es caliente y luego es lo que les preparo. La tos por ejemplo es una enfermedad por frío, se alivia tomando un té de orégano con canela y eucalipto, porque eso es caliente"(Amelia Ortiz).

Podemos decir en general, que una persona puede enfermarse cuando se pierde la temperatura media, adecuada y se gana o se pierde calor.

#### ▪ **Males**

Los males que pueden alterar el estado de salud de una persona, ya han sido documentados ampliamente por la antropología, un ejemplo de ello es el trabajo de D. Thomas, quien en particular articula la brujería (creadora de los males) con la envidia entre los zoches de Rayón.

El menciona que la "teoría predominante y la única ampliamente sistemática de la enfermedad [...] es la que se refiere a la pérdida del alma, en la que su creencia en la brujería está sólidamente fundada" (Thomas, en Lozoya, 1986:187).

Enfatiza además que "a pesar de la creencia de que las destrezas de la brujería están muy generalizadas en la comunidad, la práctica de la misma nunca se considera fortuita o promiscua, pues los brujos tienen que tener motivos definidos en la elección de las víctimas. La única motivación verbal o de otra manera declarada, es la envidia." (Thomas en Lozoya, 1986:193), ésta última se expresa y observa con base en pautas de conducta señaladas por la comunidad.

En San Pablo se considera que la enfermedad puede presentarse como consecuencia de los males realizados por personas que son poseedoras de "malas costumbres" y que habitan en la comunidad, y son conocidos en la región

como gente con la capacidad y el conocimiento de llevar a cabo males. Las enfermedades desencadenadas por un mal constituyen un temor extendido en la población por lo que existe amplio conocimiento sobre esto así como sobre ciertos métodos de protección.

“Hay gentes que tienen malas costumbres y hacen trabajos porque tienen pacto con la cosa mala, por eso no hay que dejar que a uno le quiten su foto o ropa porque la usan para eso. Yo le digo a mi hijo que se cuide de que le quiten su foto las muchachas porque luego se las llevan a esas gentes, son capaces de eso. ”

Yo creo que mi abuela tenía sus malas costumbres porque mi mamá no nos dejaba entrar a su cuarto y ahí como que olía a hierbas o algo así, y un día la encontré echando un polvo blanco en la puerta de la casa y dicen que es para que se alejen las personas y por ese entonces fue cuando mi papá empezó a alejarse de mi mamá y de nosotros porque mi abuela y mi mamá no se querían y mi abuela no quería a mi papá y yo creo que por eso hizo eso.

En San Pablo hay mucha gente de malas costumbre pero las personas que los van a ver no son de aquí de San Pablo sino de otros lados, porque la gente de aquí no va porque se quema con los demás y los vecinos se dan cuenta en que pasos andan...

Otro día encontramos un morralito rosa ahí por la capilla y me dijo mi suegra mira lo que encontré cuando recogía la basura, ¿no es algo de tus niños ? y le dije que no y que sí lo quemaba a donde iba a tirar la basura.

En eso mi esposo iba a salir y pasó por encima del ese montón de basura con su moto y fue ese día que tuvo un accidente, que se le echó encima una camioneta y lo aventó en la carretera y si tuvo muchos raspones muy feos y no le pasó nada más porque se atrancó en la orilla de la carretera si no ... ”(Amelia Ortiz)

De las sospechas de que algún conocido siente envidia, derivada de la posesión de algo que no se tiene así como de la ostentación de mayores privilegios por una persona, se puede llegar a la deducción de que la enfermedad que se padece es producto de un mal, que suelen afectar al sujeto físicamente, pero la población de San Pablo identifica que en realidad es el alma la que sufre. La envidia, es en este sentido, un poderoso agente de afectación del bienestar, que además de provocar acciones como la de desear y la de prescribir un mal a una persona en particular, es un sentimiento que a su vez, puede enfermar el alma del individuo "envidioso" :

"La envidia enferma el alma. Yo le digo a mi hijo, no desees lo que no tienes." (Ma. Elena Don Andrés)

Existen diversos modos de hacer mal, se usan objetos personales del sujeto al que se le quiere hacer enfermar para manipularlas y de este modo enfermar a su propietario, es frecuente escuchar también que el mal se introduce en el cuerpo por la comida que tiene una procedencia desconocida, sospechosa. Usualmente no se acepta comida de las enemistades dentro de la comunidad, y aquella que se acepta se deja reposar para otro día, como medida preventiva.

"El otro día mis niños estaban ahí en la puerta sentados y entonces luego que se metieron me dijeron que una señora les había dado algo de comer y ya se lo habían comido y yo me quede con la espinita: ¿quién habrá sido? decía yo y ya después pasó una señora amiga mía y me dijeron que ella, entonces ya me tranquilicé."(Amelia Ortiz)

Alrededor de las prácticas dirigidas a hacer mal encontramos la enunciación del amplio conocimiento sobre la herbolaria del entorno, así como el uso de alucinógenos, en particular una clase de peyote "hembra" del semidesierto, empleado para las experiencias interpretativas de los sueños, que son llevadas a cabo únicamente por los especialistas (curanderos o 'brujos').

“Esas gentes luego preparan plantas que ellos nada más saben cuáles son y las preparan en un líquido para que nadie sepa qué es y luego se lo toman y tienen visiones y luego hay veces en que la puerta de la casa aparece mojada con agua como esa de los floreros que ya tienen muchos días, o la gente da comida y hace mal.

Un día aquí en la casa apareció la puerta así y yo me había ido al molino y cuando regresé ya estaba así, entonces le hable a mi suegro para que viera y no dijo nada, le dije mire como está la puerta, no vaya a ser una cosa mala. Existen cosas que sirven para protegerse de los males como los ajos, la sábila, la imagen de San Ignacio, la palma bendita, todo esto se encuentra en puertas o dentro de las casas, También se usan espejos con la ‘cara’ hacia fuera”. (Amelia Ortiz Estilla)

Existe también la noción de que aquellas personas que tienen la capacidad y el conocimiento de provocar males, sufren de diversas maneras durante su vida, es generalizada la opinión de que no morirán tranquilamente, se alude a la certeza de que experimentarán malestares que aquejarán tanto al cuerpo como al alma del sujeto en cuestión .

“Hace poco se murió uno de los que decían que era más poderoso y se murió muy feo por tener pacto con la cosa mala, ese era un señor que tenía ahí en la plaza un puesto de carnitas y estaba mal de sus dientes, le rechinaban todo el tiempo como cuando los puercos tienen gusanos dentro.

Ese señor era malo con su familia, no le podían preguntar nada, a dónde vas o en qué gastaba, le gustaba mucho tomar, entonces, ellos estaban acostumbrados a que él saliera por muchos días sin saber cuando iba a llegar.

Dicen que le hablaron de Cadereyta para un trabajo y que se lo pagaron bien, entonces unos señores que lo habían estado vigilando le quitaron el dinero y lo mataron a puro golpe y lo fueron

a dejar tirado al basurero de Cadereyta, pero antes el señor había estado muy malo porque se había caído en el cazo de las carnitas, se quemó todo.

Luego unos de la PGR dieron con su domicilio por una receta de doctor que traía en el saco, pero para ese tiempo ya habían pasado quince días y ya llegó el cuerpo de la morgue y directo al cementerio sin velas ni un novenario, ni nada, imagínese sin un rezo". (Amelia Ortiz)

Con todo, los males que afectan a los sujetos no vienen únicamente de las dos vías mencionadas con anterioridad, también cuentan con las cualidades del aire, que de acuerdo con su volatilidad puede ser un medio de transporte de los males, lo cual es en la mayoría de los casos una situación involuntaria.

El aire puede contaminarse con los desechos de los objetos utilizados en los "trabajos" para hacer mal, que exudan elementos impuros, contaminantes, restos de yerbas, de infusiones, etcétera, en síntesis por todo aquello que haya sido manipulado por el que hizo ese trabajo; esto es posible en el caso de que este material haya sido tratado con descuido y se haya abandonado en un lugar muy transitado, sin sellarlos bien en una bolsa plástica.

"Las personas usan cuarzos porque son buenos para la energía, porque uno es como una pila, se carga y se descarga, dicen que el blanco es bueno para la salud, para curar, lo pone uno a serenar con sal de grano y se reposa y luego sólo uno lo puede usar, ese cuarzo se supone que absorbe la energía negativa y esa energía anda así como en el aire y la puede uno agarrar."(Amelia Ortiz).

Por otro lado, el aire puede contaminarse de esos mismos objetos, concentrados en lugares sagrados, espacios que son usados clandestinamente para hacer mal: los cerros, los arroyos, el panteón, las capillas; de esta forma las corrientes fluctuantes del viento que recorren esos espacios transfieren el mal que contienen esos objetos a personas que pueden estar a grandes distancias.

“Hay enfermedades de aire que le dicen pues depende, por ejemplo incluso este, hijole pues a mi no me ha dado, no ha llegado a la casa, pero se siente cuando sales o que pasa algún aire que tiene mal el aire, o sea que trae, agarra uno el cuerpo pero ... quien sabe.

Agarra, agarra nada más el aire o sea, por ejemplo, luego les empiezan a llorar los ojos, o la cabeza, o sea en cuestión de... mi suegro se fue al campanario y estuvo ahí un rato no pues de ratito le dio como aire como que ... le dio mucho calosfrío, o sea como que le entró y al momento de que ya así le das un té para el aire eh, se empieza a mejorar, entonces este, así le pasó a mi suegro, le dio como aire y ya de que le dieron el té empezó como yo creo como a calentarse o algo así y ya por eso dejó de temblar porque si le dio mucho calosfrío, estaba temblando bastante, que se había subido al campanario y ya ve que hay corrientes de aire tal vez eso tenga mucha influencia o depende y se espanta uno, ya lo iban a llevar al médico, pero ya, o sea, dejaron que fluyera el té y ya se empezó a normalizar, son efectos que son bien rápidos y como que entra muy rápido, pero para salir [el aire] a veces no sabe uno y ya cuando tiene una idea de que es más o menos prepara uno un té. Pero hay algunas gentes que tienen reacción al entrar en capillas” (Juana Hernández)

Ya en otros estudios existen referencias a “los aires, como esencias contaminantes transmisoras de enfermedades, proceden de la violencia, la muerte o las malas acciones.”(Mendoza, 1997:123) todo esto aparece de manera similar en San Pablo. En sí los ‘sanpablenses’ creen que el aire en esencia no es representado como poseedor de ningún “mal”, sin embargo se habla de éste como un medio de transferencia de la enfermedad al contaminarse con objetos o lugares que tienen un halo maligno procedente del empleo que tuvieron, relacionado generalmente con la ejecución de un mal, que en sí es una acción violenta.

▪ **Enfermedades que responden a la trasgresión de una regla sociocultural y/o religiosa. Ánimas y Divinidades**

**- Las Ánimas.**

Las transgresiones sociales también son identificadas como causas de enfermedades, esta clase de enfermedades se observa principalmente como un castigo elaborado por una Divinidad o por las ánimas, los antepasados de la familia<sup>19</sup>. Este castigo tiene como origen el incumplimiento de actividades dirigidas a evocar lo sagrado. Se podría decir que estas situaciones contribuyen a constituir una normatividad comunitaria no escrita, pero conservada a través de los años de forma oral y fáctica, el culto a los antepasados.

