

LA CARRERA DEL ENFERMO DE TRES SUJETOS TRIQUIS CON ENFERMEDADES GRAVES

B. Zuanilda Mendoza González

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, UNAM

RESUMEN

En este trabajo presento la carrera del enfermo de tres sujetos triquis que padecen enfermedades graves, dos niños y un adulto, a quienes conocí en su región de origen en el estado de Oaxaca. Sus carreras me permitieron dar cuenta de las estrategias realizadas en la búsqueda para solucionar su problema de salud, más aún cuando se trata de un problema grave. A través de la carrera del enfermo pretendo reconocer las representaciones de la enfermedad, la secuencia de sus prácticas y los resultados obtenidos, los cambios diagnósticos que se presentaron a lo largo de la trayectoria, su manejo y evolución. De esta manera, trato de ver en la carrera, narrada y observada, lo que realmente se hizo ante la enfermedad y sus consecuencias, en la búsqueda de la solución de los padecimientos en un contexto de limitaciones sociales y económicas, como en el que vive la población triqui.

PALABRAS CLAVE: carrera del enfermo, triquis, enfermedades graves.

ABSTRACT

In this paper I will focus on the career of three subjects suffering from serious illnesses, two children and an adult, who I had an opportunity to meet in their native region in the state of Oaxaca. Their curative procedures allowed me to account for in the search of strategies used to solve their health problem, more so when it is a serious problem. Through recognizing the illness career I identify their representations about the disease, the sequence of their practices and results, diagnostic changes that occurred along the path, management and evolution. In this way I try to see in the career, as told and observed, what really was done before illness and its

consequences in the search for the solution of the suffering, in a context of social and economic constraints as in the Triqui population.

KEYWORDS: curative procedures, Triqui, serious illness.

INTRODUCCIÓN

Considero importante partir del reconocimiento de que la enfermedad y la muerte se distribuyen de forma desigual entre los diversos grupos sociales y que los factores determinantes de esta situación son múltiples, entre los que hay que resaltar las precarias condiciones de vida y un acceso inequitativo a los recursos para la atención de la salud-enfermedad, en especial en el caso de las comunidades indígenas de nuestro país. El estilo de vida de los conjuntos sociales, así como las condiciones concretas de cada persona son lo que define su forma de vivir y de morir; en el transcurso de la historia de vida cada sujeto suceden diferentes riesgos para su salud, y éstos pueden llevarle a padecer una enfermedad, resolverla, complicarse o morir. Las condiciones estructurales de la sociedad y el estilo de vida de las poblaciones van construyendo el proceso salud-enfermedad-atención que les caracteriza.

La posibilidad de sufrir una enfermedad y/o sus consecuencias, en el caso de los sujetos estudiados, nos lleva a la consideración de describir los diversos contextos de vulnerabilidad en que se encuentran los grupos sociales a los que pertenecen. Algunos autores han definido la vulnerabilidad como una consecuencia de los factores inherentes a la existencia material e inmaterial de las personas, que posibilita o anula su capacidad de dar respuesta a determinadas situaciones de riesgo, y que se significa en las opciones que los sujetos y los grupos tienen para realizar dicha respuesta. La vulnerabilidad también ha sido medida en relación con el acceso a los recursos, tanto los materiales como los inmateriales. La vulnerabilidad en el contexto de las poblaciones indígenas implica la consideración de estructuras de dominación como la clase socioeconómica o la posibilidad de acceder al capital cultural y político y coloca a los individuos en situaciones que pueden limitar su capacidad para prevenir y responder ante una enfermedad. Por eso, se sostiene que la vulnerabilidad se adquiere y depende de las condiciones estructurales en que se desenvuelven las

poblaciones (Hernández-Rosete *et al.* 2005: 22-23). Afirmación con la que coincidimos totalmente y nuestros datos darán cuenta de ello.

Una importante contribución conceptual en el estudio del riesgo es la de Bronfman, al definir la vulnerabilidad como una función del riesgo a la presencia de la enfermedad que está más relacionado con estructuras sociales de dominación, como la inequidad de género y la pobreza, que con conductas individuales (Bronfman *et al.* 1993: 15).

Las perspectivas señaladas acerca de la vulnerabilidad y riesgo permiten entender los diversos factores que acompañan las trayectorias de vida de los sujetos enfermos, que son las voces que se escuchan en este trabajo.

LA CARRERA DEL ENFERMO

El concepto de “carrera” aplicado a los procesos de salud-enfermedad-atención fue propuesto por Erving Goffman (1970), y posteriormente por otros autores, como Eliot Freidson (1978) y Rosa María Osorio (2001).

Goffman define carrera moral a partir de los términos básicos del concepto, por carrera comprende “cualquier trayectoria social recorrida en el curso de su vida” (1970: 133). El carácter interaccional de la carrera permite complejizar su uso, el autor describe cómo a través de una serie de etapas escalonadas observamos la transición de persona a paciente.

Para Freidson es “una secuencia de acontecimientos sociales [que] podemos definir por los roles e imputaciones que el individuo experimenta en el curso de su paso a través de distintas entidades de control social, ya sean médicas o de otro tipo” (1978, citado en Osorio 2001: 40).

Mientras que la definición de Mechanic (1981) se enfoca a la trayectoria que los individuos siguen en la búsqueda de alivio o atención:

[A través de la carrera] describe la manera en que las personas monitorean sus cuerpos, definen sus síntomas, toman acciones para remediarlos y utilizan los sistemas de atención a la salud. La gente percibe, evalúa y responde diferencialmente al padecimiento y tales conductas tienen una enorme influencia en la manera en la que el padecimiento interfiere con sus rutinas cotidianas, la condición de cronicidad, el logro de un cuidado apropiado y la cooperación del paciente en el tratamiento de la condición (Mechanic 1981, citado en Good 1994: 42).