En San Pablo, el culto a los antepasados es importante dentro de las actividades de las personas, se relacionan estrechamente con la vida diaria de la comunidad. Se cree que cuando una persona muere pasa a un espacio vivencial distinto y toma la categoría de ánima, personaje que vigila desde su nueva condición el comportamiento de sus familiares vivos.

He mencionado anteriormente que los antepasados se asocian al origen de una familia, y al rendírseles culto se rememora al mismo tiempo a la persona en sí, y a la familia en general, lo cual refuerza el carácter patrilineal de las familias de esta comunidad, pues son los antepasados de la familia paterna los que se sacralizan.

En este sentido, cualquier miembro vivo de una familia es propenso a sufrir enfermedades si éste no cumple con las responsabilidades que tiene hacia las ánimas, las cuales se reparten al interior de la propia familia.

La clase de obligaciones atribuidas a una persona pueden variar de acuerdo a su "cargo", los más comprometidos son los encargados de las capillas familiares, estas personas deben mantenerlas limpias, darles mantenimiento mayor al edificio si es necesario (reforzar los techos o paredes), conservar una

---

<sup>19</sup> Suele llamárseles también mecos, chimecos o chichimecos en referencia a la ascendencia chichimeca reconocida por la población.

así como de sancionar cuando las personas no cumplen con sus obligaciones como devotos.

La comunidad tiene a San Pablo como Santo Patrono, sin embargo no es éste la imagen principal, podríamos decir que el Divino Salvador ha desplazado al Santo Patrono.



El Divino Salvador en peregrinación hacia el Cerro del Frontón.

El Divino Salvador es una imagen que ejemplifica el fenómeno aparicionista, frecuentemente relacionado con las re-fundaciones de las

comunidades evangelizadas, convertidas al catolicismo durante los siglos XVI y XVII.<sup>21</sup>

Esta imagen reviste especial importancia, pues posee gran movilidad espacial, lo que permite, entre otras cosas, conformar un territorio devocional extenso.

Son numerosos los casos en los que se menciona el poder del Divino Salvador de castigar a aquellos que lo nombran sin respeto, o que no cumplen con una promesa o peor aún, que no asumen la obligación que aceptaron al entrar dentro del Comité de Fiestas que organiza su peregrinación y su fiesta.

En este caso también se presentan los sueños que enlazan a una persona con la divinidad, he dividido estos sueños en dos rubros: sueños que amenazan con un castigo, en los que frecuentemente se presentan elementos simbólicos como víboras que merodean y tienen la intención de atacar a las personas, y aves que emiten amenazas que pueden llegar a cumplirse en caso de que no se rectifique el comportamiento del sujeto en relación con El Divino Salvador. Por otro lado, nos encontramos con sueños en los que la voz del propio Divino Salvador indica que está molesto y que por esa razón suceden o pueden suceder cosas terribles para aquella persona que lo afectó, o para su familia, como se explica en el siguiente testimonio.

“ Había un señor de aquí de San Pablo que no quería dar la comida para las danzas de la fiesta del Divino y entonces un día dormido dice que soñó que una viborota estaba abajo de su cama, porque el se dormía en un cuarto con muchas cosas, donde podía esconderse la víbora, que la oyó, pero que no podía encontrarla, entonces él tenía miedo de que le picara, de que lo mordiera y entonces un pajarito entro a su cuarto por la ventana y le dijo que eso le pasaba por no querer dar la comida a las danzas, entonces cuando despertó al otro día, dijo a su esposa, oyes como que yo creo que mejor sí damos unos garbancitos a las gentecitas porque

---

<sup>21</sup> Más información sobre el fenómeno aparicionista ver Turner (1978)

no se vaya a enojar el Divino y me haga algo, y si dio de comer”  
(Maximino).

Se encuentran casos de que incluso el castigo puede concebirse como una circunstancia que se presenta en futuras generaciones; todo esto tiene sentido para los habitantes de San Pablo al enfrentarse, por ejemplo, a enfermedades degenerativas genéticas como son las personas con síndrome de Down, con labio leporino o con alguna característica física sobresaliente, connotada negativamente, que se presente desde el nacimiento.

“ Uno de los presidentes del comité de fiestas del Divino Salvador de pronto se hizo una persona de dinero y todo eso porque ya ve que el Divino junta su buena limosnita y pues de ahí le pedía ‘prestado’ entonces de castigo su esposa dio a luz a un niño así... malito de su boca, y como que no puede hablar bien, todo por agarrar el dinero del Divino, todo se paga”(Benito Quintanar).

Podemos decir que el Divino Salvador es visto como una divinidad sumamente poderosa, lo cual puede manifestarse en los castigos que tienen como origen conductas ofensivas, básicamente aquellas que no observan el respeto debido al Divino ni el cumplimiento con la responsabilidad de ciertas actividades, relevantes para la conformación religiosa y devocional de la comunidad.

Sin embargo el Divino no es el único capaz de hacer enfermar o accidentarse a las personas, sino cualquier santo al que se le desatienda.

#### ▪ **Emergencias.**

La posibilidad de que ocurran acontecimientos inesperados que rompan el frágil equilibrio de la salud, como uno de los orígenes de la enfermedad también es contemplado por la población de San Pablo, estas emergencias pueden identificarse por ejemplo con accidentes sufridos por una persona, pero estos

sucesos no afectan únicamente al accidentado como personaje central, sino que desequilibra a la familia, estas emergencias son sucesos impresionantes, generadores de estados de malestar en las personas cercanas al enfermo, lo cual puede manifestarse como enfermedades diversas en varios miembros de la familia, circunstancias que cambian la cotidianeidad de las personas, a veces de manera permanente provocando que la unidad doméstica y su dinámica se vean en la necesidad de recrearse.

“Yo estoy enferma de la presión me siento así desde que estaba embarazada de mi última hija (actualmente de 22 años) pero hace cuatro años que murió mi hijo, y la noticia me hizo sentir que algo me subía de los pies a la cabeza y me enfermé más, estuve inconsciente, no sabía dónde estaba, ni conocía a la gente, me decían soy yo tu hija, y yo no me acordaba. Siento debilidad en los pies, casi no tengo hambre y a veces hasta me da miedo comer porque puedo provocar que se me suba la presión, con la comida grasosa. El día que me avisaron de la muerte de mi hijo me dieron un té de yerba antes de decirme y ya habían hablado al doctor para que estuviera ahí cuando me enterara, ellos inmediatamente me atendieron sino me hubiera puesto peor” (Beatriz Hernández).

Por otro lado, dada la impresión que los acontecimientos emergentes provoca en la familia, los individuos más cercanos adoptan diversas conductas como medios de estabilización, sin embargo cuando estos recursos no son empleados, las personas pueden dirigirse a estados mórbidos diversos, como lo ejemplifica el siguiente testimonio:

“Yo creo que mi suegra está enferma porque no la dejaron desahogarse llorando cuando le avisaron de la muerte de su hijo inmediatamente le pusieron sedantes y ella no pudo llorar” (Concepción López).

- **Agentes patógenos: los virus y las bacterias.**

Dentro de un sistema médico contemporáneo, la identificación de los virus y las bacterias ya es de conocimiento común como una de los agentes que desencadenan una enfermedad. Entre la población de San Pablo también se habla de forma habitual de estos agentes. Es cada día más frecuente que se escuchen explicaciones por parte de la población que den cuenta de los daños que pueden hacer los microorganismos en nuestro cuerpo, considero que estas explicaciones se han extendido en parte como producto de las políticas de educación para la salud que sustentan las instituciones de gobierno coordinadas por la secretaría de salud, quienes básicamente fomentan medidas preventivas.

El programa gubernamental PROGRESA por ejemplo, contribuye a un proceso de medicalización de la comunidad, al crear comités de salud para cada barrio (en total cinco) y una promotora de salud que dirige cada uno de ellos, estos comités organizan pláticas sobre diversos temas, entre los que destacan como he mencionado las que tratan sobre medidas preventivas de enfermedades gastrointestinales y respiratorias, que son las enfermedades más comunes en la comunidad.

Esta clase de programas además han construido bases de información sobre la desnutrición y la talla de los niños para conformar un censo de la comunidad con estas variables. Todo esto con el propósito de ofrecer complementos alimenticios (papillas) prioritariamente a las personas desnutridas, mujeres embarazadas o lactantes, así como a la totalidad de los niños menores de cinco años. Lo anterior constituyen las acciones principales del Centro de Salud, siendo el PROGRESA, el programa substancial del mismo.

Cabe recordar que los datos que presente en el capítulo II, muestran que la población no tiene escaso acceso a los servicios de salud que oferta la medicina alópata como seguridad social, por lo que acude a la asistencia social, o a médicos particulares fuera de la comunidad, en la cabecera municipal (San Pedro Tolimán) e incluso en otros municipios.

- **El alcoholismo y otras adicciones.**

El consumo de bebidas alcohólicas entre la población no es una práctica reciente, pues el entramado festivo de la comunidad presenta entre otras características, el uso de estas bebidas dentro de rituales que se llevan a cabo como parte de las prácticas tradicionales. La adicción, en especial a la marihuana y a la cocaína, si constituye un fenómeno que comienza a expandirse entre los sectores de jóvenes que migran a Estados Unidos con objetivos laborales.

El consumo tanto del alcohol como de diferentes drogas, de acuerdo con la población de San Pablo no se pueden categorizar como enfermedades propiamente dichas. Pero si pueden considerarse fuentes o causas de diferentes enfermedades.

Estas adicciones son vistas como un vicio, un hábito que daña a las personas, el cual puede ser modificado si la personalidad de un individuo lo permite, una persona 'fuerte' podría adoptar la determinación de abandonar esa clase de conducta y cumplir su compromiso, sin embargo estos casos son excepcionales.

"Hay unos que de veras ya la agarran del diario y algunos los fines de semana, pero sí la mayoría sí toma, son pocos los que no toman, y de los que toman hasta van y empeñan sus cositas por eso, por el vicio, ya llegan a un grado más que no se controlan. A algunas personas les da cirrosis por alcohólicos, e ellos este el hígado como que se les pica y ya ve que producen como mucho líquido y entonces las personas se hinchan, no del todo el cuerpo, del estómago nomás, y los pies algo así, porque o sea toman y no consumen ningún alimento y ya se les va en puro tomar, quien sabe a donde se les va tanto, mujeres también, hombres y mujeres. Por ejemplo las mujeres para conseguir para tomar pues van y tienen relaciones con cualquiera con que les den para el vicio, ya lo que quieren es tomar, y lo peor del caso es que tienen

hijos, esa es la bronca por ejemplo, una señora de acá, pus estaba bien con su esposo y todo, y lo dejó por andar así emborrachándose con los señores y resultó con otro hijo y se juntó con otro y luego lo dejó y bueno tienen hijos chiquitos, después de que estuvo bien, casada y todo.

- ¿Por qué cree que habría empezado a tomar?

Quien sabe, porque yo una vez me dolía por mi periodo y una maestra me dijo que una cerveza en ayuno, era bueno, pues me la tomé y me sentía como que te mareas te sientes mal... y uno ve como que se sienten bien a gusto y sí siente eso así como que mareado, no creo que se sientan muy bien”(Guadalupe García)

¿En qué momento el consumo de bebidas alcohólicas se empieza a considerar patológico? Como se ha visto, entre la población de San Pablo el consumo del alcohol no es visto como una enfermedad sino como un vicio que puede ser más un problema moral que de salud, aunque sí lo relacionan directamente con la pérdida de estabilidad de esta última.

La antropología médica nos remite a la diferenciación entre el consumo de las bebidas alcohólicas y las patologías en las que puede derivar, el concepto de alcoholización “coloca la ingesta dentro de un proceso que la instituye y le da funcionalidades específicas dentro del juego de relaciones dominantes en una sociedad o cultura determinadas mientras que el alcoholismo refiere explícita o implícitamente a las consecuencias patológicas generadas por el consumo del alcohol”. (Menéndez, 1991:14).

En general se ha estimado que las consecuencias negativas del consumo del alcohol provienen, en su mayoría, de las transgresiones normativas que los individuos realizan cuando presentan signos de embriaguez sin embargo, tampoco se puede olvidar que el consumo de esta sustancia puede traer consigo enfermedades fisiológicas diversas, por lo cual considero que la dependencia que se construye hacia la ingesta de este producto puede considerarse una enfermedad.

## **B. Curación, niveles de atención y especialistas**

He segmentado la atención curativa en tres niveles analíticos, con el propósito de dejar más clara su implementación, sin embargo es pertinente decir que estos se encuentran interrelacionados en la vida diaria de las personas.

Los niveles de atención son categorizados de la siguiente forma: doméstico, comunitario, y regional. También se articulan en cada nivel los espacios llamados tradicionales (no hegemónicos) e institucionales.

### **a) Niveles de atención y curación.**

- **Doméstico : Las mujeres como la primera instancia de atención.**

Las mujeres constituyen la primera instancia de atención de la enfermedad, como se ha mostrado en otros estudios puesto que son ellas las que diagnostican de primera mano, y en ocasiones curan las enfermedades que presentan los miembros de su familia; para lograr esto se avocan al uso más o menos generalizado de la medicina tradicional que propone el uso de plantas diversas del entorno para hacer té e infusiones o lavados en conjunción con ciertas prácticas mágicos-religiosas como prácticas curativas, aprendidas de generación en generación.

“Cuando uno no sabe ni como atenderlos, pues ni modo, al doctor, pero a veces, el doctor, no te da medicamentos, o a veces no sirven, y yo pues entonces lo que les preparo pus’ los tes y punto y ya depende de la reacción que tengan si hay que llevarlos al médico, pero eso es cuestión de una hora a lo más dos, es lo de siempre, por ejemplo un día fuimos al Tanque hace como tres años, de repente [mi hijo]empezó a quejarse que le dolía muchísimo el estómago y... lo sobe con un pirul y con una veladora, le digo se la vas a poner al Divino y que quería bailar y

pus bueno pus sí, sí se fue, se compuso y sí prendió su veladora y estuvo rápido... para si te quieres limpiar, con este con pirul y albahaca, creo que mi mamá decía que, que decía que si se quería uno limpiar poner un trapo negro, te paras en... el centro, pero debajo de eso le pones tijeras, bueno ella me dijo y ya este lo limpias de atrás hacia delante y después donde empezó, o sea que tienes que terminar de rezar y ya te trajeron el agua bendita pero eso va con huevo y el pirul, pero yo no lo he hecho así. Así le hago, pero la tela no, ni las tijeras y luego por ejemplo uno recoge, yo escojo por ejemplo otro lugar donde no pase la gente, donde no pase luz, yo en el momento en que termino bueno recojo, tampoco a veces siento que lo agarra y lo avienta a las formas de cruces, por ejemplo aquí afuera mucha gente tira ahí, pero yo no, yo lo agarro y lo hecho en una bolsa de plástico y a la basura o sea no... no suelta nada de olor y mucha gente va y lo tira y los que pasen, los primeros que pasen (lo agarran al pasar y eso como que no está bien)"(Leonor Angeles).

Las mujeres de San Pablo contemplan como una de sus actividades principales el cuidado del estado de salud de los integrantes de su familia por lo cual, son ellas las que prácticamente combinan los conocimientos curativos de tradiciones diferentes, no obstante, no se manifiesta ningún problema para acudir a otra persona cuando sus conocimientos no son suficientes para resolver un estado de enfermedad en particular.

- **Comunitario. Los médicos como representantes de la alopátia y los rezanderos como mediadores entre la comunidad y lo divino.**

El nivel de atención comunitario es frecuentado por aquellas personas enfermas que pese a los cuidados de la familia, que constituirían el nivel doméstico propiamente, no observan el restablecimiento de un estado saludable ya que en

ocasiones el conocimiento de las mujeres se ve rebasado por la enfermedad, entonces es necesario consultar un especialista, en este caso, se acude a la atención que puede brindar el médico del Centro de Salud por un lado y por otra parte, a una clase de especialistas de la medicina 'tradicional': los rezanderos.

Los médicos, diagnostican y prescriben medicinas de acuerdo con el sistema de conocimientos de las ciencias médicas, estos medicamentos funcionan dentro de una lógica que postula que un estado saludable puede ser resultado de que la medicina produzca fenómenos contrarios a los de la enfermedad. Por otro lado, nos encontramos a los rezanderos, personas que no curan, pero que se consideran intermediarios entre el enfermo y las divinidades o los antepasados. En este sentido, los rezanderos son frecuentados en los casos en los que se interpretan los síntomas de una persona como la expresión de una enfermedad de fondo que no puede ser curada por un médico, sino que se debe observar el restablecimiento de las buenas relaciones con un santo o con las ánimas de la familia.

El rezandero es un intercesor que pide paralelamente a la familia del enfermo, la devolución de la salud del individuo en cuestión. Para ello estos especialistas recurren fundamentalmente a prácticas estratégicas como son los 'tendidos' que ya habíamos mencionado.

Los 'tendidos' constituyen rituales curativos que responden a enfermedades asociadas generalmente a un castigo, de acuerdo con los siguientes lineamientos: los familiares cercanos del enfermo (básicamente su familia nuclear) deben elaborar un guiso consistente en: frijoles, con una rama de hinojo, servido en plato de barro, el cual se coloca posteriormente en la capilla familiar, en donde las cruces que representan a las ánimas han sido colocadas en el suelo en forma lineal, al frente de éstas, se colocan veladoras y velas o ceras, el plato y algunas flores rojas como ofrenda, también es necesario un sahumador.

El rezandero es el guía de todas las actividades, el ritual lo comienza con un rosario seguido de diferentes alabanzas y finaliza nombrando a todos los antepasados, pertenecientes a esa familia. En el caso de que el 'tendido' sea para un 'meco', el rezandero alza el sahumador hacia los cuatro vientos después de

cada uno de estos actos. Estos tendidos se pueden hacer en la capilla de la propia familia o también en la capilla que ofrece un nicho al Santo que se molestó. La temporalidad de los tendidos es flexible y se adapta a las necesidades de la población, pues puede realizarse durante todo el año, pero es mejor los días martes y viernes de la semana, según la costumbre.

“Mucha gente viene de fuera que no tiene nada que ver o sea, que no tengan nada que ver con la familia y vienen de fuera y sí, sí prenden su veladora, su tendido que porque los castigan, yo creo que va en personas.”(Luz María Quintanar)

- **Regional. Curanderos y otros médicos.**

Se accede a este nivel de atención cuando los niveles anteriores no han presentado resultados efectivos en el restablecimiento de la salud de un individuo, el tipo de atención en este nivel está representado también por especialistas alópatas y tradicionales aunque en este nivel los rezanderos ya no son consultados; y se acude a espacios que pueden constituir una región amplia en cuanto a especialidades y prácticas curativas.

Puedo decir tentativamente que existe una especialización regional de las comunidades en relación con el proceso salud-enfermedad y los especialistas que pueden ser localizados en estos lugares, aunque esto requeriría de una investigación más exhaustiva con este objetivo en particular, pero puedo decir que he observado que en San Pablo no existen curanderos, mientras que si se habla de la conocida (y hasta afamada) existencia de personas que pueden hacer “males”, por otro lado, se encuentran otras comunidades del municipio de Tolimán, de Guanajuato, e incluso de la Región Huasteca, que son mencionadas por la gente como los lugares en donde se encuentra la gente que cura, los curanderos, los cuales sólo los encontramos en este nivel.

“Fui con una curandera a Tierra Blanca (Guanajuato) y me dijo que estaba espantada por la impresión de la muerte de mi hijo,

me limpio con pirul y huevo, no me dio yerbas para tomar en casa y me cobró muy caro. En San Pablo no hay curanderos, antes había una señora, pero se murió y pus ya...".(Beatriz Hernández)

**Lugares mencionados por la población para consultar curanderos**

<b>Estado /Región</b>	<b>Localidades</b>
Querétaro	Tolimán San Miguel Tolimán Tierra Volteada
Guanajuato	Tierra Blanca
Huasteca Potosina	Tanquis Talaján
Nuevo León	Linares

**b) Especialistas que curan.**

▪ **Rezanderos.**

Los rezanderos no son propiamente personas que curen por sí mismas, como mencioné anteriormente, porque las enfermedades que 'atienden'sólo pueden ser curadas por aquellas entidades divinas que las provocaron, aunque sí son participantes activos dentro de ciertos rituales de curación y de las peregrinaciones, prácticas ambas que los sitúan como mediadores de las peticiones de la población hacia una esfera sagrada constituida por diferentes seres: ánimas deificadas de las familias de la comunidad, o santos fundadores, aparecidos, etcétera.

▪ **Curanderos.**

Los curanderos, por su parte, si tienen la capacidad de curar puesto que sus terapias responden a enfermedades causadas por un 'mal'. La población de San

Pablo tiene la necesidad de acudir a otros lugares para curarse esta clase de afecciones debido a que en su comunidad no existe ningún curandero.

Por otro lado, la afluencia a esta clase de especialistas es reconocida bajo ciertas reservas, dado que dicen que la medicina tradicional es tildada muchas veces como un conjunto de supersticiones propias de personas sin educación, o poco civilizadas, la gente presenta conflictos al reconocer que se acude a los curanderos, lo cual los reafirma según los testimonios de la población como individuos atados a arcaicismos, con poca escolaridad o supersticiosos (características todas asociadas con la identidad indígena). Muchas veces se busca primero la atención especializada de los médicos alópatas (científica) por alejarse de los estigmas que puede contener la creencia en un curandero.

“Uno no cree mucho en los curanderos, pero hay veces que la ciencia falla. Mi primer hijo se me andaba muriendo y lo llevé con un curandero de San Miguel él me dijo que le hiciera un té con flor de pitaya y excremento de burro y no me lo va a creer, pero llegando aquí que veo un burro y le doy eso a mi mujer para que prepare eso y santo remedio”. (Benito Quintanar)

El ejercicio del curandero se apoya también en la interpretación de los sueños para diagnosticar por qué está enfermo un individuo, o quién está castigándolo con una enfermedad.