Nuestro interés en el uso de esta categoría parte de su utilidad en la descripción y análisis de la trayectoria de búsqueda de atención, a partir de un suceso que trastocó el estado de salud, ocasionando malestar en la persona y su grupo doméstico. Por otro lado, es importante señalar el control social que las instituciones efectúan sobre el sujeto que padece, lo cual le somete al cumplimiento de diversos roles en el camino para lograr la mejoría o el deterioro. Los padecimientos son descritos no tanto como entidades acotadas, sino más bien a través sus usos sociales. De este modo, en el nivel del grupo doméstico se puede visualizar la resignificación del padecimiento como expresión de las relaciones familiares o en el nivel de la interacción con los sistemas de atención a la enfermedad. A través de la carrera podemos sistematizar la utilización real y no sólo formal de los diferentes servicios de salud, el papel de la madre en términos de agente de salud y no únicamente en la selección de los servicios, sino en su rol de curadora, vía la estructura de autoatención (Osorio 2001).

En este trabajo se pone el acento en conocer lo que realmente se hace para solucionar los problemas de salud que aquejan a los sujetos, por medio de la revisión y el análisis del seguimiento clínico. Traté de constatar, hasta donde fue posible, las medidas preventivas y terapéuticas realizadas, y relacionarlas con la evolución que siguió el cuadro clínico.

La carrera del enfermo permitió observar la secuencia de las medidas realizadas y sus resultados, los cambios diagnósticos o las complicaciones que se presentaron. De esta manera, tratamos de ver en la carrera realizada y observada por nosotros lo que realmente se hace ante la enfermedad y sus consecuencias en la evolución y curación de los padecimientos.

Como estrategia se utilizó la reconstrucción de las representaciones que el enfermo y su familia hacen de la enfermedad, los diversos diagnósticos y terapéuticas realizadas y la evaluación de los mismos; la elaboración de una presunción diagnóstica desde el inicio de la sintomatología, seguida por el proceso de búsqueda de un diagnóstico definitivo, muchas veces con dificultades ante su imprecisión o retraso. En cuanto a la terapéutica, nos referimos a la secuencia de recursos en la atención y cuidado que se utilizaron, los actores sociales que participaron, las decisiones y acciones instrumentadas.

Una de las partes fundamentales del trabajo es la identificación de las consecuencias individuales, en las relaciones del ámbito familiar y social, las que se abordaron en términos de las repercusiones percibidas,

así como el impacto de su padecimiento en la dinámica y organización familiar y los recursos con que contaban.

Estos pasos metodológicos fueron posibles gracias a mi intervención como médica en los tres padecimientos, lo que me permitió constatar las prácticas realizadas y su impacto en el padecimiento.

LOS TRIQUIS DE SAN JUAN COPALA, OAXACA

Antes de la descripción y análisis de las trayectorias terapéuticas, es necesario aportar algunos datos que nos permitan ubicar a la región triqui dentro de las condiciones contextuales del estado de procedencia. Oaxaca es el estado de la República Mexicana que presenta el mayor número de población indígena en términos absolutos, con 17 % del total de la población indígena del país. Es también una de las entidades que registran los mayores índices de migración y marginación. El Instituto Nacional de la Nutrición (INNCMSZ) ubica además al estado como la entidad con los mayores índices de desnutrición del país y advierten que en los últimos quince años la situación nutricional de Oaxaca no sólo no ha mejorado sino que ha empeorado, con niveles de desnutrición que alcanzan a 80 % de la población y de forma severa a casi la tercera parte de los oaxaqueños (Ysunza 1992).

Oaxaca es también de los estados que presentan los índices más altos de mortalidad infantil, preescolar y materna, menor esperanza de vida al nacer, por mencionar sólo algunos de los indicadores de salud y calidad de vida. Podríamos afirmar que casi cualquier indicador negativo de bienestar social alcanza en Oaxaca sus niveles más altos de expresión. Estas cifras quizá puedan explicarnos por qué Oaxaca se caracteriza por ser una zona de expulsión de su población indígena (Pardo 1992; Silva 2006; Secretaría de Salud 2004).

La región triqui de San Juan Copala comparte la mayor parte de las condiciones desfavorables de vida del estado oaxaqueño. Copala es el centro de la región triqui baja, constituida por treinta y dos barrios o pequeñas comunidades que comparten un centro religioso, administrativo, jurídico, médico y ceremonial localizado en la población de San Juan Copala, ubicada en la Mixteca Alta oaxaqueña, una de las regiones más pobres del país y de mayor expulsión de migrantes. Al igual que la gran

mayoría de los territorios indígenas, la región de Copala cuenta con una gran diversidad de recursos naturales, zona montañosa con alto contenido de humedad, tierra donde se produce café y platanos, con fuerte erosión y desgaste por el mal uso de los recursos que determina escasez e insuficiente producción de los alimentos básicos de subsistencia. Esto sucede principalmente por la sustitución de los cultivos tradicionales de autoconsumo por la siembra del café, que a nivel comercial es acaparado por intermediarios mestizos y caciques de ciertas comunidades, lo que condiciona abuso en la compra/venta de los productos, acaparamiento y manipulación de los precios y enriquecimiento de unos cuantos mestizos, con la consecuente pobreza y agotamiento de las tierras triquis (Millán 1982; Huerta 1981; Parra y Hernández 1994.).