#### ▪ **Médicos alópatas.**

Los especialistas de la medicina alópata son consultados en general a causa de cualquier afección, con el propósito de obtener un diagnóstico y los medicamentos necesarios para, por lo menos, aliviar los síntomas de la enfermedad, principalmente el dolor.

Sin embargo, como se ha esbozado aquí, la atención médica no se ha presentado de la mejor manera para los habitantes de San Pablo, por lo que la asistencia al Centro de Salud, y a consultorios particulares se ha visto disminuida.

- **Especialistas que enferman. Los poseedores de la “mala costumbre”.**

La comunidad de San Pablo es identificada, tanto por sus habitantes como por la población de la región, como un lugar en donde se pueden encontrar especialistas en hacer males, para ello se utilizan objetos personales del individuo al que se quiere hacer daño, (magia homeopática según Frazer ), también se usa como medio la comida, la cual puede contener sustancias tóxicas.

### **c) El sistema médico alópata y sus representantes**

En general, las personas no encuentran ningún obstáculo en explicarse a sí mismas una enfermedad a partir de principios que provienen de un bagaje histórico-cultural como miembros de un grupo otomí, y combinar estos con los postulados de la medicina alópata. No hay contraposición en este sentido, lo que reafirma los argumentos de Menéndez: “el proceso de constitución y expansión como ideología curativa dominante de la medicina científica supone la exclusión ideológica de otras prácticas, pero no su eliminación. Tampoco implica necesariamente que las formas tradicionales se opongan a las dominantes”. (Menéndez en Campos, 1992:44)

Deseo enfatizar el carácter combinatorio que se manifiesta en las prácticas de atención a la salud como respuestas a las necesidades de los enfermos, en este sentido, las contradicciones teóricas que pudieran existir entre sistemas médicos disímiles no implica necesariamente la exclusión de prácticas derivadas de estos; en muchas ocasiones, la combinación de ellas es lo que lleva al enfermo a su sanación.

Sin embargo, existe un rechazo generalizado hacia la atención médica alópata, no porque exista aversión hacia este sistema médico específicamente, sino por las experiencias vividas en relación con los médicos y el servicio que han prestado en la comunidad.

La población enuncia constantes quejas sobre el personal del Centro de Salud, que por cierto, es el único en la comunidad que ofrece esta clase de atención, pues aunque existía un consultorio médico particular, este tiene un funcionamiento irregular, debido a que los médicos que lo atendían trabajan también en la presidencia municipal, por lo que sus horarios de servicio se modifican constantemente.

Con respecto al Centro de Salud los médicos son reemplazados al cabo de un año debido a que su estancia en la comunidad responde a un requisito académico. Esto implica diversas circunstancias que afectan el desempeño de estos profesionales en su trabajo, pues es sabido que ser enviado a servicio a las zona indígenas se toma como un castigo, como una necesidad que hay que tolerar para proseguir en la profesión de las ciencias médicas (los envían a zonas alejadas, 'aburridas'), lo cual conlleva un rechazo preconcebido hacia la población a la que se le van a ofrecer los servicios de la medicina. En San Pablo los más afectados resultan ser sobre todo los habitantes del barrio del Pueblito, que son los usuarios más frecuentes.

Los médicos alópatas manifiestan en muchos de los casos juicios de valor hacia la población que atienden, la tildan de ignorante, de poco civilizada o educada, características con las cuales "deben confrontarse", todo esto se resume en el testimonio de uno de los médicos del Centro de Salud de la comunidad en relación con las prácticas de atención a la salud reproductiva y la aceptación de la píldora anticonceptiva.

"Aquí a veces la gente es muy cerrada [Población de San Pablo, Tolimán], será por su cultura, pero a los de PROGRESA , les insistimos que planifiquen"

Es frecuente escuchar relatos sobre malos diagnósticos, la venta de las medicinas y ciertas demandas legales contra los médicos así como una amplia mención a diferentes comportamientos que no son aceptados por los habitantes de la comunidad.

"Dicen que corrieron a la doctora del Centro de Salud porque tenía la manía de meter hombres a los cuartos de los doctores, como están dos doctores, el otro se tenía que quedar junto al enfermo y no en su cuarto porque estaban los amiguitos de la doctora.

Hicieron una junta y vinieron doctores de Cadereyta que regañaron a la doctora, y les dijeron a la gente: nosotros venimos a escuchar los derechos de ustedes no los de la doctora porque unas señoras que eran muy barberas con ella la estaban defendiendo, entonces sí, la gente dijo mucho de la doctora, hasta eso de los hombres, imagínese, enfrente de todos, más las señoras que viven enfrente a donde se quedaba, también dijeron que no atendía a las personas cuando no quería aunque estuvieran enfermas.

Se levantaron firmas para correrla porque los del Pueblito no la querían y ellos son los que más usan la clínica". (Cecilia Roque)

"En el Centro de salud la doctora es muy creída y prepotente, no da medicinas, las vende o a veces uno tiene que conseguirlas en la farmacia. El otro día hicieron una junta para correr a la doctora por eso mismo y porque usaba el consultorio para cosas indecorosas, los vecinos veían a hombres ahí en el día y la noche y ellos son los que se daban cuenta de cómo vivía. Pero la doctora no quiso irse y se quedó a fuerzas a terminar su año. Parece que formaron un comité de salud entre los beneficiarios del PROGRESA". (Susana Pilar Hipólito)

"Hay un constante cambio de doctores, no nos dicen bien que tiene el enfermo, y hasta dicen que un señor de por ahí del Pueblito demandó a una doctora porque no lo atendió bien, los que van más al Centro de Salud son las gentes del Pueblito. En el Centro de Salud hay pláticas, se invita a las personas pero sólo

aquellas que tienen el PROGRESA, antes no había esta clase de invitaciones a pláticas.” (Ma. Elena Don Andrés)

La atención médica en San Pablo no ha resultado una experiencia benéfica para sus habitantes, cuando estos mismos requieren de esta clase de servicios acuden a centros de salud, hospitales o consultorios particulares fuera de la localidad.

“Yo tengo ISSSTE, porque mi esposo es maestro, y prefiero acudir al pediatra de ahí en Querétaro”.(Emelia Ortiz Estilla)

“Me operaron con láser el útero ahí en el ISSSTE lo que pasa que cuando uno tiene como una gomita en el útero y es demasiada entonces vienen los flujos y me dice una muchacha muy espantada, si yo no he andado con nadie y lo que pasó es que hasta a las señoritas les puede pasar, por la ropa muy ajustada o yo no sé porqué uno a veces se espanta, pero uno no sabe que eso a veces puede pasar y pues yo tuve que ir allá para que me atendieran porque los doctores de aquí no hacen eso”.(Clemencia)

Por otro lado se ven obligados a acudir a los servicios que ofrece el Centro de Salud en la comunidad ya que se ha convertido en una condicionante por parte de programas gubernamentales, como el PROGRESA para tener acceso a los recursos que este ofrece.

“Los de PROGRESA tienen que participar y cooperar con las actividades del Centro de Salud y ahí se me va el poquito dinero que me dan: que en poner el nacimiento o un convivio de ahí, en eso lo gasto. Los que tenemos PROGRESA tenemos que ir a pláticas y a las faenas del Centro de Salud, porque sino nos bajan puntos y nos dan menos dinero, lo mismo si uno le grita o le contesta algo a la promotora (de salud) las promotoras luego son

muy boconas por quedar bien con la doctora le dicen que vamos a haces esto y lo otro. Esa doctora que estaba era muy regañona, pero por una pagan todas, vamos a pensar que todas son así”  
(Susana Pilar Hipólito)

Recapitulando, es importante destacar que a través de los testimonios se pudo constatar que la población aumenta sus posibilidades de salud al acudir a las formas tradicionales de prácticas de atención, las cuáles son las más recurrentes, sin embargo en muchos de los casos se acude a estas más por carencia e incapacidades de la medicina alópata, que por 'resistirse' a adoptar otras prácticas, aunque es importante remarcar que a ésta última la ven únicamente como la solución curativa en casos de enfermedades de tipo viral, de enfermedades degenerativas o de necesidades quirúrgicas, por lo que solo responde a una parte de la morbilidad de la comunidad.

## CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES

La información etnográfica que se presentó en este trabajo, muestra que el análisis del problema acerca de la salud y la enfermedad requiere de un redimensionamiento en el que las ciencias sociales son portadoras de perspectivas importantes para acceder al conocimiento integral de esta cuestión. A partir del enfoque sociocultural, se abordan contenidos del proceso salud-enfermedad, que hasta hace poco se habían dejado de lado.

De acuerdo con los objetivos planteados, en los que se propuso analizar la construcción de las representaciones sobre el proceso salud-enfermedad, fundamentales dentro de todo modelo médico, a través de sus elementos y su influencia en la orientación de las prácticas de los sujetos, he trazado las siguientes líneas, a manera de conclusión.

Este trabajo de documentación e investigación de tesis, quiso plasmar en primer lugar una descripción etnográfica sobre el entramado simbólico que alude a la salud y la enfermedad y en segundo término llevar a cabo una reflexión sobre el problema y la información obtenida.

En este sentido, más que respuestas al problema se sugieren nuevas interrogantes que surgen de la interpretación que se realizó, no como un ejercicio de descubrimiento de alguna "verdad oculta", sino como un ejercicio de construcción que trata de llevar a cabo una reflexión sobre aquellos elementos que se distinguieron durante el trabajo de campo.

El énfasis puesto en el sesgo que tienen los estudios emprendidos sobre los temas de salud al tratar únicamente una parte del proceso, la enfermedad, está relacionada con una crítica hacia el tratamiento de la salud y la enfermedad como una dicotomía estructural, pues esto supone diversas dificultades en el tratamiento del problema. Esta dicotomía identifica a la salud y a la enfermedad como fenómenos inmovilizados, cuando de hecho son todo lo contrario. Preguntarse por qué se explica la salud a partir de la enfermedad y la muerte nos conduce a pensar en la predominancia teórica que puede tener el estado patológico .

He tratado de abordar el proceso en toda su extensión con el propósito de tratar el problema de una manera más integral, puesto que abordar un estado u otro daría como resultado un conocimiento incompleto, contradictorio con mi planteamiento, e incomprensible en ese sentido.

De esta manera considero que el proceso salud-enfermedad puede ser comprendido a partir de un modelo descriptivo y analítico que aborde cualidades intrínsecas a esta clase de fenómenos fluctuantes.

Ver todo esto a través de una perspectiva que toma en cuenta lo que se dice y hace con respecto a este proceso en el transcurso de la vida cotidiana de los individuos de un grupo social determinado, considero puede conducir a la construcción de un conocimiento adecuado a la realidad, en este caso a la de los habitantes de San Pablo.

Para lograr esto, se han retomado algunos principios teóricos-metodológicos que direccionan el análisis de un proceso de tal complejidad hacia su dimensión simbólica, en este sentido, como ha señalado D.Sperber, (1998) un símbolo se entenderá como una construcción social, que forma parte de un sistema de significación que legitima acciones y discursos, mismos que pueden identificar a las personas como miembros de un grupo étnico.