El acceso a las comunidades se realiza por caminos de terracería y su tierra está erosionada con muy pocas posibilidades de producir el sustento diario para las familias, aunado a que no todos los grupos domésticos cuentan con tierra para cultivar; los que la tienen se dedicaban a una labor agrícola de autoconsumo o a cultivar café y plátano para la venta. La violencia se constituye en el principal problema en la comunidad, y se refleja en las muertes violentas entre la población masculina, con la presencia de brujería y espanto, expresiones de la condición de pobreza e incertidumbre ante la muerte violenta, y una diversidad de prácticas realizadas por las mujeres del grupo para proteger a los hombres.

Es evidente la cantidad creciente de triquis que por temporadas largas se mantienen ausentes de la comunidad como consecuencia de una migración temporal a los campos agroindustriales en el norte del país. La población de los barrios ha disminuido: todos los grupos domésticos tienen o tuvieron a alguno de sus integrantes como migrante en alguna ciudad del país, los estados de la frontera norte o han logrado cruzar hacia Estados Unidos de América. Las migraciones se tornan más largas o permanentes y la mayoría de los integrantes de los grupos domésticos salen. Hoy es más palpable el ir y venir de individuos o grupos familiares, la migración más frecuente de mujeres y niños en compañía de los varones, la ida y vuelta por temporadas de la ciudad al pueblo o el retorno a la región de origen de algunos migrantes.

Este es el contexto en que se encuentran los tres pacientes triquis que son el referente empírico de este trabajo, su trayectoria terapéutica

se inserta en las condiciones materiales que caracterizan a este grupo indígena oaxaqueño.

Es importante señalar que metodológicamente no me limité a las representaciones respecto de la carrera seguida por cada uno de los pacientes, sino que traté de observar las prácticas. El criterio fue conocer de manera casi completa la secuencia que tuvo la carrera del enfermo, con el fin de relacionarla con la resolución o no del problema, esto fue posible gracias a mi práctica clínica en la comunidad.

De esta manera, tratamos de analizar en la carrera realizada y observada por nosotros, las estrategias sociales y culturales que tienen estos conjuntos sociales para contender con sus padecimientos.

SISTEMA EXPLICATIVO POPULAR SOBRE LOS PADECIMIENTOS

Previo a la descripción de las carreras del enfermo menciono de forma muy somera algunos elementos importantes que conforman los sistemas explicativos populares presentes en la comunidad para dar respuesta a sus problemas de salud. Las principales explicaciones culturales a los padecimientos pasan por el desequilibrio en la relación frío-caliente; éste se constituye en la población como un sistema capaz de dar explicación a la causa, evolución, pronóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, aunque tiene mayor peso a nivel etiológico que terapéutico. Pero no tan sólo a nivel de la enfermedad se encuentra presente, lo observamos aplicado en procesos fisiológicos, alimentos, sueños, aunque su asignación no es homogénea ni constante en toda la población; aún así da explicación dentro del propio sistema cultural a elementos de la vida cotidiana, ya que el grupo social mantiene una identidad gracias a ese núcleo de cultura que da sentido y coherencia a sus acciones.

Otros componentes que conforman su sistema explicativo respecto de sus enfermedades son: el augurio, la maldad, el castigo por romper normas sociales, la predestinación y los aires. Entre estos últimos sobresale la mención a los aires de muerto como causante de enfermedad; aquellos lugares en donde hubo un asesinato o donde permaneció un cadáver son lugares cargados de aires y puede enfermar a los vulnerables, ocasionando síntomas muy variados. Se puede asociar al espanto de casa,

que afecta a niños pequeños que se quedan solos en la casa donde hubo una muerte violenta.

La fuerza de la mirada, asignada a ciertas personas, también con frecuencia es considerada la causante de enfermedad infantil, como es el caso del mal de ojo, ocasionado principalmente por extraños o sujetos con una fuerza especial por su capacidad de curar/enfermar. Esta enfermedad se considera aguda y grave, incluso puede ser mortal.

Otra enfermedad es el susto o espanto que puede presentarse por infinidad de causas, entre las más frecuentes y graves está la violencia en la región (doméstica o comunitaria) y los fenómenos naturales, como el fuego, el río que crece por las intensas lluvias.

La suerte es un elemento fundamental que explica el pronóstico, la evolución, la curación o la muerte. El daño o maldad, que puede ser enviado por el enemigo, es un elemento que funge como disparador del miedo que subyace ante cualquier suceso en la comunidad. Consideran a la brujería como la causa de gran parte de sus problemas y desgracias, asociada a la envidia, problemas políticos o de tierras, por lo cual la mayoría realiza estrategias preventivas, acudiendo con los curanderos para sentirse bien y evitar la muerte.

A continuación se describen de manera detallada tres trayectorias de atención a pacientes con enfermedades graves, diagnosticadas desde la biomedicina: crisis convulsivas, meningitis tuberculosa y secuelas de parálisis cerebral infantil, las cuales tuve oportunidad de conocer ampliamente.

ALGUNAS PROFUNDIZACIONES ETNOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA CARRERA DEL ENFERMO

Citlali

Citlali, niña triqui de tres años de edad, hija de maestro triqui bilingüe y madre con primaria incompleta. Es la cuarta hija de la familia, su embarazo fue de cuarenta semanas, aparentemente con evolución normal, sin control prenatal. La madre refiere que en el curso de su embarazo (entre las 14 y 16 semanas) sufrió un coraje¹ muy fuerte por problemas con su

¹ Al hablar de coraje se refiere al fuerte enojo que se presenta por la transgresión de normas sociales, por adulterio, alcoholismo, irresponsabilidad con la familia.

esposo, por lo que enfermó la niña; el problema se presentó en un lugar cerca de una cruz, la madre dice: “lugar donde vienen a descansar los muertos y todo ese aire pudo haberle hecho daño a la nene”.