A todo esto se agregan las fuentes generativas de sentido de esta clase de construcciones sociales ubicadas en tres espacios, definidos por Pérez Taylor(1996) como posibilitadores del mundo simbólico, se trata de una convergencia entre los procesos de significación del inconsciente, de la tradición milenaria, así como los saberes congregados en el sentido común.

De esta forma reconocer las representaciones<sup>22</sup> sobre el proceso salud-enfermedad en la vida cotidiana, la cual "se desarrolla y se refiere al ámbito inmediato" (A.Heller, en Pérez Taylor,1996:155) dirige el análisis hacia las circunstancias adyacentes a las personas con las que dialogamos durante el trabajo de campo.

---

<sup>22</sup> Tomando como punto de partida la idea de que "representar es hacer presente lo que estamos describiendo [lo que] permite construir una imagen del proceso deseado"(Pérez Taylor, 2000:124).

Así mismo se ha identificado que las representaciones simbólicas del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de nuestros interlocutores en la comunidad de San Pablo, Tolimán se manifiestan cuando se percibe un cambio, una alteración en su vida cotidiana (a nivel corporal o comportamental), las explicaciones que se ofrecen, cimentadas en esas representaciones, pueden orientar las acciones que llevarán a cabo las personas para tratar alguna anomalía.

Una representación se aprehende colectivamente, aunque es señalada desde la experiencia propia; estas dimensiones dan sentido al estado de salud de un sujeto, mismos que nos conducirán a la comprensión del problema planteado.

Los elementos que ayudan a comprender el proceso salud-enfermedad giran, como he mencionado, alrededor de ciertos cambios fisiológicos, así como cambios comportamentales que fueron provocados por elementos de diferentes orígenes; para definir si una persona se encuentra sana o enferma y qué tanto lo está, se hace referencia a estos indicadores construidos socialmente.

Los estados de salud contienen una serie de características que direccionan al sujeto hacia un conjunto específico de prácticas de atención a la salud, éstas en su conjunto se pueden identificar como expresiones de un sistema médico 'combinatorio', el cual se encuentra generalizado<sup>23</sup> en la praxis de las comunidades de nuestro país. Este sistema médico congrega epidemiologías, especialistas, terapéuticas y medicinas entre otros elementos, de los sistemas o modelos médicos que en palabras de Menéndez se aluden como hegemónico y subalterno (es decir, alópata institucional y "tradicional" principalmente)<sup>24</sup>.

De acuerdo con el discurso de los habitantes de San Pablo, un sujeto saludable es alguien que representa la normalidad, lo cual constituye una condición para vivir plenamente. Esta idea de lo saludable y la normalidad puede ser articulada estrechamente con otra cualidad: lo cotidiano.

---

<sup>23</sup> Esta expresión se articula a las afirmaciones de diferentes estudios sobre la salud, enfermedad y atención en México, por ejemplo la obra de Menéndez (1990) y López Austin (en Lozoya, 1986) entre otros.

<sup>24</sup> Existen también otros modelos subalternos al alópata, muchos de ellos de perfil orientalista.

De esta forma se observa que sólo en presencia de la relación normal-cotidiano, se conforma uno de los indicadores del estado saludable, estado que posibilita el bienestar de un individuo.

Sin embargo esta relación se ve interrumpida cuando sus elementos se ven afectados por algún elemento desencadenante de un estado de enfermedad. Por ejemplo, el hecho de que una persona deje de hacer sus actividades diarias, en el caso de las mujeres, actividades enfocadas a la unidad doméstica como la preparación de los alimentos, la limpieza del hogar, la atención a los familiares se considera generalmente como una situación poco usual, a-normal, que deriva en diferentes reflexiones, entre ellas sobre la posibilidad de que la persona en cuestión se encuentre enferma.

No obstante esta idea no se aplica a la totalidad de la gente como los propios entrevistados lo indicaron, pues dentro de la comunidad existen personas que recrearon su cotidianidad a partir de las posibilidades que su contexto y su cuerpo les ofrecen, se trata de personas que viven con una enfermedad crónica<sup>25</sup> o algún tipo de invalidez<sup>26</sup>, mismas que viven en un estado patológico de diferente graduación, aunque estas personas no son identificadas como casos convencionales, la población de San Pablo si reconoce que proponen una nueva normalidad al "rehacer su vida" de otra forma.

La salud permite a una persona desenvolverse en las actividades que le corresponden, posibilita una capacidad de trabajar más intensamente es decir, la población se autopercibe más productiva, pero también más dispuesta a llevar a cabo prácticas recreativas, en general se hace referencia a comportamientos cargados con un sentimiento de satisfacción que es producto de un estado en el que *no sienten nada* como característica del bienestar. Gadamer ha señalado que "la armonía de la salud muestra su verdadera fuerza al evitar que uno se altere como lo hace ante el dolor o la ebriedad, que evidencian o producen realmente una perturbación"(Gadamer, 1996:131), pues la imperceptibilidad de estas

---

<sup>25</sup> Son frecuentes las menciones hacia la diabetes, problemas de presión arterial.

<sup>26</sup> El uso de este término responde a la categorización de los propios habitantes de la comunidad la cual se refiere a personas que presentan secuelas de poliomielitis, o con defectos congénitos.

alteraciones se muestra como la captación de un equilibrio siempre oscilante y personal.

Tener en cuenta la relación entre el devenir correspondiente a la historia de un grupo social y al desarrollo como individuo resulta útil para la dilucidación de la salud y la enfermedad como proceso pero también "se deben contemplar y considerar la manifestación de flujos en un sentido sincrónico: contactos, influencias e interdependencias". (Lizárraga, 2000:71). Ésto nos conduce a pensar en el proceso salud-enfermedad dentro de "complejas redes de relaciones temporo-espaciales diacrónicas (flujos -secuencia en la dinámica tiempo-espacio), y sincrónicas (flujos -simultaneidad en la inmediatez tiempo-espacio)" (Lizárraga, 2000:71). Cuando ubicamos a la población de San Pablo dentro de esas redes tejidas por el tiempo y el espacio se puede identificar que existe una variedad muy amplia en cuanto al estado de salud de las personas; individuos de la misma edad, del mismo sexo, con actividades similares, se encuentran en diferentes momentos del proceso salud-enfermedad debido a la conformación de una persona como tal, vista como una serie de elementos que se encuentran dentro de su repertorio vivencial individual que provocan la diferenciación entre un ser humano y otro. Tomemos por ejemplo el caso de dos mujeres de 60 años que actualmente son amas de casa: una de ellas padece de dolores intermitentes en las articulaciones, que la han llevado a pensar que tiene artritis; la segunda mujer padece de poca visibilidad, debe seguir una dieta especial, todo esto por causa de la diabetes, misma, que ella explica, le provocó una embolia, esta mujer además ha tenido fracturas a causa de impactos relativamente débiles.

El primer caso, presenta ciertos síntomas que sin embargo no le impiden llevar una vida 'normal', incluso ni siquiera ha requerido de un diagnóstico especializado; empero el segundo caso se encuentra con transformaciones relevantes dentro de su vida cotidiana, la dieta es enfatizada, sus actividades se han visto afectadas, por supuesto ha requerido de diagnósticos especializados, derivados de crisis que se identificaron con una definitiva anormalidad, como el periodo en el que padeció una embolia.

¿Por qué presentan diferentes estados de salud? La respuesta a esta cuestión se aduce a la trayectoria de vida (flujo diacrónico de un sujeto), pues el hecho de considerar las experiencias intensas de trabajo vividas dentro de lo cotidiano, adecuadas a su rol familiar y generacional, se autoperciben como experiencias intensas y desgastantes, estas obviamente tienen una influencia directa en la salud.

Los casos ejemplificados anteriormente no cuentan con experiencias demasiado similares en el transcurso de su vida. La exposición de un rol femenino a través de diferentes edades se desenvuelve de acuerdo con las exigencias de un contexto comunitario, pero también, de acuerdo a aquellas que se dan en su ámbito más inmediato, la familia. En este sentido las dinámicas familiares que se vivieron en ambos casos respondían a situaciones diferentes y requerían de estas mujeres una participación diferenciada también, ambas remarcan el trabajo que llevaban a cabo para ayudar al sustento de la familia, mientras que en el primer caso la señora debía salir a trabajar como empleada doméstica a la ciudad de Querétaro, en el segundo caso la señora vivió toda su vida en San Pablo, sus deberes consistían en atender a su familia, primero a sus hermanos y luego a sus hijos.

Encontramos además la continua referencia de la alteración que ejerce sobre los sujetos el propio transcurso de la vida, la edad, la cual también es vista como un elemento de propensión a la enfermedad.

Es así como se pueden agrupar la edad y la forma en que se ha vivido, como elementos o factores diacrónicos que facilitarían los cambios que pudieran experimentarse en el proceso salud – enfermedad.

Por otro lado se encuentran los elementos sincrónicos, que pueden entenderse como aquellas experiencias emergentes, inesperadas, que tienen lugar en el ahora y que pueden provocar un cambio en el estado de salud.

Esta clase de elementos está basada en las causas sobre las cuales se explican las personas de esta comunidad el desencadenamiento de un estado de enfermedad, las cuales son vistas propiamente como amenazas al estado saludable, al bien-estar.

Un componente contextual primario, como es la estructura social de la comunidad, se presenta como un elemento de análisis relevante para la representación del proceso salud-enfermedad, pues a ella responden ciertos estímulos desequilibrantes de la buena salud.

La estructura social la entiendo como una manifestación cultural en constante cambio, organizada por diferentes vías, el parentesco, el compadrazgo, el matrimonio, el sistema de cargos, entre otras cosas, todo esto se regula entre otras medidas, mediante tabúes sociales, es decir prohibiciones generalizadas que aterrizan en normas, que una vez que son transgredidas desencadenan el desequilibrio social y la enfermedad individual, en síntesis, desencadenan una ruptura del orden, de lo cotidiano.

Todo lo dicho anteriormente se observa como una característica importante de un grupo social pues, aunque se presentan rupturas frecuentemente, vuelve a reorganizarse y a estabilizarse. Pero esta tendencia implica un cambio gradual en los valores y las normas de la comunidad, en síntesis un cambio en el sistema normativo comunitario que organiza a la comunidad.

Reflexionar sobre los mecanismos reguladores del orden, resulta útil para comprender las representaciones sobre el proceso salud-enfermedad que se ubican dentro de una cosmovisión compartida.

En San Pablo, el culto a los antepasados se muestra como uno de esos mecanismos, pues presenta una variedad de actividades que manifiestan normas y un conjunto de valores atendidos por la población como una práctica necesaria, articulada con la tradición del grupo y fomentada por su organización social.

El culto a los "mecos" como un conjunto de prácticas que evocan a la familia y a la comunidad, crea espacios sagrados dedicados a los antepasados de la familia y a los fundadores de la comunidad en general; convocan además a personas especializadas en los rituales en torno a la capilla familiar.

La patrilinealidad característica de la comunidad se enfatiza por medio de esos rituales, así como a través de diversas reglas de filiación (referentes al matrimonio, la herencia, entre otras cosas) por lo que este sistema interviene en la

preservación de este orden social, del equilibrio de la comunidad y de sus habitantes también.

De acuerdo con esto, aquellos que transgredan este elemento del orden social, es decir, el culto a los antepasados como ámbito generador de organización, manifiesto en las actividades alrededor de la capilla familiar, pueden presentar cuadros patológicos representados como castigos por el incumplimiento de la tradición.

Así mismo, las divinidades tienen amplia injerencia en el orden social en tanto que vigilan el comportamiento habitual de la población así como el cumplimiento de las actividades que corresponden a los cargos durante las fiestas en la comunidad, y durante las peregrinaciones.

Por otro lado, 'los males' podrían considerarse como una expresión de la fragilidad de ese orden social y su equilibrio, son una expresión de la dinámica de los grupos humanos en donde se presentan constantes tensiones al interior, surgen como consecuencia de los conflictos entre los habitantes de la comunidad motivados por la envidia. El sentir envidia se ve como un producto de la desigualdad social de acuerdo con los términos de los habitantes de la comunidad, la distinción entre una persona y otra implica diferencias económicas, de estatus y de prestigio relacionados con los cargos que se pueden detentar al interior de la comunidad, con los bienes a los que se puede acceder, o el trato de la comunidad hacia una persona en particular, entre otros. Los males son afecciones del alma; una afección compartida por el sujeto que envidia y el sujeto envidiado, la primera se ve contaminada por la envidia de manera directa, la segunda presenta síntomas de un mal "dirigido", con la clara intención de dañar.

Hay que recordar que la comunidad de San Pablo se encuentra en una región ubicada en la llamada frontera de aridoamérica y mesoamérica, por lo que la convergencia de las características de estas macroregiones aun persisten en la población que hoy integra Tolimán, el reconocimiento actual de afecciones que se inscriben bajo la lógica del sistema del frío-calor, identificadas con las culturas mesoamericanas es un ejemplo de estas presencias. Esta clase de malestares se dan a partir de prácticas que desequilibran la temperatura corporal de un individuo,

la comida, el aire, y la temperatura que puedan contener cosas que tengan contacto con el cuerpo son elementos desequilibrantes.

El ejercicio de dar sentido a las enfermedades de acuerdo con lo que se ha expuesto no excluye la posibilidad de que los individuos aludan a los principios biomédicos que pueden combinarse con otros elementos, en una enfermedad.

Los indicadores de salud (de tipo diacrónico y sincrónico) que la población de San Pablo reconoce, se pueden entender como ejes que convergen en la comprensión de un estado de salud o de enfermedad específico.

### Individuales

<b>Diacronía</b>	<b>Sincronía</b>
Tiempo individual: Devenir ontogénico <sup>27</sup> . -Edad. -Actividades desgastantes a largo plazo	Estímulos desequilibrantes. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accidentes.</li> <li>- Microorganismos patógenos.</li> <li>- Transgresiones y enfermedades como castigo</li> <li>- Males producto de la envidia o la contaminación.</li> <li>- Aumento o disminución de la temperatura del cuerpo</li> </ul>

### Colectivos

<b>Diacronía</b>	<b>Sincronía</b>
Tiempo colectivo: Devenir histórico. -Nutrición. -Posición de un grupo dentro de la totalidad de un Estado	-Políticas de estado emergentes. -Crisis económicas. -Cambios en el entorno natural (contaminación del suelo, agua y aire, sequías prolongadas)

De esta forma, el proceso salud–enfermedad es representado de manera compleja: ciertamente se entiende que es un proceso subjetivo, pero no sin considerar su articulación inherente al contexto en el que se desenvuelve un grupo

<sup>27</sup> Lizárraga desarrolla un esquema que contempla el devenir ontogénico, el histórico y el evolutivo que responde al proceso de la hominización –humanización.

humano en conjunto, es además un proceso recurrente durante el ciclo vital de un individuo.

La salud y la enfermedad se manifiestan como parte de un proceso no lineal, los cambios en el estado de salud pueden leerse simbólicamente: se parte de indicadores contruidos socialmente, anclados en símbolos bien definidos (temperatura, sangre, conducta, transgresiones) a los que se acude cuando el individuo percibe un cambio en su normalidad, estos indicadores ayudarán a diferenciar a un sujeto enfermo y a un sujeto sano, distinciones que constituyen referentes fundamentales para la actuación de las personas; estos indicadores dan cuenta, en síntesis, de la situación de una persona en el proceso.

Por otro lado, la comprensión de las representaciones sobre los estados de salud implica una relación estrecha con la noción de sujeto, en este sentido Ramírez T. señala que la enfermedad como un evento doloroso se refleja polidimensionalmente por lo que puede desequilibrar la integridad de la persona (Ramírez, 2000:160-161). De esta manera un individuo se puede concebir intrínsecamente distinto cuando un padecimiento lo conduce a reconocer su cuerpo, incluso su identidad a partir del dolor o del malestar.

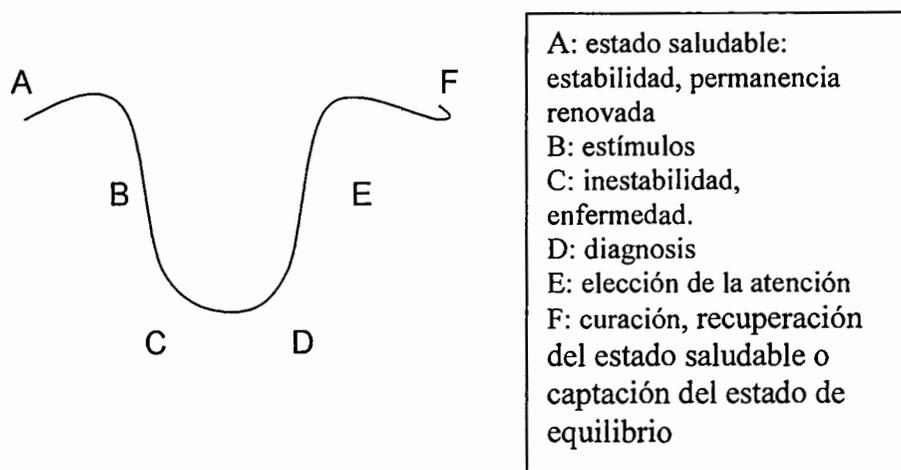
Los habitantes de San Pablo afrontan amenazas cotidianas, más o menos identificadas por los individuos; estos elementos estimulan un cambio el estado saludable, en la normalidad, en lo cotidiano; son generadores de estados patológicos y pueden presentarse de manera conjunta en una enfermedad,

El proceso salud-enfermedad es un flujo recursivo, es decir, "es el proceso en su totalidad lo que es generativo, la acción total depende de la de cada momento o elemento en particular" (E.Morin,1999:217), dada esta característica, puede ser visualizado en términos analíticos como un flujo no lineal que presenta una serie de etapas elementales.

He caracterizado al estado saludable como un momento de organización activa (A), una permanencia que se renueva constantemente por la propia dinámica de otros procesos que convergen para generar un estado de salud: respiración, procesos hormonales, digestivos, etcétera; los cuales se ven alterados por una serie de estímulos (B), que desembocan en un estado de enfermedad (C),

al percibir este estado sobreviene un momento de auto diagnóstico (D), la autodiagnos se asumirá como base para un momento de atención (E) que desemboca en el restablecimiento de la salud (F).<sup>28</sup>

Entendiendo el proceso de esta forma un proceso podría visualizarse de acuerdo a la siguiente curva<sup>29</sup>:



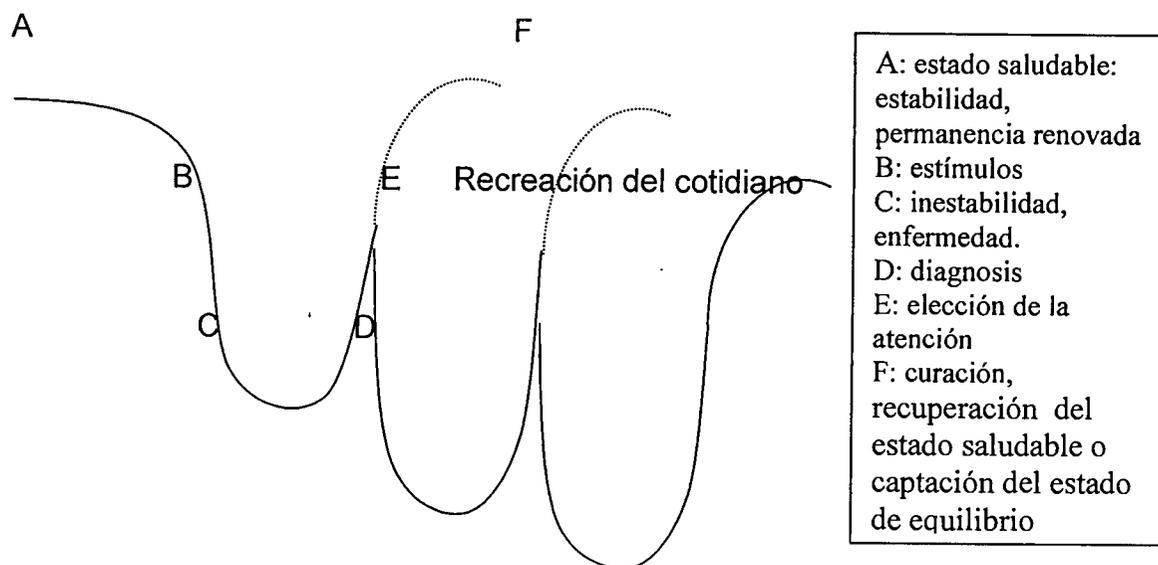
Esta curva presenta el desenvolvimiento del proceso en movimiento que supone el cambio en el estado de salud, no obstante, se puede decir que esto no sucede siempre de esta manera, el ejemplo anterior expuesto en la gráfica constituye un modelo, sin embargo el proceso puede derivar en otros subprocesos al no encontrar el restablecimiento del estado saludable, estos subprocesos generan a su vez cualidades específicas en los sujetos (vistas como secuelas de la enfermedad) y esto se observa en casos de enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, alteraciones en la presión arterial); al no poder acceder a

<sup>28</sup> Al respecto Gadamer aduce que la recuperación del equilibrio obedece a la "autosupresión del quehacer médico" es decir, a la procuración de que la naturaleza se imponga para retomar el carácter normal por parte de un individuo. "El esfuerzo médico no es, en realidad, el establecimiento de un equilibrio, es decir, la construcción desde la base, de una nueva situación de equilibrio, sino que es siempre un captar el equilibrio oscilante. Toda perturbación de ese último, toda enfermedad, se apoya en factores imprevisibles, presentes en lo que aún resta de equilibrio. Esta es la razón por la cual la intervención del médico no puede considerarse, en realidad, como un hacer o un producir algo, sino -ante todo- como un refuerzo de los factores que determinan el equilibrio" (Gadamer, 1996:51).