Citlali nació por parto normal, atendido en su domicilio por una partera empírica, sin aparentes datos de sufrimiento fetal,² el trabajo de parto duró de cinco a seis horas, sin rompimiento previo de “la fuente”; lloró y respiró al nacer; periodo neonatal³ aparentemente normal.

Ha sido alimentada con leche materna desde el nacimiento hasta la actualidad. A los diez meses inicia con otros alimentos, como caldo de frijol y sopa. Su alimentación actual incluye: a) en el desayuno: café, tortilla y huevo cada dos o tres días; b) en la comida: frijol, sopa, tortilla, carne o verdura (chayote, calabaza, papa) cada ocho o quince días, fruta una o dos veces a la semana (plátano, melón, papaya, piña, según la temporada); c) en la cena: café, tortilla, frijol, pan cada ocho o quince días. Ingiere leche materna todo el día.

Respecto a su higiene, la bañan cada tres o cuatro días, cambian su ropa diario, no hay aseo dental, usa ropa comercial, no usa calzado, no se le protege adecuadamente contra el frío.

Por ser la hija más pequeña, todos los miembros de su familia la cuidan y atienden, proporcionándole casi todo lo que pide. Aún no habla, su madre o hermanos la mantienen en brazos la mayor parte del día, generalmente es muy huraña con los extraños.

Vive con su familia en casa propia, con cuatro cuartos, cocina aparte, letrina, piso de cemento, paredes de tabique, techo de loza, adecuada ventilación e iluminación, agua intradomiciliaria y luz eléctrica.

Su padre tiene una comisión en su comunidad y coopera con la agencia municipal; en años anteriores perteneció, junto con su esposa, al comité del centro de salud de Copala. Es maestro de la escuela primaria de la Secretaría de Educación Pública, ocasionalmente realiza actividades agrícolas. No tiene antecedentes familiares que se relacionen con la enfermedad de su hija.⁴

Durante sus primeros años de vida, Citlali cursó con cuadros diarreicos repetitivos (cada cuatro o cinco semanas). A los seis meses de edad tuvo diarrea intensa que le ocasionó deshidratación, al parecer severa, y

² Nos referimos a disminución de movimientos fetales.

³ Primer mes de vida extrauterina.

⁴ Enfermedades como epilepsia, trastornos motores, crisis convulsivas o tuberculosis.

probables complicaciones graves sin manejo hospitalario. No tiene antecedentes de traumatismos.

Citlali inicia su enfermedad a los ocho meses de edad, con crisis convulsivas en la mitad derecha de su cuerpo, desviación de la mirada y boca, este cuadro se presenta tres o cuatro veces en un año, y es de intensidad moderada. Es una niña de edad aparentemente menor a la real, desnutrida, irritable, poco cooperadora, con flexión permanente⁵ y tono muscular aumentado en la mano y el antebrazo derechos, limitación de su capacidad de movimiento, deambulación adecuada.

En relación con la etiología de la enfermedad, la madre de Citlali señala que puede deberse al aire de muerto secundario a un coraje que ella sufrió durante el embarazo; daño o brujería ocasionado por una mujer con la que su esposo mantuvo relaciones extramaritales o por gente que desea sus propiedades en Sabana (envidia), o por enemigos políticos de su esposo; anticonceptivos inyectables que ella se aplicó durante dos años previos a su embarazo; efectos de la luna que al venir pesada ocasiona las crisis convulsivas; espanto sufrido por el lugar donde se localiza su casa (cerca de un río); mal de ojo efectuado por personas que acuden a la casa.

Al iniciarse la crisis convulsiva, lo primero que realiza la madre es soplar (con aguardiente) a la niña y aplicarle agua de aire, la sahúma con copal, en ocasiones esto disminuye la crisis. Posteriormente, se le lleva a curación con el brujo, el que establece su diagnóstico y realiza la terapia adecuada. La primera vez que fue curada por un brujo, éste elaboró un diagnóstico. La madre refiere: “dijo que era un daño muy fuerte, le chupó en varios lugares extrayéndole con un pedazo de carrizo de su brazo enfermo, hueso de muerto, cosas negras como gusanos del ombligo, cuando se los sacó lloró mucho, pero eso aminoró el mal” (dejó de convulsionar por seis meses).

Su familia ha acudido a sacar suerte (proceso adivinatorio) por ella, con baraja, con medida, con granos de maíz, velas o copal, los diagnósticos han sido diversos: aire de muerto, espanto de la casa, espanto del río, mal de ojo, daño o brujería. El pronóstico ha sido que se va a curar, pero necesita ser curada por mucha gente, brujo y doctor, pero quien la va a curar va a ser un brujo. La madre relata:

⁵ Su antebrazo y mano derechos están constantemente doblados.

Una señora nos dijo que tenían que curarla tres brujos de Copala uno tras de otro, uno debía llevar ofrenda al Señor de la Columna (Tlaxiaco) de flores y huevos para pedir por ella, con eso se iba a curar. Desde entonces la niña ya no se puso tan mala (las crisis duraban menos o eran más localizadas), a esa mujer le tenemos mucha fe porque todo lo que saca sale cierto.

Las curaciones han sido limpias domésticas, limpias con huevo y gallina realizadas por el brujo, ofrendas a santos en Copala y otras localidades. Generalmente, después de una curación las crisis se espacian, si se estaban presentando cada semana se presentan cada tres o cuatro meses, pero luego reinciden. Ha recibido tratamiento con hierbas medicinales, como anticonvulsivos (betacoral) y se sahumó con un tipo especial de copal (de piedra) sin obtener ninguna mejoría. El padre de Citlali dice:

Soñé que un señor que no era brujo curaba a mi niña. Después, una señora me dijo que su marido conocía remedio para lo que tenía mi hija; hable con él y me dijo que el conocía una piedra de copal que con sahumarla se curaba, porque así le había pasado a su hijo, y se había curado de la brincadera que tenía. Le pague su pasaje para que fuera a conseguirlo porque aquí cerca no se encuentra. Lo trajo, la inso-
mamos con eso por tres días, pero no resultó bueno, la brincadera le sigue igual.

A partir de esta fecha ha sido llevada a consulta médica donde se realizó su traslado al hospital de Tlaxiaco con diagnóstico de parálisis cerebral parcial con secuelas tipo crisis convulsivas y limitación de la movilidad del lado derecho del cuerpo. Su tratamiento se inició con anticonvulsivos y terapia física, esta última la está recibiendo en un hospital del DIF. Cada seis meses sus padres deben llevarla al hospital para su valoración, además de que se le prescribió un programa de ejercicios en casa.

Citlali ha mejorado mucho la movilidad de la mano y el antebrazo derechos, y las crisis convulsivas se han espaciado, no obstante que los ejercicios los realiza con mucha irregularidad y el medicamento se suspende con frecuencia, aunque se reinicia su administración cuando nuevamente se presenta la crisis convulsiva. Actualmente, ante una crisis convulsiva se procede a la limpia doméstica, se le lleva con el brujo, el cual establece un diagnóstico temporal y realiza una terapia. Se le administra el medicamento para las convulsiones y realiza sus ejercicios, lo que le ha permitido tener un desarrollo físico, emocional y social adecuado a su edad. Se ha integrado a las labores escolares aunque con cierta depen-

dencia del cuidado de su familia, por el riesgo constante de presentar una crisis convulsiva.

Ramón

Niño triqui de diez años de edad, hijo de ambos padres triquis, primer embarazo, atención del parto por partera en el domicilio y periodo neonatal⁶ aparentemente normal, con alimentación e higiene muy deficiente, ya que no cuentan con los recursos necesarios para su abasto. Acude a tercer año de primaria, bilingüe en español y triqui, su cuadro de vacunación está incompleto (dos dosis de polio, una de DPT y sarampión).

Hace cinco años su madre fue abandonada por su esposo, al establecer una relación con otra mujer con la que hoy tiene cuatro hijos. Ericka (madre de Ramón) afirma que esa mujer constantemente paga al brujo para que su marido no vuelva a vivir con ellos, pidiendo que ella y sus hijos mueran.

La familia de Ramón no tiene un lugar de residencia estable. Ellos viven con algunas familias que los ayudan, compartiendo un cuarto; generalmente la cocina tradicional está ubicada fuera de la casa. La habitación tiene piso de tierra, techo de palma y sin ventilación; su alimentación consiste en tortillas, café y sólo ocasionalmente frijol; no consume carne, huevo, verdura o fruta, más que en las festividades comunitarias.

Erika es tejedora de textiles, pero al carecer de dinero para el abasto de los materiales necesarios para su elaboración, su producción es muy escasa y sus ingresos económicos son precarios. Ella es bilingüe, aunque su manejo del español es muy deficiente, es analfabeta.

Ramón inicia su enfermedad con un cuadro catarral y fiebre, que al principio no recibe manejo por tres a cinco días, posteriormente se le administra neomelubrina y acude con una mujer que soba las anginas; al no obtener mejoría, acude al centro de salud donde se le prescriben ampolletas de penicilina y antitérmicos. Se le aplicaron cuatro ampolletas, suspendiéndolas por mejoría. Una semana después reincide el cuadro clínico con fiebre, dolor de cabeza y tos, por lo que lo llevan a curación con el brujo, ya que la madre elaboró el diagnóstico de brujería. La curación se efectuó con un huevo, esto mejoró la cefalea y el mal estado

⁶ Primer mes de vida extrauterina.

general. A los cinco días regresa a consulta médica con las religiosas del dispensario, se le prescriben ampolletas de penicilina, y se le aplican tres.

Se agrava el estado general y el dolor de cabeza, por lo que vuelve con el brujo, quien efectúa la curación con una gallina, pero no se presenta ninguna mejoría. Dado el mal estado general, fiebre y dolor intenso de cabeza acuden otra vez con el médico, quien lo envía al hospital de Huajuapán. Aquí se establece el diagnóstico de meningitis tuberculosa, por lo que se hospitaliza y recibe tratamiento por tres semanas; se le egresa por relativa mejoría con la indicación de continuar con el medicamento por un año.

De regreso a Copala se le administra el medicamento por una semana, suspendiéndose por la renuencia del niño al tratarse de ampolletas diarias. Ante la aparente mejoría la madre decide suspender el medicamento; en el hospital no se le informó sobre la gravedad de la enfermedad de su hijo.

A las dos semanas hay reincidencia del cuadro clínico con fiebre, decaimiento y dolor de cabeza, por lo que es llevado a la iglesia a recibir el evangelio,⁷ sin mejoría de la enfermedad. Nuevamente lo cura el brujo con limpia de huevo y gallina, bajo el diagnóstico de brujería, no obteniéndose ninguna mejoría. El cuadro clínico vuelve a agudizarse, agregándose visión borrosa y crisis convulsivas; acude a consulta médica donde se le indica hospitalización, la cual es rechazada por la madre, así como la administración de los medicamentos. De nuevo acude con el brujo para su curación, llevando ofrenda de flores y velas a la iglesia. A los dos días Ramón pierde la conciencia y 24 horas después fallece.