<sup>29</sup> Este análisis parte de la propuesta metodológica para abordar procesos de aprendizaje de CONALTE:

la recuperación total del estado saludable vemos que estas cualidades afectarán de manera definitiva el proceso vital en su totalidad de la siguiente forma:

### Discontinuidad de la cotidianidad



La experimentación de un estado de enfermedad que se ve continuado en varios subprocesos conduce a la transformación de lo que se observará como cotidiano, se constituye una nueva normalidad.

Este nuevo estado tiene la capacidad de reconstituir la cotidianidad en dos sentidos: el primero lo encontramos en el caso de las personas que viven con una enfermedad crónica o con algún tipo de invalidez, por otro lado se muestra un segundo sentido de la reconstitución de la cotidianeidad, al encontramos con la recuperación total de la salud presente después de una enfermedad de origen 'tradicional' puesto que estas enfermedades no presentan secuelas, de acuerdo con la percepción y los testimonios de la población, así como tampoco el uso de

diferentes hierbas en grandes cantidades durante la curación es causa reconocida de enfermedades.

El proceso salud-enfermedad se imbrinca además con procesos de mayor amplitud: se experimenta este proceso en repetidas ocasiones con más o menos frecuencia dentro del proceso vital de una persona, es decir dentro de su *devenir ontogénico*. Un flujo como este se refiere a los individuos, a procesos de personalización e individualización que convierten a un sujeto en un ser único <sup>30</sup>. (Lizárraga, 2000:70)

El devenir ontogénico presenta diferentes puntos de convergencia entre componentes endógenos y exógenos<sup>31</sup> al sujeto, de carácter diacrónico o sincrónico que resultan en un estado subjetivo irrepetible.

El proceso de atención se puede retomar como un conjunto de manifestaciones en las que se encarna el discurso de la población de San Pablo. Las prácticas que se encuentran en un abanico entre la atención médica alópata y rituales mágico religiosos parten de la percepción de ser-estar enfermo.

Las prácticas curativas que se presentan como manifestaciones del modelo médico tradicional se apoyan en los principios de la herbolaria, usados en la atención a nivel doméstico y especializado, así como diversos elementos mágicos-religiosos (oraciones durante las limpias con hierbas, rituales como el tendido dirigidos a los antepasados o a los santos) que cumplen con una eficacia simbólica dentro de las prácticas dirigidas a la curación de la comunidad, sin embargo estas características no suprimen el hecho de que también se encuentren manifestaciones de otros modelos médicos en especial del alópata que se manifiesta en el uso de diferentes fármacos como resultado de la automedicación, explicaciones de los estados de enfermedad basadas en causales biomédicas, entre otras expresiones. Todo esto demuestra que la población de San Pablo combina diferentes modelos médicos, en relación con el

---

<sup>30</sup> Más información al respecto, en Pérez Taylor, Rafael. Aprender-Comprender la Antropología

<sup>31</sup> De acuerdo a Lizárraga (en Taylor, 2002) los componentes endógenos tienen características bio-estructurales, bio-funcionales, bio-relacionales, bio-expresionales, bio-experienciales, por otro lado los componentes exógenos se dividen en componentes físico-bióticos, bio-sociales, y socio-culturales.

diagnóstico y el tratamiento, sin manifestar ninguna contradicción y obedeciendo a las necesidades del individuo en cuestión.

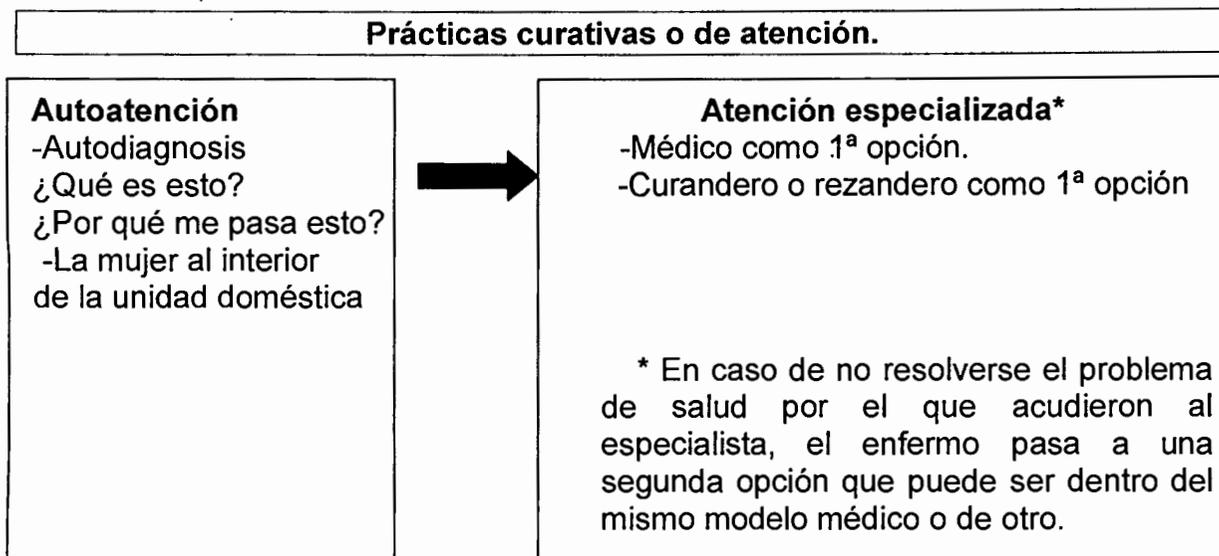
Por todo esto se ha hablado de la inclusión de los sistemas médicos tradicional y hegemónico (alópata) en las instituciones de salud oficializadas, como una de las vías planteadas para una posible resolución de las crisis en cuanto a los problemas de salud que aquejan a la población del país, en parte indígena, sin embargo es poco probable que esto ocurra sin el conocimiento y la comprensión adecuadas sobre la representación del proceso salud-enfermedad (que funge como base de todo sistema médico) de los diversos sectores que comprende nuestra sociedad.

Se observa una localización diferenciada de los especialistas, identificada perfectamente por la población, quienes deben acudir a otros lugares para acceder a los servicios de un curandero, por ejemplo.

Por otro lado, los espacios en los que se accede a la medicina alópata también son diferenciados por la comunidad, dependiendo de la gravedad de la enfermedad, se acude a un espacio dentro de la comunidad, o fuera de ella, en la cabecera municipal o en el municipio de Querétaro.

En primera instancia, el discurso sobre lo qué es la salud y la enfermedad en las prácticas médicas que de acuerdo con los tres niveles de atención (doméstico, comunitario, extracomunitario o regional) se pueden definir como una práctica que ostenta una representación incluyente de principios tradicionales heredados de una tradición y una memoria colectiva preservada de forma oral fundamentalmente, así como de ideas de la medicina alópata cada vez más inmersa en la comunidad, a partir de los programas de educación para la salud propugnados por gobierno, construye un único entramado simbólico. Podríamos hablar incluso de que el dispositivo simbólico de las personas puede concebirse como un sistema adaptativo complejo. La representación nos conduce a un discurso y a unas cuantas prácticas particulares que identifican a estas personas como miembros de un grupo sociocultural amplio, en este caso otomí.

Trayectoria o carrera del enfermo en términos de Roberto Campos (1992) de los habitantes de la comunidad de San Pablo:



Las prácticas curativas que se llevan a cabo observan un referente primordial, la autodiagnos, que responde a preguntas como ¿qué me está pasando? Y ¿por qué me está pasando esto a mí? Las respuestas a estas preguntas determinaran la naturaleza de la enfermedad y como consecuente aquello que puede combatirla y eliminarla. La autodiagnos es un elemento importante dentro del proceso de autoatención pues cimienta toda una serie de acciones subsiguientes, dirigidas todas bajo el propósito de la más pronta restauración posible del estado de equilibrio.

Es innegable que una de las prácticas más frecuentes dentro del proceso de auto atención es la automedicación, que se lleva a cabo dentro de un nivel doméstico de atención a la enfermedad, este tipo de atención refiere a una combinatoria de medicinas de patente popularizadas en la comunidad<sup>32</sup> y una tradición de ciertos remedios caseros que se rigen por principios de la medicina

<sup>32</sup> Existen diferentes teorías sobre la automedicación y la influencia de los medios masivos en la creciente tendencia del uso o abuso de ciertos medicamentos de patente en especial aquellos enfocados a aliviar síntomas como dolores de cabeza , así como síntomas de enfermedades gastrointestinales como la diarrea.

tradicional: herbolaria, equilibrio de la temperatura corporal, elementos mágico-religiosos.

Por otro lado, los tipos de atención especializada se encuentran frecuentemente en un estado de complementariedad, sin oposiciones ideológicas para la comunidad. No obstante, existe una selección previa de los especialistas al dilucidar las causas de la enfermedad en un primer autodiagnóstico.

Si son encontrados elementos que se identifiquen con conflictos personales con un vecino, elementos como los sueños con antepasados, el recuerdo consciente de haber roto alguna norma de la comunidad en relación con los santos, entonces se acudirá a algún curandero o rezandero.

Pero, si las causas de la enfermedad se identifican con la contaminación del agua, microorganismos que actúan por contagio, en síntesis una enfermedad "no tradicional" se acude al médico. Ambas clases de especialistas ofrecen el segundo diagnóstico de una persona .

En realidad, podemos decir que la población acepta algunos de los supuestos que la medicina alópata sustenta, por otro lado, la población que acude regularmente a los servicios de un médico articula a este sistema médico y a las personas que se relacionan con él a características contrarias a las que manifiesta la población indígena: analfabetismo, superstición, entre otras. En este sentido, acudir con los representantes de la medicina oficializada los distancia de ser identificados como indígenas.

En San Pablo no se recurre demasiado a los servicios identificados con el modelo médico hegemónico que se ofrecen al interior de la comunidad, pues se ven afectados por el ejercicio profesional de aquellos que detentan una autoridad dentro de la medicina institucional, los médicos. Estos especialistas tienen una limitada comprensión de:

- El contexto sociocultural en el que trabajan.
- Las necesidades de la población que acude a ellos.
- Las nociones sobre el proceso salud-enfermedad y su atención que ostenta la población de la que se ocupa.

- La posible y deseable complementariedad de prácticas, recursos y conocimientos médicos entre el sistema alópata y los propios de la comunidad.

La complementariedad entre los sistemas médicos se ha propuesto como una solución altamente factible para los problemas críticos de salud en nuestro país y dentro de contextos como los que envuelven a comunidades como San Pablo.

Considero que esta propuesta podría convertirse en una estrategia favorable dentro de una sociedad heterogénea culturalmente; a partir de esta investigación, puedo decir que la población de San Pablo reconoce el carácter combinatorio de las prácticas de atención, las personas que habitan esta comunidad no conciben problemas de facto en la mezcla de prácticas curativas que responden a principios teóricos que se contraponen.