Marcelo

Varón triqui de cuarenta años de edad, agricultor, analfabeta, monolingüe. No tiene antecedentes familiares ni personales de importancia (epilepsia o traumatismos). Inicia su padecimiento a los treinta años de edad con la sensación de escuchar ruidos constantes que le ocasionaba inquietud, deseos de correr y miedo, enfermedad que se le presentaba después de tomar mucho pulque. Un brujo le diagnosticó que su enfermedad estaba ocasionada por no haber cumplido con el santo del maguey. Un familiar nos explica:

⁷ Práctica de protección realizada en la iglesia sin la intervención del sacerdote, para solicitar ante los santos la mejoría de la enfermedad.

El maguey tiene su santo; la gente que se dedica a sacar el pulque busca a un abuelito que sepa rezarle al santo; le reza bastante antes de abrirlo, se sahúma, lleva flores, luego dejan la olla a que se llene. Cuando ya está llena la olla, vuelve a ir el abuelito y le reza, adorna la olla con flores, sahúma y reza, luego ya pueden tomar todos, porque si no se hace eso, la gente que toma el pulque hace muy feo, corre, se cae, se hace como loco, pero él no le rezó al santo, por eso ha de estar enfermo.

Después de la curación con el brujo, estuvo bien por dos o tres meses, dejó de tomar, pero luego le volvió la enfermedad. Marcelo comenta: “parece que me habla y me llama la miel del maguey, entonces tomo y otra vez empiezo enfermo, todo es que empiece a tomar y empieza la enfermedad”. Se agregó sensación de calor en la nariz y olor a chile, acude a consulta médica en Putla, donde se le indica medicamentos no especificados, sin obtener mejoría. Nuevamente un brujo le realiza una limpia, presenta ligera mejoría y suspende la ingesta de alcohol por uno o dos meses, pero al reiniciarla el cuadro clínico reincide, agregándose crisis convulsivas generalizadas e imposibilidad para dormir. Sus familiares lo llevan a Putla, donde se le hospitaliza por una semana con diagnóstico de intoxicación alcohólica. Con la atención y con los medicamentos presenta mejoría de las crisis convulsivas y del insomnio.

Ya en su localidad el brujo le diagnóstica espanto; matan una gallina y ofrecen ofrenda en la iglesia de Copala, se presenta mejoría y el cuadro clínico remite por un año.

Actualmente presenta crisis convulsivas, alucinaciones auditivas y olfatorias, estado depresivo. Marcelo afirma:

A mí me habla una voz, me dice: “No te voy a dejar, estoy aquí contigo, yo soy más fuerte, no te vas a curar”. Yo no sé quién me domina, pero eso que me domina es más fuerte y no me suelta. Cuando tomo remedio o me inyecto, me curo con brujo o con doctor y me siento bien, pero luego la voz me dice otra vez: “Tú vas con doctor, te inyecta; pero yo te inyecto también. Vas con brujo y te limpia, yo te limpio también. No te vas a curar”. No sé qué es esto que tengo, pero yo creo que voy a morir.

El paciente habla de las múltiples terapias a las que ha recurrido, sin obtener alivio:

Me he curado bastante, he ido con doctor aquí, en Putla, Juxtlahuaca, me han dado pastilla, me han inyectado, pero no me han curado. Sí se me retira el mal, pero no me curo. También he ido con muchos brujos, mujeres, hombres, de Copala, de Zacatepec, de Tecu, me dicen que es espanto, que es del santo del maguey, que es

brujería. Me soplan, me limpian, me chupan, matan gallina, llevamos flores a la iglesia, pero nada, yo sigo enfermo.

Lo que orienta la carrera del enfermo

A través de la descripción de la trayectoria de estos tres pacientes triquis podemos constatar que las enfermedades que les aquejaban eran graves, poco frecuentes en la comunidad, pero no por ello de menor importancia para dar cuenta de las condiciones en que estos sujetos y grupos sociales resuelven o no sus problemas de salud. Al seguir su trayectoria de atención, fue posible observar el largo y difícil camino que recorren, así como la variedad de estrategias terapéuticas a las que accedieron ellos o su familia para el manejo de la enfermedad. El patrón fue el uso de prácticas alopáticas y populares de forma secuencial o conjunta. Hago hincapié en que gracias a mi intervención clínica me fue posible constatar, en la mayoría de los casos, los resultados obtenidos con cada una de ellas, así como escuchar las justificaciones cuando existía fracaso, o en su caso la reformulación del diagnóstico.

A mi parecer, las técnicas terapéuticas se ven limitadas ante este tipo de enfermedades, dado que cada una de ellas maneja un aspecto que no está complementado por otra terapia, más que de manera parcial.

En el caso de Citlali, sus padres mostraron una actitud de aceptación hacia los conceptos de la práctica biomédica, y contaban con recursos para acceder a ella. No obstante, las indicaciones terapéuticas no se realizaban en forma constante. Ante la reincidencia del cuadro clínico, se recurría nuevamente al medicamento y a la terapia física por considerarlas de utilidad. Nunca abandonaron las terapias populares, las cuales disminuyeron la tensión emocional de la familia y, algunas veces, yugularon las crisis convulsivas.

En el caso de Ramón, los acontecimientos se dieron de manera diferente. De forma franca evidenciaron las condiciones estructurales de vida de esta familia que se asocian con la enfermedad, tal es el caso de la pobreza, las limitaciones de acceso a los servicios de atención, las relaciones de género inequitativas. Todas ellas, en forma conjunta, determinaron la presentación y gravedad del cuadro clínico: desnutrición, abandono, hacinamiento, falta de recursos económicos y médicos. La madre mostró desconocimiento y/o resistencia a aceptar algunos conceptos de la práctica

biomédica, los cuales se confrontaban con sus representaciones acerca de la enfermedad, procedentes de la concepción popular ampliamente aceptadas por ella, pues le daban respuesta a sus propios cuestionamientos y temores derivados de su condición real de vida, y que la biomedicina no tomaba en consideración, razón por la cual ella siguió con mayor apego las terapias populares, en espera de una respuesta positiva que desgraciadamente no se dio, y ante la gravedad de la enfermedad sobrevino la muerte.

Marcelo es un caso de alcoholismo. Ante un problema tan complejo observamos el fracaso terapéutico de ambas prácticas, siendo a mi parecer más evidente en el caso de la práctica biomédica, que si bien maneja algunos elementos sintomáticos –crisis convulsivas, depresión, insomnio–, no influye para que disminuya la ingesta de alcohol, respuesta que sí se presenta, aunque de manera muy efímera, con las terapias populares, en donde observamos la gran variedad de propuestas etiológicas que se dan ante el padecimiento.

Lo que podemos constatar en las carreras de estos enfermos es la evolución tórpida por la gravedad de la enfermedad, por la presencia de complicaciones o por su prolongada duración. Esto conlleva una secuencia de síntomas que van cambiando o agregándose, y se asocian con uno u otro diagnóstico. Los diagnósticos son inestables, cambian con mucha frecuencia, se imbrica un diagnóstico sobre otro; en un momento se habla de enfriamiento, más tarde de anginas o aire de muerto.

En los tres casos, la tendencia dominante es iniciar la trayectoria terapéutica con la autoatención, pero ante la evolución del padecimiento, la ineficacia en la terapéutica o al reformularse el diagnóstico se elegía a un curador especializado.

Es importante mencionar que el uso de medicamentos es cotidiano dentro de la autoatención en estos grupos domésticos, aunque restringido a los fármacos que pueden obtenerse en las tiendas de la comunidad. Otras terapias que realiza la madre son limpias sencillas, sahumar o soplar, aplicación de agua de aire, masaje y baño de temazcal. El patrón dominante en la elección de la terapia es la mezcla y cambio constante entre uno y otro curador, yendo de lo popular a lo biomédico y viceversa.

En las terapias domésticas hay una síntesis de los elementos terapéuticos de ambas prácticas. Las madres de familia se apropian de las prácticas que consideran más eficaces. Ante el diagnóstico de una enfermedad alopática se observa una mayor apropiación y utilización de los recursos

biomédicos; en comparación, en los casos de diagnósticos de enfermedades tradicionales se da un mayor mantenimiento de estrategias populares.

La práctica médica estuvo presente en la carrera del enfermo de los tres sujetos, principalmente en los episodios de mayor gravedad y ante la cronicidad del cuadro clínico. En algunas ocasiones se formulaban varios diagnósticos a un mismo tiempo, lo que quizá se debía a la necesidad de justificar la terapia utilizada, al error terapéutico o a la falta de premura en la atención de los padecimientos.

También fue frecuente el uso de la medicina privada, por considerarla más eficaz, introduciendo con ella la lógica mercantil en la resolución de un problema de salud. Los curadores tradicionales son utilizados de manera universal en la comunidad, sin distinción de patología, aunque es más frecuente en aquellos casos en que la práctica médica tiene poca o nula eficacia. La medicina tradicional prevalece articulada a la ideología de la medicina oficial; no obstante, posibilita algunos espacios de socialización de la enfermedad.

La carrera del enfermo unifica las prácticas, pero es en la autoatención donde se observa el proceso de apropiación y síntesis de lo médico y lo popular.

En las representaciones acerca de la etiología, cuadro clínico, diagnóstico o pronóstico, lo que sobresale es el sistema explicativo popular acerca de la clasificación frío-caliente, maldad o daño, suerte y predestinación de la enfermedad, teniendo éstas más peso en el caso de los síndromes culturalmente delimitados que en las enfermedades alopáticas. En contraste, en las terapias realizadas, lo que predomina es la utilización reiterada y cada vez más frecuente de la biomedicina, aun en aquellos casos en que las representaciones señalan al curador popular como el elegido para curarla. Si bien el uso de la biomedicina puede no resolver la enfermedad, su intervención se reconoce como benéfica para el paciente y por ello se utiliza. La práctica curanderil está presente en el tratamiento de todos los diagnósticos de síndromes culturalmente delimitados, con una respuesta terapéutica buena y reconocida por la gente, aunque no siempre curativa. En el caso de diagnóstico de una enfermedad alopática, la intervención de la práctica curanderil se limita a algunos sectores sociales de la comunidad y su efecto terapéutico es reducido.

LA AUTOATENCIÓN, INTERACCIÓN Y SÍNTESIS DE FORMAS DE ATENCIÓN

El conocimiento de los enfermos y de las madres triquis de Copala acerca de la enfermedad se constituye a partir de la síntesis y articulación de varios elementos procedentes de diferentes saberes médicos. Esto se manifiesta sobre todo en las representaciones respecto de la etiología, diagnóstico, pronóstico y prevención de las enfermedades descritas, y lo biomédico domina el terreno de lo terapéutico. A primera vista, parecería que estamos hablando de una escisión entre etiología y tratamiento, lo cual no es real, ya que no se da de una manera drástica. Si bien lo que predomina a nivel etiológico es la representación popular, ésta se interrelaciona con representaciones procedentes del saber biomédico, aunque aún no sean prioritarias ni estén difundidas entre la población. Si bien, la terapia biomédica es la que obtiene mayor reconocimiento por su eficacia, en la mayoría de los casos también se plantea la intervención del curador popular.