En resumen puedo decir que a partir de la investigación bibliográfica y de campo que produjeron la información que conformó esta tesis, entendemos que la representación simbólica acerca del estado saludable de un sujeto, en San Pablo, Tolimán, se ancla en la idea de la normalidad, la cual es entendida a su vez como un estado habitual, conjunto de elementos físicos y comportamentales, en el que se enfatiza la relevancia del buen estado de la sangre<sup>33</sup>, el equilibrio en la temperatura corporal, conductas diversas que indican un uso del tiempo maximizado, y a la vez un sentimiento de satisfacción general al llevar a cabo cualquier actividad, además de la observancia de un sistema normativo con valores y reglas bien delimitadas y en general una vida más plena.

Por otro lado, la simbolización de la enfermedad se mostró por principio como una discontinuidad de lo cotidiano y de lo que ello supone, mostrándose así que la enfermedad es producto de una combinación de elementos de diversos orígenes.

---

<sup>33</sup> El texto de Foster sobre Tzintzuntzan expone que entre la población de esa comunidad "la sangre se estima como algo esencial para la buena salud; una persona con sangre fuerte y rica disfruta de gran vigor, en tanto que una que la tiene delgada y pobre, es enfermiza. En muchas de las comunidades de la América Latina se considera específicamente la sangre como un bien limitado, como una sustancia no-renovable que, una vez perdida, nunca se puede restablecer por los medios normales. [...] Permitir que voluntariamente se saque sangre del propio cuerpo parece ser algo semejante a permitir una amputación; el paso es final, irreversible. La fortuna de una persona al hallar sangre para una transfusión es la desgracia de otra, el donador". (Foster:1987,131)

Las representaciones sobre el proceso salud-enfermedad en general, mostraron que un estado de salud o de enfermedad en particular, es resultado de la compleja interrelación entre ejes diacrónicos y sincrónicos a nivel colectivo e individual, que aportan elementos para la construcción del equilibrio, pero de un equilibrio siempre fluctuante.

## BIBLIOGRAFÍA.

AGUIRRE, Baztán A.(editor). 1997. *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Ed. Alfa –Omega /Marcombo, México.

BERGER, Peter L.; Luckmann, Thomas. 2001. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores, 17ª reimpresión en castellano, Argentina.

BRIGGS John y Peat, David. 1999. *Las siete leyes del caos. Las ventajas de una vida caótica*. Col Revelaciones, Ed. Grijalbo, Barcelona.

CAMPOS Navarro, Roberto(comp.). 1992. *La Antropología Médica en México*. Tomos I y II Instituto Mora, UAM, 1ª edición.

CASTRO, Roberto. 2000. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. UNAM, CRIM, 1ª edición, México.

CHEMIN Bässler, Heidi. 1993. *Las capillas oratorio otomíes de San Miguel Tolimán*, Colección Documentos 15, FCE de Querétaro, CONACULTA, Dir. Gral. de Culturas Populares, Querétaro.

CONSEJO Nacional Técnico de la Educación. 1991. *Inducción del magisterio al Nuevo Modelo Educativo. Unidad de estudio: Bases pedagógicas*. México

DE Miguel, M. Jesús y Kenny, Michael.(editores). 1980. *La antropología médica en España*. Ed. Anagrama, España.

DELGADO, Juan Manuel; Gutiérrez, Juan (editores).1995. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Ed. Síntesis, España.

FORTI, Silvana. 1998. "Prácticas de reproducción sexual y prácticas de atención a la reproducción en una población otomí del Estado de Querétaro"

en: *La antropología en Querétaro*.1998. Memorias del Encuentro sobre Antropología en Querétaro, 1ª edición, Querétaro.

FOSTER, George M. 1987. *Tzintzuntzan. Los campesinos mexicanos en un mundo en cambio*. FCE, 2ª reimpresión, México.

GADAMER, Hans-Georg. 1996. *El estado oculto de la salud*. Editorial Gedisa, Barcelona.

GALINIER, Jaques. 1990. *La mitad del mundo. Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes*, UNAM, CEMCA, INI, México.

GARCÍA Ferrando, Manuel; Ibáñez, Jesús; Alvira, Francisco.2000 *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial, 3ª edición, Madrid.

GEERTZ, Cliford. 1992. *La interpretación de las culturas*. Editorial Gedisa, 5ª reimpresión, Barcelona.

IBÁÑEZ, Jesús. 1991. *El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden*. Amerindia estudios. Alfabeta Impresores, Santiago, Chile.

INEGI. 2001. Cuaderno estadístico Municipal, Tolimán, Querétaro de Arteaga. Gobierno del Estado de Querétaro de Arteaga, México.

INI. 2001. Indicadores de población, Delegación Regional Querétaro-Guanajuato, 2000, Querétaro, México.

LOZOYA, Xavier; Zolla, Carlos.1986. *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. Folios Ediciones, 3ª edición, México.

MARTÍNEZ Vilchis, José; Huitrón Bravo, Gabriel G(comp.). 2001. *Salud y sociedad. Sus métodos cualitativos de investigación*. UAEM, 1ª edición, México.

MENDOZA, Zuanilda. 1997."Enfermedad ¿para quién? El saber popular entre los triquis" en: Nueva antropología. Revista de Ciencias Sociales. 1997. *Enfermedad y muerte: la parte negada de la cultura*. Vol. XVI, no. 52, UAM -I, Grupo G.V. Editores, México.

MENÉNDEZ, Eduardo.

-1990. *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata 179. CIESAS, México.

-1991. *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. Cuadernos de la Casa Chata 36. CIESAS, México.

MORIN, Edgar. 1999. *El método: la naturaleza de la naturaleza*. Colección Teorema serie mayor. Ed Cátedra, 5ª edición, España.

NAVARRO, Vicente(comp.)1983. *Salud e imperialismo*. S. XXI editores, 1ª edición, México.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, 1994. *Estatuto orgánico*. Ginebra Suiza.

PÉREZ Taylor, Rafael(comp.) 2002. *Antropología y complejidad*. Ed. Gedisa, 1ª edición, Barcelona.

PÉREZ Taylor, Rafael, et al. 2000. *Aprender-Comprender la Antropología*. CECSA, 1ª edición, México.

PÉREZ Taylor, Rafael. 1996. *Entre la tradición y la modernidad. Antropología de la memoria colectiva*. UNAM, México.

PIÑA Perusquía Abel. 1996. *La práctica religiosa otomí: procesos culturales de adaptación y cambio en Tolimán, Querétaro*. Tesis de maestría en Antropología, UAQ, Querétaro.

POTTER, Jonathan. 1998. *La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social*. Ed. Paidós, Barcelona.

QUESADA, Aldana, Sergio. 1998. "La salud en nuestra sociedad, su valor cultural" en: *La antropología en Querétaro*. 1998. Memorias del Encuentro sobre Antropología en Querétaro, 1ª edición, Querétaro.

QUEZADA, Noemí. 2000. *Enfermedad y Maleficio*. UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas, 2º edición, México.

RAMÍREZ Torres, Juan Luis. 2000. *Cuerpo y dolor. Semiótica de la Anatomía y la enfermedad en la experiencia humana*. Cuadernos de Investigación Cuarta Época/10. UAEM, México.

ROJAS Soriano, Raúl. 1997. *Crisis salud-enfermedad y práctica médica*. Plaza y Valdés editores, 2ª edición, México.

RUBEL, Arthur J.; O'Neil, Carl W.; Collado Ardón, Rolando. 1989. *Susto. Una enfermedad popular*. FCE. 1ª edición, México.

SAMPIERI Hernández, Roberto, et al. 1998. *Metodología de la investigación*. 2ª edición, Ed Trillas, México.

SHWEDER , Richard A. 1991. "La rebelión romántica de la Antropología contra el iluminismo, o el pensamiento es más que razón y evidencia" pp. 78-113 en: *El surgimiento de la Antropología posmoderna*. Editorial Gedisa, Barcelona.

SIGERIST, Henry. 1943. *Civilization and Disease*. The University of Chicago Press, Chicago.

SPERBER, Dan. 1998. *El simbolismo en general*. Ed. Anthropos, Barcelona.

TURNER, Víctor. 1999. *La selva de los símbolos*. Ed Siglo XXI, 4ª edición, México.

TURNER, Víctor y Edith. 1978. *Image and Pilgrimage in Christian Culture: Anthropological perspectives*. Basil Blackwell, Oxford.

UTRILLA Sarmiento, Beatriz; Prieto Hernández, Diego. 2002 "Ya t'olonijä. Las capillas familiares otomíes y el culto de los antepasados". El Heraldo de navidad. Impresos de Santiago, Querétaro.

UTRILLA Sarmiento, Beatriz; Prieto Hernández, Diego. 2000 Yá hnini ya ñãño Maxei. Estructura social y organización comunitaria de los pueblos otomíes en el estado de Querétaro (En prensa).

ZAVALA, Lauro. 1999. *La precisión de la incertidumbre*. UAEM, México.

## ANEXOS.

Cuadro 1.

<b>Indicadores de Salud correspondientes a la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro.</b>
Tasa de mortalidad General.
Esperanza de vida al nacimiento por sexo.
Esperanza de vida a los 40 años según sexo.
Por ciento de nacimientos por cesáreas.
Promedio de consultas prenatales por embarazada.
Usuarías activas de planificación familiar.
Tasa de Natalidad.
Tasa Global de Fecundidad.
Mortalidad Materna.
Mortalidad por cáncer cervicouterino.
Mortalidad por cáncer mamario.
Mortalidad infantil.
Mortalidad Preescolar.
Mortalidad menores de 5 años.
Tasa de Mortalidad por deficiencias de la Nutrición.
Cobertura con esquema completo de Vacunación en Preescolares.
Promedio Diario de Intervenciones quirúrgicas por quirófano.
Mortalidad por enfermedades diarreicas.
Mortalidad por Accidentes.
Morbilidad por Tuberculosis Pulmonar.
% de Casos nuevos de tuberculosis.
Morbilidad por Gonorrea.
Casos nuevos de sífilis congénita.
% de Casos nuevos de SIDA.
Morbilidad por SIDA según fecha de día.
Casos nuevos de paludismo.
Mortalidad por enfermedades del corazón.
Mortalidad por enfermedades cerebro vasculares.
Mortalidad por Diabetes Mellitus.
Letalidad por Cólera.
Promedio diario de consulta por médico.
% de ocupación hospitalaria .
Promedio días de estancia.

Fuente: SESEQ, 2001.

### Cuadro 2.

#### Población de 15 años y más por nivel de instrucción a nivel municipal (Tolimán)2000

Sin instrucción	con primaria incompleta	Con primaria completa	Con instrucción postprimaria	No especificado
17.5 %	23.1 %	28.1%	30.1%	1.2%

Fuente: INEGI, Querétaro. *Tabulados Básicos; Tomo I, XII Censo de Población y Vivienda, 2000.*

### Cuadro 3.

#### Población de 5 años y más por religión según grupo quinquenal de Edad a nivel municipal (Tolimán).

Religión	Total.
Católica	17831
Protestantes y evangélicas	108
Pentecostales y Neopentecostales	43
Otra evangélicas.	65
Bíblicas no evangélicas.	142
Testigos de Jehová	142
Otras Regiones	68
Sin Religión	169
No especificado.	109

Fuente: INEGI, Querétaro. *Tabulados Básicos; Tomo I, XII Censo de Población y Vivienda, 2000.*