Es importante resaltar que el sistema explicativo cultural de la relación frío-caliente estuvo presente en casi todas las enfermedades descritas, pero predominó en las representaciones acerca de la etiología, la sintomatología y la prevención, aunque no siempre se encontró correspondencia con la terapia. En cambio, las representaciones biomédicas se identificaron en lo terapéutico, y muchas veces integradas a la clasificación frío-caliente.

En términos generales podemos afirmar que existe una discrepancia entre las representaciones acerca de las características generales de la enfermedad y las prácticas que las madres de familia consideran que deben llevarse a cabo. En el terreno de la etiología y cuadro clínico de la enfermedad sobresalen las representaciones populares, pero las expectativas de solución terapéutica están referidas en gran parte a lo biomédico. Esta presencia es más evidente en el caso de las enfermedades alopáticas, ya que la elección de la terapia biomédica se da de primera intención; en cambio en el caso de los síndromes culturalmente delimitados la biomedicina puede ser una opción más tardía, pero a fin de cuentas también presente.

No obstante, debe subrayarse que el saber popular también se expresa a través de lo terapéutico, ya sea en la autoatención con prácticas tradicionales o en la intervención del curador popular, aun cuando su posición siempre es subalterna a la del médico.

En conclusión, podemos afirmar que el saber popular acerca de la enfermedad es el dominante entre las madres de familia. Ellas frecuentemente se refieren a la suerte, los sueños, el buen o mal augurio, la predestinación y la relación frío-caliente. Así explican la causa, curso y pronóstico de las enfermedades. Las representaciones biomédicas sólo son retomadas por un pequeño porcentaje de la población, como los escolares, maestros y migrantes, y se encuentran reinterpretadas o sintetizadas bajo el mismo sistema explicativo popular.

Pero en el terreno de la terapéutica, aún sin una explicación convincente, lo que predomina es lo biomédico. Porque, a fin de cuentas, las madres reconocen qué proporciona curación en la mayoría de los casos de enfermedad de sus familias. Aunque el brujo sigue siendo un personaje presente en la mayoría de los procesos curativos, su eficacia terapéutica va cediendo terreno y es puesta en duda por algunos sectores de la población.

Sin lugar a duda, las trayectorias de atención de estos tres pacientes triquis dan cuenta de la articulación entre saberes acerca de la enfermedad y recursos para hacerle frente, lo que determina el curso y resultado de un evento enfermante, sobre todo cuando se trata de casos graves o de larga evolución. Pero, a la par del saber relacionado con el proceso salud-enfermedad-atención, las condiciones de vida de estos grupos sociales y los recursos reales con los que pueden afrontar la enfermedad determinan en muchas ocasiones el curso o el resultado de una terapéutica.

REFERENCIAS.

BRONFMAN, M., P. URIBE, D. HALPERIN Y C. HERRERA

- 1993 Mujeres al borde... vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México, Esperanza Tuñón Pablos (coord.), *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración*, Plaza y Valdes, México: 15-32.

GOOD, B. J.

- 1994 *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Bellaterra, Barcelona.

GOFFMAN, E.

- 1970 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos*, Amorrortu, Buenos Aires.

- HERNÁNDEZ-ROSETE MARTÍNEZ, D., G. S. HERNÁNDEZ, B. P. VILLAFUERTE
Y C. J. RAMÍREZ
2005 Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes, *Revista Salud Mental*, 28 (5): 20-26.
- HUERTA, C.
1981 *Organización sociopolítica de una minoría nacional. Los triquis de Oaxaca*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- MENDOZA GONZÁLEZ, Z.
1994 *De lo biomédico a lo popular; proceso salud/enfermedad en San Juan Copala, Oaxaca*, tesis, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- MILLÁN ECHEGARAY, S.
1982 San Juan Copala, cacicazgo y represión. Los triquis se organizan y luchan, *Cuadernos de Ciencias Sociales*: 1-63.
- OSORIO CARRANZA, R. M.
2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Instituto Nacional Indigenista-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes-Instituto Nacional de Antropología e Historia, México: 39-41.
- PARDO, M. T.
1992 La migración indígena en Oaxaca, *Guchachi' Reza (Iguana Rajada)*, 33 (33): 3-10.
- PARRA MORA, L. Y J. HERNÁNDEZ DÍAZ
1994 *Violencia y cambio social en la región triqui*, Instituto de Investigaciones Sociológicas, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, Oaxaca.
- SECRETARÍA DE SALUD
2004 [en línea] Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), <<http://www.sinais.salud.gob.mx/>> [consulta: mayo de 2010].

SILVA, L.

- 2006 [en línea] En la triada de la pobreza, *Pluma. Revista Teórica Marxista de Política, Arte y Literatura*, 5, <<http://www.movimientoalsocialismo.com.mx/archivos/revista/cinco/triada.htm>> [consulta: enero de 2010].

YZUNZA, A., F. RUEDA Y A. ÁVILA

- 1992 El proceso migratorio y su efecto sobre el estado de nutrición en población indígena oaxaqueña, J. García de Alba (comp.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*, Universidad de Guadalajara, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México: 167-198.